ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

До 213-ої річниці відкриття
харківської вищої медичної школи

Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів «Медицина ІІІ тисячоліття»

22-24 січня 2018

м.Харків - 2018

УДК 61.061.3 (043.2)
ББК 61 (063)

Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків – 22-24 січня 2018 р.) Харків, 2018. – 380 с.

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

Затверджено Вченою радою ХНМУ

Протокол № 12 від 21 грудня 2017 р.

Теоретична та експериментальна медицина

МЕДИЦИНА ТИСЯЧОЛІТТЯ

ФЕСТИВАЛЬ ХАРКІВ НАУКИ

МОЛОДІЖНОЇ

Donets O.I., Kryvorotko D.N., Pautina O.I.

CLINICAL AND PARACLINICAL PECULIARITIES OF PNEUMONIA IN NEWBORNS

Kharkiv National Medical University
Kharkiv, Ukraine

The task: to determine the clinical and paraclinical features of pneumonia in newborns at the present stage.

Material and methods. The study was carried out by a comparative analysis of the clinical and paraclinical features of pneumonia in newborns who were with pneumonia in 2015-2017. (51 patients - the main group) and in 2005-2007 (23 children - control group). Clinical examination was carried out by routine methods. Among these paraclinical examinations, X-ray examination of chest organs, bacteriological study of mucus from the tracheobronchial tree (TLD) with the sensitivity of the microbial flora were analyzed. The results of the study were processed by non-parametric statistical methods.

Results. In the structure of pneumonia at the present stage, there has been a trend towards a reduction in the number of community-acquired pneumonia from 39.1 ± 10.2% to 21.6 ± 5.8%, and an increase in the frequency of ventilating pneumonia 30.4 ± 9.6% to 45.1 ± 7.0%. The specific gravity of congenital pneumonia did not change significantly (30.4 ± 9.6% compared to 33.3 ± 6.6%). The duration of auscultator changes from the respiratory system was 17.0 ± 1.7 and 17.3 ± 1.8 days in the main and control groups, respectively. The decreasing in the duration of mechanical ventilation was found to be 12.9 ± 2.4 days and 9.3 ± 1.1 days, the number of patients with prolonged course from 21.7 ± 8.6% to 11.8 ± 4.5%, bed-days 31.2 ± 3.2 and 28.7 ± 3.3. Changes in the microbial landscape of LDP have been established: in addition to the typical pathogens Ps. Aeruginosa and St. aureus, in 2007, K. pneumonia was isolated in 20% of patients (2015-2017 - 0%), whereas A. calkoaceticus was not detected in any cases (2015-2017 - 38.4 %).

Conclusions. Reliable differences in the microbial flora of LDP and trends in the clinical course of pneumonia over the past 10 years have been revealed.

Fadeeva A.V., Adamu Issaaka, Zavada O.O.

THE STUDY OF A COMPARATIVE ACTIVITY OF SORBENTS THROUGH THE USE OF AN ADVANCED METHOD

Kharkiv National Medical University
Depatment of medical and bioorganic chemistry
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: professor Syrovaya G.O.

Enterosorption plays an important role in pharmacotherapy as one of the effective ways of detoxification, binding and excretion of toxins and metabolites from the body. Pharmaceutical products of this group have been known to the mankind since the ancient times, but the active development of this method of treatment has been observed since the middle of the last century, at that time medication based on the activated carbon was improved and universal sorbents of different chemical nature were searched for. Currently, a large number of different sorbents are used in medical practice: on the basis of the activated carbon, fumed silicon dioxide, ion-exchange materials and resins, as well as synthetic sorbents based on siloxane linkage.

The quantitative characteristic of the efficiency of sorbents is the adsorption capacity, that is, the ability of a sorbent to absorb the maximum amount of harmful substances in the gastrointestinal tract. The analysis of scientific literature has shown that there is no direct relationship between the adsorption activity of enterosorbents of different types *in vitro* and their therapeutic efficacy concerning *in vivo* studies. The most frequently, to determine the adsorption capacity, the solutions containing the adsorbent and the adsorption markers are shaken with the help of a laboratory shaker and then the adsorption coefficient for the tested substance is defined. Such an approach does not sufficiently simulate the environment of the body, therefore, the development of a method for determining the adsorption activity of enterosorbents is a currently important task.

The sorbents of a various nature have been chosen as the study subjects: "SORBEX®", with activated carbon that effectively adsorbs gases, alkaloids and toxins as the active ingredient, "White coal" is a medicinal product based on silicon dioxide and microcrystalline cellulose, which has a higher hydrophilicity and is recommended for treating the intoxications of a different genesis, as well as "Enterosgel" , that is a hydrogel of methyl silicic acid, which is recommended for binding the toxins of an average molecular weight. As a marker of adsorption, vitamin B_{12} (cyanocobalamin) was used as the substance simulating toxins with an average molecular weight.

The adsorption activity study was carried out by the spectrophotometry method on the Specord-210 device (Germany), by comparing the optical density of the initial solution of vitamin B_{12} and the solution of vitamin B_{12} after the interaction with the corresponding sorbent. The experiment was conducted using a "Blade" device, which is used in pharmaceutical studies. This approach allows to simulate physiological processes as much as possible. To conduct the study, a solvent imitating the stomach medium (pH = 2), a daily dose of the sorbent, and an aliquot of a medicinal product B_{12} were added into the device bowl. Simultaneously solutions of the sorbents under study without vitamin B_{12} were prepared (solution for comparison). The study was conducted at a constant temperature of 37 ° C and stirring. After 60 minutes, 10 ml of the solution was taken from the center of the vessel, and the optical density of the solution obtained in the range from 250 nm to 500 nm was measured three times against the comparison solution (An).

In the course of the work, the adsorption coefficients (K) of the studied sorbents were determined according to the absorption ratio: $K = A_0/An$; where A_0 is the optical density of the initial solution B_{12}; An is the optical density of the solution of vitamin B_{12} after the interaction with the corresponding sorbent. As a result of the research it was found that the absorption coefficient of vitamin B_{12} of the medicinal product "SORBEX®" is 1.35, the medicinal product "Enterosgel" is 3.23, the medicinal product "White coal" is 3.93.

Thus, during the performance of the work, an advanced method of studying the adsorption capacity of enterosorbents of a different nature was proposed, using a device similar to the one with "a blade". It was established that the enterosorbent on the basis of silicon dioxide and microcrystalline cellulose "White Coal" has the greatest adsorption capacity among the tested medicinal products.

Harbuz V.V., Taranets K.S., Kryvoshapka O.V.

CHANGE OF NO LEVEL IN THE FOCUS OF THERMAL BURNER UNDER THE INFLUENCE OF METHYLURACIL OIL

Kharkov National Medical University
Depatment of pharmacology and medical prescription
Kharkiv, Ukraine

Experiments on the modeling of burns were performed on rats divided into 3 groups: 1 - intact; 2 - animals with thermal burn, without treatment (control); 3 - animals with thermal burn, which were applied by methyluracil ointment. In animals of the 2nd and 3rd groups on the shaved area of the back of the thigh, a thermal burn was induced under anesthesia. The animals of the 3 groups were given a methyluracil ointment immediately after the thermal burn and during the entire experiment (28 days). On the 3rd, 7th, 14th, 21th, 28th day, the content of nitric oxide metabolites in the focus of burn was examined.

In the control group animals, the content of nitric oxide metabolites in the outbreak was increased throughout the entire observation period in comparison with intact animals. Therefore, on the 3rd day the content of metabolites of nitric oxide exceeded the norm by 2 times, on the 7th day - 2.9 times, on the 14th day - 1.9 times, on the 21st da. - 1.7 times, on the 28th day – 1.4 times. In animals of group 3, under the influence of methyluracil, the content of nitric oxide increased only during the first week of observation (3 days and 2.2 times, 7 days - 2.1 times). Decreasing in the indices to the norm occurred on the 14th day, remained within physiological parameters until the end of the observation. At the same time during the 7th-28th day the content of nitric oxide was

significantly lower than in the control group of animals: (by the 7th day - by 1.4 times, by the 14th - by 1.8 times, by the 21st - by 1.7 times and by The 28th day - in 1.6 times).

As follows from the results of the studies, the course of the experimental burn accompanied by a prolonged and significant increase in the content of nitrogen oxide metabolites in the source (at least 28 days). The use of methyluracil ointment leads to a rapid (by the 14th day) reduction of nitric oxide to physiological indices.

Abena Koampan, A.V. Aleksandrova

CHANGES OF THE TNF-A LEVEL IN THE RAT BLOOD IN THE TREATMENT OF THERMAL BURNS BY SYNTHETIC INHIBITOR OF MATRIX METALLOPROTEINASE'S DOXYCYCLINE

Kharkov National Medical University
Department of pharmacology and medical prescription
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: professor Iermolenko T.I.

In the wound of any etiology, including burn, the main markers of chronic process are the activity of metalloproteinases, the cytokine profile and the state of the prooxidant-antioxidant system. The consequence of uncontrolled proteolysis is persistent inflammation, which leads to an imbalance of the cytokine profile with a predominance of pro-inflammatory. High concentrations of these cytokines cause significant changes in the metabolism of cells, leading to tissue damage. The most important factor is tumor necrosis factor-α (TNF-α), which stimulates the release of interleukins, prostaglandins and etc., which take part in inflammation. Therefore, the aim of the study was to study the effect of the synthetic inhibitor of matrix metalloproteinases doxycycline on the TNF-α level of rat blood with a thermal burn in the experiment..

Materials and methods. Studies were conducted on 96 rats weighing 200-250g. WAG population. Animals were divided into 4 groups: 1 – intact, 2 – control, 3 – treatment with thiotriazoline 30 mg / kg (reference drug), 4 – treatment with doxycycline 2.5 mg / kg. Animals were withdrawn from the experiment at 7.14, 21 and 28 days. The TNF-α blood level were determined by the immunoenzyme method using the test system of Bender MedSystem (Germany) in accordance with the guide on LabLine-90 Automated EIA analyzer (Austria).

Results. Studying of the TNF-α level in peripheral blood in rats revealed its increase throughout the entire experiment period in contrast to the intact group. The maximum indicators were recorded in the first two weeks of observations. Then, the cytokine content gradually decreased as compared to the preceding periods, but remained considerably above normal. Under the influence of thiotriazoline, the level of TNF-α decreased throughout the study period as compared with the control, but throughout the experiment remained significantly higher than in the group of intact animals (on the 7-th day in 2.1 times, on the 14-th - in 1.7 times, on the 21-st - in1.4 times, onthe 28-th – in 1.2 times). Doxycycline has shown a significant reduction of the TNF-α blood level throughout the entire period of the experiment as compared to the control group and the reference drug. By 28-th day of the observations, the pro-inflammatory cytokine dropped down to the normal level. Also, a significant decrease was observed on the 21-st day - by 14.0%, on the 28-th day - by 20.0% in comparison with the group receiving thiotriazoline.

Conclusion. All the investigational drugs reduced the TNF-α level in the blood as compared to the control group, but to a different degree. The highest efficacy of doxycycline was established, because only its administration resulted in the TNF-α level reduction to the normal value on 28-th day, and, as early as on 14-th day, it was lower than in the reference drug group.

Nabatyan K.

IDENTIFICATION OF CARRIERS OF STAPHYLOCOCCUS AUREUS AMONG MEDICAL STUDENTS

Kharkiv National Medical University
Department of microbiology, virology and immunology
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Vovk A.

Actuality. Staphylococci are common pathogenic agents in Ukraine. It is distinguished 3 most dangerous staphylococcuses: golden staphylococcus (S.aureus), epidermal (S.epidermidis), saprophytic (S. saprophyticus). Staphylococcus aureus is the most pathogenic for humans, as it has the plasmocoagulative ability, antibiotic resistant, non-susceptible to drying, ethyl alcohol, ionizing radiation, high temperature, sodium chloride solution (this ability allows to golden staphylococci to survive in the sweat gland).

Aim. To study the prevalence of detection of carriers of Staphylococci aureus among medical students.

Materials and methods. Scientific work has been made on the basis of the bacteriological laboratory of KhNMU. During the study it has been examined 50 students aged from 19 to 21. The object of study were the clinical isolates of staphylococci received from the mucus of the pharynx and nose of the students. Selection and identification of pure cultures of S. aureus strains was made by generally accepted microbiological methods based on the study of their morphological, tinctorial, cultural and biochemical properties.

Sensitivity of isolated S. aureus strains to antibiotics on the Müller-Hinton medium (HiMedia, India) by the diffusion method. Preparation of suspensions of microorganisms with specified concentration of microbial cells was performed with the electronic device Densi-La-Meter (PLIVA-Lachema a.s., Czech Republic) on the McFarland scale according to the instrument's instructions. From the surface of agar medium, wash the cultures with the sterile physiological solution and bring to concentrations necessary for the concentration experiments realization - the number of optical density standard units under McFarland. The number of living microorganisms (KMO) was determined by the method of serial dilutions with the subsequent sowing on the appropriate media. Depending on the growth retardation zones, the strains were classified as sensitive and stable. With the use of disk-diffusion method it has been determined the sensitivity of S. aureus strains to antibiotics. For the statistical treatment of the results it has been used the standard file of the applied programs "Statistica 6" and Microsoft Excel 2000.

Results. The sensitivity of S.aureus to Oxacillin was determined in 35 medical students, Levofloxacin- 48, Ofloxacin- 49, Ciprofloxacin- 50, Cefepim- 47, Azithromycin-47, Laevomycetinum- 50, Cefuroxim- 38, Ceftazidime- 23, Ceftriaxonum- 45, Clindamycin- 40, Doxycyclinum- 40, Cefoperazone- 48, Cefoxim- 43.

Conclusions. In the course of microbiological studies, it was determined that during the examination of students the specified and identified microorganisms such as S. aureus and coagulase-negative staphylococci (CNS) (25% and 70%, respectively). Among them, 7% of MRSA strains were detected which correspond to the literature data.

Thus, the choice of the effective antibiotics should be due to their high antimicrobial activity against the strains of S. aureus, especially taking into account the presence of methicillin resistance.

The obtained results of study have the important practical significance for the timely rotation of disinfectants and antiseptics, providing the effective prevention of nosocomial infections.

The perspective direction of research is the study of mechanisms formation of the resistance of S. aureus strains to disinfectants and antiseptics and the development of new drugs with a high antimicrobial action.

Ovsiienko Y.V.,Krivorotko D.M., Pautina O.I.

THE ROLE OF INFLAMMATION MARKERS IN THE EXPIRATION CONDENSATE OF NEWBORNS WITH PNEUMONIA

Kharkov National Medical University
Kharkiv, Ukraine

Task: to establish reference values of the levels of oxygen metabolites in the expiratory air condensate (CVC) of newborns without affecting the respiratory system; to determine the levels of nitric oxide metabolites in CVI for pneumonia in newborns and to assess the possibility of their use as markers of inflammation.

Materials and methods of the study: the work was performed on the base of the departments of anesthesiology and intensive care of newborns, pathology of newborns of the regional children's clinical hospital No. 1 in 2014-2017. 48 newborns with pneumonia (the main group) and 20 patients without respiratory system diseases (control group) were under observation. The examination, verification of diagnosis and treatment of newborns with pneumonia was carried out according to the current orders. The KVV was collected by a device of own production. The determination of nitrates (NO3), nitrites (NO2) and total (NOx) was carried out by spectrophotometric method using the Griss-Ilosvaya reagent. Vanadium ions were used to reduce nitrates to nitrites. Results were processed by methods of variation statistics.

Results. Analysis of clinical-anamnestic and laboratory-instrumental data made it possible to diagnose congenital (intrauterine) pneumonia in 16 (33.3%) children, acquired in 34 (70.8%), including ventilation 23 (67.7%) and non-hospital - in 11 (32.3%) patients. Boys predominated among the patients (32 children - 66.7%). The reference values of nitric oxide metabolites in SEM in newborns: NO2 - 0,18 ± 0,01 mg / l, NO3 - 0,54 ± 0,02 mg / l and NOx - 0,72 ± 0,02 mg / l. (NO2 - 0.79 ± 0.05, NO3 - 0.75 ± 0.05 and NOx - 1.51 ± 0.08 mg / l), which indicates a sufficient maturity of the enzyme NO-synthetase systems of the child already in the neonatal regime, proves the presence of such a pathogenetic link in the development of pneumonia in the neonatal period. Sensitivity is 98%, 63% and 94%, specificity is 60%, 65% and 55%, the predictive value of the positive result is 85%, 81% and 83%; the predictive value of the negative result is 92%, 42% and 76% for NO2, NO3 and NOx, respectively. (NO2 - 0.55 ± 0.04, NO3 - 0.55 ± 0.03 and NOx - 1.10 ± 0.06 mg / l) in comparison with the indicators in the acute period. However, if the NO3 level of CVC in the reconvalescence results is normalized, then the concentrations of NO2 and NOx remain reliable compared to the control, which indicates a later recovery of metabolic disturbances compared with elimination of exudation in the alveoli, confirmed by radiographic examination.

Conclusions: The revealed statistical regularities allow to consider the level of metabolites of nitric oxide KVB as markers of inflammation in pneumonia in newborns, and using it as a diagnostic and prognostic test for monitoring the inflammatory process in the lungs.

Saveliev V.V., Levashova O.L.

COMPARATIVE ANALYSIS OF MACRO- AND MICROELEMENTS COMPOSITION OF AMARANTH SEEDS PRODUCTS

Kharkiv National Medical University
Depatment of medical and bioorganic chemistry
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: professor Syrovaya G.O.

Plants and preparations on their bases are valuable sources of macro- and microelements. The biological role of macro- and microelements in a living organism is multifaceted. Minerals are extremely necessary for vital organisms regardless their very small quantities. The lack of any vital element in the body can lead to a complex of functional and organic disorders - bioelementosis. The macro- and microelements activate many enzymatic processes (as a part of enzymes or their activators), and they are necessary for the formation of certain vitamins and hormones. The macroelements support osmotic pressure, pH medium, ionic equilibrium, acid-base balance, the state of colloids, etc.

Plants are the major plank of the ecosystem, which accumulates chemical elements from soils and the atmosphere and binds its components. At present time, some varieties of amaranth are used as cereals, vegetables, forage and ornamental plants. Amaranth (lat. Amaránthus L.) - is a cosmopolitan genus of annual flowering plants. The new birth of amaranth began in the XX century, when scientists concerned about rapid population growth and began to search for a plant that can balance the range of food products for human. Today, hundreds of research institutions around the world are engaged in the revival of this ancient plant.

Among the oil-bearing crops, amaranth fairly occupies a unique place. Amaranth seeds contain more protein than wheat, rye, corn, and buckwheat. Amaranth has an adequate balance of essential amino acids (threonine, phenylalanine, tyrosine and tryptophan) and is high in lysine. Amaranth is a very rich source of protein. Amaranth proteins exhibit higher digestibility than other seeds and grains and has been compared to the digestibility of milk protein.

Amaranth is a good source of many essential vitamins including A, C, E, K, B5, B6, folate, niacin, and riboflavin. They act as antioxidants, raise energy levels and control hormones. Amaranth is a very rich source of minerals. It is also a good source of zinc, potassium, and phosphorus. It contains about four times as much calcium as wheat and twice as much iron and magnesium.

The object of our study were Amaranth' seeds, oil and meal after oil extraction. The analysis of quantitative content qualitative composition of mineral substances in the amaranth products was performed by atomic emission spectroscopy.

Analysis of mineral content in amaranth products shows that seeds and meal after oil extraction contain significant amount of K, Ca, Mg, P, Zn and Fe. Seeds and meal after oil extraction have the similar content of potassium, calcium, magnesium, zinc and phosphorous plus almost ten times exceed their content in oil.

The presence of phosphorus in amaranth oil helps to strengthen muscles and improve the performance of muscles, provides and maintains the integrity of teeth and bone tissue. Also, phosphorus is necessary for normal growth processes. Magnesium maintains normal nervous system function. Zinc is useful for people suffering from skin diseases, helps to eliminate inflammation, reduce the amount of rashes, helps fight wrinkles. In the osteoporosis prevention, the effectiveness of magnesium, zinc has been proven. Therefore, minerals are often included in dietary supplements with calcium. Supplements containing these minerals necessary for treatment of bones, joints and spinal column diseases (osteoporosis, arthritis, osteoarthritis, low back pain, arthritis, rickets, etc.). Iron plays an important role in the process of hemoglobin formation in the blood, protect the body from bacteria, takes part in the synthesis of thyroid hormones.

Conclusion. The quantitative content qualitative composition of 15 mineral substances in the amaranth products were studied. Thus, based on conducted studies we can conclude that amaranth' meal is a promising source of minerals and can be used as a food supplement for prevention and treatment of complex diseases.

Shtereb O.I., Demidova I.S., Kryvoshapka O.V.

INFLUENCE OF METHYLURACYL OIL TO THE SH-GROUP LEVEL AT THE EXPERIMENTAL THERMAL BURN

Kharkov National Medical University
Depatment of pharmacology and medical prescription
Kharkiv, Ukraine

The purpose of our work was the determination of sulfhydryl groups in the focus and peripheral blood in the dynamics of experimental burn development and in the treatment with methyluracil ointment.

Burns modeling experiments were performed on 66 WAG rats weighing 200-250 g. The animals were divided into 3 groups: 1 - intact; 2 - animals with thermal burn, without treatment (control); 3 - animals with thermal burn, which were applied methyluracil ointment. To animals of the 2nd and 3rd groups on the shaved area of the back under anesthesia was caused a thermal burn

with an area of 400mm2. For this purpose, a device with an installed temperature scale and an electric soldering iron was used, at the top of which a removable metal nozzle was attached. The exposure time of the contact plate was heated to 200^0C 10 sec. Under these conditions, skin burns in rats corresponded to grade III clinical classification of burns. This method allows you to get standard for the area and depth of burns. The content of SH-groups in the blood and the outbreak was determined by Severin's method.

The study of the level of SH-groups in peripheral blood of animals with the natural course of the pathological process showed its stable decrease during the whole study period relative to the intact group (on the third day - by 1.2 times, on the 7th day - by 1.9 times, The 14th day - 1.4 times, the 21st day - 1.3 times, the 28th day - 1.2 times). The content of SH-groups in the focus remained reduced during the first three weeks of the study in comparison with the intact group. Therefore, on the 3rd day it was 1.8 times lower than normal, 7th - 1.6 times, 14th - 1.4 times, 21st day - 1.3 times.

In the group of animals with the use of methyluracil ointment, the content of SH-groups in the peripheral blood remained within physiological fluctuations during the first 3 weeks of observation. By the end of the experiment, the content of SH-groups in the peripheral blood of animals increased by 18% in comparison with intact animals. At the same time during the 7th - 28th days the content of SH-groups was significantly higher than in the group with a burn without treatment (7th day - 1.8 times, 14th day - 1.4 times, 21 days - 1.5 times, 28 days - 1.4 times). The content of SH-groups in the outbreak for 3 to 21 days was significantly lower than the indices of the intact group, only by the 28th day it reached physiological parameters. Therefore, on the 3rd day the content of SH-groups was below the norm by 29%, on the 7th day - by 28%, on the 14th day - by 13%, on the 21st day - by 12%.

Thus, changes in the content of SH-groups in the outbreak with a burn injury were more severe than in the blood, reflecting severe metabolic disturbances in the wound. Local application of methyluracil ointment confirms this pattern. Restoration of the number of SH-groups to normal in the skin of the focus under the influence of methyluracil ointment occurs only on the 28th day of the experiment, while in the blood their content does not decrease.

Tereshenko A.A., Hloba N.S.

QUALITY OF PSYCHOEMOTIONAL ADAPTATION IN FOREIGN STUDENTS FROM NEAR ABROAD COUNTRIES

Kharkiv National Medical University
Depatment of physiology
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: as. professor Chernobay L.V.

Background. The quality of psychoemotional adaptation in students is one of the major factors that determine satisfaction with life in general and academic achievements in particular. In case if psychic adaptive potential of a person is low, disorders of mental state followed by changes of regulatory mechanisms of visceral systems might appear, that can become a solid base for various diseases development. For foreign students, ethnical and cultural differences of new environment combined with significant mental load related to studies can change the level of psychoemotional adaptation worsening one’s state of the organism, thus proving the significance of its research.

Materials and methods. Current study was carried out in 70 students of 2nd course of KNMU aged 19-21. The sample included 40 foreign students from near abroad countries, the control group consisted of 30 Ukrainian students. The level of psychoemotional adaptation was determined with help of multilevel personality questionnaire “Adaptability” by A. Maklakov.

Results and their discussion. According to research results, examined people of both sample and control groups were divided into 3 subgroups depending on the level of personal adaptive potential (PAP). In sample group, 8% (24,7±2,3) of people comprised a subgroup with high level of psychoemotional adaptation, 10% (41,5±3,8) were in subgroup with satisfactory level, and 82%

(69,0±8,7) of persons were included in subgroup with low level of adaptation that is characterized by low psychic resistance leading to conflicts, development of neurosis, prolonged disorders of functional state, etc. In control group in 9% (29,1±3,4) of people high level of PAP was determined, 42% (38,8±4,3) were in subgroup with satisfactory level, and 49% (66,1±9,1) showed low level of PAP, therefore also becoming the group of risk of neuro-psychic disorders manifestation.

Conclusions. The study showed that the majority of examined 2nd year students of KNMU have unsatisfactory level of psychoemotional adaptation and constitute the group of risk regarding development of neurosis, especially in stressful conditions. Both in Ukrainian and foreign students the low PAP level is determined in most of persons, however, among foreign students such PAP level is greatly dominating, showing the straining of psychic adaptation processes. As that may result in development of neurosis and failure of adaptation, study of PAP is recommended for all the students of higher educational institutions. That would allow the improvement of the educational achievements and psychological state in young people.

Topchii S.V.

MORPHOFUNCTIONAL FEATURES OF THE BLOOD SUPPLY OF THE CEREBELLAR TONSIL

Kharkiv National Medical University
Department of human anatomy
Kharkiv, Ukraine

The nervous system of the human being is closely related to the vascular one morphologically and functionally, since both the first and the second ones are the most important components of all organs of the human body. It was found out in the surgical and, particularly in the neurosurgical practice, that the determination the patterns of blood supply is very important for surgical interventions in the neurosurgery, while it is important to determine the blood circulation in both large and small vessels, which also take part in the collateral blood supply of organs.

The determination morphofunctional features of the cerebellar tonsil blood supply is of great importance in the diagnostic determination of a number of disorders associated with such kind of diseases as Chiari malformation, raised intracranial pressure, the hypoplasia of the posterior cranial fossa and the idiopathic scoliosis, the cerebellar vascular stenosis, the cerebellar infarction.

The purpose of the study was to establish the morphofunctional features of the blood supply of the cerebellar tonsils. The object and methods of the study: the research was conducted on 100 preparations of the cerebellum of people who died at the age from 24 to 90 years old due to diseases not associated with lesions of the vascular and central nervous systems.

Results of the study. As a result, we established the main sources of blood supply of the cerebellar tonsils are the upper cerebellar artery (UCA) and the branches of the lower one (LCA), the peculiarities of their flow and branching types, asymmetry of the blood supply of the right and left cerebellar tonsils, and anastomoses between these arteries within the cerebellum. The posterior lower cerebellar artery (PLCA) branches off on the part of the vertebral artery, which is of the main importance of the blood supply of the cerebellar tonsils. In the literature it is divided into five segments. BLCA gives perforated, choroid and cortical branches.

Conclusion.

1. The cerebellar tonsil is supplied by the branches of the PLCA.
2. The branches of PLCA are the main vessels supplying the cerebellar tonsil, its blood supply takes up to 56.3%
3. Branches of the anterior lower cerebellar artery are the additional vessels.

Авілова О.В., Будник Н.Ю.

МОРФОМЕТРИЧНІ ЗМІНИ ТИМУСУ ЗА УМОВ ДІЇ КСЕНОБІОТИКІВ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра анатомії людини
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Терещенко А.О.

Вступ. Щорічне промислове виробництво впроваджує десятки нових марок поліолів які несуть потенційну і реальну небезпеку здоров'ю населення і є абсолютно невивченими в медико-біологічному відношенні. Виникає гостра потреба у комплексному дослідженні впливу таких ксенобіотиків на здоров'я людини. Імунна система чутливо реагує на концентрацію хімічних речовин, які ще не токсичними для інших систем організму.

Матеріали та методи. Експеримент проведено на 36 зрілих щурах WAG, що були розподілені на 6 груп - 3 контрольні, 7, 15 і 30-й день введення ксенобіотика. Тварин утримували у віварії з дотриманням вимог біоетики (Страсбург, 1986г). Контрольна група перебувала на звичайному водному режимі, у якості їжі отримували гранульований комбікорм. Другій групі перорально за допомогою металевого зонду, щодня вранці у дозі 1/10 LD_{50} вводили водяний розчин тригліцидилового ефіру поліоксипропілентріолу (ТЕППТ) молекулярної маси Л-303, що відноситься до групи простих поліефірів з товарною назвою «Лапроксид». Розрахунок необхідної дози речовини проводили за даними про параметри токсичності. Після декапітації під наркозом і розтину грудної клітини виділяли тимус. Визначали масу органу, лінійні розміри тимусу вимірювали електронним штангенциркулем. Отримані дані оброблялися за допомогою програмного забезпечення GraphPad. Надійна вірогідність помилки приймалася менше або дорівнювала 5% ($p \leq 0.05$).

Результати дослідження. Маса тимусу контрольних тварин знизилася з 298,5 ± 7,16 мг до 219,33 ± 4,60 мг, що відповідає акцидентальній інволюції тимусу в цьому віці щурів. Маса тимусу за умов введення 1/10LD_{50} ТЕППТ знизилася на 33,93%, 27,93% та 19,79% ($p < 0,001$) на 7, 15, 30-й день відповідно у порівнянні з контрольною групою. Довжина тимусу зменшилася на 14%, 10,6%, 8,81% на 7, 15 і 30-й день спостереження відповідно порівняно з контрольними тваринами. Ширина зменшилася на 22,12%, 16,66% та 17,24% у ті ж періоди спостереження в порівнянні з інтактними тваринами. Найбільші зміни були відмічені у товщині тимусу, що становило 30,03%, 21,15% та 18,34%. За традиційними критеріями ця різниця вважається надзвичайно статистично значимою ($p < 0,001$).

Висновки. Аналіз органометричних показників тимусу показав, що на усіх етапах експерименту параметри органу мали тенденцію до зменшення, що вказує на його активну реакцію на екзогенні фактори. Введений ксенобіотик викликав не тільки зменшення маси органу, але і зменшення довжини, ширини та товщини, де зміни особливо сильно виражені на ранніх етапах експерименту. Результати нашого дослідження визначили структурні зміни структури тимусу після застосування ТЕППТ, що, ймовірно, викликає зміни в імунній системі. Ці дані корисні для реалізації зменшення у широкому використанні такої хімічної речовини.

Адмакіна А.В., Яценко А.Ю., Шостак Г.О.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПІРОПЛАЗМОЗУ У СОБАК У М. ХАРКОВІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра медичної біології
Харків, Україна
Науковий керівник: Кузнецова І.К.

Піроплазмоз – це захворювання собак, переважно сезонне, викликане паразитами з роду Babesia, яких переносять іксодові кліщі. Бабезії на всіх стадіях розвитку є паразитами, в зовнішньому середовищі вони не мешкають. Дефінітивними власниками та переносниками

паразитів є іксодові кліщі переважно роду Dermacentor, але також ними можуть стати кліщі з родів: Rhipicephalus, Hyalomma та Ixodes.

Існує 2 основні хвилі ураження піроплазмозом: весняний та осінній. Весняний період починається після того як сходить перший сніг і характеризується найбільшою кількістю випадків зараження. Осінній період починається з вересня і триває до першого падіння температури, порівняно з весняною хвилею випадків спостерігається набагато менше. Протягом часу між весняною та осінньою хвилями також зустрічаються зараження бабезіями, але це одиничні випадки.

Матеріалом дослідження стали зразки крові 4 тварин, що належали жителям м. Харкова, які звернулися до ветеринарної клініки з підозрами на піроплазмоз. Для постановки остаточного діагнозу на бабезіоз проводили мікроскопію мазків крові собак, забарвлених експрес-методом.

При зверненні до ветеринарної клініки на 2-3 день після укусу кліща у собак відзначалися такі клінічні ознаки: млявість, слабкість, підвищення температури до 40-42ºС. Спостерігали відмову від їжі, бліді слизові оболонки або з ознаками жовтяниці, відзначали пронос або блювоту. Було досліджено 4 зразки крові собак на яких в еритроцитах було знайдено паразитів роду Babesia. На досліджених зразках еритроцити уражені не значною мірою, що свідчить про початкову стадію зараження. Шизогонії були знайдені в 2-3 еритроцитах з одного зразка.

Піроплазмоз є дуже небезпечним для здоров`я собак захворюванням. Не рідко зустрічаються смертельні випадки, адже воно несе важкі наслідки для цілого організму, починаючи з клітинного рівня. Піроплазміди проникаючи до еритроцитів, розмножуються там і виділяють токсини , які безпосередньо і впливають на руйнування кров`яних клітин, що в подальшому може викликати закупорювання судин і як наслідок ниркову недостатність, ураження ЦНС, кисневе голодування та судоми.

Головними профілактичними методами запобігання піроплазмозу є обробка тварин засобами проти кліщів та огляд після кожної прогулянки на природі.

Апазиди Э.В.

ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АЗООСПЕРМИИ У МУЖЧИН

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: Абрамчук А.Б.

Актуальность. Азооспермия является формой бесплодия у мужчин, при которой в эякуляте отсутствуют мужские гаметы. По статистике, азооспермией страдают лишь 2% мужского населения. Изучение механизмов развития бесплодия является очень необходимым, так как понимание причины возникновения патологии помогает выбирать врачу правильный подход при назначении лечения.

Цель работы. Выявить влияние патологий и определенных факторов окружающей среды на развитие мужского бесплодия.

Методы исследования. В качестве исследуемого материала использовались спермограммы здоровых и бесплодных мужчин в возрасте от 25 до 40 лет. Проводился общий анализ семенной жидкости, а именно: объем, pH, цвет семени. Дополнительно проводился анализ гормонов.

Результаты. В норме у здоровых мужчин объем спермы составляет 1,5-2 мл. При азооспермии, у мужчин были выявлены показатели ниже нормы (<1,5). У мужчин с половыми инфекциями, которые также бесплодны, было выявлено отклонение от нормы pH (7,1-8). Изменения цвета семени возникают при воспалительных процессах (сгустки крови) или поражении внутренних органов (желтый оттенок при поражении гепатобилиарной системы). Анализ гормонов у больных мужчин показал высокий уровень (норма - 0,95-11,95 мМЕ/л) лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов. Высокие

концентрации ЛГ и ФСГ могут свидетельствовать о врожденных аномалиях репродуктивной системы и воспалительных процессов.

Выводы. Для правильной диагностики и лечения данной формы мужского бесплодия в первую очередь необходимо провести анализ семенной жидкости и анализ крови на гормоны для того, чтобы понимать причину дефекта или полного отсутствия сперматозоидов. От причины развития бесплодия зависит его дальнейшее лечение.

Арасланова Т.Р., Горбунова І.В.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ГАСТРАЛГІЇ ТА НАЙПОШИРЕНІШІ ПРИНЦИПИ ЇЇ ЛІКУВАННЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра фармакології та медичної рецептури
Харків, Україна
Науковий керівник доцент Карнаух Е.В.

Проблема диференційної діагностики гастралгії є в сучасній клінічній медицині однією з найбільш актуальних, особливо серед студентів нашого ВУЗу. Саме гастрити є одним з найбільш поширених захворювань сучасної молоді. Тому треба знати причини виникнення та ефективні принципи запобігання і лікування гастритів для зниження його розповсюдженості.

Мета роботи. Встановити найбільш провокуючі фактори на виникнення гастралгічних захворювань шлунково-кишкового тракту в епігастральній ділянці, на прикладі гастриту. Визначити популярні засоби медикаментозної корекції гастралгії серед студентів-медиків.

Матеріали та методи дослідження. Була створена оригінальна анкета, за якою проаналізували частоту виникнення, вплив патогенетичних чинників у осіб, які страждають на гастралгію, та лікувальні засоби, що застосовуються для її усунення. Було проведено опитування серед студентів 3 курсу II медичного факультету ХНМУ у віковій категорії від 18 до 21 року.

Результати та їх обговорення. За даними анонімного анкетування із 100 опитаних 18% страждають на гастрит, підтверджений гастроентерологом, саме серед них і аналізували отримані дані. Було виявлено, що у 11% біль в епігастральній ділянці починається відразу після їжі, а 89% - не пов'язані з прийомом їжі. Серед шкідливих звичок на куріння припадає 28%, а на спиртні напої - 50%. У 39% напади болю тривають менше 5 хв, у 44% - менше півгодини, у 17% - годину і більше. У 39% опитаних болі в епігастральній області почалися місяць тому, у 33% - рік тому, а у 28% - кілька років назад. 11% пов'язують виникнення гастралгій з самовільним неконтрольованим прийомом лікарських препаратів (Ацетилсаліцилова кислота, знеболюючі при меналгіях), 45% - з наявністю шкідливих звичок, 11% - з фізичними навантаженнями, 33% пов'язують зі стресовими ситуаціями. Напади болю у 33% опитаних купруються зручним положенням тіла, у 28% - прийомом їжі (гастралгії «голодного шлунку»), а у 39% - прийомом лікарських засобів. Печія спостерігається у 33%: з них у 28% вона епізодична; у 5% купрується тільки медикаментозно. Короткочасні нудота і блювання спостерігаються у 39%. Метеоризм виявлено у 50% опитаних, неприємний присмак у роті - у 33%. У 45% опитаних осіб повністю відсутній режим харчування, 11% приймають їжу 5 раз на день, а 44% мають слабкий сніданок і обід, але щільну вечерю. З прийнятих лікарських засобів на Пірензепін (Гастропін) доводиться 12%; на Платифілін, Пірен та Омепразол - по 5%; на Енторосгель - 13%; Фестал, Алмагель, Nux Vomica, Омез-Д, Алохол, Мукоза - по 10%. Звертає увагу той факт, що тільки 73% опитаних приймали лікарські засоби за рецептом лікаря, а 27% займалися самолікуванням (за порадами знайомих, реклама, інтернет).

Висновок. При опитуванні було встановлено, що у 18% студентів причиною абдоміналгії є гастрити. Ця захворюваність пояснюється наявністю шкідливих звичок, стресових ситуацій, порушення режиму харчування. На основі опитування виявилося, що найбільш популярними лікарськими засобами для лікування гастритів та усунення гастралгії

є ферментативні препарати (Панкреатин, Фестал), холінолітики (Платифілін, Пірензепін, Пірен), антациди (Алмагель), інгібітори протонного насоса (Омепразол, Омез-Д), жовчогінні (Алохол), а також гомеопатичні препарати (Nux Vomica, Мукоза) та ентеро- сорбенти (Ентеросгель). Серед студентів-медиків поширено самолікування.

Артющенко К.А., Соколова А.А.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КОРЬЮ В УКРАИНЕ ЗА ПЕРИОД 2012 – 2017 ГОДОВ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии имени Д.П. Гринёва
Харьков, Украина
Научный руководитель: Красникова Л.В.

Корь – это острое инфекционное заболевание, которое проявляется лихорадкой, катаральным воспалением слизистых оболочек верхних дыхательных путей и глаз с пятнисто-папулезной сыпью на коже. Корь вызывает РНК-содержащий вирус из семейства парамиксовирусы.

Корь имеет високий показатель смертности среди детей дошкольного возраста.

По данным Минздрава заболеваемость корью в Украине характеризуется периодическими вспышками. Они возникали с разницей в 5 - 6 лет: в 2001, 2006, 2012 и 2017 годах. В западных регионах Украины за период ноябрь - декабрь 2012 года было зарегистрировано 611 случаев заболевания корью (Волынская область - 10, Ивано-Франковская область - 182, Закарпатская область - 9, Львовская область - 401). Всего за период эпидемии в 2012 году за медицинской помощью обратились 13 тысяч заболевших. За 2016 год число заболевших корью составило 102 человека. Из них не прошли вакцинацию 48, а 26 были вакцинированы, но не прошли ревакцинацию. То есть 72,5% от всех заболевших не обладали искусственным иммунитетом.

В 2016 году за первый квартал случаев заболевания корью было 8, в то время как за тот же период 2017 года зарегистрировали 172 случая. Из них не были вакцинированы 60 человек, а полностью привиты - 38. На июнь 2017 года количество заболевших в данных регионах составило: Ивано-Франковская область - 392, Одесская область - 267, Тернопольская область - 19, Днепропетровская область - 11, Винницкая область - 9, Черновицкая область - 8, Львовская область - 7, Закарпатская область - 4; Киевская область - 4, Хмельницкая область - 3, Кировоградская область - 2. Число заболевших на сентябрь 2017 года в Ивано-Франковской области возросло до 637 случаев, в Одесской области до 526, в Тернопольской области до 66 заболевших и во Львовской области до 35. В октябре 2017 года МОЗ Украины опубликовало такую статистику: в Ивано-Франковской области из 747 инфицированных, 591 - это дети дошкольного и школьного возраста (80% от всего количества заболевших), в Одесской области всего зарегистрировано 589 случаев заболевания (390 детей дошкольного возраста, 67%), а в Тернопольской области - 70 случаев инфицирования из них 58 детей младшего школьного возраста, 82%).

К декабрю 2017 года заболеваемость корью только возросла и число инфицированных достигло 2381 человек. Первое место по распространению кори занимает Ивано-Франковская область (877 заболевших), второе место - Одесская область (767 заболевших), третье место - Закарпатская область (265 заболевших), четвертое место - Тернопольская область (96 заболевших) и пятое место - Львовская область (61 случай инфицирования). Причиной столь неблагоприятного положения является значительное снижение количества вакцинированного населения. МОЗ сообщило, что за 2017 год прививки против кори получило 45,5% населения Украины, хотя по санитарно-эпидемиологической норме этот процент должен достигать 95.

Для устранения распространения инфекции необходимо обеспечить население Украины вакциной против кори, отслеживать единичные случи кори при помощи эпидназдора и обеспечить эффективное лечение при инфицировании, обеспечивать

информацией население о заболевании и профилактике, формируя доверие людей к иммунизации.

Безродная А.И., Логвинова А.А.

ВЛИЯНИЕ ФИЛЬТРАТА ПОЛИГОНА ОТХОДОВ НА ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И ИХ КОРРЕКЦИЯ В ПОДОСТРОМ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра биологической химии
Харьков, Украина
Научный руководитель: професор Наконечная О.А.

Фильтрат полигона отходов – жидкая фаза, образующаяся на полигоне при захоронении бытовых отходов влажностью более 55%. Полигоны с течением времени становятся частью экологической среды и как следствие функционируют при действии множества природных процессов. Важнейшей экологической проблемой в зоне расположения полигонов отходов является их негативное воздействие на здоровье населения и различные компоненты окружающей среды.

Цель работы – определить основные биохимические показатели углеводного обмена в крови белых крыс под влиянием фильтрата полигона отходов и провести коррекцию исследуемых показателей.

Материалы и методы. Проведен подострый токсикологический эксперимент на 30 белых крысах обоих полов популяции WAG продолжительностью 45 суток. Животные находились в стандартных условиях вивария. Содержание и наблюдение за животными проводились в соответствии с положениями «Общеэтических принципов экспериментов на животных», которые согласованы Первым Национальным конгрессом по биоэтике (Киев, 2001), "Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых с экспериментальной и научной целью» (Страсбург, 1986).

Эксперимент проведен на трех группах животных: контрольной и двух опытных (первая группа получала фильтрат полигона, вторая - фильтрат и «Квертин») в количестве по 10 животных в каждой. Фильтрат полигона отходов ежедневно натощак внутрижелудочно вводился в дозе 1/10 $ДЛ_{50}$ с помощью металлического зонда. Коррекция исследуемых показателей осуществлялась водным раствором препарата «Квертин» (Борщаговский ХФЗ, Украина) в течении 2-х недель, начиная с 30 суток эксперимента. Дозировка препарата «Квертин» расчитывалась согласно его аннотации из расчета 2,5 мг кверцитина на 1 кг массы тела животного. Вводился водный раствор препарата внутрижелудочно с помощью металлического зонда. Контрольная группа крыс получала соответствующие объемы питьевой воды.

Оценка углеводного обмена в организме теплокровных животных осуществлялась по его основным показателям, а именно содержанию глюкозы, лактата и активности лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в сыворотке крови на 45 сутки эксперимента. Концентрацию лактата в сыворотке крови определяли по Баркеру и Саммерсону колориметрически на спектрофотометре СФ-46 при зеленом светофильтре в кювете с толщиной шара 10 мм против воды λ=578 нм. Концентрацию глюкозы в крови определяли глюкозооксидазным методом с использованием набора реактивов фирмы «Филисит-Диагностика» (Украина). Пробы колориметрировали на спектрофотометре СФ-46 при длине волны 490-540 нм против контрольной пробы. Активность ЛДГ в сыворотке крови определяли унифицированным колориметрическим методом с использованием набора реактивов «Филисит-Диагностика» (Украина). Статистическая обработка полученных результатов осуществлялось с помощью критерия Стьюдента-Фишера.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования выявлены статистически значимые изменения основных показателей углеводного обмена - глюкозы, лактата, ЛДГ. Так, в результате действия 1/10 $ДЛ_{50}$ фильтрата полигона отходов выявляется

выраженная гипогликемия: концентрация глюкозы в крови экспериментальных животных снижается в 7,5 раз. После коррекции «Квертином» уровень глюкозы повышался, но оставался сниженным в сравнении с контролем в 4,8 раза. Вероятно, гипогликемия связана с нарушением всасывания глюкозы в тонком кишечнике в следствии поражения слизистой оболочки, изменением скорости протекания реакций гликолиза, что подтверждается низкой концентрацией глюкозы в крови, как основного субстрата, переключением аэробного пути распада глюкозы на анаэробный путь, а также изменением гормонального профиля у токсифицированных животных.

Известно, что лактат является конечным продуктом анаэробного распада глюкозы, нами было выявлено снижение содержания лактата в крови в 2,4 раза при воздействии фильтрата полигона отходов. После коррекции «Квертином» уровень лактата повышался, но в сравнении с контролем был снижен в 1,8 раза. Данные изменения содержания основных метаболитов гликолиза после проведенной коррекции «Квертином», вероятнее всего, возникают из-за снижения протекания анаэробного пути окисления глюкозы и переключения на аэробный путь окисления глюкозы.

Ключевым ферментом анаэробного гликолиза является ЛДГ. Активность ЛДГ в крови возрастает при паталогических процессах, которые сопровождаются повреждением клеточных мембран соответствующих органов. Анализ активности ЛДГ в сыворотке крови показал ее повышение в 3,3 раза при воздействии фильтрата полигона отходов в дозе 1/10 $ДЛ_{50}$, что показывает повреждение клеточных мембран и выход исследуемого фермента в кровь. После коррекции «Квертином» активность ЛДГ снижалась в 3,5 раза в крови токсифицированных животных, что может свидетельствовать об активации восстановительных процессов в клеточных мембранах гепатоцитов, которые подвергались деструкции в результате действия фильтрата полигона отходов.

Вывод: Пероральное введение фильтрата полигона отходов в дозе 1/10 $ДЛ_{50}$ оказывает влияние на основные показатели углеводного обмена: глюкозу, лактат, ЛДГ в организме экспериментальных животных. Полученные результаты свидетельствуют об активации анаэробного пути окисления глюкозы, что подтверждается гипогликемией, гиперлактатемией, изменением активности ЛДГ и содержания гормонов, регулирующих содержание глюкозы в крови белых крыс. В эксперименте показано положительное действие растительного полифенольного препарата «Квертин» на основные показатели углеводного обмена в крови токсифицированных животных.

Ващенко Н.В., Новикова Д.П.

ЗНАЧЕНИЕ НАЛИЧИЯ ESCHERICHIA COLI В МОЧЕ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии имени Д.П. Гринёва
Харьков, Украина
Научный руководитель: ст. преп. Вовк А.О.

Актуальность. Escherichia coli - это грамотрицательная палочковидная бактерия, которая является представителем нормальной микрофлоры кишечника. Но, при попадании в другие органы, эта бактерия может вызывать ряд опасных и тяжелых заболеваний. В современном мире все чаще при плановом обследовании беременных в анализе мочи обнаруживают кишечную палочку. Причиной этого является попадание бактерии в мочеполовые пути через задний проход, что возможно при несоблюдении правил интимной гигиены. Как известно, во время беременности женский организм всегда испытывает физиологический стресс, что приводит к естественному снижению иммунитета, а это является благоприятным условием для проникновения и активного размножения патогенных микроорганизмов в мочевыделительных и половых путях. Колонизация Escherichia coli во влагалище будущей матери чревато развитием серьезных последствий, таких как: преждевременные роды или прерывание беременности из-за раннего излития околоплодных

вод, возникновение врожденных патологий у плода (бактерия с легкостью преодолевает гематоплацентарный барьер), развитие менингита у ребенка и ряд других заболеваний.

Цель. Определить частоту встречаемости Escherichia coli в моче у беременных женщин.

Материалы и методы. Обнаружение микроорганизмов в моче было осуществлено бактериологическим методом с посевом материала и идентификации возбудителя. Для этого была использован урина 132 беременных женщин на разных сроках гестации. Исследование проводилось на базе Харьковской областной клинической больницы.

Результат. Полученные данные мы сравнили с критериями количественных показателей бактерий в урине:

- ✓ $<10^4$ КОЕ/мл – норма коли-инфекции;
- ✓ $>10^4$, но $<10^5$ – пограничный параметр;
- ✓ $<10^5$ КОЕ/мл положительный результат.

Из общего количества обследуемых женщин при бактериологическом посеве у 4% (5 женщин) было выявлено бессимптомная бактериурия. У 0,75% (1 женщина) в количестве 10^4 КОЕ/мл, у 1,5% (2 беременные) - 10^5 КОЕ/мл и у 1,5% (2 беременные) в количестве $>10^6$ КОЕ/мл урины.

Вывод. В ходе данного исследования Escherichia coli была выявлена у 7.75% беременных женщин, но гинекологи утверждаю, что эта цифра в дальнейшем может быть гораздо большей. Обучение женщин правилам интимной гигиены, является главным профилактическим мероприятием по предупреждению возникновения бактериального вагиноза. А раннее выявление и грамотное лечение предотвратит возможные последствия этого заболевания.

Власенко О.В., Кобылинская Л.И.

ВЛИЯНИЕ ГРИБА ВЕСЕЛКА (PHALLUS IMPUDICUS) НА РАЗВИТИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Ермоленко Т.И., Чорна Н.С.

Макромицеты издревле использовали в медицине. В «Каноне» Авиценны грибы занимали первые места, и только после них такие растения как женьшень. В последнее время внимание ученых привлек гриб Веселка. В народной медицине его используют как средство для лечения рака, а также применяют для лечения гастритов, язвы желудка, сердечно-сосудистых заболеваний, тромбофлебитов, мастопатий, аденомы простаты и др. Исследования (Кадуков Е.М. и соавт., 2010) показали, что лечение мышей, носителей аденокарциномы Эрлиха, оказывает тенденцию к снижению скорости роста и объема опухоли, а также увеличивает эффективность противоопухолевых препаратов и увеличивает выживаемость мышей при облучении. В данном исследовании использовали настойку гриба Веселка (Phallus impudicus) на 40% этиловом спирте в концентрации 1:5. Целью исследования было изучение влияния настойки на развитие повреждений слизистой оболочки желудка под действием ацетилсалициловой кислоты.

Исследование проводили на крысах самцах массой 180-200 г по 6 животных в группе. После 24 часов голодания определяли массу животных, внутрижелудочно вводили исследуемую настойку в дозах 0,1; 0,3 и 0,5 мл/кг. Препарат сравнения, масло облепихи, вводили в дозе 0,1 мл/кг. Животные группы контрольной патологии получали воду. Через 30 минут всем животным, кроме группы интактного контроля, вводили суспензию ацетилсалициловой кислоты в дозе 150 мг/кг. В последующие 2 дня крысам однократно вводили исследуемые вещества и дважды суспензию ацетисалициловой кислоты в вышеприведенных дозах. На четвертый день определяли массу животных, исследовали

состояние слизистой оболочки желудка, повреждения которого оценивали в балах по шкале (Nakamura H. et al, 1983). Полученные результаты обрабатывали с помощью программы «Statistica 6.0».

Результаты исследования показали, что одно животное группы интактного контроля в среднем за время исследования набрало 13,3±1,1 г, контрольной патологии достоверно относительно группы интактного контроля потеряло 5,0±1,8 г. На фоне получения настойки Веселки в дозе 0,1 мл/кг одно животное в среднем достоверно относительно группы контрольной патологии набрало 1,7±1,1 г, в дозе 0,3 мл/кг – 10,0±2,2 г , в дозе 0,5 мл/кг масса животных осталась на изначальном уровне. На фоне введения препарата сравнения масла облепихи в дозе 0,1 мл/кг масса одного животного в среднем достоверно относительно группы контрольной патологии увеличилась на 2,5±1,1 г.

Изучение состояния желудка крыс показало, что в группе контрольной патологии повреждение слизистой оболочки в балах составляет 4,0±0,4. Под воздействием настойки гриба Веселка в дозе 0,1 мл/кг достоверных изменений не наблюдаем (3,7±0,4), в дозе 0,3 мл/кг достоверное по сравнению с группой контрольной патологии уменьшение поражения слизистой оболочки (2,0±0,4), в дозе 0,5 мл/кг уменьшение поражений слизистой оболочки недостоверно (3,0±0,6). Введение масла облепихи способствовало сохранению слизистой, о чем свидетельствует достоверное снижение балов (2,0±0,0).

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о способности настойки гриба Веселка в дозе 0,3 мл/кг заживлять повреждения и эрозии слизистой оболочки желудка вызванные введение ацетисалициловой кислоты, о чем также свидетельствует повышение массы тела животных.

Гайнутдінова Г.А.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ОЦІНКИ У СПРАВАХ СКОЄННЯ СТАТЕВИХ ЗЛОЧИНІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра судової медицини, медичного правознавства ім.засл.проф.М.С.Бокаріуса
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Ольховський В.О.

Актуальність. В Україні залишається великою кількість статевих злочинів, які, безумовно, є проявом порушення прав людини. Отже, актуальним залишається питання про доцільність і правильність проведення судово-медичних експертиз у справах скоєння статевих злочинів, у тому числі й зґвалтуванні.

Мета. Наголосити на важливості дотримання прав людини у проведенні судово-медичного оцінювання потерпілих від статевих злочинів та їх родичів.

Матеріали та методи. Проведено дослідження фотодокументів архіву справ кафедри судової медицини, медичного правознавства ім.засл.проф. М.С. Бокаріуса Харківського національного медичного університету та Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи про випадки зґвалтування за період 1953-1999 р.р.. Опрацьовано та систематизовано отримані дані, здійснено їх кількісний та якісний аналіз. Також здійснено вивчення літературних джерел з метою поглиблення даної інформації.

Результати. Здійснивши ретельний аналіз фотодокументів справ та, базуючись на протоколах судово-медичної експертизи, нами акцентовано увагу на особливості тілесних ушкоджень, характерних для подібного типу суспільно небезпечних дій. Вагомим є той факт, що часто статеві злочини розглядалися лише в контексті порушення прав людини осіб жіночої статі, проте документи свідчать, що серед жертв була певна частка й чоловіків. Слід підкреслити, що питання зазіхання на сексуальну, статеву та гендерну свободу людини є тяжким злочином, який, в подальшому, негативно впливає на фізіологічне та психологічне здоров`я людини, проти якої його було вчинено. Саме тому, лікар, який здійснює судово-медичну експертизу, мусить розуміти величину шкоди, заподіяної людині, проти якої було вчинено статевий злочин. Особливе місце посідає робота з родичами жертв, психологічний

та фізіологічний стан яких часто вимагає індивідуального підходу. Судово-медичне оцінювання слід проводити комісійно та обережно, аби не нашкодити і без того травмований психологічний стан жертви.

Висновки. Беручи до уваги особливий аспект етичності судово-медичної експертизи у справах скоєння статевих злочинів, ми вважаємо за доцільне дотримання експертами прав людини, регламентованих Конституцією України, Конвенцією про захист прав людини та основних свобод ООН та Ради Європи. Необхідним також є проведення психологічних тренінгів і лекцій спеціалістами у галузі психології, соціології та юриспруденції для практикуючих судових медиків і широких верств населення.

Георгий Д.А.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОСЕНСОРОВ НА БАЗЕ АНТИТЕЛ ДЛЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ МИКРООРГАНИЗМОВ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии им. проф. Д.П. Гринева
Харьков, Украина
Научный руководитель: Красникова Л.В.

Актуальность темы: микробиологическая диагностика в первую очередь необходима для определения причины инфекционных заболеваний. Выявление ведущих патогенов позволяет своевременно применить эффективный способ лечения. Многочисленные методики для идентификации возбудителей инфекционных болезней часто трудоемкие, дорогие и требуют достаточно много времени для проведения. Для решения этой проблемы планируется использовать биосенсоры на базе взаимодействия «антиген-антитело».

Цель исследования: теоретическое обоснование применения биосенсоров для оперативной идентификации возбудителей болезней микробного генеза. Биосенсоры - это аналитические устройства, включающие биологические материалы (биоселектирующая мембрана с антителами) для «распознавания» определенных молекул антигенов и выдаче информации об их присутствии и количестве в виде электрического сигнала.

Метод: изучение и анализ специфического взаимодействия антител на биоселективной мембране с определенными антигенами микроорганизмов, передающихся через преобразователь на регистрирующем устройстве. Данный метод не предполагает использование химических компонентов или дополнительных меток, он не вызывает изменений в исследуемом обьекте. Метод имеет достаточно много положительных сторон. Среда измерения на точность измерения поляризационных параметров не влияет, либо ее влияние незначительное и предсказуемо. Микроорганизмы, в свою очередь, во время измерений сохраняют жизнеспособность. С помощью биосенсоров возможно определить их количество. Метод является оперативным, причем процесс измерений может быть полностью автоматизирован.

Результаты исследования: в ходе исследования была подтверждена возможность распознавания определенных молекул антигенов в виде электрического сигнала. Дальнейшие и более точные исследования могут быть использованы не только в медицине и ветеринарии, но и в сельском хозяйстве и фармацевтическом производстве.

Вывод: таким образом, биосенсоры позволяют достаточно быстро и избирательно регистрировать патогенные штаммы микроорганизмов без вреда для их носителя. Такая широкая возможность применения биосенсоров побуждает к проведению широкомасштабных исследований в этой области.

Горбунова І.В.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА НІМЕЧЧИНИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології ім. проф. Д.Г. Гриньова
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Габишева Л.С.

Актуальність: вірус імунодефіциту людини – глобальна проблема людства, названа «чумою 21 століття». Вакцини від ВІЛ поки не винайдено, незважаючи на зусилля вчених усього світу, і профілактика залишається єдиним засобом стримування епідемії. Інформація про шляхи поширення і способи захисту від ВІЛ-інфекції доступна населенню. Проте, пандемія наростає і охоплює все більше людей з кожним років по всьому світу. Це відбувається через відсутність культури статевого життя і високого рівня наркоманії.

Мета даної роботи: порівняти масштаби поширення ВІЛ-інфекції серед населення України і Німеччини.

Матеріали і методи: аналіз статистики захворюваності ВІЛ-інфекцією за 2016 рік у цих країнах.

Результати: за офіційними даними на 2016 рік кількість нових ВІЛ-інфікованих у Німеччині становить 3,2 тисячі, в той час як в Україні було зареєстровано 15245 нових випадків зараження ВІЛ-інфекцією. Різниця у поширенні інфекції серед жителів цих країн величезна. Гігантський успіх профілактики ВІЛ у Німеччині свідчить про те, наскільки ефективним може бути взаємодія держави зі структурами громадянського суспільства. Міністерство охорони здоров'я ФРН розробило свою стратегію боротьби із ВІЛом. Вона складається із 3-х елементів: мінімізація кількості нових випадків зараження, оптимізація допомоги ВІЛ-інфікованим та боротьба з їх дискримінацією. На сьогоднішній день у Німеччині саме дискримінація сприймається як одна із найактуальніших проблем. Міністерство проводить просвітницьку кампанію, приурочену до 1 грудня – всесвітнього дня боротьби зі СНІДом. Девіз цієї кампанії – "positiv zusammenleben" – за позитивне спільне життя з ВІЛ-позитивними людьми. Україна знаходиться серед лідерів за поширеністю ВІЛ в Європі, незважаючи на зниження активності епідемії в останні роки. Гомофобія, небажаність допомагати медикаментозно тим людям, котрі вживають наркотики, а також неясний юридичний статус тих, хто займається проституцією, призводить до того, що країна не може застосувати ті заходи по профілактиці ВІЛ, які визнані науково ефективними та використовуються в усьому світі. Україна веде активну боротьбу з епідемією, беручи участь у міжнародних програмах. ЮНІСЕФ також допомагає боротися із загрозою повномасштабного спалаху епідемії ВІЛ-інфекції в Україні, в той же час захищаючи права людей, які живуть з ВІЛ. Основні напрямки допомоги: допомоги уряду і організаціям громадянського суспільства зі створенням бази даних і інформації про соціально незахищених категорій підлітків і впровадження послуг, які запобігатимуть ризикової поведінці серед підлітків; сприяння формуванню у дітей та молоді, як у школі, так і поза нею, життєвих навичок, необхідних для захисту себе від інфікування ВІЛ; запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини, а також надання антиретровірусної терапії ВІЛ-інфікованим; сприяння забезпеченню антиретровірусної терапії для дітей і жінок. Дуже важлива відкритість і боротьба з дискримінацією. Величезну роль грає детабуізація теми сексу в суспільній свідомості: секс повинен приносити задоволення, хороший секс – це фактор якості життя. Тому говорити про секс треба зі шкільних років і не в негативному ключі. Для обміну досвідом профілактики ВІЛ вкрай важливий діалог, а не самоізоляція у питаннях охорони здоров'я і правозастосовних практик.

Висновки: ВІЛ – це колосальна проблема. І весь світ робить акцент не тільки на питаннях медичних, а й на необхідності розвитку психолого-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим, на вихованні нашого з вами ставлення до тих, хто потрапив у біду під назвою

ВІЛ. Так, сучасні ліки цим людям необхідні, їм повинна бути повсюдно доступна найефективніша терапія. Але їм не менш потрібні наше милосердя та наше співчуття.

Гритчин В.М., Кривуля Н.Д.

ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГАЛУЗІ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНИ (ЦІЛИТЕЛЬСТВА) В УКРАЇНІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра судової медицини, медичного правознавства ім.засл.проф.М.С.Бокаріуса
Харків, Україна
Науковий керівник: Бондаренко В.В.

Актуальність: за даними Міністерства охорони здоров'я України, за останні 10 років тільки кількість онкохворих, які померли від рук лжецілителів, становила приблизно 250 тис. осіб. Статистика щодо самих цілителів теж шокує: ліцензію на нетрадиційне лікування станом на 24 березня 2015 р. мають лише біля 300 осіб, у той час як загальна кількість цілителів в Україні, за різними оцінками, складає від 10 до 12 тисяч.

Мета дослідження: аналіз проблем державного регулювання народної і нетрадиційних медицини в Україні.

На сьогодні цілительство є досить поширеним явищем на теренах України. Воно представлене альтернативними методиками та схемами лікування, які потребують ретельного контролю з боку держави. Саме тому, на сьогодні одним з найважливіших юридичних питань є документальне забезпечення діяльності у сфері нетрадиційної медицини.

В Україні цілительство співіснує з офіційною медициною відповідно до ст. 72 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров’я ”, яка говорить , що особам без спеціальної медичної освіти надається право займатися діяльністю у сфері народної і нетрадиційної медицини за спеціальним дозволом, виданним МОЗ.

Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я №2801-XII від 19.11.1992 р., народна медицина (цілительство) - методи оздоровлення, профілактики, діагностики та лікування, що ґрунтуються на досвіді багатьох поколінь людей, усталені в народних традиціях і не потребують державної реєстрації.

В Україні цілительство врегульовано нормативно-правовими документами.

Незаконна лікувальна діяльність не тільки становить реальну небезпеку для життя та здоров’я людини, але й є на сьогодні досить поширеним явищем. На думку медиків, основна небезпека незаконної лікувальної діяльності полягає у втраті пацієнтом часу для лікування того чи іншого захворювання, загостренні хронічних у нього хвороб або виникненні нових (перш за все психічного характеру), а також у прямій шкоді деяких форм і методів «лікування», що заподіюють тілесні ушкодження різного характеру та ступеня тяжкості.

Так, дані опитування медиків (330 осіб) показали, що в 102 випадках в їх медичній практиці були випадки настання смерті і погіршення стану здоров'я тих хворих, які користувалися послугами цілителя. У переважній більшості випадків шкідливі наслідки мали місце у вигляді ускладнень онкозахворювань та посилення патологічних процесів іншого роду, наприклад, таких, як токсичний гепатит, ниркова недостатність, порушення мозкового кровообігу (інсульт). За опитуванням громадян у 73 випадках мало місце погіршення здоров'я як результат курсу лікування у цілителя.

Висновок. Влада України на сьогоднішній день повинна приділити увагу окресленній проблемі, адже незаконна лікувальна діяльність становить реальну небезпеку для здоров´я та життя населення. Тому надзвичайно важливим завданням сучасної правової політики української держави є наявність ефективного законодавства для формування державної політики у сфері охорони здоров’я та її успішної реалізації, а також документальне забезпечення діяльності у сфері нетрадиційної медицини.

Гулевич Н.П.

ДІТОВБИВСТВО З СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ТОЧКИ ЗОРУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра судової медицини, медичного правознавства ім.засл.проф.М.С.Бокаріуса
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Ольховський В.О.

Будь-яке умисне вбивство має винятково високий ступінь суспільної небезпечності. Але саме дітовбивство є найбільш складною, багатоаспектною соціально-правовою проблемою, успішне розв'язання якої потребує спільних зусиль державних і правоохоронних органів, різноманітних громадських інституцій. За ст. 117 КК України «Умисне вбивство матір'ю своєї новонародженої дитини» вбивство матір'ю своєї дитини під час пологів або відразу після пологів карається позбавленням волі на строк до трьох років. Тобто, кримінальний закон України розглядає цей злочин вбивством при пом'якшуючих обставинах. Суб'єктом цього злочину може бути лише мати. Убивство новонародженого не матір'ю, а іншими особами або матір'ю, але вже не новонародженої дитини (тобто віком більше однієї доби) розглядається як умисне вбивство. Проблема актуальна здавна: дітовбивство широко практикувалося у багатьох давніх культурах як засіб регулювання народжуваності. Найбільш ранні приклади систематичного інфантицида відносяться ще до кам'яної доби. Однак, до перших регулюючих відповідальність за цей злочин документів можна віднести лише кодекс 1532 року - Кримінальне положення Карла V "Lex Carolina".

Приводами до судово-медичного дослідження трупів новонароджених є підозра на насильницьку смерть. Це буває при виявленні трупа невідомого новонародженого, при заявах, що жінка народила вдома або в іншому місці мертвої дитини або він помер незабаром після пологів, а також в інших випадках, коли смерть новонародженого наступає незабаром після пологів або в процесі їх, при неясних обставинах, що дозволяють підозрювати насильницьку смерть. Дітовбивство може бути активним, коли новонародженому заподіюються які-небудь ушкодження, і пасивним (наприклад, залишення новонародженого без необхідного догляду призводить до його смерті). Аналіз офіційної статистики МВС України щодо кількості зареєстрованих злочинів, передбачених ст. 117 КК України, показав, що за останні 20 років здійснено 370 умисних убивств матір'ю своєї новонародженої дитини, що в загальній структурі умисних убивств в середньому становить 0.6%, за 2002–2016 рр. виявив 88 кримінальних проваджень (справ) про умисні вбивства матір'ю своєї новонародженої дитини.

Метою даного дослідження стало вивчення архівного матеріалу Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи (ХОБСМЕ) за 1951-1997 рр. Всього за вказаний період на базі ХОБСМЕ було проведено 42 судово-медичні експертизи дітовбивств. З них, у 31 випадку причиною смерті новонародженої дитини стало механічне порушення дихання (асфіксія: странгуляційна - 27 випадків, обтураційна – 6 випадків). У 9 випадках дітовбивств причиною смерті були тяжкі тілесні ушкодження гострими предметами. Водночас, зведена статистика ХОБСМЕ за 2015-2017 рр. не виявила жодного випадку умисного вбивства матір'ю своєї новонародженої дитини. Це можна пояснити специфікою даної категорії злочинних проявів, несвоєчасне їх виявлення та наявність певних правових, процесуальних та організаційних проблем.

Результати нашого дослідження підкреслюють актуальність даної проблеми, необхідність проведення заходів зі встановлення й усунення причин цього виду злочинів та умов, що сприяють їх скоєнню серед груп ризику, адже дітовбивство є злочином з високим рівнем латентності, що значно ускладнює його виявлення, розслідування та профілактику.

Директоренко О.В.

ВИЗНАЧЕННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН

Харківський національний медичний університет
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології ім. проф. Д.П.Гриньова
Харків, Україна
Науковий керівник: ст. викл. Вовк О.О.

Мета роботи полягає в тому, щоб з`ясувати чи впливають взагалі спиртові настоянки (екстракти) лікарських рослин на різні мікроорганізми, визначити препарат лікарської рослини з найбільшими антибактеріальними властивостями, можливості та проблеми використання спиртових екстрактів лікарських рослин в медичній практиці при захворюваннях та для профілактики.

Для досягнення поставленої нами мети вирішувались такі **завдання**:

1) ознайомитись з літературними джерелами описання обраних лікарських рослин, матеріалами та методами досліджень;

2) підготувати середовища для вирощування досліджуваних мікроорганізмів *(Bacillus mycoides, Serratia marcescens, Sarcina flava,Pseudomonas alcaligenes);*

3) дослідити чутливість тест-культур до спиртових настоянок лікарських рослин методом «паперових дисків» та методом «крапель» (останній виявився найменш ефективним та показовим).

Практична частина: спочатку ми виготовили екстракти з евкаліпту, звіробою, імбиру та шавлії й добували сік з каланхое та алое. Потім були зроблені різні розведення цих екстрактів та соків, в яких змочувалися «паперові диски» й викладалися на середовище МПА, де вже була посіяна тест-культура (методом глибинного посіву). Наступного дня ми спостерігали антибактеріальний вплив лікарських рослин, тобто пригнічення росту бактерій.

Результати:

1. Для дослідів нами було виготовлено спиртові екстракти з чьотирьох лікарських рослин та добуто соки з двох лікарських рослин і було доведено, що вони мають антибактеріальну активність, але в різному еквіваленті.

2. В ході дослідження пригнічення росту Bacillus mycoides, Serratia marcescens, Sarcina flava, Pseudomonas alcaligenes, було доведено, що найбільший антибактеріальний ефект (вплив) має спиртовий екстракт з Евкаліпту прутовидного *(Eucalyptus viminalis)* та сік Каланхое перистого *(Kalanchoe pinnata).*

Дмитриєва К.В.

ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЮ АЛКОГОЛЬНОГО СП’ЯНІННЯ ЗА ПОКАЗНИКОМ КОНЦЕНТРАЦІЇ АЦЕТАЛЬДЕГІДУ В КРОВІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра судової медицини, медичного правознавства ім.засл.проф.М.С.Бокаріуса
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Бондаренко В.В.

Сучасні наукові дослідження свідчать про те, що головна роль у біохімічній складовій алкогольній інтоксикації належить продукту окислення етанолу (Ет) - ацетальдегіду (АцА). Відомо, що токсичність АцА перевищує токсичність Ет в десятки разів. Знаходячись в організмі у фізіологічних концентраціях (0,0001‰-0,001‰), АцА не проявляє своєї фармакологічної дії, але при збільшенні концентрації він вступає в реакції з біогенними амінами та утворює біологічно активні алкалоїдоподібні речовини. В судово-медичній практиці показник концентрації АцА вже використовується в якості додаткового діагностичного показника причини смерті від гострого отруєння алкоголем, але питання визначення стану алкогольного спєяніння за показником АцА в крові ще досі не вирішено, а ступінь алкогольного спєяніння залежить від рівня Ет та АцА в крові та обумовлена індивідуальними властивостями організма. Таким чином, **мета роботи** була у визначенні

доцільності використання показника концентрації АцА в крові в якості додаткового діагностичного критерію ступеню алкогольного сп'яніння.

Матеріал та методи дослідження. Для визначення концентрації АцА було досліджено кров від 40 трупів осіб чоловічої та жіночої статі у віці від 21 до 66 років, судово-медичні розтини яких були на базі Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи. Під час кожного розтину була вилучена кров і направлена до відділення судово-медичної токсикології ХОБСМЕ, де методом газорідинної хроматографії, за допомогою газорідинного хроматографу ЛХМ-8МД, було визначено концентрацію Ет і АцА.

В результаті дослідження було встановлено, що в разі присутності Ет в крові було визначено також й АцА у різних концентраціях, що дало нам можливість виділити 4 групи досліджень. У першій групі (11 випадків) концентрація Ет в крові не перевищувала 0,4 ‰, а при цьому середній рівень концентрації АцА склав 0,0007 ‰, що знаходиться у межах фізіологічної норми. У другій групі (12 випадків) концентрація Ет в крові відповідала ступеню легкого алкогольного сп'яніння (0,5-1,5 ‰), при цьому середній рівень концентрації АцА склав 0,0054 ‰, що перевищує норму приблизно у 5-6 разів. В третій групі (11 осіб) концентрація Ет в крові відповідала середньому ступеню алкогольного сп'яніння (1,5-2,5 ‰), при цьому середній рівень концентрації АцА склав 0,0110 ‰, що перевищує норму приблизно у 11 разів. В четвертій групі (6 випадків) концентрація Ет в крові відповідала ступеню сильного алкогольного сп'яніння (2,5-3,0 ‰), при цьому середній рівень концентрації АцА склав 0,0183 ‰, що перевищує норму приблизно у 18 разів.

Таким чином, нами доведено, що середній рівень концентрації АцА в крові співпадає з відповідним рівнем Ет в крові, що у підсумку дає можливість використовувати показник АцА в крові в якості маркера ступеню алкогольного сп'яніння. Для підтвердження цієї теорії, а також для створення відповідної таблиці концентрацій, як це зроблено для Ет, необхідно провести відповідне дослідження у живих осіб. Наші висновки підтверджують дослідження Зороастрова О.М. (2004), який визначав клінічний стан людини при різних концентраціях Ет і АцА в крові. Так, у осіб з клінічною картиною легкого алкогольного сп'яніння концентрація Ет в крові була у межах 1,00-1,45 ‰, а концентрація АцА – 0,002 - 0,005 ‰. У випадках більш вираженої картини легкого алкогольного сп'яніння концентрація Ет була у межах 0,75- 0,85 ‰, а концентрація АцА – 0,0073 - 0,0075 ‰. У випадку алкогольного сп'яніння середнього ступеню концентрація Ет склала 1,3 ‰, а АцА – 0,009 ‰.

Вважаємо, що врахування концентрації АцА в крові при алкогольних інтоксикаціях є перспективним напрямком подальших наукових досліджень.

Долгова Т.С.

СУДОВО-МЕДИЧНИЙ РОЗТИН ТРУПА ЯК НАЙСКЛАДНІШИЙ ВИД ЕКСПЕРТИЗИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра судової медицини, медичного правознавства ім.засл.проф.М.С.Бокаріуса
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Ольховський В.О.

Судово-медичний розтин трупа є найважливішим і найбільш відповідальним видом експертної діяльності, який потребує з'ясування найрізноманітніших питань, пов'язаних зі смертю людини.

Розтину підлягають трупи осіб, які померли від насильницької смерті, за нез'ясованих обставин або раптово. Трупи новонароджених, які померли за межами медичних закладів, померлі з невстановленою особистістю та хворі, діагноз яких не був встановлений, теж підлягають під судово-медичний розтин. Основною метою судово-медичної експертизи трупа є встановлення причини смерті і характеру тілесних ушкоджень. Треба розуміти, що судово-медичний розтин відрізняється від патологоанатомічного. У судово-медичній експертизі велике значення має одяг, знаряддя травми, сліди, виявленні на місці події, які являються матеріалами справи.

Існує три основних способи розтину трупів дорослих. Перший спосіб - це метод Вірхова Р.Л.К., при якому органи відсікаються, витягуються і вивчаються окремо. Другий спосіб – Абрикосова А.І.. Відповідно до цього способу органи вилучаються по системам. Третій спосіб передбачає вилучення всього органокомплекса за методом, розробленим проф. Г.В. Шором. При використанні цього методу вдається зберегти анатомічні зв'язки.

Великий внесок у судову медицину як науку було зроблено Іллею Васильовичем Буяльським. У 1824 році їм було опубліковано «Керівництво лікарям до правильного огляду мертвих людських тіл для впізнавання причини смерті, особливо при судових дослідженнях». Ця робота стала першим оригінальним вітчизняним посібником з судової медицини. У 1829 році на основі цього керівництва, топографією медичного департаменту міністерства внутрішніх справ, було видано Наставляння лікарям при судовому огляді. Викладені в керівництві І.В. Буяльського положення були також використані професором С.А. Громовим при написанні першого вітчизняного підручника з судової медицини «Короткий виклад судової медицини для академічного та практичного вжитку», виданого в 1832 році.

Непереоцінний внесок у судово-медичний розтин як вид експертизи зіграв Микола Олександрович Оболонський. Він став автором «Посібника про судово-медичне дослідження трупа». У 1886 році захистив дисертацію «Про волосся в судово-медичній практиці» і був затверджений у ступені доктора медицини. У тому ж році був призначений прозектором Харківського університету. У 1889 році Микола Олександрович був обраний почесним членом Паризького антропологічного товариства.

Великим медиком, професором і викладачем був Феодосій Олексійович Патенко. Їм було видано посібник до судово-медичного аналізу для початківців судових лікарів і студентів. У 1888 році захистив дисертацію на ступінь доктора медицини під назвою «Про розвиток фіброзних тіл яєчників». Працював і викладав в Харківському університеті. Написав безліч робіт, багато з яких сам переклав на німецьку мову. До них відносяться: "Про реорганізацію судово-медичної експертизи", "Про судово-медичне значення трупних явищ", "До вчення про позаматкової вагітності», та багато інших.

З кожним роком техніка розтину трупа розвивається і вдосконалюється завдяки вченим і фахівцям у сфері судової медицини. Можливо, незабаром наука розробить методику встановлення факту і причин смерті без розтину, але на даний момент розтин трупа є найбільш точним і інформаційним методом в судово-медичній експертизі.

Ерохина В. В.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ КРЫС ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ИНДУЦИРОВАННОЙ ИММУНОСУПРЕССИИ

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

Токсические эффекты цитостатических препаратов, применяющихся при лечении онкопатологии, представляют одну из наиболее актуальных проблем современной медицины. Отсутствие избирательности действия цитостатиков на ткани и органы обусловливает необходимость поиска иммунокорректоров, снижающих негативные эффекты таких препаратов. Необходимым требованием, предъявляемым к потенциальным протекторам, является отсутствие их влияния на антибластомные эффекты противоопухолевой терапии. Среди иммунокорректоров все большее внимание исследователей привлекают синтетические производные тимического гормона, в частности, имунофан.

Целью работы было изучение морфометрических параметров паращитовидных желез белых крыс после применения цитостатика циклофосфамида в комбинации с корректором имунофаном.

Исследование проведено на 24 белых крысах-самцах половозрелого возрастного периода. Средняя масса экспериментальных животных составила 180±10 г. Крысы были разделены на 2 группы по 12 особей в каждой. Представителям первой группы вводили циклофосфамид (200 мг/кг) однократно внутримышечно, затем производили иммунокоррекцию имунофаном (50 мкг/кг) на 1, 3, 5, 7, 9 сутки после инъекции циклофосфамида. Вторую группу составили интактные крысы. Животных выводили из эксперимента на 3 и 30 сутки после последней инъекции. На микропрепаратах паращитовидных желез изучали гистоструктуру органа в шести полях зрения каждого среза, с каждого объекта анализировалось шесть срезов. С помощью оригинальной компьютерной программы «Morpholog» измеряли линейные параметры паращитовидных желез (толщина, ширина, высота), площадь органа на срезах. Под шириной подразумевалась малая ось проекции органа во фронтальной плоскости. Высота железы соответствовала большой оси проекции органа во фронтальной плоскости. Под толщиной подразумевалась малая ось проекции железы в сагиттальной плоскости.

Результаты экспериментального исследования показали, что после проведения коррекции индуцированной иммуносупрессии толщина паращитовидных желез крыс репродуктивного возрастного периода была достоверно выше показателей интактных животных на 3 и 30 сутки наблюдения (13,29%, и 6,47% соответственно). Выявлено, что ширина органа увеличивалась на 17,06% (3 сутки) и 7,33% (30 сутки) по сравнению с показателями животных контрольной группы. На 3 сутки и 30 сутки после введения иммунокорректора высота паращитовидных желез самцов увеличилась на 10,80% и 12,54%. У подопытных животных происходило увеличение площади органа на 3 и 30 сутки (11,32% и 5,62% соответственно вышеуказанным срокам).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности проведения иммунокоррекции циклофосфамид-индуцированной иммуносупрессии имунофаном с целью снижения негативного воздействия цитостатика на ткани и органы, не пораженные патологическим процессом.

Жулікова М.В., Круковець Н.В.

ЗМІНИ КОРИ НАДНИРНИКІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ПОЛИКИСТОЗІ ЯЄЧНИКІВ У ЩУРІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра патологічної фізіології ім. Д.О. Альперна
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Кузьміна І.Ю.

Полікістоз яєчників (ПЯ) викликає морфофункціональну перебудову наднирників, в зв'язку з негативним впливом метаболічних реакцій і молекулярно-клітинних механізмів. Експериментальне моделювання дозволяє оцінити здібності наднирників до забезпечення розвитку компенсаторних реакцій та оцінити внутрішньоклітинні зміни кортікоцитів (КЦ).

Мета роботи - визначити зміни кори наднирників при експериментальному полікистозі яєчників щурів.

Матеріал і методи дослідження. Дослідження проведені на 20 самках білих щурів лінії Vistar 27-денного віку і вагою 90 г., 10 з яких були контрольними і 10 - піддослідними. Контрольну групу становили самки з нормальним естральним циклом. Моделювання полікістозу яєчників проводили шляхом підшкірного введення 6 мг масляного розчину дегідроепіандростендіона (DHEA) за методикою M.T. Lee і ін. (1991), протягом 20 днів. Метод дозволив домогтися розвитку полікістозу яєчників у 93% щурів. Тварин виводили з експерименту шляхом декапитації під ефірним наркозом, згілно до принципів Гельсінської декларації, з подальшим забором яєчників і наднриркових залоз для вивчення гістологічних змін. Статистичну обробку результатів проводили згідно з програмою Microsoft Excell, із використанням критерія Стьюдента.

Результати та їх обговорення. В яєчниках андрогенізованих щурів спостерігалося склерозування строми і розвиток кістозно-перероджених фолікулів. Практично повністю були відсутні зрілі фолікули і жовті тіла. Збільшувався відносний обсяг строми, посилювалася колагенізація білкової оболонки і, відповідно, значно змінювався зовнішній вигляд яєчників. У піддослідній групі маса наднирників перевищувала показники контрольної групи на 9,8%. Корковий і мозковий шари у піддослідних тварин перевищували показники контрольної групи на 15,3% ($p < 0,05$) і 37,9% ($p < 0,05$) відповідно. При СПКЯ клубочкова зона наднирників на 30,0% ($p < 0,05$) вірогідно зменшилася щодо контролю, але пучкова і сітчаста зони значно випереджали дані показники контрольних щурів на 15,2% і 18,1% ($p < 0,05$).

Висновки. Експериментальне моделювання СПКЯ на щурах дозволило виявити морфологічні ознаки компенсаторних реакцій в надниркових залозах, що виражається у домінуванні прогресивних змін розмірів пучкової зони коркового шару з переважанням проліферативних процесів в наднирниках, які зачіпають клітини ендокринної паренхіми.

Журба Е. П.

ИЗУЧЕНИЕ БЕЛОКСИНТЕТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ФИБРОБЛАСТОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ ПОСЛЕ ОЖОГОВ

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

Актуальность: В связи с активным развитием косметологии в Украине и большим разнообразием косметологических услуг, все больше растет спрос на процедуры удаления и лечения келоидных рубцов (КР) после ожогов. КР являются не только эстетическим недостатком, но и могут вызывать значительные функциональные нарушения в дерме, что впоследствии приводит к неприятным субъективным ощущениям у больного и влияет на качество жизни. Более детальное изучение процессов заживления позволит выявить особенности морфогенеза КР, что необходимо для подбора эффективной тактики лечения и, возможно, для предотвращения развития КР.

Цель: Изучение морфологических особенностей биоптатов КР, в том числе белоксинтетической активности фибробластов до и после лечения.

Материалы и методы. Материал для исследования предоставлен к.м.н.,доц. каф.комбустиологии, реконструткивной и пластической хирургии ХМАПО Коркундой С.В. Были исследованы биоптаты послеожогового КР пациентов, получивших курс специального лечения, тормозящего рост КР. В зависимости от времени, прошедшего после проведения курса лечения, это были биоптаты, взятые сразу после окончания курса, через 2 мес., через 8 мес. и через 12 мес. При этом использовалось стандартное и новое (апробируемое) лечение. После фиксации в 10% формалине из биопсийного материала были изготовлены микропрепараты, окрашенные гематоксилином-эозином и пикрофуксином по Ван Гизон, поставлена гистохимическая реакция на суммарные нуклеиновые кислоты при окрашивании галлоцианин-хромовыми квасцами по Эйнарсону. Для оценки морфофункционального состояния фибробластов определяли оптическую плотность ядра на микропрепаратах, окрашенных по Эйнарсону. Исследования выполены на микроскопе «Axiostar plus» (Zeiss, ФРГ). Статистическая обработка цифровых данных проведена методом вариционного анализа с определением критерия Стьюдента.

Результаты. Через 2 месяца после стандартного лечения в биоптате КР были выявлены очаговые инфильтраты с преобладанием лимфоцитов, а также диффузно рассеянные многочисленные клеточные элементы – фибробласты, фиброциты, макрофаги, лимфоциты, что указывает на наличие воспалительного процесса в рубцовой ткани и продолжение коллагенобразования. Фибробласты имеют угловатую форму, объёмное ядро и объемную цитоплазму. Средняя оптическая плотность ядра при окраске галлоцанином по Эйнарсону

составляет – 0,187±0,014 усл.ед.опт.пл. Через 12 месяцев после стандартного лечения в глубине рубца встречаются как некрупные фибробласты с небольшим объемом цитоплазмы, так и фиброциты. В субэпидермальном слое все также сохраняются участки макрофагальной лимфоцитарной инфильтрации, выраженной фуксинофилии, что свидетельствует о чрезмерном накоплении интерстициального коллагена с формированием толстых пучков и гомогенных участков Средняя оптическая плотность ядра при окраске галлоцанином по Эйнарсону – 0,142±0,016 усл.ед.опт.пл., т.е. ядра фибробластов приобрели большую эухромность.

В биоптате, взятом сразу после окончания апробируемого лечения, количество фибробластов и накопление коллагена в субэпидермальном слое небольшое, фибробласты в основном морфофункционально в малоактивном виде (темное небольшое ядро, малообъемная цитоплазма). Средняя оптическая плотность ядра при окраске галлоцанином по Эйнарсону составляет 0,128±0,013усл.ед.опт.пл. Через 8 месяцев после лечения с использованием апробируемого лекарственного средства, в рубцовой ткани средняя оптическая плотность ядра фибробластов при окраске галлоцанином по Эйнарсону - 0,232±0,011усл.ед.опт.пл., т.е. отмечается нарастание гетерохромности ядра фибробластов.

Вывод. Келоидный рубец сохраняет активные фибробласты, продолжающие коллагенсинтезирующую функцию. Апробируемое лечение подавляет морфофункциональную активность фибробластов в большей степени и на более длительный срок, чем стандартное.

Ібрагімова Ш.Е., Прасол О.В.

ЗВ'ЯЗОК ЧОЛОВІЧОЇ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ З ГІПОТАЛАМО-ГІПОФІЗАРНОЮ СИСТЕМОЮ. МЕХАНІЗМИ РЕГУЛЯЦІЇ ГЕНЕРАТИВНОЇ ТА ЕНДОКРИННОЇ ФУНКЦІЇ ЧОЛОВІЧИХ СТАТЕВИХ ЗАЛОЗ. ВІКОВІ ЗМІНИ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра гістології, цитології та ембріології
Харків, Україна
Науковий керівник: Новікова К.А.

Актуальність. Ендокринна система є одним з ключових і тонких ланок в регуляції чоловічої репродуктивної системи. Порушення, що виникають на різних її рівнях, відіграють важливу роль в патогенезі безпліддя у чоловіків. Для діагностики та усунення причин потрібно знати механізми гуморальної регуляції.

Мета. Простежити і показати, як рівень різних статевих гормонів змінюється в залежності від віку чоловіка. Дослідити залежність їх синтезу від різних факторів.

Матеріали та методи. У роботі були залучені результати біохімічних методів дослідження, що були отримані в Харківському інституті проблем ендокринології впродовж 2015 року. У дослідженні брали участь 90 чоловіків: 30 осіб у віці від 18 років до 21 року, 30 осіб у віковому проміжку від 25 до 35 та 30 чоловіків 40-65 років. Також брали участь дві досліджувані групи в умовах стаціонару: чоловіки (15 осіб, 25-45 років) зі здоровим і повноцінним сном, і хлопці - студенти (15 осіб, 17-20 років) з постійною нестачею сну через інтенсивне навчання.

Результати. Було підтверджено, що норма тестостерону у чоловіків змінюється протягом життя. В ході дослідження також було підтверджено, що кожен рік у харків'ян, починаючи з 30 років, рівень тестостерону знижується на 1%.

Також було підтверджено, що рівень тестостерону коливається протягом дня. Максимальна концентрація андрогенів у чоловіків спостерігається вранці, і починає поступово знижуватися, досягаючи свого мінімуму в вечірній час. Тому, був зроблений висновок, що для достовірності аналізу на рівень гормону, його проведення призначають в ранковий час (до 11 годин). Крім того, проглядався циркадний ритм синтезу тестостерону в залежності від пори року. Було помічено, що у вересні відзначається найвищий рівень

тестостерону. Нас зацікавив даний факт, і ми вирішили з'ясувати, чому це саме так. У нас є два припущення. Перше — ми думаємо, що це можна пов'язати з підвищенням врожайності фруктів, овочів і ягід, які містять велику кількість антиоксидантів, наприклад, вітаміну Е. Останній нейтралізує дію вільних радикалів, що призводять до патологій статевих клітин і клітин Лейдіга, що виробляють тестостерон.

Друге полягає в тому, що при зачатті дитини в вересні він народиться в червні, а червень, як відомо, сприятливий період для народження дитини, тому що дитина отримує достатню кількість сонячних променів (уникнення рахіту), а мати - велика кількість вітамінів.

Визначення добових ритмів ФСГ і ЛГ у двох досліджуваних груп в умовах стаціонару: чоловіків і у студентів, підтвердило, що клінічні умови з чітким режимом сну і його нестача є найбільш оптимальними для одержання достовірної інформації. У чоловіків відзначений нічний підйом концентрації гонадотропінів, у юнаків вміст гормонів в крові залишається стабільним протягом доби.

Висновки. Була підтверджена циклічність процесів вироблення чоловічих статевих гормонів, також був проведений аналіз даних щодо секреції тестостерону протягом доби і в різні пори року в залежності від віку чоловіків на прикладі досліджуваної групи харків'ян. Були приведені припущення про зв'язок вироблення тестостерону з кількістю антиоксидантів в їжі людини і порушення синтезу цього гормону, пов'язані з іншими факторами. Ми показали залежність рівня статевих гормонів від повноцінного сну.

Кісь С. А.

СУДОВО-МЕДИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ НАСТАННЯ СМЕРТІ ВІД ОТРУЄННЯ ОКИСОМ ВУГЛЕЦЮ ПРИ «НЕСМЕРТЕЛЬНИХ» КОНЦЕНТРАЦІЯХ КАРБОКСИГЕМОГЛОБІНУ В КРОВІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра судової медицини, медичного правознавства ім.засл.проф. М.С.Бокаріуса
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Губін М.В.

Настання смерті від отруєнь окисом вуглецю не є рідким, воно сягає близько 18% усіх випадків смертей та займає друге місце серед отруєнь після інтоксикації алкоголем. Смертельним вважається отруєння окисом вуглецю при концентрації карбоксигемоглобіну більш ніж 50-60% в крові. Однак, статистичні данні Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи за 2014-2017 роки свідчать на користь того, що 45-50% смертельних випадків отруєнь окисом вуглецю (CO) настають вже при 30-40% концентрації карбоксигемоглобіну (HbCO) в крові.

При огляді загальновідомих ознак смерті від отруєння було підтверджено, що концентрація більш 50% HbCO в крові дає наступні відмінності трупних явищ: а) трупні плями інтенсивно червоно-рожевого кольору, кров набуває рідкої консистенції та яскравого червоного відтінку. Разом із тим, при низьких концентраціях HbCO виявлено, що колір трупних плям синьо-фіолетовий, а стан крові відповідає такому, як при смерті, що настала швидко; б) інтенсивний окрас трупу; в) крововиливи на поверхні внутрішніх органів; г) набряк головного мозку та інші.

Винайдена невідповідність класичним теоретичним даним перешкоджає правильному встановленню причини смерті при невисоких показниках карбоксигемоглобіну в крові. Нові дані потребували вивчення через науковий експеримент. Для відтворення експерименту нами було використано 34 щура лінії Wistar. У герметичний ексикатор поміщався кожен з 32 щурів по черзі. Дві особі було залишено в якості контролю. До ексикатора подавався чистий окис вуглецю. Температура становила 18-22 градусів за Цельсієм. Час експозиції – до настання смерті тварини. Ми сформували дві групи щурів, по 16 осіб в кожній. Для першої групи концентрація CO у навколишньому повітрі становила 1%, для другої - 0,1%. Третя група була сформована для контролю. Тварин контрольної групи було наркотизовано для

подальшого дослідження крові. Матеріалом дослідження була кров з лівого шлуночка серця тварини. Концентрація HbCO крові визначалась спектрофотометричним методом. Отримавши результати аналізу крові на наявність HbCO, було визначено середній показник концентрації HbCO в крові, а також обчислено мінімальні та максимальні показники вибірок. Група з концентрацією CO в повітрі 0,1% дала високі показники процентної кількості HbCO: максимальний - 76%, мінімальний - 41%, середнє значення - 65,8%. Група з концентрацією CO 1% мала низькі показники: максимальний - 61%, мінімальний - 35%, середнє значення - 43%.

Таким чином, постулат щодо прямої залежності кількості HbCO в крові від концентрації CO в навколишньому середовищі в нашому експерименті не підтвердився. Отриманий результат для більшої концентрації чадного газу в повітрі дав менший показник концентрації HbCO в крові і, навпаки, вбачається зворотна пропорціональність процесу. Отже, 1-2% концентрація CO в навколишньому повітрі обумовлює настання смерті за «блискавичним» типом, коли 0,1-0,2% концентрація достовірно уповільнює темпи настання смерті. Пояснення низької концентрації HbCO у смертельних випадках отруєння пов'язано з переважно тканинним механізмом дії. При цьому встановлення відповідності ступеню впливу за тканинним механізмом дії або за гемічною токсикодинамикою процесу отруєння CO на настання смерті, потребує послідовних комплексних досліджень для уточнення ступеню біохімічних, токсичних та фізіологічних механізмів. Це надасть можливість доказово використовувати отриманні результати в судово-медичній експертизі трупів при встановленні причини смерті в спірних випадках за наявності низької концентрації HbCO в крові.

Ковальцова М.В., Александрова К.В., Сіренко В.А., Саберова Ю.О.

ЗМІНИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ЩУРІВ І ЇХ ПОТОМСТВА ВНАСЛІДОК ДІЇ ГІПЕРКАЛОРІЙНОГО ХАРЧУВАННЯ

Харківський національний медичний університет
Кафедра патологічної фізіології імені Д.О. Альперна
Харків, Україна
Науковий керівник: професор О.В. Ніколаєва

Актуальність. Патології органів травлення посідають значне місце в структурі соматичних захворювань. Вплив екзогенних шкідливих факторів може призводити до функціональних уражень підшлункової залози. Одним з таких чинників є вживання багатої на ліпіди та вуглеводи їжі. Негативно позначається на функціонувані підшлункової залози плода патологія ПЗ матері, яка виникла під час вагітності через вживання їжі з високим індексом глікемії.

Мета. Оцінка морфологічних змін та функціонального стану підшлункової залози щурів у системі мати –плід при вживані їжі з надлишком нутрієнтів.

Матеріали й методи. Матеріалом для вивчення морфологічних змін була тканина ПЗ та сироватка крові. Дослідження ПЗ щурів та їх різновікового потомства включало гістологічні, цитохімичні та цітоморфометрічні методи. Оцінку секреторною активності ПЗ у сироватці крові досліджували з використанням біохімічного методу.

Результати. У 100% щурів, які протягом вагітності отримували незбалансоване харчування з підвищеним глікемічним індексом, спостерігалось збільшення обсягу паренхіми та ацинусів (на 12,9%, p <0,001) з одночасним посиленням дистрофічних змін. Мають місце ознаки прояву гіперпанкреатизму через підвищеній вміст ферментів у крові: ліпази (в 11,2 рази, p <0,001), α-амілази (в 3,1 рази, p <0,001) та інсуліну (на 69,5%, p<0,001). У потомства щурів спостерігалось зменшення площі паренхіми та строми. Визначалось зниження активності ПЗ: у 1-місячних тварин проявлялись ознаки гіперпанкреатизму: збільшення рівня ліпази (в 10,1 рази, p <0,001), α-амілази (в 3,1 рази, p <0,001) та інсуліну (на 37,1%, p<0,001), у 2-місячних – диспанкреатизм з підвищення ліпази (в 3,7 рази, p <0,001), α-амілази (в 2,4 рази, p <0,001) та зниженням інсуліну (на 52,8%, p<0,001).

Висновки.

1. Гіперкалорійна дієта вагітних щурів з надлишком вуглеводів і жирів призводить до гіперферментемії, яка обумовлена гіперфункцією непошкоджених екзокриноцитів на тлі морфологічних змін із посиленням дистрофічних процесів, що свідчить про гіперпанкреатизм.

2. Незбалансоване харчування в період вагітності щурів негативно впливає на морфологію та функцію ПЗ їх потомства. Ознаки морфофункціональних порушень ПЗ є у одномісячних щурят, незважаючи на нормальний режим харчування.

3. Результати проведеного дослідження свідчать про те, що гіперкалорійна дієта вагітних щурів із підвищеним глікемічним індексом є істотним чинником ризику розвитку хронічної панкреатичної недостатності в їх потомства.

Колесник М.Р., Коротких А.Е.

ВЫРАЖЕННОСТЬ СИНДРОМА УСТАЛОСТИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра медицинской биологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: ст. преп. Рассоха И.В.

Онкологические заболевания составляют существенную медицинскую, психологическую и психосоциальную проблему. Прогресс, произошедший в диагностике и лечении злокачественных новообразований, увеличил общую выживаемость онкологических пациентов. Однако высокий уровень психологического стресса, пессимистическое восприятие перспектив лечения, провоцируют развитие синдрома усталости (СУ), который негативно влияет на состояние здоровья и процесс лечения пациентов. В связи с этим, выявление развития данного синдрома и своевременное проведение лечебно-профилактических мероприятий для предотвращения его развития является актуальным направлением современной медицины.

Цель работы – оценить выраженность синдрома усталости у больных раком тела матки (РТМ) до и после проведения комбинированной противоопухолевой терапии.

Клинико-лабораторные исследования были проведены у 46 больных с диагнозом аденокарцинома РТМ до и после проведения комбинированного лечения (пангистерэктомия, лучевая терапия). Исследование гематологических показателей осуществляли с помощью гематологического анализатора SF-3000 (SYSMEX, Япония). Изучение концентрации кортизола в сыворотке крови проводили иммуноферментным методом с использованием набора реагентов «Стероид-ИФА-кортизол-01» («Алкор Био», Россия). Оценку степени психосоматических нарушений у больных РТМ осуществляли с помощью проведения анкетирования (тест EORTC QLQ-C30) (Fayers P.M., 2001).

Результаты исследования гематологических показателей пациенток до и после лечения показали, снижение количества лимфоцитов, эритроцитов и уровня гемоглобина, что свидетельствует о развитии анемии на фоне лимфопении. При исследовании психосоматического состояния женщин до и после лечения были выявлены признаки повышенной утомляемости и нарушения сна. Установлено достоверное повышение содержания кортизола в сыворотке крови до и после лечения, что может являться причиной слабости, нарушения сна и депрессии.

Таким образом, для более полного и качественного лечения пациентов необходимо учитывать в общем комплексе терапии ее влияние на их психосоматическое состояние, что позволит выработать адекватную тактику лечения с целью улучшения качества жизни и повышения выживаемости онкологических пациентов.

Комаров Д.О.

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА АКТИВНІСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТРЬОХМІСЯЧНИХ ЩУРІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра патологічної фізіології імені Д.О. Альперна
Харків, Україна
Наукові керівники: доцент Сулхдост І.О., Огнєва Л.Г.

Актуальність. У наш час проблема проблема індустріалізації, глобалізації та науково-технічній процес доволі динамічно та швидко змінюють довкілля, що в свою чергу відображається і на здоров'ї людини. Враховуючи те, що в організмі відсутня спеціальна система, яка сприйматиме ЕМВ, відповідно і адаптуватися до нього він не зможе. Чутливість до даного типу випромінювання зумовлена інтенсивністю поділу клітин, через це найчастіше вражаються залози та органи жіночої та чоловічої репродуктивної системи.

Мета дослідження. Вивчення впливу електромагнітного випромінювання частотою 800-950 МГц на стан антиоксидантної системи щитоподібної залози самців щурів лінії WAG.

Матеріали та методи. В ході виконання роботи було взято 12 тримісячних щурів, які задля проведення експерименту були розділені на 2 групи (по 6 щурів у кожній): контрольна та дослідна. Досліджувався гомогенат щітоподібноїзалози, а діагностичними маркерами булі обрані основи Шиффа та каталаза, як неспецифічні фактори захисту від перекисного стресу.

Результати та їх обговорення. Проаналізувавши отримані дані середній рівень основ Шиффа у дослідній групі склав 0,361±0,01 ммоль/л, а в групі контроля - 0,288±0,002 ммоль/л. Активність каталази у дослідній групі склала 0,195±0,005 мккат/мл, коли в групі контроля було зафіксовано активність 0,267±0,005. Дані зміни вказують на те, що організм досліджуваних тварин намагається адаптуватись до руйнівної дії ЕМВ. В той же час зніженння рівня каталази може свідчити про функціональні порушення в роботі щитоподібної залози.

Висновки. В ході виконання роботи було виявлено, що організм намагається адаптуватися до пероксидного стресу шляхом активації неспецифічних факторів захисту, проте через недосконаліть ферментних систем щурів вони не можуть зробити це максимально ефективно.

Комаров Д.О.

ПОШИРЕНІСТЬ САМОЛІКУВАННЯ ЦЕФАЛГІЇ СЕРЕД СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра фармакології та медичної рецептури
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Карнаух Е.В.

Актуальність. Відповідно до сучасних уявлень під терміном головний біль (цефальгія) розуміють як самостійну нозологічну одиницю (первинна форма), так і симптом ряду захворювань (вторинна форма). Оскільки її причинами є перенапруження, стресорні фактори, недотримання режиму праці та відпочинку, високий рівень навчального навантаження і яскраво виражений синдром емоційного вигорання – цефальгія досить часто зустрічається серед студентів.

Мета дослідження. Виходячи з специфічності одержуваних медичних знань (курс фармакології, внутрішньої медицини та ін.) з'ясувати, чим керуються студенти, обираючи собі препарат від головного болю, і чи впливають на це отримані медичні знання.

Матеріали та методи. В ході виконання роботи було проведено анкетування серед студентів Харківського національного медичного університету. В опитуванні взяли участь 78 респондентів 1-5 курсу стоматологічного факультету у віці від 16 до 24 років, серед них 66,7% дівчат і 33,3% юнаків.

Результати та їх обговорення. В ході дослідження з'ясовано, що 53,8% опитаних зазначають, що страждають головним болем. Найбільш частими причинами виникнення цефальгії були відзначені психоемоційні навантаження (47,6%), підвищений внутрішньочерепний тиск (38%), тривале м'язове напруження (4,8%). 9,6% анкетованих не змогли вказати причину болю і списали його на безпричинний. Важливим є той факт, що лише 33,3% опитаних студентів зверталися за допомогою до фахівця, пройшлі медичне обстеження і мають офіційний діагноз. Для подолання нападу головного болю 47,6% респондентів використовують Парацетамол або комбіновані препарати на його основі, 28,6% - комбінації спазмолітика (пітофенону гідрохлорид) і анальгетика (метамізол натрій). По 7,2% анкетованих віддають перевагу Дротаверину чи Ібупрофену, а 4,7% - Німесуліду або Кеторолаку. Слід зазначити, що 23,8% опитаних не ознайомилися з інструкцією перед застосуванням препарату і, відповідно, не дотримуються офіційних показань, протипоказань, рекомендацій за дозами і можливими побічними ефектами. Найбільш частою причиною вибору лікарського засобу стали в 64,3% випадків поради друзів, колег і родичів, у 9,5% - реклама лікарського препарату в засобах масової інформації (ЗМІ). 4,8% дізналися про застосовуваний препарат вивчаючи курс фармакології, а 2,4% - з мережі Інтернет. І лише 19% приймають лікарські засоби за схемою , індивідуально підібраною для них лікарем і під його регулярним контролем. 33,3% опитаних зазначили явища толерантності до препарату, причиною якої могло стати безконтрольне застосування препарату (порушення режиму дозування і кратності прийомів або вживання препарату від сумнівного виробника).

Висновки. В ході дослідження з'ясовано, що при виборі лікарського засобу від головного болю більшість студентів керуються не рекомендаціями лікаря або власними знаннями курсу фармакології (динаміка зберігається як під час, так і після вивчення дисципліни), а інформаційними буклетами ЗМІ чи порадами друзів та родичів, тобто займаються безвідповідальним самолікуванням.

Коновал Н.С.

ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ У РАННЬОМУ ПОСТМОРТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра судової медицини, медичного правознавства ім.засл.проф. М.С. Бокаріуса
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Ольховський В.О.

Проблема визначення давності настання смерті (далі – ДНС) залишається актуальною за рахунок значної похибки, яка сягає у ранньому постмортальному періоді 2-3 год. Напрямки дослідження цього питання базуються на вивченні окремих посмертних процесів у часі без комплексної оцінки цих процесів. Це обмежує коло інформації для визначення ДНС і збільшує похибку результатів. З іншого боку, для забезпечення дієвих оперативно-розшукових заходів при скоєнні злочинів проти життя і здоров’я особи визначення ДНС саме у ранньому постмортальному періоді з низькою похибкою є принципово важливим, бо воно сприяє швидкому і правильному розкриттю злочину.

В. Т. Бачинський та співавтори (2017) розробили лазерні поляриметричні критерії діагностики прижиттєвих та посмертних змін біологічних тканин і середовищ організму, зокрема, для встановлення ДНС, але цей сучасний метод є складним і високовартісним.

Темп і характер ранніх постмортальних процесів залежить не тільки від часу, але й від низки зовнішніх чинників і процесів безпосередньо у трупі. За даними В. М. Крюкова зі співавторами (1991) постмортальні процеси за своїм перебігом поділяються на 2 види: загальні (характер структури тканин, явища гіпоксії, порушення гомеостазу, що визначають вид посмертного процесу та його перебіг у часі) та особливі (генез смерті, вік і стать особи, стан її органів і тканин, алкогольемія, поза трупа, наявність одягу, температура і вологість навколишнього середовища тощо), що обумовлюють специфіку розвитку посмертного

процесу. Ми погоджуємося з авторами, що такі особливості обумовлюють перебіг постмортальних процесів у різних трупах по різному і збільшують похибку визначення ДНС.

У нашому дослідженні ми базуємося на цих засадах авторів за мети удосконалення їх у бік зменшення похибки визначення ДНС і формування комплексу необхідних і достатніх методів для цього з урахуванням впливу на труп ендогенних та екзогенних факторів.

Зазначене наше дослідження включає вивчення структурно-біохімічних змін різних видів м'язів трупа, а саме – скелетні (або поперечносмугасті м'язи), гладка м'язова тканина та міокард. Всебічно вивчивши їх з використанням комплексу сучасних і класичних методик (гістологічних, гістохімічних, імуногістохімічних та низки біохімічних досліджень) планується отримати нові цінні чинники визначення ДНС для осіб залежно від статі, віку, виду смерті. Облік структурно-біохімічних змін м'язів трупа здійснюється за допомогою авторських карток обліку, в яких ретельно виписано процес забору матеріалу в залежності від перебігу часу раннього постмортального періоду.

Наразі ми проводимо дослідження архівних матеріалів відділу судово-медичної експертизи трупів Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи за 2016 і 2017 роки. Для цього нами розроблено реєстраційні картки обліку, що включають паспортну частину, загальні відомості щодо ДНС, стан трупних змін під час проведення судово-медичної експертизи трупа та наявність додаткових високотехнологічних методів визначення ДНС. Це дозволяє уніфікувати методологію отримання точності і значущості чинників, які наразі застосовуються судово-медичними.

У подальшому на підставі комплексного аналізу отриманих результатів власних досліджень буде запропоновано алгоритм дій судово-медичного експерта для визначення ДНС з малою похибкою за структурно-біохімічними змінами м'язів трупа.

Кравченко Е.В.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА К ОБУЧЕНИЮ В ВЫСШЕМ УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра медицинской биологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: ст. преп. Рассоха И.В.

Адаптация студентов в начальный период обучения является одной из наиболее значимых проблем высшей школы. Новый образ жизни, увеличение учебной нагрузки, режим обучения оказывают непосредственное влияние на коммуникативные отношения в коллективе, формирование мотивации к обучению и усвоение учебной программы. В связи с этим цель работы – изучить особенности психологической адаптации студентов первого курса Харьковского национального медицинского университета (ХНМУ). В ходе работы нами было проведено два социальных опроса, которые характеризуют степень адаптации студентов к новому формату организации учебного процесса и иным условиям взаимодействия с окружающей социальной средой. Первый – диагностика учебной мотивации студентов по методу А.А. Реана и В.А. Якунина (Реан А.А., Якунин В.А., 2004) и второй – изучение уровней личностной и ситуационной тревожности по опроснику Спилберга-Ханина (Спилбергер Ч.Д., 1983). Объектом исследования – процесс адаптации студентов I курса 1-го и 3-го медицинских факультетов ХНМУ (n=120).

Одним из показателей адаптации первокурсников к процессу обучения является мотивация учебно-профессиональной деятельности, в связи с этим нами были проанализированы основные аспекты учебной мотивации. Это учебно-познавательные, профессиональные, коммуникативные, социальные мотивы, а также мотивы творческой самореализации, престижа, избегания неудачи. Результаты теста диагностики учебной мотивации показали, что 18% студентов профессиональные мотивы поставили на первое место, на второе – учебно-познавательные и социальные (по 16%). Мотивы творческой самореализации отметили для себя 15% респондентов. По результатам анкетирования

направленного на выявление уровня личностной и ситуационной тревожности нами было установлено, что 72% опрошенных чувствуют себя комфортно и относились к группе студентов со средним уровнем тревожности. Они характеризовались позитивным настроем, с удовольствием принимали участие в университетских мероприятиях и удовлетворены результатами своей учебной деятельности. Наряду с этим, нами была выделена группа студентов с высоким уровнем тревожности. Низкий уровень тревожности был выявлен у 19% студентов, что согласно литературе (Алексєєва Т.В., 2004) носит защитный характер и препятствует полноценному раскрытию потенциала в рамках учебы. Таким образом, по результатам проделанной работы можно заключить, что большинство студентов имеют высокий уровень учебной мотивации, характеризуются средним уровнем личностной и ситуационной тревожности и, соответственно, имеют предпосылки для успешной адаптации к учебному процессу. Выявленной группе студентов с низкими показателями адаптации необходимо внимание психологической службы и преподавательского состава ВУЗа.

Кузнецова М.А.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ БЕРЕМЕННЫХ КРЫС

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

Заболевания печени имеют существенный удельный вес в патологии пищеварительной системы и являются актуальной проблемой современной гастроэнтерологии. Среди причин поражения печени важное значение имеет негативное действие патогенных экзогенных факторов, среди которых особое место занимает хронический стресс. Его влияние на морфофункциональное состояние печени, в частности в период беременности, изучено недостаточно.

Целью исследования было изучение морфофункционального состояния печени у крыс, которые во время беременности перенесли хронический иммобилизационный стресс.

Материалы и методы. Исследовано морфофункциональное состояние печени 7 самок популяции WAG/G Sto, которые в период беременности подверглись воздействию хронического стресса (основная группа) и 7 самок с номальным течением беременности (группа контроля) с использованием общепринятых методик. Выведение животных из эксперимента осуществлялось сразу после рождения потомства с соблюдением морально-этических принципов работы на животных.

Результаты и обсуждение. Макроскопически печень крыс основной группы значительно отличается от группы контроля. На разрезе печень имеет коричнево-желтоватый цвет, мелкозернистую структуру, неравномерное полнокровие печёночных вен, что указывает на наличие жирового гепатоза.

Микроскопически в печени крыс основной группы отмечается нарушение гистоархитектоники в виде выраженной дискомплексации балочно-радиарного строения, что резко отличается от нормальной гистоархитектоники животных группы контроля. Гепатоциты неравномерно набухшие (в основном вокруг портальных трактов) с выраженной дисхромией цитоплазмы, пикнозом ядер и зональным наличием мелкокапельных жировых вакуолей в цитоплазме, что указывает на наличие тяжёлой паренхиматозной дистрофии гепатоцитов, включая жировой гепатоз.

Количество двуядерных форм гепатоцитов по отношению к их одноядерным формам у животных основной группы в 3,6 раза ($p<0,01$) больше (8,65%), чем у крыс группы сравнения (2,37%), что свидетельствует о высокой интенсивности повреждения паренхимы печени. Выраженность повреждения паренхимы печени отражает снижение относительного объёма паренхимы и увеличение относительного объёма стромы (на 8,2%, $p<0,01$), а также увеличение индекса строма/паренхима (на 18,1%, $p<0,01$) в сравнении с показателями крыс группы контроля. Редукция паренхиматозного компонента на фоне пролиферации

стромального указывает на снижение функциональной активности печени и является предрасполагающим фактором развития цирроза печени.

Выводы Хронический стресс крыс во время беременности оказывает значительное негативное влияние на морфофункциональное состояние печени, проявляющееся значительными паренхиматозными потерями, пролиферацией стромального компонента, развитием жирового гепатоза, что, в свою очередь, приводит к угнетению функциональной активности печени и является предрасполагающим фактором развития цирроза печени.

Лісова Є. М.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК БІОЛОГІЧНИХ РИТМІВ ТА МЕТЕОЧУТЛИВОСТІ З ПРАЦЕЗДАТНІСТЮ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра фізіології
Харків, Україна
Науковий керівник: к.мед.н. Ісаєва І.М.

Актуальність. Вивчення впливу метеорологічних факторів на формування фізичного та психологічного здоров'я є дуже актуальною темою, адже на теперішній час спостерігається зміна клімату та погодних умов, збільшення числа природних аномалій, які впливають на функціональний стан організму людини завдяки впливу на регуляторні механізми. Процес адаптації організму до природних факторів залежить не тільки від вихідного функціонального стану вісцеральних систем та процесів їх регуляції, а також достатній вплив на процес адаптації мають біологічні ритми особистості. Для здорового організму характерна чітка організація добових змін, а їх порушення можуть призвести до неузгодженості фізіологічних процесів. Дане дослідження є особливо актуальним для студентів, адже працездатність, інтелектуальні здібності, режим дня мають пряму залежність від біологічних ритмів та метеорологічних змін.

Враховуючи зазначене вище, **метою дослідження** було виявлення закономірностей впливу природних факторів та біологічних ритмів на працездатність у студентської молоді.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні приймали участь 45 студентів 2 курсу ХНМУ, серед яких 20 хлопців та 25 дівчат віком 18-19 років. З метою виявлення особливостей циркадних ритмів було застосовано опитувальник Хорна-Остберга, також для виявлення метеочутливості чи метеозалежності було застосовано опитувальник METEO-Q.

Результати дослідження. Аналіз отриманих результатів щодо визначення типу біоритмів дозволив виявити, що серед опитуваних не виявлено жодної особи, яка відноситься до вираженого ранкового типу; 17% студентів відносяться до помірного ранкового типу; 60% студентів – до помірного вечірнього типу та 23% студентів віднесено до вираженого вечірнього типу. Тобто, як показали результати, більша частина опитуваних належать до помірного/вираженого вечірнього типу – так звані "сови", при цьому, даною категорією студентів було зазначено, що найбільша продуктивність та працездатність спостерігається у наступних часових інтервалах: між 10-12 та 16-18 годинами, але найнижча – з 2 до 5 години доби. «Жайворонки», в свою чергу, відмітили, що найбільша активність спостерігається саме в ранкові години, а ввечері їх працездатність падає, посилюється сонливість.

Аналіз результатів опитування щодо виявлення ступеня метеочутливості дозволив виявити, в осіб, які були віднесені до вираженого вечірнього типу, вираженість метеотропних реакцій значно більша, ніж в осіб з помірно ранковим та помірно вечірнім типом. При цьому, отримані результати серед усіх осіб, що приймали участь у дослідженні, показали, що у 54% студентів метеотропні реакції проявлялися у зниженні інтелектуальної та фізичної активності, 27% студентів спостерігають порушення сну, 20% студентів відмічали складності з концентрацією уваги, 14% осіб – психоемоційне напруження, 20% осіб – слабкість під час повсякденної активності, але вказані прояви метеочутливості носять короткочасний та зворотній характер.

Висновки. Результати дослідження дозволили виявити, що 83% студентів, які приймали участь у дослідженні, відносяться до помірного та вираженого вечірнього типу, також дана категорія осіб показала більш виражену метеочутливість, тобто, можуть бути віднесені до групи ризику розвитку дезадаптаційних розладів з подальшим погіршенням якості життя.

Литвинова М.В.

ВПЛИВ ІИТЕРОЦЕПТИВНИХ СИГНАЛІВ З ЯЄЧНИКІВ НА РІСТ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра гістології, цитології та ембріології
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Мірошніченко О.В.

Актуальність. Однією з найбільш поширених форм ендокринних порушень є захворювання, які пов’язані з щитоподібною залозою. Співвідношення частоти захворювань чоловіків і жінок в областях помірного розповсюдження патологій щитоподібної залози зміщується у бік різкого переважання жінок,що вказує на вплив діяльності жіночої статевої системи. Експериментальні дослідження Н.Г. Цариковской показали, що подразнення рецепторів матки призводить до підвищення маси щитоподібної залози й посиленню проліферації тиреоїдного епітелію. Тобто спотворення аферентації з матки змінює реактивність щитоподібної залози, роблячи її більш лабільною та схильною до патологічних процесів. Проте центральне місце в жіночої статевої системи займають яєчники, взаємозв'язок яких з щитоподібною залозою відомий та цікавить багато дослідників.

Мета. Вивчити вплив інтероцептивних сигналів жіночої статевої системи на функціонування щитоподібної залози.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на статевозрілих самках і самцях кролів. Асептичне подразненням гонад інородним тілом (ниткою) дозволило відстежити залежність проліферації тиреоепітелія під впливом гонад. Було поставлено 3 серії дослідів на 10 тваринах. У першій серії вивчалась регенерація щитоподібної залози у кролів з інтактними гонадами. У другій серії досліджувався вплив подразнених гонад на інтактну щитоподібну залозу. У третій – вплив подразнених гонад на регенерацію тиреоїдної паренхіми. Про ріст щитоподібної залози судили за структурою регенерата та величиною відносного приросту регенеруючий долі.

Результати. Структура тиреоїдної паренхіми інтактних кролів варіює, але статевих відмінностей не виявляється. Проте в реакціях інтактної щитоподібної залози на подразнення гонад проявляє статеві відмінності: у самців збільшується висота клітин та підсилюється вакуолізація колоїда, що вказує на підвищену збудливість клітин. У самок фолікули сплющуються та заповнюються густим секретом, клітини зменшуються. Ще більше статевих відмінностей спостерігається в реакціях регенеруючій щитоподібній залозі. Спостереження показали: якщо парциальну тиреоїдектомію провести в умовах подразнення гонад, то у самців вплив на регенерацію незначний. У самок в аналогічних умовах ріст ваги регенерата перевищує у 1.5 - 2 рази в порівнянні з самцями. Різниця також спостерігається у функціональній активності регенеруючій щитоподібній залозі, проте має зворотний характер. У самців активація клітин досягає високого ступеню, про що свідчить сильне набухання епітелію, протеоліз та майже повна евакуація колоїда. У самок відмічається гіпофункціональний стан одночасно з інтенсивною проліферацією. Тобто спостерігається невідповідність функціонального стану від ступеню проліферації.

Висновки. Тривале порушення стану яєчників, викликане чи патогенним процесом, чи хірургічним втручанням, може рефлекторно вплинути на структуру та функцію щитоподібної залози, активуючи, головним чином, ріст тиреоїдного епітелія. Тому одним з обов’язкових заходів профілактики та лікування зобної хвороби та тиреотоксикозу у жінок є ліквідація гінекологічних патологічних станів.

Лубянова Е.-О.Е., Калашников Д.И., Соловьева Н.Г.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАЗАЛЬНЫХ ДЕКОНГЕСТАНТОВ ПРИ ОСТРЫХ РИНИТАХ

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

Актуальность. Актуальность назальной обструкции воспалительного генеза обусловлена её распространенностью, так как острый ринит является одним из ведущих симптомов практически всех острых респираторных инфекций. Решающее значение в лечении острых ринитов принадлежит назальным деконгестантам (группа препаратов, вызывающих вазоконстрикцию, что дает возможность устранить отек слизистой оболочки полости носа и патологическую секрецию). Но длительное (более 3-5 дней) и бесконтрольное применение деконгестантов может привести к медикаментозному риниту, атрофии слизистой и другим нежелательным эффектам.

Цель работы. Целью данного исследования была оценка терапевтического действия и переносимости наиболее часто используемых назальных деконгестантов.

Материалы и методы. Методом анкетирования было опрошено 130 студентов 3 курса II медицинского факультета возрастом от 19 до 21 года. Оценивались эффективность и переносимость препаратов на основании субъективных симптомов. При опросе учитывалась степень заложенности носа, скорость нарастания действия препарата, продолжительность действия препарата, частота и характер побочных эффектов.

Результаты исследования. По результатам проведенного исследования 86 % респондентов используют лекарственные препараты при остром рините. Из них 60,7 % используют средства, основным действующим веществом которых является ксилометазолин (альфа-2 адреномиметик средней продолжительности действия (8-9 часов); 28 % респондентов используют оксиметазолин (альфа -2 – адреномиметик длительного действия (до 12часов); 11,3 % опрошенных используют нафазолина нитрат, фенилэфрин, неомицина сульфат, фрамицетина сульфат, пиносол, аква марис, делуфен. При использовании данных лекарственных препаратов наблюдались такие побочные эффекты: сухость слизистой оболочки носа, ощущение жжения, носовые кровотечения, головная боль, аллергические реакции и тахифилаксия.

При использовании ксилометазолина общую эффективность препарата респонденты оценили как хорошую (90 %) и очень хорошую (10 %). У 80 % опрошенных препарат начинал действовать уже через 5 минут, а продолжительность действия составила 6-8 часов. При этом 32,5 % респондентов использовали препарат каждые 2-4 часа, 51,3 % - каждые 4-8 часов и только 16,2 % - каждые 8-12 часов (то есть в соответствии с инструкцией). Степень уменьшения заложенности носовых ходов на фоне применения лекарственного средства была выраженной (70 %), а у 30 % умеренной. Побочные эффекты наблюдались у 52,7 % опрошенных: из них 76 % испытывали сухость слизистой, 14,2 % – сухость слизистой в сочетании с жжением, 7,8 % - ощущение жжения. В остальных 2 % случаев наблюдалась головная боль, носовое кровотечение.

Еще один достаточно активно используемый препарат – оксиметазолин, респонденты оценили как высокоэффективный. Частота применения составила: каждые 2-4 часа – 8,3 %, 4-8 часов — 58,3 %, 8-12 часов – 16,7 %, 12-24 часа - 16,7 %. Побочные эффекты возникали у 51,4 % опрощенных.

Выводы. Данные исследования показали, что наиболее эффективными лекарственными средствами для лечения ринита оказались препараты, действующим веществом которых являются ксилометазолин и оксиметазолин. При использовании ксилометазолина побочные эффекты развивались у 52,7 % опрошенных, а оксиметзолина у 51,4 %, т. е. с практически одинаковой частотой. В ходе опроса было установлено, что более половины респондентов используют назальные деконгестанты не в соответствии с инструкцией, из-за чего частота проявления побочных эффектов увеличивается.

Лысенко Н.Г.[1], Митиогло Л.В.[2]

ИНБРЕДНАЯ ДЕПРЕССИЯ НА МОДЕЛЬНОМ ОБЪЕКТЕ *BOS TAURUS*

[1] Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра медицинской биологии, Харьков, Украина
2 ДП ДГ «Нива» Института разведения и генетики животных имени М.В. Зубца НААН Украины, с. Христиновка, Черкасская область, Украина
Научный руководитель: профессор Федота А.М.

Инбридинг – это вероятность комбинации двух одинаковых и идентичных по происхождению аллелей в каком-либо из локусов, которая особенно возрастает при близкородственных браках. Увеличение количества гомозиготных локусов может привести к снижению жизнеспособности потомства или инбредной депрессии. Степень инбридинга положительно коррелирует с гипертензией, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, онкологическими заболеваниями, психическими расстройствами, моногенными генодерматозами и снижением когнитивной функции в детском возрасте. В настоящее время в Украине близкородственные браки редки. Учитывая физиологическое и генетическое сходство человека и быка дикого (*Bos taurus*) последний может выступать в качестве модельного объекта. В животноводстве умеренный уровень инбридинга при использовании выдающихся производителей считается эффективным методом концентрации желаемых характеристик и создания устойчивых пород. Учитывая ограниченное количество животных с выдающимися характеристиками, предполагается рост уровня инбридинга в отдельных группах животных.

Для оценки инбредной депрессии проводился анализ (ПЦР-ПДРФ) пяти полиморфных вариантов генов-ортологов кальпаина (*CAPN316*), кальпастатина (*CAST282*), гормона роста (*L127V*) и рецептора гормона роста (*F279Y, A257G*) у 68 коров Абердин-Ангусской породы, а также оценка уровня гетерозиготности с помощью коэффициента F по Животовскому, F_{IS}, F_{IT} и F_{ST} по Алтухову. Для оценки ассоциации инбредной депрессии (по указанным выше коэффициентам) с показателями здоровья и продуктивности животных проведен регрессионный анализ.

Было установлено, что исследуемая популяция находится в равновесии Харди-Вайнберга по всем проанализированным полиморфным вариантам генов за исключением *F279Y*. В заводских линиях с наилучшими характеристиками наблюдался минимальный уровень гетерозиготности. Отрицательный эффект уровня инбридинга, выраженный в коэффициентах уравнения множественной регрессии, составил: вес при рождении теленка = –1,08 ± 0,30 (*F279Y*), масса тела в 8 месяцев = –0,71 ± 0,11 (*CAPN316*), –0,49 ± 0,11 (*F279Y*) и 15 месяцев = –0,54 ± 0,04 (*CAST282*), –0,36 ± 0,06 (*F279Y*) (p<0,05). Увеличение уровня инбридинга положительно повлияло на коэффициенты регрессии среднего суточного привеса теленка = 0,86 ± 0,26 (*L127V*), веса в 8 и 15 месяцев 1,43 ± 0,13 и 1,05 ± 0,05 соответственно (*A257G*) (p<0.05). Таким образом, рост уровня инбридинга при аналогичных условиях у человека ассоциировался бы с замедлением роста в течение внутриутробного развития, а также в детском и подростковом возрасте.

Мар'єнко Н.І., Галайда А.

АНАТОМІЧНА МІНЛИВІСТЬ МИГДАЛИКІВ МОЗОЧКА ЛЮДИНИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра гістології, цитології та ембріології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Степаненко О.Ю.

Мозочок серед усіх структур центральної нервової системи має найбільш складну просторову конфігурацію, пов'язану із організацією білої речовини. Морфологічні зміни мигдаликів спостерігаються при синдромі Арнольда-Кіарі та інших захворюваннях нервової

системи. У зв'язку із цим дослідження будови та індивідуальної мінливості мигдаликів мозочка є актуальним напрямком сучасної нейроморфології.

Мета роботи – вивчити будову та встановити особливості анатомічної мінливості мигдаликів мозочка людини.

Дослідження виконане на 100 об'єктах – мозочках трупів людей обох статей (чоловіків – 62, жінок – 38), що померли внаслідок нещасних випадків та причин, не пов'язаних із захворюваннями центральної нервової системи (ЦНС) та не мали ознак патології ЦНС. Досліджувалась будова мигдаликів мозочка на серійних парасагітальних зрізах.

Встановлено, що мигдалик мозочка сформований самостійною гілкою центральної білої речовини мозочка. Біла речовина часточки має головний стовбур, який проходить через ніжку часточки та дихотомічно розгалужується у вигляді віяла. Площина, в якій розгалужується біла речовина, при типовому положенні часточки паралельна фронтальній площині. Якщо мигдалики розвернені медіальними поверхнями вперед, площина розгалуження білої речовини розташована паралельно або під гострим кутом до серединної сагітальної площини. У проміжних варіантах розташування мигдаликів площина розгалуження білої речовини розташована під кутом до серединної сагітальної площини. Вигляд білої речовини мигдаликів на серійних парасагітальних зрізах може відрізнятись у залежності від площини зрізу. У випадках, коли площина парасагітального зрізу мозочка збігається із площиною, в якій розгалужується біла речовина, на парасагітальних зрізах добре помітна деревоподібна біла речовина, що дихотомічно розгалужується та формує різну кількість поверхневих гілок, Якщо зріз не проходить через середину часточки, мигдалик представлений серією тангенціальних зрізів основних гілок, які формуються при дихотомічному віялоподібному розгалуженні білої речовини.

Враховуючи особливості будови часточки та відмінності форми цієї часточки в мозочках із різною формою, на парасагітальних зрізах доцільно оцінювати не варіант розгалуження білої речовини, який може суттєво відрізнятись у залежності від площини зрізу, а кількість основних гілок білої речовини, яку можна підрахувати на зрізах, що проходять під різними кутами до ходу звивин часточки. Ця кількість може варіювати від 4 до 9.

Чотири гілки виявлені ліворуч у 8% спостережень, праворуч – 7%; п'ять гілок – 23% ліворуч, 24% праворуч; шість гілок – 28% ліворуч, 27% праворуч; сім гілок – 21% ліворуч, 22% праворуч; вісім гілок – 17% ліворуч, 16% праворуч; дев'ять гілок – 3% ліворуч, 4% праворуч. Кількість гілок в правій та лівій півкулях співпадає у 68% спостережень. Розподіл поєднань кількості гілок часточки IX у правій та лівій півкулях закономірний: він значимо відрізняється від розподілу поєднань незалежних випадкових величин ($P<0,01$).

Таким чином, установлені особливості будови та індивідуальної анатомічної мінливості мигдаликів мозочка людини можуть бути використані в якості критеріїв норми їх будови для діагностичних методів нейровізуалізації.

Мар'єнко Н.І., Добровольська О.М.

ФРАКТАЛЬНИЙ АНАЛІЗ БІЛОЇ РЕЧОВИНИ МОЗОЧКА ЛЮДИНИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра гістології, цитології та ембріології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Степаненко О.Ю.

Для комплексного морфометричного дослідження біологічних об'єктів, що мають складну деревовидну структуру в останнє десятиліття стали застосовувати фрактальний аналіз. «Дерево життя» мозочка є типовою квазифрактальною структурою, для якої характерні властивості фрактальних структур: самоподібність та масштабна інваріантність, що дозволяє використовувати фрактальний аналіз для об'єктивної оцінки ступеню розгалуженості білої речовини мозочка.

Мета роботи – встановити діапазон індивідуальної мінливості фрактального індексу білої речовини часточок півкуль мозочка людини.

Дослідження виконане на 100 об'єктах – мозочках трупів людей обох статей (чоловіків – 62, жінок – 38), що померли внаслідок нещасних випадків та причин, не пов'язаних із захворюваннями центральної нервової системи (ЦНС) та не мали ознак патології ЦНС. Фрактальний аналіз проводився за допомогою методу «заповнення комірок» за оригінальною методикою.

Встановлено, що фрактальний індекс (ФІ) білої речовини часточок півкуль мозочка в цілому варіює від 1,202 до 1,629. Середній фрактальний індекс часточок I-V складає 1,341±0,005, часточки VI – 1,452±0,005, верхньої півмісяцевої часточки – 1,395±0,003, нижньої півмісяцевої та тонкої часточок – 1,327±0,005, часточки VIII – 1,311±0,004, часточки IX – 1,215±0,003. Міжпівкульна різниця фрактального індексу часточок варіює від 0,016% до 4,92%. Середня міжпівкульна різниця часточок I-V складає 1,24±0,021%, часточки VI – 1,43±0,023, верхньої півмісяцевої часточки – 1,54±0,027%, нижньої півмісяцевої та тонкої часточок – 1,19±0,019%, часточки VIII – 1,12±0,022%, часточки IX – 1,08±0,017%. Фрактальний індекс часточок I-VI, нижньої півмісяцевої часточки, часточок VIII та IX зменшується в латеральних ділянках півкуль мозочка; фрактальний індекс верхньої півмісяцевої часточки найменший у паравермальній ділянці та зростає в медіо-латеральному напрямку.

На ФІ білої речовини часточок півкуль мозочка впливають особливості будови часточок в різних ділянках: при ускладненні будови часточки зростає її ФІ, а в латеральних ділянках мозочка при редукції гілок фрактальний індекс зменшується. Тому можна сказати, що динаміка змін фрактального індексу часточок в медіо-латеральному напрямку відбиває особливості їх будови в різних ділянках мозочка.

Враховуючи те, що міжпівкульна асиметрія ФІ симетричних зрізів часточок півкуль незначна (не перевищує 5%), можна зробити висновок, що виражена міжпівкульна асиметрія варіантів розгалуження білої речовини не впливає на ступінь її розгалуження та дозволяє об'єктивно і комплексно оцінити морфологічний стан часточки на зрізі.

ФІ білої речовини повних парасагітальних зрізів півкуль, розташованих на різній відстані від серединної сагітальної площини, значимо не відрізняється не зважаючи на візуально різний ступінь розгалуженості білої речовини.

Таким чином, фрактальний індекс білої речовини дозволяє об'єктивізувати оцінку ступеня розгалуженості білої речовини та використовувати цей метод для діагностики різних захворювань ЦНС.

Моїсеєнко Л.В., Іншина Е.О.

МОРФОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМУ ВУЗЬКОЇ АОРТИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра анатомії людини
Харків, Україна
Наукові керівники: д.мед.н. Вовк О.Ю.

Вступ. Поперечний розмір аорти це один з важливих морфологічних показників серцево-судинної системи, який певною мірою визначає рівень адаптації людини до фізичних навантажень. Можна припустити, що зменшення діаметра аорти до нижньої межі норми може зумовити напругу, ослаблення і навіть зрив адаптації. Також є необхідність звернути увагу на поняття "вузька аорта", коли розмір діаметра кореня аорти менше норми без розвитку патологічної гемодинаміки. Ця проблема має як клінічне, так і соціальне значення. "Функціонально вузька аорта" - це робочий діагноз, який вимагає динамічного спостереження. На теперішній час ще не визначені фактори ризику формування допустимо вузької аорти, її клініко-ехокардіографічних особливостей. Не визначений зв'язок допустимо вузької аорти з існуванням функціональних змін в серці, а також вплив її на характер вроджених вад серця. Вузька аорта може поєднуватися з дефектами перегородки серця і

знаходитись у тісному зв'язку з малими аномаліями розвитку серця, що свідчить про їх єдине походження.

Мета роботи. Визначати морфометричну характеристику синдрому вузької аорти.

Матеріал і методи дослідження. Нами було звернута увага на особливість розмірів черевної частини аорти і її основних гілок при препаруванні судин трупа жінки 57 років для навчального процесу з фондів трупного матеріалу кафедри анатомії людини ХНМУ.

За допомогою загальновідомих методик визначено морфометричну характеристику черевної частини аорти та отримані наступні результати: довжина черевної аорти від діафрагми до біфуркації - 130 мм, ширина черевної аорти на рівні черевного стовбура - 17 мм, при нормі 26-30 мм. На рівні біфуркації аорти її ширина - 8 мм при нормі 12 мм.

Висновок. Таким чином, на підставі отриманих нами результатів можемо констатувати синдром вузької аорти. Різке тотальне звуження аорти і її невідповідність розмірам серця. Анатомічна особливість цієї патології, може проявлятись при житті у вигляді задишки при незначному фізичному навантаженні, ціанозі, тахікардії.

Молчанова А. В., Щёлок Т.С.

ОЦЕНКА КАРДИОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ АНТИОКСИДАНТОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра биохимии
Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Горбач Т.В.

Известно, что в патогенезе большинства заболеваний значительную роль играет окислительный стресс, вызванный недостаточностью антиоксидантной системы. В связи с этим в комплексной терапии многих заболеваний, в том числе и патологий сердечно-сосудистой системы, применяют различные антиоксиданты. В последнее время большое внимание стали уделять растительным антиоксидантам–биофлавоноидам, которые используют в очищенном виде как фармпрепараты. В то же время известно, что антиоксидантными свойствами в растительных тканях обладают также и витамины, минеральные элементы, фитогормоны, антоцианы. Поэтому, на наш взгляд, более перспективным является использование комплекса антиоксидантов растительного происхождения для терапии сердечно-сосудистой патологии.

Целью нашей работы стало изучение возможности использования антиоксидантов в составе экстрактов чёрной смородины для коррекции метаболических процессов при экспериментально воспроизведенном инфаркте миокарда.

Материалы и методы. Эксперименты проведены на 30 крысах популяции WAG, которые содержались в стандартных условиях вивария. Были использованы группы животных: 1) интактные (n=10); 2) крысы с экспериментальной ишемией миокарда (n=10); 3) крысы с ишемией миокарда, которые ежедневно получали перорально с помощью дозатора по 0,1 мл экстракта черной смородины (n=10). Моделирование ишемии миокарда проводили по методу, описанному Денисовым В.М. (1999): одноразовое внутрибрюшинное введение 0,1 мл 0,1% раствора адреналина на кг массы тела крыс. Дозу вводимого в качестве терапии экстракта плодов черной смородны была рассчитана в отдельном эксперименте (по проценту ингибирования окисления адреналина). Животных выводили из эксперимента через день после последнего приёма растительного экстракта путем декапитации под лёгким тиопенталовым наркозом. Сердце перфузировали охлажденным 0,9% раствором NaCl, готовили гомогенат в 0,25М трис –HCl-буфере, содержащем 0,32М сахарозу. В гомогенате миокарда и в сыворотке крови изучали показатели ПОЛ и общую антиоксидантную активность. В гомогенате миокарда определяли содержание АТФ спетрофотометрическим методом. В сыворотке крови определяли активность КФК-МВ. Все манипуляции с

лабораторными животными выполняли в соответствии с требованиями, предъявляемыми к исследованиям на животных (Страсбург, 1986).

Результаты. Установлено, что при экспериментальной ишемической болезни сердца (ИБС) в 2 раза (по сравнению с животными контрольной группы) повышается содержание ТБК-активных продуктов (продукты ПОЛ) в сыворотке крови при снижении общей антиоксидантной активности на 35,4 ± 1,08%. В гомогенате миокарда содержание ТБК-активных продуктов увеличивается в 4 раза, а общая антиоксидантная активность снижается на 52,4± 1,22%. Полученные данные свидетельствуют о развивитии окислительного стресса в организме экспериментальных крыс. При введении экстракта чёрной смородины антиоксидантная активность в сыворотке крови и гомогенате миокарда соответствует активности у крыс контрольной группы. Содержание продуктов перекисного окисления липидов в гомогенате миокарда нормализуется, а в сыворотке крови остается несколько повышенным, однако увеличение статистически недостоверно. Изучение активности органоспецифического "сердечного" фермента-КФК-МВ в сыворотке крови показало, что у крыс контрольной группы КФК-МВ не определяется, а при экспериментальной ИБС активность фермента составляет 13,58 ± 1,05 мккатал / л. В группе крыс, употреблявших экстракт черной смородины активность КФК-МВ составляла 1,15 ± 0,09 мккатал / л. В гомогенате миокарда у крыс контрольной группы содержание АТФ составляло 2,34 ± 0,19 мкмоль / г ткани, при ИБС -1.43 ± 0,07 мкмоль/ г, при употреблении экстрактов из ягод – 1,98 ±0,08 мкмоль / г. Отсюда следует, что при ИБС развивается оксидативный стресс в организме экспериментальных животных, в результате чего отмечается дестабилизация мембран, происходит "утечка" фермента КФК-МВ, снижается энергообразование в ткани. Следовательно, применение растительного антиоксидантного препарата способствует снижению перекисного окисления липидов, стабилизирует мембраны кардиомиоцитов, нормализует энергетический обмен.

Вывод. Спиртовые экстракты ягод черной смородины обладают кардиопротекторным действием при экспериментальном инфаркте миокарда.

Момот А.А.

ЕМБРІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИНИКНЕННЯ ВАД НЕРВОВОЇ ТРУБКИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра гістології, цитології та ембріології
Харків, Україна
Науковий керівник: Новікова К.А.

Актуальність. Розвиток нервової системи є багатоетапний процес, порушення якого можуть викликати серйозні вади. Значне місце серед патологій займає дефект нервової трубки плоду, виявлення якого завжди є вагомою причиною для переривання вагітності. Ранні періоди вагітності, якщо це не пов'язано з спадковими факторами є вирішальними для формування хребтового каналу. Всі сучасні методи запобігання цієї патології розповсюджуються на періоди перед вагітністю і її перші тижні. Соціальні та медичні аспекти тяжких дефектів невральної трубки зводяться до профілактики формування дефекту, його ранньої діагностики та своєчасного переривання вагітності.

Мета дослідження. Проаналізувати зібрані дані про вади розвитку плода Краснокутської районної лікарні Харківської області за 2015-2017 рр. Порівняти їх з статистикою України. Визначити основні причини смерті новонароджених Краснокутської лікарні. З'ясувати основні методи і періоди діагностики вад нервової трубки плода.

Матеріали та методи. Проаналізовано статистичні данні Краснокутської районної лікарні Харківської області за 2015-2017 рр. про вади розвитку новонароджених у 327 зареєстрованих вагітних жінок. Дані УЗО жінок з патологіями розвитку плоду, АФП-тест.

Результати. В ході аналізу даних були отримані наступні результати: з 30% всіх вад розвитку на порушення нервової трубки у хворих Краснокутської районної лікарні припадає більше 10%, з них: гідроцефалія зустрічається з частотою один раз на рік (30% з всіх вад

розвитку нервової трубки). Аненцефалія - 1 раз на 2 роки (15%). Spina bifida - 1 раз на 2 роки (15%). Цефалоцелє - 1раз на 3 роки (10%). Мікроцефалія - - 1раз на 3 роки (10%). Крім того, загальна кількість інших порушень розвитку нервової трубки склала 3,4% від загальної кількості вад розвитку плоду. Основними причинами смерті новонароджених в Краснокутській лікарні нами були визначені наступні: ускладнення, пов'язані з завчасними пологами (35%); сепсис новонароджених (15%); ускладнення при пологах (24%); вади розвитку (10%); інші тяжкі стани (16%).

Висновки. Таким чином, аналіз даних лікарні підтверджує статистику внутрішньоутробних вад розвитку плоду, а методи діагностики і виділення груп ризику дозволяють заздалегідь їх передбачити.

Мошковская Ю.А.

ВЛИЯНИЕ СВЕТОВОГО РЕЖИМА НА СУТОЧНЫЙ РИТМ СЕКРЕЦИИ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ У СТУДЕНТОВ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра биохимии
Харьков, Украина
Научный руководитель: Мартынова С.Н.

Многие эндокринные нарушения относятся к идиопатическим формам, поскольку истинная причина их возникновения остается неизвестной. Известно, что при искусственном гипопинеализме, который был вызван круглосуточным освещением, были отмечены признаки старения эндокринной системы, нарушение суточного ритма секреции большинства гормонов. В литературе имеются данные, что световой режим может значительно повлиять на функцию эндокринной системы. Особенности суточной секреции тиреоидных гормонов, определяющих уровень основного обмена и играющих важную роль в функциональном состоянии центральной нервной системы при пролонгировании светового дня (что характерно для студентов) не изучены.

Целью нашей работы явилось изучение характера суточного ритма секреции тиреоидных гормонов у студентов, которые работали в ночное или утреннее время с уток.

Материалы и методы. В эксперименте участвовали 20 студентов 2 курса ХНМУ, которые были разделены на 2 группы: 1) студенты, у которых период бодрствования был с 5 до 22 часов; 2) студенты, у которых период бодрствования – с 8 утра до 3 часов ночи. В каждой группе было по 10 студентов. Все студенты в период исследования были здоровы, хронических заболеваний не имели, полноценно питались, спортом не занимались. Содержание тиреоидных гормонов определяли в слюне испытуемых. Слюну собирали в 8, 12,18 и 24 часа после тщательной гигиены полости рта, центрифугировали и отделяли осадок. В слюне определяли содержание тироксина и трийодтиронина иммуноферментным методом с помощью наборов реагентов фирмы Вектор-Бест (Новосибирск).

Результаты. У студентов второй группы минимальное содержание тироксина и трийодтиронина отмечается в 8 утра (тироксин - 39,24 ± 1,65 нМ/л, трийодтиронин – 1,25 ± 0,09 нМ/л); в 12 часов дня уровень этих гормонов достоверно выше, чем в 8 утра, но в 1,5 раза ниже, чем в этот период времени у студентов группы № 1, максимальный уровень тиреоидных гормонов отмечался в 18 часов (тироксин - 52,38 ± 3,17 нМ/ л, трийодтиронин - 2,54 ± 0,12 нМ/л). В 24 часа их уровень практически не отличался от содержания в 18 часов. У студентов группы №1 максимальное содержание тиреоидных гормонов выявлено в 8 утра (тироксин - 63,37 ± 2,05 нМ/л, трийодтиронин – 4,39 ± 0,23 нМ/л), в 12 часов дня концентрация гормонов несколько снижается, минимальная концентрация отмечается в 24 часа (тироксин - 30,42 ± 1,86 нМ/ л, трийодтиронин – 1,59 ± 0,07). Поскольку, слюна – это ультрафильтрат крови, можно предположить, что такие же изменения произойдут и в крови. Полученные данные свидетельствуют о том, что при систематическом бодрствовании в ночное время суток не только нарушается суточный ритм секреции тиреоидных гормонов, но

и снижаются максимальные концентрации гормонов, что может стать причиной метаболических нарушений и в дальнейшем – патологических состояний.

Выводы. Пролонгирование светового дня изменяет суточный ритм секреции тиреоидных гормонов и приводит к уменьшению их максимальной концентрации в слюне.

Невхорошев Е.А., Соловьев В.С., Соловьева Н.Г.

ПРОБЛЕМА АЛЬГОДИСМЕНОРЕИ СРЕДИ СТУДЕНТОК ХАРЬКОВСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

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

Актуальность. На сегодняшний день альгодисменорея - одна из наиболее распространенных гинекологических проблем женщин репродуктивного возраста. По данным литературы, частота дисменореи составляет от 45% до 78%. Это состояние снижает качество жизни и работоспособность женщин.

Цель работы. Оценить распространенность альгодисменореи среди девушек Харьковского национального медицинского университета (ХНМУ), а также частоту использования анальгетиков, их эффективность для купирования болевого синдрома.

Материалы и методы. Методом анкетирования было опрошено 95 девушек ХНМУ в возрасте от 17 до 21 года.

Результаты исследования. Среди опрошенных мы выявили, что у 42,7 % боли возникают в каждый менструальный цикл, у 13.5 % - часто, почти в каждый цикл, у 39,3 % - редко и только у 4,5 % - отсутствуют совсем.

Девушки оценивали боль по 5-балльной шкале, исходя из этого, было выявлено: 13,5 % - оценили боль как максимальную; 32,6 % - оценили в 4 балла; 33,7 % - в 3 балла; 11,2 % - в 2 балла; 6.7 % - в 1 балл и только 2,2 % оценили боль как минимальную. Препаратами-лидерами для купирования болевого синдрома оказались но-шпа (39,3 %), спазмалгон (32,5 %) и анальгин (16,9 %). Другие препараты, такие как нимесил, солпадеин, кетанов, ибупрофен и другие, оказались наименее популярны (менее 3 %). И только 4 % девушек не использовали никакие препараты и терпели боль. Далее мы оценивали снижение интенсивности боли после приема препарата (по 5-балльной шкале) и выявили, что только у 33,7 % боль упала до 0, у большей же части опрошенных чувство боли оставалась, хоть и была снижена. При этом было установлено, что 46,1 % девушек повышают дозу или повторно принимают препарат, так как стандартные дозы не оказывают должного эффекта. У 11,4 % наблюдались побочные эффекты в виде тошноты, рвоты сонливости и аллергических реакций. По результатам опроса мы выявили, что только 21,3 % респондентов консультировались с врачом, остальные 78,7 % доверились советам друзей, родителей, рекламе.

Выводы. Исходя из результатов исследования мы сделали ряд заключений:
1. Альгодисменорея действительно распространенная проблема среди девушек молодого возраста, так как только у 4,5 % девушек боль отсутствовала.
2.Стало очевидно, что только около 4 % девушек не используют никакие препараты для купирования болевого синдрома.
3. Наиболее распространенными препаратами оказались но-шпа и спазмалгон, что, по-нашему мнению, связано с большей эффективностью препаратов группы спазмолитиков, а так же более широкой их популярностью.
4. Тем не менее, полное купирование боли наблюдалось только у 33,7 % опрошенных, что можно связать с самоличным выбором препарата.

Нечипорук І.А, Дегтяр К.О.

АКТУАЛЬНІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ S. AUREUS ДО ДЕЗИНФІКУЮЧИХ ЗАСОБІВ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬ У ЛІКАРНЯХ

Харківський національний медичний університет
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології ім. проф. Д.П. Гриньова
Харків, Україна
Науковий керівник: ст. викл. Вовк О.О.

Проблема розвитку інфекційних ускладнень в умовах лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) в значній мірі залежить від ефективності заходів контролю та профілактики внутрішньолікарняних інфекцій. Однією з найважливіших заходів забезпечення дезінфекційного режиму є використання сучасних асептичних та антисептичних засобів. Патогенні мікроорганізми, основним резервуаром яких є людина, переміщаються безпосередньо від одного індивідуума до іншого. При попаданні в навколишнє середовище вони можуть тривалий час зберігати життєздатність, а під впливом несприятливих фізичних, хімічних та інших факторів, набувають додаткову стійкість.

Метою дослідження стало вивчення чутливості до сучасних дезінфектантів штамів S. aureus, виділених з епідемічно значущих об'єктів внутрішнього середовища стаціонарних відділень лікувальних установ.

Вивчалася чутливість 62-х штамів S. aureus, в тому числі виділених з повітря маніпуляційних кабінетів - 7 штамів, змивів з поверхонь медичного обладнання - 6 штамів, змивів з робочих поверхонь - 36 штамів, змивів з спецодягу - 13 штамів. Відбір проб проводився відповідно до наказу МОЗ України від 04.04.2012 № 236 «Про організацію контролю та профілактики післяопераційних гнійно-запальних інфекцій, спричинених мікроорганізмами, резистентними до дії антимікробних препаратів»

Для визначення чутливості стафілококів до дезінфектантам були взяті хлоровмістні та безхлорні розчинні деззасоби, які в наш час використовують в стаціонарах лікувальних закладів: 0,1% и 0,2% розчини Дезактіну, 0,03%, 1,75% розчин Соліокса, 0,02% розчин Аноліту. Дослідження проводили за допомогою кількісного суспензійного тесту методом батистових тест-об'єктів (біотестів).

Результати, отримані при вивченні дезрезістентності виділених стафілококів до деззасобів, використовуваним в умовах стаціонару, свідчать про найбільшу чутливість штамів, виділених з повітря, до хлорвмісних розчинів, а штамів, виділених з робочих поверхонь методом змивів - до ДС на основі надуксусной кислоти.

Проведені дослідження показали, що ДС Дезактін надавав бактерицидну дію в концентрації 0,1% на 42,9% штамів S. aureus, виділених з повітря маніпуляційних; на 36,1% штамів S. aureus, виділених з змивів з робочих поверхонь; на 38,5% штамів S. aureus, виділених з змивів з спецодягу медичного персоналу; на 50,0% штамів S. aureus з змивів з медичного обладнання. Слабо-чутливими до дії Дезактіну в концентрації 0,1% виявилися 57,1% S. aureus, виділені з повітря маніпуляційних, 52,8% S. aureus, виділених з змивів з робочих поверхонь, 46,2% штамів S. aureus, виділених з змивів з спецодягу і 50,0% штамів S. aureus з змивів з медичного обладнання. Стійкими до дії 0,1% Дезактіну були тільки 15,4% S. aureus, виділені зі змивів з спецодягу.

Найбільша чутливість у досліджуваних штамів S. aureus була до дії 0,2% Дезактіну, 0,02% розчину Аноліту і 1,75% розчину Соліокса.

Встановлено, що серед досліджуваних госпітальних штамів золотистих стафілококів 66,7% є чутливими до 0,02% розчину Аноліту, 65,6% - до 0,2% розчину Дезактіну і 66,2% - до 1,75% розчину Соліокса. Таким чином, можна говорити про те, що ці ДС мають найбільшу дезінфекційну активність по відношенню до золотистих стафілококів.

Таким чином, при вивченні чутливості штамів S. aureus, виділених з лікувальних установ, до дії сучасних дезінфектантів встановлено, що найбільшою активністю володіли містять хлоровмісні 0,02% розчин анолітов і 0,2% розчин Дезактін), а також засіб на основі надуксусной кислоти (1,75% розчин Соліокса). Дані дослідження мають важливе практичне

значення для своєчасної ротації дезінфекційного препарату, забезпечуючи ефективну профілактику внутрішньолікарняних інфекцій.

Овсієнко Є.В.

ОЦІНКА ЕКСПРЕС-МЕТОДУ ВИЗНАЧЕННЯ ТОКСИНУ У СИРОВАТЦІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ДИФТЕРІЮ

Харківський національний медичний університет
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології ім. проф. Д.П.Гриньова
Харків, Україна
Науковий керівник: ст. викл. Вовк О.О.

Дифтерія відноситься до ланки гострих інфекційних захворювань, що викликають Corynebacterium diphtheriae. Клінічно, картина захворювання обумовлена продукцією токсину, який має позаклітинний характер та являється білковим продуктом токсигенного штаму збудника.

Сьогодні спостерігається суттєве збільшення зареєстрованих випадків захворювання на дифтерію, підвищення випадків важких токсичних форм, фіксуються випадки атипової дифтерії з локалізованими формами серед дітей, яким було зроблене щеплення, і це призводить до необхідності покращення методів лабораторної діагностики даної інфекції, розробки більш чутливих та специфічних діагностичних препаратів, які будуть надавати інформативну відповідь на певний метод діагностики.

Метод кількісного визначення дифтерійного токсину, який є у складі циркулюючих імунних комплексів за допомогою імуноферментного аналізу. Відокремлення складових компонентів циркулюючих імунних комплексів – антигена або антитіла – є одним із самих перспективних напрямів диференціальної діагностики інфекційних захворювань.

Синтез специфічних антитіл проти антигенів збудника або чинників його патогенності - це обов'язковий компонент нормальної імунної відповіді, який знижує кількість циркулюючих антигенів. Основу способу експрес діагностики дифтерії складає принцип виявлення складових компонентів специфічних циркулюючих імунних комплексів:

1. Осадження циркулюючих імунних комплексів;
2. Руйнування імунних комплексів підігріванням на водяній бані;
3. Визначення антигенів збудника діагностикумом.

Процес визначення дифтерійного токсину у складі циркулюючих імунних комплексів з моменту забору крові до останнього етапу ІФА проходить протягом 24 годин.

У процесі експерименту було обстежено 254 зразки сироватки крові дітей, хворих на різні форми дифтерії ротоглотки: з локалізованою - 21, поширеною - 6, субтоксичною і токсичною - 17 чоловіків, групу носіїв токсигенних коринебактерій дифтерії складали 27 дітей. До контрольної групи відносяться здорові діти - 5 чол., хворі на ангіну - 5 чол., на енцефаліт - 5 чол. Показник рівня дифтерійного токсину визначався на різних етапах інфекційного процесу: до лікування протидифтерійною антитоксичною сироваткою - 1 - 5 день періоду хвороби та після лікування з інтервалами у 7 днів. Під час дослідження сироваток крові дітей контрольної групи не було виявлено ні одного випадку дифтерійного токсину, що підтверджує специфіку використання цього методу. Рівень токсину дифтерії при певних клінічних формах коливається достатньо у широкому спектрі концентрацій від 0,47 до 21,5 Lf/мл. Термін виявлення дифтерійного токсину в циркулюючих імунних комплексах і його рівень пов'язані з періодом збереження симптомів характерних інтоксикації і розвитку ускладнення дифтерійного процесу. Отже, при рівні токсину 0,47 Lf /мл та більше, діагностування дифтерії можливе.

Кількісний метод визначення дифтерійного токсину у складі ЦІК у клінічній практиці дає змогу провести експрес-діагностику дифтерії в період 24 годин і оцінити стан ефективність заходів, які були прийняті для лікування хворого та мати прогноз протікання хвороби та тяжкість стану. Перевагою цього методу є той момент, що за рахунок виявлення дифтерійного токсину у складі специфічних ЦІК збільшується чутливість діагностики

дифтерії, а на фоні цього зростає точність отриманих результатів при використанні сироватки крові хворих на зміст дифтерійного токсину.

Одинец Е.М, Пацкевич А.И.

МУЦИНПРОДУЦИРУЮЩИЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ ЖЕЛУДКА

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

Актуальность. За последнее десятилетие в педиатрии наблюдается тенденция к увеличению числа детей, страдающих патологией желудочно-кишечного тракта. Среди заболеваний данной системы организма доминирующим является хронический гастрит. Актуальность данной проблемы велика, так как истоки многих хронических заболеваний ЖКТ взрослых, приводящие не только к временной утрате трудоспособности, но и к инвалидизации взрослого населения, лежат в детском возрасте. В последние годы основное место среди этиологических факторов хронического гастрита отводится эндогенному инфекционному фактору Helicobacter pylori. Кроме того, имеет огромное значение отягощенная наследственность по заболеваниям ЖКТ, снижение защитных свойств организма, дисфункциональное состояние ВНС. При функциональной диспепсии желудка, которую диагностируют у впервые заболевших детей с ярко выраженным болевым и диспепсическим симптомами, обычно не выявляют признаков воспаления в слизистой оболочке (СО).

Цель: Изучить морфофункциональное состояние муцинпродуцирующих клеток СО желудка у детей с клинически поставленным диагнозом функциональная диспепсия желудка.

Материалы и методы: С разрешения с.н.с., к.м.н. Комарчук Т.В. (сотрудник НИИ ОЗДП г.Харьков) патоморфологическому исследованию были подвергнуты 10 биоптатов СО желудка (антральная часть) детей и подростков, лечившихся в гастроэнтерологическом отделении НИИ ОЗДП г.Харьков с клиническим диагнозом Функциональная диспепсия желудка. Микропрепараты окрашены гематоксилином и эозином, поставлена ШИК-реакция для специфического окрашивания муцина в поверхностных и ямочных эпителиоцитах. Интенсивность фуксинофилии муцина оценивали, определяя его оптическую плотность в зеленой части спектра, пользуясь микрофотографиями, сделанными на микроскопе Axiostar plus (Zeiss, ФРГ). Средние величины и ошибки средних значений определяли, используя статистический метод вариационного анализа.

Результат: При микроскопическом исследовании биоптатов было обнаружено, что в случаях непродолжительного анамнеза заболевания желудка у детей признаки межуточного воспаления в СО отсутствовали, а оптическая плотность муцина, при постановке ШИК-реакции, была в среднем невысокой, но с большими вариациями (0,584±0,103усл.ед.опт.пл). При продолжительности заболевания 2-3 года и положительной реакции на Helicobacter pylori оптическая плотность муцина СО достигает высоких показателей (0,877±0,066усл.ед.опт.пл), но воспалительной реакции в СО не обнаружено. При продолжительности заболевания более 3 лет отмечаются положительная реакция на Helicobacter pylori, очаговое разрушение поверхностного эпителия, уменьшение объема муцина, наличие макрофагально-лимфоцитарных инфильтратов. Оптическая плотность муцина резко уменьшена (0,693±0,036усл.ед.опт.пл), что можно трактовать как подтверждение снижения защитных свойств муцина. Исходя из принципов формирования компенсаторно-приспособительных реакций, можно предположить, что на усиление повреждающих факторов в начале развития патологии СО может «ответить» гиперпродукцией муцина, увеличением содержания в нем гликопротеидов, что полностью защищает СО. При дальнейшем усилении и удлинении периодов действия повреждающих

факторов на СО желудка наблюдаются признаки декомпенсации муцинопродукции, а это сопровождается гибелью эпителия и развитием воспаления СО.

Заключение: Клинически поставленный диагноз Функциональная диспепсия желудка при патогистологическом исследовании биоптатов СО соответствует разной патологоанатомической картине. При достаточной (повышенной) продукции муцина, лейкоцитарная инфильтрация СО отсутствует. При снижении муцинпродуцирующей способности клеток эпителия СО и снижении содержания гликопротеидов в муцине возникают очаги гибели поверхностного эпителия с лейкоцитарной инфильтрацией СО, что соответствует гистологической картине хронического гастрита.

Онищенко А.И.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-12 ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПОЛИПОЗНОМ РИНОСИНУСИТЕ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра биохимии
Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Наконечная О.А.

В настоящее время роль цитокинов в развитии воспалительных процессов не подвергается сомнению. Известно, что комплексное взаимодействие про- и антивоспалительных цитокинов регулирует интенсивность и характер воспалительного процесса. Изменения продукции цитокинов и их содержания в крови наблюдаются и при хроническом риносинусите, в частности повышается содержание интерлейкина-12 (ИЛ-12). Однако диагностическая значимость данного показателя при полипозном риносинусите не оценена.

Целью работы было изучение возможности использования определения концентрации ИЛ-12 в сыворотки крови пациентов с хроническим полипозным риносинуситом в качестве дополнительного диагностического критерия.

Материалы и методы. Для реализации поставленной задачи сорок пациентов разделили на две равные группы: больные хроническим полипозным риносинуситом (n = 20) и соматически здоровые люди с искривлением носовой перегородки (n = 20), которые использовали в качестве контроля. Все участники исследования подписывали информированное согласие. Уровень ИЛ-12 в сыворотке крови представителей обеих групп определяли с помощью иммуноферментного метода с использованием набора фирмы «Orgenium» (Финляндия) на иммуноферментном анализаторе «StatFax 303+» (США). Для оценки диагностической значимости ИЛ-12 использовали общепринятый метод построения ROC-кривых.

Результаты. Установлено, что развитие полипозного риносинусита приводит к повышению сывороточного ИЛ-12 в 2,5 раза. ROC-анализ показал, что концентрация ИЛ-12 у пациентов выше 10,82 пг/мл является диагностически значимой. Чувствительность метода равна 87,5%, а специфичность - 80%. Значение показателя площади под ROC-кривою (AUC) равнялось 0,97 ± 0,03, что свидетельсвует о высокой диагностической значимости ИЛ-12 при хроническом полипозном риносинусите.

Выводы. Интерлейкин-12 может использоваться в качестве дополнительного критерия диагностики хронического полипозного риносинусита. Минимальная диагностически значимая концентрация сывороточного ИЛ-12 равна 10,82 пг/мл.

Оніщенко А.І.[1], Посохов Є.О.[2], Ткаченко А.С.[1], Корнієнко Є.М.[3]

ОЦІНКА СТАНУ ЛІПІДНОГО БІШАРУ МЕМБРАН ЕРИТРОЦИТІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПОЛІПОЗНОМУ РИНОСИНУСИТІ: ДОСЛІДЖЕННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ФЛУОРЕСЦЕНТНОГО ЗОНДА PH7

Харківський національний медичний університет,
Кафедра біохімії [1];
Національний технічний університет «Харківський політехнічний інститут»,
Кафедра органічної хімії, біохімії і мікробіології [2];
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,
Кафедра фізіології людини та тварин [3];
Харків, Україна

Відомо, що при запальних процесах виникають сприятливі умови для пошкодження мембран клітин. Пошкодження фосфоліпідного бішару мембран при запаленні може бути обумовлено активацією ліпідної пероксидації, розвитком некрозу та апоптозу клітин, дією прозапальних цитокінів, тощо. Дослідження змін стану мембран можуть бути використані з діагностичною метою при різноманітних запальних процесах.

Метою роботи було дослідження стану мембран еритроцитів хворих на хронічний поліпозний риносинусит за допомогою флуоресцентного зонда PH7 (2-(2'-OH-феніл)-фенантр(10,11)-1,3-оксазол).

Матеріали та методи. У даному дослідженні проводилось вимірювання флуоресценції зонду PH7 в суспензіях еритроцитів пацієнтів з хронічним поліпозним риносинуситом (n=10) та в суспензіях еритроцитів здорових людей з викривленою носовою перетинкою (контроль, n=10).

Зонд PH7 розчиняли в ацетонітрилі, отриманий розчин додавали до 2 мл суспензії еритроцитів з метою отримати молярне співвідношення ліпід/зонд 200:1. Спектрофлуориметр «Hitachi 850» використовували для вимірювання флуоресценції через 1 годину після додавання зонда до суспензії еритроцитів.

Дослідження проводили відповідно до діючих законодавчих норм щодо захисту прав людини і людської гідності. Усі пацієнти підписували інформовану згоду.

Результати. Встановлено, що поліпозний риносинусит супроводжується зниженням кількості молекул зонда PH7, що зв'язалися з мембраною еритроцита за годину інкубації. Подібні зміни швидкості зв'язування цього ліпофільного зонда, що локалізується в області жирнокислотних ланцюжків фосфоліпідів і в центрі ліпідного бішару мембран, можна пояснити збільшенням гідратації найбільш полярних областей мембран (найбільш вірогідно, області полярних голівок фосфоліпідів).

Висновки. Дослідження стану мембран еритроцитів при хронічному поліпозному риносинуситі за допомогою гідрофобного зонда PH7 дозволяє зробити припущення, що при зазначеній патології збільшується гідратація найбільш полярних областей ліпідного бішару.

Осташвили К.Д, Ахундова Г.А.

КАРДИОПРОТЕКТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ ФОСФОКРЕАТИНА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра биохимии
Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Горбач Т.В.

Известно, что экзогенный фосфокреатин (ФКр) оказывает протективное действие на сердце в разных патологических ситуациях. Так он защищает сердечную мышцу при острой ишемии, подавляя желудочковые аритмии, возникающие при ишемии и реперфузии миокарда. Клинические исследования показали эффективность «Неотона» при лечении больных инфарктом миокарда. Однако механизм протекторного действия ФКр до сих пор не изучен. Предполагается, что он, являясь субстратом креатинкиназной реакции, повышает

пул АТФ внутри клетки. Однако известно, что макроэргические фосфаты практически не проникают через мембрану клеток. Есть мнение, что ФКр может оказывать антиоксидантное действие, но этот вопрос не изучен.

Цель работы – изучение влияния фосфокреатина на интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ) и активность антиоксидантной системы в мембранах клеток миокарда при экспериментальном инфаркте миокарда.

Материалы и методы. Эксперименты проведены на крысах-самцах популяции WAG, содержавшихся в стандартных условиях вивария. Моделирование инфаркта миокарда проводилось путем внутрибрюшинного введения 0,1 % раствора адреналина в дозе 0,2 мл / кг массы тела (Денисов В.М., 1999). Крысы были разделены на 3 группы; 1) интактные (6 крыс), 2) крысы с модельным инфарктом (6 крыс), 3) крысы с модельным инфарктом, получавшие через 20 минут после введения адреналина ежедневно в течение 3 дней по 0,1 мл раствора ФКр (препарат «Неотон» фирмы Альфа-Васерман, Италия)» на 100 г массы тела, внутривенно (6 крыс). Крысы выведены из эксперимента на 4-е сутки с момента введения адреналина. Сердце извлекали, отмывали от крови, готовили гомогенат на 0,25М трис-HCl буфере, pH 7,4. Фракцию мембран клеток миокарда выделяли дифференциальным центрифугированием. Содержание ТБК-активных продуктов, активность каталазы, супероксиддисмутазы определяли спектрофотометрическими методами. Эксперименты проводили в соответствии с требованиями, предъявляемыми к исследованиям на животных (Страсбург, 1985г., Украина 2001 г.)

Результаты. Установлено, что при экспериментальном инфаркте миокарда значительно увеличивается содержание ТБК-активных продуктов во фракции мембран (1,76 ± 0,11 мкМ/ г белка против 0,52± 0,05 мкМ/ г белка в контрольной группе); активность СОД повышается в 1,2 раза, каталазы – в 1, 4 раза, что свидетельствует о недостаточной активации антиоксидантной системы и развитии окислительного стресса. В группе крыс с экспериментальным инфарктом миокарда, получавших ФКр, концентрация ТБК-активных продуктов также повышена, но в меньшей степени, чем у крыс, не получавших ФКр (0,78 ± 0,04 мкМ/г белка); активность СОД повышена в 2 раза, каталазы – в 2,4 раза. Следовательно у крыс с экспериментальным инфарктом миокарда, получавших ФКр, не развивается окислительный стресс, т.е. препарат препятствует накоплению продуктов перекисного окисления липидов за счет активации антиоксидантной системы. Возможно антиоксидантное действие ФКр связано со способностью фосфатного остатка взаимодействовать с белками и липидами, защищая их от инактивации и денатурации при действии повреждающих агентов. Препятствуя развитию окислительного стресса в мембранах клеток миокарда, ФКр способствует нормализации энергетического обмена в миокарде, что является определяющим звеном в ограничении очагов повреждения и в развитии репаративных процессов.

Вывод. Кардиопротекторное действие фосфокреатина в условиях экспериментального инфаркта миокарда связано с его способностью препятствовать развитию окислительного стресса в мембранах кардиомиоцитов.

Островська А.М., Козіонова А.А.

ЗМІНА ПОКАЗНИКІВ ГУМОРАЛЬНОЇ ІМУНОЛОГІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ АСОЦІЙОВАНИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Харківський національний медичний університет
Кафедра патологічної фізіології ім Д.О. Альперна
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Павлова О.О.

Патологічний взаємозв'язок ішемічної хвороби серця з прихованою вторинною імунологічною недостатністю може бути обумовлений розладом мікроциркуляції, розвитком циркуляторної гіпоксемії і гіпоксії, метаболічними порушеннями в органах і тканинах, асоційованих з гипоксичним, коронарогенним пошкодженням міокарда.

Зниження імунологічної реактивності організму істотно впливає і надалі визначає особливості перебігу та прогнозу хвороби.

Метою цієї роботи було вивчення показників гуморальної ланки імунологічної реактивності у хворих на ішемічну хворобу серця, до лікування і на тлі стандартної терапії.

Матеріали та методи. У 10 хворих на ішемічну хворобу серця до початку лікування і у 10 - після 2-х тижнів лікування за стандартною схемою вивчали рівень циркулюючих імунних комплексів в сироватці крові- спектрофотометрично, вміст імуноглобулінів (IgA, IgM, IgG) - методом радіальної імунодифузії, кількісний вміст цитокінів ІЛ -1β, ІЛ-6 і С-реактивного білка визначали імуноферментним методом з використанням наборів реагентів фірми «Протеїновий контур» (С.-Пб.).

Результати Було встановлено, що у хворих на ішемічну хворобу серця як до, так і на тлі лікування, відзначається збільшення рівня прозапальних цитокінів - ІЛ-1β, ІЛ-6, С-реактивного білка, підвищення освіту IgG і всіх фракцій циркулюючих імунних комплексів, в основі яких, можливо, лежать важкі розлади мікроциркуляції, постійна стимуляція гуморальної ланки імунітету і складні процеси запального ушкодження тканин на які стандартна терапія істотно не впливає. Для корекції вищенаведених порушень необхідне застосування імуномодуляторів на додаток до стандартної терапії.

Письменная О.Т.

СОДЕРЖАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В ТВЕРДЫХ ТКАНЯХ ЗУБОВ У ПОТОМСТВА КРЫС, ПОЛУЧАВШИХ НЕСБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ С ИЗБЫТКОМ ПИТАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра патологической физиологии им. Д.А. Альперна
Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Николаева О.В.

Значительная распространенность кариеса среди детей в нашей стране является предопределяющим фактором в актуальности данного вопроса. Среди множества причин, которые влияют на развитие кариеса во временных зубах у ребенка, первостепенную роль отводят питанию матери во время беременности. Однако, патогенез повреждения зубов у потомства, матери которого получали несбалансированное питание, остается недостаточно изученным.

Целью исследования было изучение влияния избытка питательных веществ в рационе беременных крыс на количество биогенных элементов в твёрдых тканях зубов их потомства.

Материалы и методы. Исследованы твердые ткани зубов у 1-месячных (6 голов) и 2-месячных (7 голов) крысят популяции WAG/G Sto. Изучено содержание биогенных элементов: кальция (Ca), меди (Cu), железа (Fe), магния (Mg), фосфора (P), цинка (Zn) в твердых тканях зуба методом атомно-эмиссионной спектрометрии с индуктивно-связанной плазмой на аппарате iCAP 6300 Duo Thermo Fisher Scientific Inc.(США). Статистическую обработку результатов проводили с использованием программы STATISTICA-10. Для оценки достоверности различий применяли критерий U Манна-Уитни. Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты. У 1-месячных крысят установлена тенденция к повышению Cu и Zn (на 19,67% и 15,15% ($p>0.05$) соответственно) и снижению содержания макроэлементов Mg и P (на 5,1% и 1,34% ($p>0.05$) соответственно). Снижение содержания микроэлемента Fe оказалось достоверно значимым и составило 72,6% от норматива ($p<0,05$). У 2-месячных крысят, в отличие от 1-месячных животных, имеет место снижение всех изучаемых биогенных элементов, а достоверно значимым оказалось снижение уровня Fe (на 37,85%, $p<0,01$) и Mg (на 18,66%, $p<0,01$).

Заключение. Избыточное питание не оказывает значительного влияния на элементный состав твердых тканей зубов у потомства крыс, получавших несбалансированное питание с избытком питательных веществ. Однако, обращает на себя существенное внимание снижение содержания Fe и Mg. Это может быть обусловлено несбалансированностью пищевого рациона беременных крыс за счет увеличения углеводов и жиров с относительной недостаточностью белка, что могло привести к снижению указанных элементов в крови и, соответственно, их дефициту в твердых тканях зубов. Полученные данные свидетельствуют о риске нарушения развития твердых тканей зубов (эмали и дентина) в пренатальном периоде развития крысят и формирования на этой основе различной патологии после их рождения.

Пишняк Ю.С.

АНАЛІЗ БАКТЕРІОЛОГІЧНОГО СПЕКТРУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ГЛОТКИ У ДІТЕЙ, ЯКІ ЧАСТО ХВОРІЮТЬ НА АНГІНУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології ім. проф. Д.П. Гриньова
Харків, Україна
Науковий керівник: Краснікова Л.В.

Інфекції дихальних шляхів та ЛОР-органів належать до найбільш поширених захворювань людини, які мають важливе медичне значення. Ангіна – це повітряно-крапельна інфекція, яка передається не тільки при прямому контакті з хворим, але й при значному накопиченні бактерій у повітрі (школи, дитячі садки). Гостре запалення піднебінних мигдаликів (ангіна) широко поширене серед населення різного віку. У дитячому віці хворіють на ангіну від 6% до 30%. Основним джерелом інфекції є хворі, які страждають на цю хворобу, та здорові люди – носії патогенної мікрофлори.

Таким чином, актуальність та соціальна значущість даної проблеми диктується високим рівнем захворюваності на ангіну саме в дитячому віці. Ця обставина стала основою мети нашої роботи, якою є дослідження бактеріального фону слизової оболонки глотки у дітей, що часто хворіють на ангіну, для виявлення бактеріоносіїв патогенної мікрофлори.

Нами проведено дослідження мікробного спектру слизової оболонки глотки у 60 дітей віком від 6 до 17 років. Із них дівчат було 42, а хлопців – 28. До контрольної групу залучено 10 здорових дітей, які не вживали антибіотики протягом останнього місяця.

Для мікробіологічного дослідження брали мазок із глотки у дітей, які часто хворіють на ангіну, у період ремісії. Узятий на стерильний тампон матеріал засівали на чашки Петрі з 3% кров’яним агаром.

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою комп’ютерних програм загальноприйнятими методами.

Вивчаючи частоту гострого запалення піднебінних мигдаликів у дітей залежно від віку, ми зробили такі висновки: найчастіше хворіють на ангіну діти молодшого віку (6-9 років) – 29 випадків, що становить 48,2%; друге місце за частотою ангін посідають (33,3%) – діти середнього віку (10-13 років); найменше хворіють діти підліткового віку (14-17 років) – 18,4%.

Нами проаналізовано мікробний пейзаж глотки у дітей, які часто хворіють на ангіну, в період ремісії. Згідно з нашими дослідженнями найчастіше на слизовій оболонці глотки персистують β-гемолітичні стрептококи (S. pyogenes та S. pneumonia) – 27 випадків, що дорівнює 45%, а з урахуванням мішаної флори (у 14 випадках стрептококи знаходилися в складі асоціації зі стафілококами, яка досягала 68,3%). S. aureus виявлено в 15 випадках, що становить 25%; S. epidermidis виявлено в 4 випадках (6,7%). Звертає на себе увагу досить висока кількість (14 випадків – 23,3%) мішаної флори на слизової оболонці глотки (S. pyogenes + S. aureus).

Таким чином, у дітей, які часто хворіють на ангіну, при мікробіологічному дослідженні слизу з глотки в період ремісії у 100% висівається патогенна мікрофлора, спектр якої мав

такий вигляд: штами стрептокока – 45,0%, штами стафілокока – 31,7% та штами мішаної флори – 23,3%.

Полікарпова Г.В.

ДИНАМІКА ФАГОЦИТАРНОЇ АКТИВНОСТІ НЕЙТРОФІЛІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ОПІКАХ ШКІРИ МОРСЬКИХ СВИНОК РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра біологічної хімії
Харків, Україна

Опік – вид ушкодження, яке за даними ВОЗ є дуже розповсюдженим, та за частотою виникнення займає друге місце після транспортного травматизму серед усіх видів травм. Цей вид ушкодження характеризується важким перебігом та у багатьох випадках призводить до тривалих втрат працездатності, інвалідизації. Таким чином, опікова травма являє собою велику медико-соціальну проблему і дослідження особливостей перебігу різних видів опіків є актуальними. Однак, до цього часу, не існує робіт, присвячених порівняльному дослідженню особливостей динаміки показників фагоцитарної функції нейтрофілів в залежності від часу травми та фактору, що спричинив опікове ушкодження, проте саме такий вид досліджень дозволить краще зрозуміти особливості перебігу різних видів опіків та забезпечити індивідуальний підхід до терапії кожного пацієнта.

Метою роботи було порівняльне дослідження динаміки фагоцитарної активності нейтрофілів при експериментальних термічних, хімічних та променевих опіках шкіри морських свинок в залежності від часу.

Дослідження проводили на 147 білих чотиримісячних морських свинках-самцях масою 470 - 600 г, що утримувалися у стандартних умовах віварію. Робота з тваринами проводилась згідно з нормативними документами, що регламентують поводження з експериментальними тваринами. Термічний опік викликали контактним шляхом за допомогою розпеченого металевого клейма в області попередньо виголеної ділянки стегна (S = 3 см^2, t = 250^{o}C, експозиція 2 хв) під слабким ефірним наркозом. Хімічний опік викликали шляхом аплікації 20% розчину гідрохлорної кислоти в області попередньо виголеної ділянки стегна (S = 3 см^2, експозиція 2 хв) під слабким ефірним наркозом. Променевий опік викликали шляхом радіаційного впливу Х-променів в області попередньо виголеної ділянки стегна в експозиційній дозі 60 Гр за допомогою установки УРС-50 (TYR - 60, 50 кВ, 10 мА, фільтр 0,6 м А1, потужність дози 36,74 Гр/хв, площа опромінення 1 см^2) під слабким ефірним наркозом. Згідно класифікації, прийнятій на XX з'їзді хірургів України (2002 р.), ступінь всіх видів опіків визначали як третю. Визначення фагоцитарної активності нейтрофілів проводили за допомогою розрахунку фагоцитарного індексу та фагоцитарного числа у мазках, що містили нейтрофіли з добовою культурою стафілокока через годину, 1, 3, 5, 7 та 10 діб при всіх видах опіків, при променевому опіку – додатково через 21 та 35 добу.

При термічному опіку шкіри було виявлено підвищення фагоцитарного числа та фагоцитарного індексу нейтрофілів через годину після впливу, проте максимальне значення цих показників спостерігалося через добу після впливу з поступовим зниженням на сьому добу.

При хімічному опіку шкіри спостерігалася схожа динаміка значень фагоцитарного числа та фагоцитарного індексу нейтрофілів: підвищення через годину після ушкодження, максимальне значення на першу добу та зниження на третю та п’яту добу.

При променевому опіку шкіри фагоцитарне число нейтрофілів підвищувалось на сьому добу після опромінення, фагоцитарний індекс нейтрофілів при цьому достовірно не відрізнявся від контрольного значення. На двадцять першу добу після радіаційного впливу відмічалося зниження фагоцитарного числа та фагоцитарного індексу нейтрофілів, які були мінімальними на тридцять п’яту добу.

Таким чином, показники фагоцитарної активності нейтрофілів при хімічному та термічному опіках були характерними для гострого запального процесу зі зниженням у період репарації тканин. При променевому опіку показники фагоцитарної функції нейтрофілів були порушені, про що свідчить зниження фагоцитарного числа та фагоцитарного індексу нейтрофілів на пізніх термінах розвитку променевої виразки.

Полозов И.А.

СКРИННИНГ-ИЗМЕРЕНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ АКТИВНОСТИ НА ОСНОВАНИИ МЕТАБОЛИЗМА КРЕАТИНИНА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: Абрамчук А.Б.

Актуальность. Надежное измерение функции выделения почек имеет весомое значение в медицинской практике. Изучение новых хронических патологий почек, а так же необходимость ведения рутинной отчетности о почечной активности стимулирует развитие новых скринниг-методов . Так же, многие страны развиваются в направлении массового скрининга населения, с учетов пола, возраста и т.д. для раннего предотвращения развития почечной дисфункции и как следствие сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель работы. Установить преимущества, недостатки и особенности скриннинг-контроля клубочковой активности на основании метаболизма креатинина.

Методы исследования. В ходе эксперемента было исследовано кол-во креатинина в плазме и во вторичной моче. Полученные значение были проанализировны с помощью формулы клубочковой активности:

CrCl=(уровень креатинина в моче*объем мочи)/уровень креатинна в плазме

Результаты. В ходе исследования были выделенны следующие особенности использования креатининна для скринниг-исследований:

1. Плазменный креатинин –полностью продукт метаболизм креатина и фосфокреатина в скелетной мускулатуре, как следствие питание практически не влияет на выделение креатинина
2. Уровень креатинина в плазме человека постоянный
3. Креатинин легко фильтруется и практически не реабсорбируется в нефронах
4. Скринниг нужно проводить до 8 раз в течении суток, что не удобно в медицинской практике

Выводы. из-за своих химических особенностей, изученности метаболизма креатина, исследования почечной фильтрации именно через креатинин является точным методом и практически применимым методом.

Правило О. С., Вагіна М. О.

ВПЛИВ МЕТЕОРОЛОГІЧНИХ УМОВ НА ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра патологічної фізіології ім. Д.О.Альперна
Харків, Україна
Науковий керівник: к.м.н. Сафаргаліна-Корнілова Н.А.

Актуальність. Сьогодні все частіше до лікарів звертаються пацієнти зі скаргами на зміни самопочуття і зниження працездатності у зв'язку зі зміною погоди, серед яких переважають особи похилого віку. До основних метеопатичних факторів, що робить негативний вплив на організм (перш за все, на серцево-судинну, нервову та імунну системи) належать: різке коливання барометричного тиску, електромагнітних полів («магнітні бурі»), температури зовнішнього середовища.

Матеріали та методи дослідження. З метою виявлення метеочутливості серед осіб похилого віку було проведено обстеження 82 пацієнтів віком 60-82 років (34 чоловіки і 48 жінок), з них 39 чол. продовжували працювати.

Проводилось опитування і вивчення медичної документації (довідки, виписки з історії хвороби) з метою виявлення наявності хронічних захворювань, частоти і причини їх загострень; вимірювання артеріального тиску; анкетування. Анкетування проводилося з використанням розробленого нами тесту, що включає питання про хронічні захворювання (ІХС, гіпертонічна хвороба, ревматизм, артрити, ХОЗЛ, бронхіальна астма, цукровий діабет, виразкова хвороба, захворювання нирок, нервової системи), причини, частоту і тривалість загострення хронічних захворювань, ступінь зміни самопочуття і емоційного стану в зв'язку зі зміною погодних умов.

Результати досліджень. Метеочутливість була виявлена у 76 чол. (92,7%), Однак лише у 14 чол. (17%) відзначалося регулярне сезонне загострення хронічних захворювань і погіршення загального стану. У решти обстежуваних сезонні зміни були відсутні або ж виявлялися вкрай рідко. Близько 70% (57 чол.) відзначали зміни настрою і емоційного стану, стверджуючи, що погода є в даному випадку вирішальним фактором.

Найбільш метеочутливими виявилися особи з порушенням діяльності серцево-судинної та опорно-рухової системи (90 і 60% відповідно). Виражені і регулярні погіршення самопочуття у зв'язку зі зміною погоди відчували пацієнти, які страждають на мігрень. Не зважаючи на те, що більше 70% (58 чол.) опитаних, мали хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту, лише 3,6% відзначали дискомфорт або розлади травлення.

Аналіз особливостей метеочутливості дозволив виділити категорії осіб з різною чутливістю до окремих метеопатогенним факторам: низькій температурі (холод, мороз) - 17%; високій температурі - 29,3% (особливо у осіб з серцево-судинними і нервовими захворюваннями); високої вологості (похмура, дощова погода) - 19,5% (особливо для осіб з артеріальною гіпертензією і захворюваннями опорно-рухової системи).

Висновки. Загострення хронічних захворювань і погіршення загального самопочуття у людей похилого осіб спостерігається при різких змінах основних факторів метеорологічних умов: падінні барометричного тиску і різку зміну температури. З огляду на метеотропность хронічних захворювань, можливо своєчасне проведення профілактичної терапії, спрямованої на підвищення і підтримання опірності організму, попередження сезонних загострень хронічних захворювань і поліпшення загального самопочуття пацієнтів.

Радченко А.О.

ЮВІЛЕЇ ВИДАТНИХ БІОЛОГІВ У 2017-2018 РОКАХ

Харківський національний медичний університет
Кафедра медичної біології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Тимчук Н.Ф.

Історія зародження, становлення та розвитку біології та медицини не може не цікавити не тільки фахівців цих профілів, студентів – майбутніх медиків, але й просто сучасну інтелігентну розвинену людину. У цій історії багато цікавого, повчального, інколи трагічного. Кожен етап розвитку, кожен напрям біології, медицини має багато прикладів, фактичного матеріалу, спостерігає еволюцію людської думки і водночас є ілюстрацією відданості науці, улюбленій справі на прикладі біографій учених та історії їх винаходів, відкриттів, спостережень.

У зв’язку з такими міркуваннями нами була поставлена мета: на підставі аналізу літературних даних розшукати дати народження провідних біологів світу, встановити ювілейні роки цих видатних науковців, які слід відзначити у 2017–2018 роках. Нами було встановлено, що у 2017 році, наприклад, виповнилось 225 років із дня народження Карла Бера (1792–1876 рр.) – одного з засновників ембріології, 310 років із дня народження Ж.Л.

Бюффона (1707–1787 рр.) і ще чотирьох засновників різних напрямів біології, в тому числі і Г.І. Менделя.

А у 2018 році слід відзначити ювілеї таких видатних біологів як Г. де Фріз, В. Гарвей, М. Мальпігі та інших.

Опрацювавши такий цікавий матеріал, який, на жаль, дуже мало використовується при викладанні та вивченні медичної біології, ми не тільки відкрили для себе цікаві сторінки історії та науки, але й глибше занурились у сутність досліджень видатних вчених, ознайомилися з оригінальними методиками, якими користувались науковці різних епох та народів, навчились аналізувати експериментальні дані, робити з них практичні та теоретичні висновки, але й оприлюднили результати нашої роботи. А саме, під час практичних занять згадувався внесок того чи іншого вченого у розвиток певного біологічного напрямку. Так, при вивченні теми «Ембріогенез, онтогенез» не можна не відзначити роль К. Бера, К. Вольфа; при вивченні теми «Мінливість» доречно згадати роботи Ж.Л. Бюффона, Е.Ж. Сент-Ілера, Г. де Фріза та ін. Розвиток генетики – центральної ланки сучасної біології, неможливо собі уявити без фундаментальних робіт її засновника Г.І. Менделя. У темі «Різноманіття органічного світу. Форми життя» не треба забувати про величезний внесок Л. Пастера, Л.С. Ценковського. При вивченні паразитології неодноразово можна згадувати про роботи М. Мальпігі і т.д.

Нами не тільки проведений літературний пошук та встановлені ювілеї видатних вчених у поточному навчальному році, але й зроблена наочна презентація цього матеріалу у вигляді стенду для ознайомлення з ними якомога більшого числа студентів.

Використання такого матеріалу при підготовці до занять з медичної біології значно розширює світогляд, полегшує сприйняття матеріалу, пояснює причинно-слідчі зв’язки у біологічних процесах, словом збагачує особистість. Вважаємо, що такий аспект у вивченні медичної біології слід продовжувати та розширювати.

Репа В.В., Дука Д.О.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ МЕДИКО-КРИМІНАЛІСТИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ АВТОМОБІЛЬНОЇ ТРАВМИ (БАМПЕР-УШКОДЖЕННЯ)

Харківський національний медичний університет
Кафедра судової медицини, медичного правознавства ім.засл.проф. М.С. Бокаріуса
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Бондаренко В.В.

Судово-медична експертиза автомобільної травми є актуальною проблемою судово-медичної науки та практики. Наїзд автомобіля на пішохода є одним з найпоширеніших видів дорожньо-транспортних пригод. При цьому, у першу фазу наїзду спостерігається удар бампером автомобілю по ніжнім кінцівкам людини, внаслідок чого виникають контактні бампер-ушкодження - садна, синці, рани та переломи. Рівень бампер-ушкоджень відповідає рівню розташування бамперу автомобіля, що вдало використовується при розслідуванні дорожньо-транспортних пригод, зокрема, при ідентифікації автомобіля. Однак, нерідко трапляються ситуації, коли автомобіль зникає з місця події та його необхідно шукати по комплексу ознак – вид, марка, колір, наявність різноманітних ушкоджень та інше. При цьому, однією з ідентифікуючих ознак є висота бамперу автомобілю.

Згідно Наказу №6 МОЗ України «Про розвиток та вдосконалення судово-медичної служби України» від 17 січня 1995 року, при судово-медичній експертизі трупів з підозрою на транспортну травму, судово-медичному експерту необхідно зробити додаткові заміри від місця ушкоджень на тілі до подошвеної поверхні стоп. При цьому висота ушкоджень на тілі поряд з висотою обуві буде відповідати рівню бампера автомобілю. Але судово-медичний експерт не має жодної інформації про рівень розташування бамперів автотранспортних засобів, що ускладнює його уявлення про характер ДТП.

З метою подальшої ідентифікації бампер-ушкоджень, нами були зроблені заміри бамперів легкових автомобілів 27 марок, що пересуваються вулицями м. Харкова. Заміри

було зроблені стандартною рулеткою від дорожнього покриття до найбільш виступаючою частини бамперу. Отримані дані дозволили нам виділити три загальні групи автомобілей: 1 група – 40-49 см, 2 група – 50-59 см, 3 група – 60-66 см.

Окрему групу склали 10 марок автомобілей позашляховиків, конструкційні особливості яких відрізняються від легкових автомобілей, а висота бамперу складає від 60 до 86 см.

Таким чином, ми отримали інформацію про рівень бамперів легкових автомобілей та позашляховиків, що дозволить нам започаткувати у Харківському обласному бюро судово-медичної експертизи банк експертних даних про конструкційні особливості автомобілей, які теоретично можуть бути учасниками дорожньо-транспортних пригод. Ця інформація буде використовуватись при проведенні судово-медичних експертиз.

Репнікова А.В.

СМЕРТЕЛЬНІ ВИПАДКИ ВІД ЕЛЕКТРОТРАВМИ ЗА ДАНИМИ ХАРКІВСЬКОГО ОБЛАСНОГО БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра судової медицини, медичного правознавства ім.засл.проф. М.С. Бокаріуса
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Ольховський В.О.

За даними ВООЗ, щорічно від дії електричного струму гине 22-25 тисяч осіб у світі. Більшість з цих випадків є нещасним випадком. За даними Державного комітету статистики, понад 70 тис.дорослого населення загинуло від нещасних випадків невиробничого характеру. З цього частка смертей, пов'язаних з дією електрики, складає 0,7% (490 випадків). А кількість саме смертельних випадків від дії електричного стуму в 10-15разів вища за дію інших травмуючи агентів. За даними UNICEF, 10% складає дитяча смертність від травм, провідне місце серед яких посідають опіки (зокрема, від дії електричного струму).

Метою нашої роботи стало дослідження архівного матеріалу кафедри судової медицини, медичного правознавства ім. засл. проф. М.С. Бокаріуса та Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи (далі ХОБСМЕ) для визначення причин смертності від дії електричного струму та аналізу рівня соціальної загрози отримання електротравм.

Завдання: 1. Навести загальні статистичні дані архівного матеріалу ХОБСМЕ насильницької смертності за 2014-2016 роки;

2. Проаналізувати вказані архівні дані смертельних випадків від дії електрики за даний період, та порівняти їх з загальним показником насильницької смертності;

3. На підставі отриманих даних про розповсюдженість обставин та ступінь загрози смерті від електротравми, сформувати рекомендації щодо необхідних профілактичних заходів.

Виявлено, що за вказаний період частка насильницької смерті від усіх смертельних випадків, відповідно, дорівнює 25,43% (2930 випадків), 21,82% (2323 випадка) та 21,7% (2381 випадок). З них частка смертей від електротравми, відповідно, дорівнює 0,92%, 1,07% та 0,59%. З наведених випадків, смерть від дії атмосферної електрики наставала не більш, ніж у трьох щорічно. Тобто, за даними ХОБСМЕ за період 2014-2016 роки, у Харківській області щорічно частка насильницьких смертей від електротравми у середньому складає 0,86% (22 випадка). Цей показник не має тенденції до зросту. Показник смертності від електротравми у 2016 році, порівняно з 2015 роком, зменшився незначною мірою (на 0,12%).

За архівними даними кафедри, нами проаналізовано 11 випадків смерті від дії електрики. В усіх випадках визначалися типові внутрішні та зовнішні ознаки електротравм. Серед обставин смерті визначались такі: один випадок стався внаслідок самогубства, 4 особи загинули через побутову травму струмом, 6 осіб загинули через електротравму на виробництві. Рахуючи у відсотках, можна стверджувати, що частіше електротравми отримують на виробництві – 54,5%, через знехтування правилами безпеки використання електроприладів у побуті загинуло 36,4%, найменш розповсюдженою причино виявилось

самогубство – 9,09%. Тобто, можна сказати, що є недостатньою санітарно-просвітницька праця серед працівників виробництв. Також, недостатньою є обізнаність з питань техніки безпеки використання побутової електрики серед населення.

Отже, за даними ХОБСМЕ, за період 2014-2016 роки показник смертності від електротравми в середньому складає 0,86% (22 випадки щорічно) від усіх насильницьких смертей. Але виявлена тенденція до зниження показника у 2016 році складає менш, ніж 0,5%. За розповсюдженістю обставин смерті від дії струму, на першому місті стоїть виробнича електротравма, на другому – побутова. Тобто, основні міри запобігання смертності від електротравми повинні бути направлені на посилення необхідних запобіжних заходів використання електрики на виробництві та на проведення санітарно-просвітницької праці серед населення щодо використання побутових електроприладів.

Саєнко С.С

СМЕРТЕЛЬНІ ВИПАДКИ ОТРУЄНЬ ЗА ДАНИМИМ ХАРКІВСЬКОГО ОБЛАСНОГО БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра судової медицини, медичного правознавства ім.засл.проф. М.С. Бокаріуса
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Ольховський В.О.

Отруєння – це патологічний стан людини, який розвивається при взаємодії живого організму та отрути. Отруєння в судово-медичній практиці зустрічаються часто, поступаючись лише механічним пошкодженням і механічній асфіксії. Гострі отруєння спостерігаються в побуті, на виробництві, в хімічних лабораторіях, при самолікуванні, при самогубстві, у сільськогосподарських умовах – це лише короткий перелік тих життєвих ситуацій, з якими зустрічається судово-медичний експерт у своїй діяльності.

За даними архівного матеріалу Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи була досліджена частота і структура отруєнь від різних причин. Матеріалами для дослідження стали статистичні дані структури смертності за 2015, 2016 роки Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи.

Згідно з статистичними даними, від загальної кількості експертиз і досліджень насильницької смерті смертельні випадки отруєнь в 2015 році склали 21 % (488 випадка). Найбільша кількість експертиз була проведена у випадках отруєння алкоголем – 59% від загальної кількості отруєнь. Другий рядок рейтингу займають отруєння окисом вуглецю—23%. Третє місце посідає смерть від отруєння наркотичними речовинами, яка скала 1,8%. Отруєння сурогатами алкоголю—1%, отрутохімікатами—1,2%, медикаментами—0,2%. На частку інших видів отруєнь прийшлося 13%.

В 2016 році смертельні випадки отруєнь склали 26,5% (631 випадка) від загальної кількості експертиз і досліджень насильницької смерті. Лідером серед причин отруєнь як і раніше залишається алкоголь—62% від загальної кількості отруєнь. На другому місці—отруєння окисом вуглецю, частка яких склала 19%. Тривожна тенденція збільшення кількості отруєнь сурогатами алкоголю –9%. Також зросла частка отруєнь медикаментами—0,6%. В 2016 відбулося суттєве зниження кількості смертельних отруєнь наркотичними речовинами—0,3%. На часту інших видів отруєнь прийшлося 8%.

Аналіз статистичних даних Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи показав, що смертельні випадки отруєнь мають тенденцію до зростання, в 2016 році їх кількість зросла на 5,5%. Таке підвищення відбулося в основному за рахунок збільшення кількості смертельних отруєнь алкоголем і його сурогатами.

Вважаю, що проведення таких видів досліджень відіграє суттєву роль в організації профілактики отруєнь, адже їх результати мають важливе значення для органів охорони здоров'я, сприяючи розробці профілактичних заходів при різних інтоксикаціях на виробництві, у побуті, медичній практиці, наркоманії.

Сердюк Ю.Д.

ПРОБЛЕМА ЛАБІАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ В СУЧАСНОЇ МОЛОДІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра фармакології та медичної рецептури
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Карнаух Е.В.

Актуальність: У всьому світі поширеність інфекції лабільного герпесу для людей віком 0-49 років становить 67% (станом на 2012 рік). Поширеність збільшується із віком і є високою у всіх країнах, але найвища в Африці (87%) і найнижча в Західній Америці (40-50%). Приблизно одна третина інфікованих пацієнтів страждає рецидивами.

Матеріали та методи дослідження: Автором було створено оригінальну анкету, яка розкриває основні питання лабіального герпесу. Було проанкетовано 105 студентів II медичного факультету 3 курсу ХНМУ віком 18-22 роки. Результати проаналізовано та оцінено статистичним методом.

Результати та обговорення: За результатами анкетування підраховано, що 42,86% опитаних студентів скаржаться на лабіальний герпес, який проявляється як пухирцеподібні висипи на шкірі губ. Загострення у них виникають при переохолодженні (36%), при простудних захворюваннях (38%), стресових станах (11%), втомі (6%), при отруєннях, у т.ч. алкогольних, при менструації, перебуванні на сонці (9%). Було виявлено, що у 40% опитаних з цією інфекцією рецидиви виникають 1 раз на рік, у 24% 1 раз на декілька років, у 21% - 2-3 р. на рік, у 10% - 4-6 р. на рік, і лише у 4% - більше 7 р. на рік. Лабіальний герпес викликає біль, свербіж, печіння, поколювання шкіри. Це призводить до активного використання серед 80% опитаних, які мають лабіальний герпес, в період загострень лікарських засобів (ЛЗ), специфічних до вірусу герпеса 1-го типу. Зокрема, нині виробляються протигерпесні препарати, які в якості активної речовини містять ацикловір, пенцикловір, валацикловір або фамцикловір. Ці препарати відрізняються за біодоступністю (ацикловір < валацикловір < фамцикловір), механізмом дії, вартістю (ацикловір < валацикловір < фамцикловір), побічною дією, але усі вони порушують реплікацію вірусу в ядрах трійчастого вузла, що зумовлює пригнічення діяльності вірусу і зникнення герпетичних висипів. Серед студентів 90% використовують препарати на основі ацикловіру і 10% обрали препарати, які містять пенцикловір, фамцикловір. Протигерпесні ЛЗ виробляються у різних лікарських формах: ацикловірвмісні у формі мазей, кремів і таблеток, фамцикловір- і валацикловірвмісні лише у формі таблеток. Випускання засобів у формі мазей дозволяє використовувати засіб для дітей, хворих з печінково-нирковою недостатністю за рахунок усунення потрапляння лікарських засобів в системний кровообіг і тому зниження їхньої резорбтивної дії. Це створює перевагу ацикловіру над іншими засобами. За результатами опитування ацикловірвмісні засоби у 75% випадків застосовуються у формі мазей та кремів, 25% – у формі таблеток. За спостереженням студентів лікарські засоби, які містять ацикловір, не викликають толерантності, за винятком її розвитку у 4 студентів за умови дуже частого використання при наявності більше 7 рецидивів на рік. Було відмічено, що в середньому без використання ЛЗ тривалість загоєння збільшується на 2-4 дні, а при використанні ЛЗ складає декілька днів у 38%, тиждень – у 32%, 10 днів у 12%, 2 тижні – у 12%, 3 тижні – у 6% опитаних студентів. 80% студентів оцінили ацикловірвмісні засоби як ефективні, які прискорюють загоєння висипів, викликають покращення самопочуття, збільшують період ремісії, 20% вважають їх ефективними, проте без збільшення періоду ремісії, 2% вважають їх неефективними, 2% відмітили наявність побічної дії у вигляді нудоти, свербежу.

Висновок: Ацикловірвмісні засоби є ефективними по відношенню до вірусу герпесу, економічно доступними, вони зменшують біль, свербіж, тривалість загоєння висипань на 2-4 дні, рідко викликають побічні ефекти.

Сіренко В.А.

СТАН ОКИСЛЮВАЛЬНО-АНТИОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ПІДШЛУНКОВІЙ ЗАЛОЗІ ПОТОМСТВА ЩУРІВ, ЯКІ ПРОТЯГОМ ВАГІТНОСТІ ОТРИМУВАЛИ НЕЗБАЛАНСОВАНЕ ХАРЧУВАННЯ ІЗ НАДЛИШКОМ ПОЖИВНИХ РЕЧОВИН

Харківський національний медичний університет
Кафедра патологічної фізіології ім. Д.О. Альперна
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Павлова О.О.

Захворювання підшлункової залози (ПЗ) є актуальною проблемою сучасної гастроентерології. Серед чинників їх розвитку як у дітей, так і у дорослих суттєву питому вагу мають негативні екзогенні впливи, зокрема незбалансоване харчування із надлишком поживних речовин. Патогенез пошкодження ПЗ в такій ситуації залишається недостатньо вивченим. Особливо це стосується механізмів патологічних змін ПЗ у дітей за умов надлишкового харчування їх матерів протягом вагітності.

Метою дослідження було вивчення окислювально-антиоксидантного гомеостазу (ОАГ) у ПЗ потомства щурів при їх незбалансованому харчуванні із надлишком поживних речовин в період вагітності.

Матеріали і методи. Вивчено стан ОАГ у ПЗ щурів-матерів (6 особин), новонароджених (16) і 2-місячних (26) щурят популяції WAG/G Sto. Активність пероксидного окислення ліпідів (ПОЛ) визначалась за рівнем показників дієнових конюгатів (ДК) і малонового діальдегіду (МДА), антиоксидантна активність – за показниками каталази (КАТ) і супероксиддисмутази (СОД). Статистичну обробку даних проводили за програмою STATISTICA-10. Достовірність відмін визначали за допомогою критерію U Манна-Уїтні.

Результати. У щурів-матерів в тканині ПЗ має місце достовірне ($p<0,01$) підвищення ДК і МДА (на 64,2% і 94,3%) при зниженні ($p<0,01$) показників СОД і КАТ (на 27,6% і 23,4%), яке свідчить про активацію процесу ПОЛ на тлі зниження антиоксидантного потенціалу, що є потенційно небезпечним щодо пошкодження мембран і клітинних структур ПЗ. У новонароджених щурят в ПЗ виявлене достовірне ($p<0,01$) підвищення показників ДК і МДА (на 26,9% і 99,7%), але показники СОД і КАТ також підвищені (на 15,0% і 12,6% ($p<0,01$) відповідно). Тобто, оксидативний стрес в ПЗ тварин спричинив активацію антиоксидантної системи (АОС), яка є механізмом адаптації органу до несприятливих умов пренатального розвитку при надмірному вуглеводному і жировому навантаженні організму.

У 2-місячних щурят рівні показників ДК і МДА достовірно нижчі, ніж у новонароджених (ДК на 31,4%, МДА на 93,4%) та значно менше відхиляються від таких у тварин груп контролю (-4,4% і +5,7% ($p<0,01$) відповідно ДК і МДА). При цьому показники активності АОС мають різноспрямовані зміни: активність СОД зменшена на 1,5% ($p<0,01$), активність КАТ збільшена на 4,3% ($p<0,01$). Такі показники свідчать про зменшення інтенсивності ПОЛ, але зважаючи на збереження підвищеної антиоксидантної активності, свідчать про подовження процесу ПОЛ, який розпочався в антенатальному періоді розвитку щурят і є однією із ланок патогенезу пошкодження клітинних мембран в умовах реалізації відповіді організму на перевантаження поживними речовинами.

Висновок. Незбалансоване харчування із надлишком поживних речовин протягом вагітності спричиняє розвиток в ПЗ як щур-матерів, так і їх потомства порушень ОАГ. Найбільший ступінь цих порушень має місце у матерів, в яких значне підвищення активності процесів ПОЛ сполучається зі зниженням антиоксидантного потенціалу. У новонароджених і 2-місячних щурят відзначається помірне підвищення активності ПОЛ, яке слід розцінювати як прояв пренатального стресу, обумовленого харчовими негараздами. Підвищення антиоксидантного потенціалу є адаптивною (стрес-лімітуючою) реакцією, що зменшує ступінь оксидативного стресу і перешкоджає прогресуванню пошкодження клітинних мембран. Результати дослідження свідчать, що одним із механізмів пошкодження ПЗ в

умовах впливу на організм незбалансованого харчування із надлишком поживних речовин є порушення ОАГ.

Скрипник М.І.

РОЛЬ НІТРОЗАТИВОГО СТРЕСУ В УРАЖЕННІ ПАРОДОНТА ЩУРІВ З ІНДУКОВАНИМ ОЖИРІННЯМ, ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА КОРЕКЦІЯ НАНОКРИСТАЛІЧНИМ ЦЕРІЄМ

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія",
Кафедра біологічної та біоорганічної хімії
Полтава, Україна
Науковий керівник: професор Непорада К.С.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я 2016 року у світі 39% дорослих осіб мають надмірну масу тіла, а це близько 2,3 млрд з яких 1,6 млрд мають зайву вагу та 700 млн хворі на ожиріння. Була встановлена позитивна кореляція між наявністю захворювань пародонту і ожиріння у дорослих у віці 17-21 років.

Дослідження виконане на 48-ми білих нелінійних щурах обох статей. Експериментальні дослідження проводили на базі лабораторії кафедри медичної, біоорганічної і біологічної хімії ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».

Моделювання експериментального ожиріння та проведення корекції нанокристалічним діоксидом церію здійснювали наступним чином. На початку експерименту щури були розділені на 4 групи:

1 група – інтактні новонароджені щури, яким уводили воду для ін'єкцій в дозі 4 мг/г підшкірно у верхню частину спини на 2, 4, 6, 8, 10-й дні життя (контрольна група).

2 група – новонароджені щури, яким уводили глутамат натрію в дозі 4 мг/г підшкірно у верхню частину спини на 2, 4, 6, 8, 10-й дні життя.

3 група – щури, яким вводили внутрішньошлунково починаючи з 4 тижня після народження через зонд цитратний золь НДЦ (розміром частинок 5 нм) у дозі 1 мг/кг об'ємом 2,9 мл/кг на тлі глутамат-індукованого ожиріння та продовжували двотижневими курсами з перервами у 2 тижні.

4 група – тварини які отримували внутрішньошлунково починаючи з 4 тижня після народження через зонд розчин цитрату натрію об'ємом 2,9 мл/кг (розчинник нанокристалічного діоксиду церію) на тлі глутамат-індукованого ожиріння.

У чотирьох місячних щурів визначали масу тіла, масу вісцерального жиру, індекс маси тіла. У гомогенаті м'яких тканини пародонта щурів визначали активність NO-синтази та вміст нітрит - аніону.

За умов глутамат-індукованого ожиріння у тканинах пародонта щурів виявили вірогідне зростання активності загальної NO-синтази у 1,57 рази та збільшення вмісту нітрит-аніонів у 1,3 разу порівняно з контролем. Отже, за умов моделювання глутамат-індукованого ожиріння у тканинах пародонта щурів відбувається активація NO-ергічної системи, що спричиняє розвитку нітрозативного стресу за рахунок утворення цитотоксичних сполук, зокрема, пероксинітриту. Внутрішньошлункове введення нанокристалічного церію на тлі моделювання глутамат-індукованого ожиріння вірогідно зменшує загальну NO-синтазну активність та вміст нітрит-аніонів у тканинах пародонта порівняно з групою тварин, яким моделювали ожиріння без корекції. Отже, нанокристалічний церій сприяє пригніченню нітрозативного стресу у тканинах пародонта щурів за умов експериментального ожиріння.

Слупська Е.П., Суровцева К.С.

ВИПАДОК ВИСОКОГО РОЗГАЛУЖЕННЯ ПЛЕЧОВОЇ АРТЕРИИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра анатомії людини
Харків, Україна
Наукові керівники: д.мед.н. Вовк О.Ю.

Вступ. Мінливість судин людини є однією з актуальних проблем морфології. У практичній медицині, зокрема в хірургії, важливо знати можливі варіанти розгалуження основних судин. Схильність артерій до варіабельності надзвичайно велика. Варіанти розвитку плечової артерії різноманітні, що приводить до відхилення від звичайних топографоанатомічних співвідношень.

Ці варіанти необхідно враховувати при операціях на судинах, а також при пластичних операціях на верхніх кінцівках.

Мета роботи. Дати морфологічну характеристику випадку високого розгалуження плечової артерії.

Матеріал і методи дослідження. Об'єктом дослідження слугувала верхня кінцівка трупа жіночої статі, 66 років, фіксована в 10% -вому розчині формаліну, з фондів кафедри анатомії людини ХНМУ.

Результати дослідження і їх обговорення. При проведенні препарування правої верхньої кінцівки для використання в навчальному процесі, нами був виявлений випадок високого розгалуження плечової артерії, а саме на рівні верхньої третини плеча. На препараті виявлено не типове відходження гілок, що в нормі належать до плечової артерії, так, наприклад, проксимальне зміщена глибока плечова артерія, в даному випадку, відходить від пахвової артерії. Разом з a. profunda brachii відгалужується a. collateralis ulnaris superior і a.collateralis ulnaris inferior. При цьому, було відзначено злиття гілок, які в більшості випадків відходять окремо.

Провівши лінійні виміри судин на даному препараті, ми визначили, що довжина плечової артерії становила лише 12 см, при типовому положенні – 25-27 см, а на рівні середньої третини плеча вона розгалужується на ліктьову і променеву артерії.

Ліктьова артерія частіше відходить від плечової артерії в ліктьовий ямці на рівні вінцевого відростка ліктьової кістки, при цьому її довжина становить 20-22 см. Довжина ліктьової артерії на нашому препараті від біфуркації до ліктьової ямки досягала 15 см, до променевозап´ястного суглоба – 21 см, загальна довжина – 36 см.

Променева артерія також відходить від плечової артерії в ліктьовий ямці на 1-3 см дистальніше, довжина її коливається від 20 до 22 см, але ж на нашому препараті цей параметр становив 15,4 см – до ліктьової ямки та 20,8 см – до променевозап´ястного суглоба.

Висновки. Таким чином, нам вдалось встановити морфологічну характеристику атипового розгалуження плечової артерії, що має істотну значимість для практичної медицини, особливо для лікарів хірургічного профілю.

Сушецкая Д.А.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ ХНМУ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра физической реабилитации и спортивной медицины
с курсом физического воспитания и здоровья
Харьков, Украина
Научный руководитель: професор Истомин А.Г.

В современном мире, при отсутствии адекватных физических нагрузок, несбалансированном питании и постоянно растущем уровне стресса наблюдается снижение адаптационных возможностей организма, что в свою очередь ведет к развитию хронических заболеваний и ухудшению состояния здоровья в целом.

Цель работы: оценить состояние здоровья молодежи.

Материал и методы: были изучены данные медицинского осмотра студентов, поступивших на 1 курс ХНМУ.

Результаты исследования: всего были проанализированы данные 720 медицинских карт. В группу Д1 (практически здоровые лица) вошло 315 человек, что составило 43%. В группу Д2 (лица, имеющие небольшие функциональные отклонения в состоянии здоровья или хронические заболевания, не требующие диспансерного наблюдения) вошло 191 человек, что составило 27%. Среди выявленной патологии на 1-м месте стоят заболевания глаза, преимущественно миопия слабой степени, а на 2-м месте – различные нарушения осанки. В группу Д3 вошло 183 человека, что составило 26%. К ним относятся лица, имеющие хронические заболевания в стадии компенсации и требующие диспансерного наблюдения. Среди выявленной патологии на 1-м месте стоит нейроциркуляторная дистония, на 2-м месте различные малые аномалии развития сердца, а на 3-м месте хронический гастродуоденит. Группу Д4 составляют лица, имеющие хронические заболевания в стадии декомпенсации и имеющие группу инвалидности. В нее вошло 31 человек, что составило 4%. Распределение по группам физвоспитания было следующим: в основной группе занимается 422 человека (59%). Занятия в подготовительной группе рекомендованы 172 студентам (24%), а в специальной – 89 (12%). Лечебная физкультура показана 37 студентам (5%).

Выводы: более половины молодого населения имеют отклонения в состоянии здоровья, а четверть из них имеют хронические заболевания и нуждаются в диспансерном наблюдении врача. Следовательно, необходимо развивать современные санитарно-просветительные программ, направленные на модификацию образа жизни. Назначение адекватных физических нагрузок и режима труда и отдыха, возможно исправят ситуацию, что позволит улучшить состояние здоровья населения в целом.

Ткаченко А.С.

ДЕТЕКЦИЯ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА В ГОМОГЕНАТЕ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГАСТРОЭНТЕРОКОЛИТА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра биохимии
Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Жуков В.И.

Оксид азота (NO) представляет собой сигнальную молекулу, играющую ключевую роль в патогенезе воспаления. В физиологических концентрациях оксид азота оказывает противовоспалительное действие. С другой стороны, NO рассматривается в качестве провоспалительного медиатора, избыточная генерация которого индуцибельной NO-синтазой может приводить к образованию активных форм азота, усугубляя окислительный стресс.

Целью работы было изучение содержания метаболитов оксида азота – S-нитрозотиолов – в гомогенате тонкого кишечника на различных стадиях развития экспериментального каррагинан - индуцированного гастроэнтероколита.

Материалы и методы. Эксперимент проводили на 30 половозрелых крысах-самках популяции WAG, которые были в случайном порядке разделены на три группы по десять особей в каждой. Первая группа включала животных, употреблявших 1% раствор пищевой добавки лямбда-каррагинан в течение 2 недель. Животные второй группы употребляли такой же раствор перорально ежедневно в течение 4 недель. Контрольная группа состояла из интактных животных. Употребление каррагинана приводило к развитию гастроэнтероколита, подтвержденного у каждого животного морфологически.

При выведении животных из эксперимента путем декапитации в соответствии с положениями Европейской конвенции «О защите позвоночных животных, используемых для

экспериментальных и других научных целей» (Страсбург, 1986) производился забор участков тонкого кишечника для получения гомогената. В полученном гомогенате определяли содержание S-нитрозотиолов спектрофотометрическим методом, основанным на свойствах NO окислять соединения, содержащие SH-группы.

Полученные данные статистически обрабатывались с использованием программы «GraphPad Prism 5» с определением параметрического коэффициента Стьюдента.

Результаты. В ходе проведенного исследования выявлено незначительное статистически достоверное повышение содержания S-нитрозотиолов на 19% у животных первой группы по сравнению с контрольной группой. При прогрессировании заболевания уровень S-нитрозотиолов снижался на 42% по сравнению с контролем. Интересно отметить, что динамика изменений содержания S-нитрозотиолов при прогрессировании заболевания схожа с особенностями изменения активности индуцибельной NO-синтазы, что объясняет повышение уровня S-нитрозотиолов у животных первой группы гиперпродукцией NO вышеуказанным ферментом. Данный механизм может приводить к активной генерации активных форм азота и усугублять оксидативный стресс. У животных второй группы наблюдается дефицит оксида азота.

Выводы. Обнаруженные нами изменения содержания S-нитрозотиолов в гомогенате тонкого кишечника животных с каррагинан-индуцированным гастроэнтероколитом на разных стадиях заболевания указывают на гиперпродукцию оксида азота на начальной стадии, что приводит к активному образованию пероксинитрита, обладающего прооксидантными свойствами, и дефициту NO на более поздних стадиях, что может приводить к прогрессированию воспаления кишечника ввиду вовлеченности оксида азота в регуляцию кровоснабжения кишечника и проницаемости как сосудов, так и эпителиального барьера.

Трач О.О., Клочко Н.І.

ІНДИВІДУАЛЬНА АНАТОМІЧНА МІНЛИВІСТЬ ПЕРВИННОЇ ЗОРОВОЇ ТА СОМАТОСЕНСОРНОЇ КОРИ ПІВКУЛЬ МОЗКУ ЛЮДИНИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра гістології, цитології та ембріології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент О.Ю. Степаненко

Актуальність. У зв`язку із тенденцією до зростання захворювань центральної нервової системи інтерес до структурно-функціональної організації кори великих півкуль головного мозку незмінно посилюється. Дослідження останніх років центральної нервової системи показують, що кора є динамічною структурою та співвідношення її компонентів з віком та під впливом різноманітних чинників постійно змінюється. Згідно з планом наукових досліджень кафедри гістології цитології та ембріології, яка полягає у вивчені різних зон кори півкуль у ракурсі обчислення нейроно-гліально-капілярного індекса, та його кореляції з віком та статтю людини, нами були досліджені первинна зорова та вторинна соматосенсорна зони кори великих півкуль, які відіграють ключову роль в різних функціях вищої нервової діяльності. Область кори великих півкуль головного мозку, яка розташовується у верхній тім'яній часточці позаду постцентральної звивини функціонально відповідає полю Бродмана 5, та є вторинною соматосенсорною зоною та відповідальною за аналіз і обробку інформації про глибоку, так і поверхневу чутливість, яка надійшла в постцентральну звивину. Первинна зорова кора функціонально еквівалентна полю Бродмана 17, яке займає внутрішню поверхню, усю глибину і обидві губи шпорної борозни потиличної долі головного мозку. Ця область кори пристосована для обробки інформації про статичні і рухомі об'єкти та для розпізнавання простих образів.

Мета дослідження. Встановити закономірності будови та індивідуальну анатомічну мінливість кори верхньої тім’яної часточки півкуль великого мозку людини та первинної зорової кори.

Матеріали та методи дослідження. Матеріал для дослідження був взятий із симетричних областей кожної півкулі. Виготовлені препарати товщиною зрізів 10мкм, були пофарбовані гематоксиліном-еозином та за Ніслем. Гістологічне вивчення було проведено за допомогою мікроскопа «Olympus BX-41» з наступним морфометричним обстеженням з використанням програми Olympus DP-soft 3.2. Препарати вивчали за допомогою імерсіонної мікроскопії в 30 полях зору за допомогою калібровочної лінійки в квадраті площою 10^4мкм^2. Після обчислення середніх розмірів ширини кожного з шести шарів кори обох півкуль сомато-сенсорної та первинної зорової кори, отримані дані статистично оброблювались. Нами були вивчені препарати верхньої тім'яної часточки та первинної зорової кори головного мозку 74 загиблих від випадкових причин (не пов'язаних з патологією ЦНС) представлених чотирма віковими групами I (21-35 років), II (36-50 років), III (51-75 років), IV (76 і старші) чоловічої та жіночої статі. В кожній віковій групі досліджена приблизно однакова кількість чоловіків та жінок.

Результати дослідження та їх обговорення. Було установлено рівномірне зменшення ширини усіх шарів первинної зорової кори лівої та правої півкуль мозку з віком, та переважання гліальних елементів в старечому віці. Тоді як соматосенсорна кора змінюється нерівномірно - найбільш інтенсивні зміни спостерігаються в III шарі і більше виражені у III та IV вікових групах. Також спостерігається інверсія індексу нейрон-глія-капіляр залежно від віку. У співвідношенні нейрон-глія у III та IV вікових групах переважають гліальні елементи на відміну від I та II вікових груп.

Висновки. З віком товщина шарів зорової і соматосенсорної кори зменшується, що можна пов'язати зі зменшенням кількості нейронів і компенсаторним збільшенням числа дрібніших за розміром гліальних елементів. Так само, отримані нами дані свідчать про те, що в товщині кори потиличної і тім'яної області головного мозку є міжпівкульні асиметрії.

Филиппов А.А.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КИСЛОРОДНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОРГАНИЗМА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ПРОСТУДНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра физической реабилитации и спортивной медицины с курсом физического воспитания и здоровья
Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Латогуз С.И.

Актуальность. Кислород лежит в основе всех обменных процессов, является источником энергетического обеспечения всех органов и систем. В первую очередь ЦНС, обеспечивая хорошее самочувствие, физическую и интеллектуальную работоспособность. Основным путём поступления кислорода в организм является дыхательная система. Известно, что люди со сниженным иммунитетом нередко страдают простудными заболеваниями. Значительная часть из них - молодые люди, учащиеся в высших учебных заведениях. К простудным заболеваниям относят разнообразные острые инфекции и обострения заболеваний дыхательных путей. Причиной этого являются курение, стрессы, высокая эмоциональная нагрузка. Частые заболевания дыхательных путей способствуют снижению работоспособности, успеваемости, ухудшению общего самочувствия, а также осложняют течение хронических заболеваний различных органов и систем. Наиболее частым осложнением простудных заболеваний являются гайморит, пневмония, поражения суставов, заболевания сердца, синдром хронической усталости. Не вызывает сомнения тот факт, что эта проблема требует врачебного вмешательства.

Цель исследования. Оценить состояние кислородного обеспечения организма и реакцию сердечно-сосудистой системы у лиц молодого возраста, часто болеющих простудными заболеваниями.

Методы исследования. Проведено исследование состояния кислородного обеспечения организма использовались пробы Штанге и Генчи. Проведено исследование состояния

кислородного обеспечения организма у 100 студентов в возрасте от 17 до 23 лет. Из них часто болеющих простудными заболеваниями (3 и более раз в год) было 40 человек (40%)- I группа, и не часто болеющих (менее 2 раз в год)- II группа. В I группе курильщиков было 60%, а во II- 25%.

Полученные результаты. Установлено, что в I группе неудовлетворительные пробы встречались у 60%, удовлетворительные- у 22,2%, хорошие и отличные у 17,8%, а во II группе, соответственно, у 13,3; 16,6; и 70,1%. Неблагоприятная реакция сердечно-сосудистой системы на недостаток кислорода выявлена у 60% в I группе и у 20% во II группе. При этом, у курильщиков в I группе неудовлетворительные реакции были у 87%, удовлетворительные - у 8,3%; хорошие и отличные у 4,7%. А во II группе – у 26,6%; 33,3%; и 40,1%. Неблагоприятные реакции сердечно – сосудистой системы на недостаток кислорода в I группе были у 60%, а во II – у 18%.

Выводы.Таким образом, у часто болеющих простудными заболеваниями неудовлетворительное кислородное обеспечение организма встречается гораздо чаще, чем у неболеющих. Частые респираторные заболевания способствуют неудовлетворительному обеспечению кислородом и неблагоприятной реакцией сердечно-сосудистой системы у большинства часто болеющих. Курение способствует ухудшению кислородным обеспечением организма и неблагоприятным реакциям сердечно – сосудистой системы, независимо от пола.

Харченко Е.О., Склярук Д.О.

ТРОМБОТИЧНІ І ТРОМБОЕМБОЛІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ ЗА АРХІВНИМИ ДАНИМИ «ОКЛ ЦЕМД І МК»

Харківський національний медичний університет
Кафедра патологічної анатомії
Харків, Україна
Керівник: доцент Горголь Н.І.

Тромбози та емболії ведуть до розвитку гострої судинної непрохідності, що супроводжується ішемією тканин, виключених з кровообігу. Клінічна практика останніх десятиліть свідчить про триваюче наростанні кількості тромбозів і емболій магістральних судин, їх важких ускладнень і високої летальності.

Метою дослідження був архівний аналіз частоти тромботичних (ТУ) і тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) в «ОКЛ ЦЕМД і МК» за період 2013-2017 р.р.

За даний період кількість пацієнтів з ТУ і ТЕУ у відділеннях хірургічного профілю склала 95, з яких чоловіків було 33 (34,74%), а жінок – 62 (65,26%). У відділеннях терапевтичного профілю кількість пацієнтів з тією ж патологією склала 28, з них 16 (57,14%) були чоловіки, а 12 (42,86%) – жінки. Аналіз свідчить, що кількість пацієнтів хірургічного профілю з ТУ і ТЕУ ускладненнями була в 3,4 рази більшою в порівнянні з кількістю відповідних пацієнтів терапевтичного профілю.

Віковий аналіз показав, що середній вік пацієнтів чоловічої статі в відділеннях хірургічного профілю склав 59,58±1,8, жіночої – 72,06±1,4 років, а в відділеннях терапевтичного профілю середній вік пацієнтів чоловічої статі склав 61,67±1,7, жіночої – 61,43±0,98 років. Таким чином, ТУ і ТЕУ не тільки найбільш часто супроводжували саме хірургічну патологію, а серед пацієнтів-чоловіків в порівнянні з жінками дані ускладнення наставали на 13 років раніше. В той же час серед пацієнтів терапевтичного профілю вікових розбіжностей в залежності від статі не відмічалось.

Аналіз частоти ТУ і ТЕУ по роках показав, що протягом 2013-2016 р.р. мала місце тенденція до зниження даної патології. Так в 2013 р. загальна кількість пацієнтів склала 27 пацієнтів (з них 20 – пацієнти хірургічного і 7 –терапевтичного профілю), в 2014 р. – 23 пацієнти (17 з них – пацієнти хірургічного і 6 – терапевтичного профілю), в 2015 р. – 22 пацієнти (19 пацієнтів хірургічного і 3 пацієнти терапевтичного профілю), в 2016 р. – 20 пацієнтів (17 – пацієнти хірургічного і 3 – пацієнти терапевтичного профілю).

Однак в 2017 р. відбулось суттєве зростання загальної кількості ТУ і ТЕУ до 31 випадків (22 – пацієнти хірургічного профілю і 9 – терапевтичного профілю).

Найбільш часто серед ТУ і ТЕУ зустрічався мезентеріальний тромбоз, тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок, а також поєднання мезентеріального тромбозу і тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок з ТЕЛА, ДВС-синдром, тромбоз артеріальних судин нижніх кінцівок, тромбоз коронарних, прецеребральних, церебральних судин і аорти.

Означена в тезах клініко-анатомічна проблема є важливою, тому вважаємо доцільною подальшу більш глибоку розробку архівного матеріалу.

Циганок О.С, Кудрявих П.К.

ІНДИВІДУАЛЬНІ МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КАНАЛІВ ЕМІСАРНИХ ВЕН ЗАДНЬОЇ ЧЕРЕПНОЇ ЯМКИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра анатомії людини
Харків, Україна
Наукові керівники: к.мед.н. Шмаргальов А.О.

Вступ. Зараз судинна патологія голови одна з найбільш актуальних проблем клінічної медицини. Венозна система голови, синуси і вени твердої мозкової оболони, її поза черепна мережа – діплоїчні і емісарні вени, функціонують як єдина система. Вивчення анатомічної мінливості дає додаткові матеріали щодо морфологічних особливостей емісарних вен, та їх взаємодії з синусами твердої мозкової оболони. Усе це представляє значний інтерес для теоретичної і практичної медицини.

Мета роботи: встановити морфологічні особливості потиличного і виросткового каналів емісарних вен задньої черепної ямки

Матеріал і методи дослідження. Матеріалом для дослідження слугували 20 черепів і 5 препаратів голови дорослих людей різної статі і віку з твердою мозковою оболоною, отриманих із фондів кафедри анатомії людини ХНМУ. У дослідженні використовувалися традиційні краніометричні і морфологічні методики.

Отримані дані обробляли методами варіаційної статистики за допомогою ліцензійної комп'ютерної програми Microsoft Excel 2007.

Усі дослідження були виконані з дотриманням біотичних норм, регламентованих Конвенцією ради Європи про права людини і біомедицини.

Результати дослідження і їх обговорення. В результаті проведеного нами дослідження встановлено, що потиличний емісарний канал найчастіше розташований на потиличній кістці ближче до середньої лінії між зовнішнім потиличним виступом і великим потиличним отвором. З 20 досліджуваних черепів потиличний емісарний канал був на 15 черепах з двох сторін, а у 4 черепах тільки з одного боку. Подвоєний потиличний отвір був тільки на одному черепі. Діаметр зовнішнього отвору каналу, в середньому, 2,0 мм (min - 1,0; max - 3,2); внутрішнього отвору - 2,2 мм (min - 1,0; max - 5,0). Довжина каналу, в середньому, 8,0 мм (min - 1,5; max - 13,0). Товщина потиличної кістки поряд з каналом, в середньому, 7,5 мм (min - 3,5; max - 10,5). Внутрішній отвір потиличного каналу може відкриватися в потиличну пазуху (4 з 6), або поряд з нею (відстань приблизно 20 мм).

Виростковий канал (ВК) знаходиться у виросткових ямках з боків від великого потиличного отвору (ВО) і зв'язує виростки з яремними отворами (ЯО). Середнє значення довжини ВК зліва - 12,5 мм (min - 9,8 мм; max - 19,0 мм); справа - 9,9 мм (min - 6,0 мм; max - 16,0 мм). Зліва від ВО виростковий канал був присутнім в 100% випадків (6 з 6), справа в - 83,3% (5 з 6), в 16,6% випадків з обох боків від ВО знаходився подвійний виростковий канал. Середнє значення діаметру переднього отвору каналу ліворуч - 4,1 мм (мінімум - 1,0 мм, max - 6,0 мм), праворуч - 6,5 мм (min - 5,0 мм; max - 9,0 мм); заднього отвору, ліворуч - 2,8 мм (min - 1,5 мм; max - 4,0 мм), праворуч - 4,2 мм (min - 1,5 мм; max - 8,0 мм).

У ЯО відкривалося 33,3% каналів (2 з 6) з обох боків від ВО. У сигмовидну пазуху зліва відкривалося 50% каналів (3 з 6), справа - 33,3% (2 з 6). При цьому, ліворуч 1 з 6 каналів були зігнуті, 4 з 6 - прямі. Праворуч - 3 з 6 зігнуті, 1 з 6 - прямий.

Висновки. Розподіл емісарних вен залежить від форми черепа і статі. Отримані в процесі дослідження дані можливо використовувати для наукових, навчальних цілей і в практичній медицині – судової експертизі, нейрохірургії, травматології та неврології.

Чепа Є.Ю.

ПОШИРЕНІСТЬ СПАДКОВОЇ КОРОТКОЗОРОСТІ СЕРЕД СТУДЕНТІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра медичної біології,
Кафедра фізичної реабілітації та спортивної медицини
з курсом фізичного виховання та здоров'я
Харків, Україна
Наукові керівники: ст. викл. Садовниченко Ю.О., Сушецька А.С.

За прогнозами офтальмологів, до 2050 року на короткозорість хворітиме 49,8% населення планети, але в Україні серед випускників шкіл вона вже сягає цієї цифри (Ромман Хайсам Дж. М., 2015; Holden B.A. et al., 2016). Схильність до міопії успадковується переважно за аутосомно-домінантним типом, генні мережі цієї хвороби нараховують понад 70 генів-кандидатів (Mrugacz M, 2013). У зв'язку з тим, що ризик розвитку міопії залежить від способу життя, стану довкілля і здоров'я, і вона може спричинювати інші захворювання очей та навіть сліпоту, слід посилити її профілактику. Метою цієї роботи було вивчення поширеності різних форм міопії серед студентів ХНМУ.

Збір матеріалу про гостроту зору проведений на базі здоровпункту ХНМУ. Генеалогічну інформацію збирали методом одиничної реєстрації пробанда. Сегрегаційний аналіз виконано методом Вайнберга за формулою для одиничної реєстрації родин. Для оцінювання успадкування ознаки у близнюків використано коефіцієнт Хольцингера (*H*).

Вивчено інформацію про гостроту зору 1431 вітчизняних студента 1-2 курсів ХНМУ віком 17-22 роки. Встановлено, що на короткозорість хворіють 134 студенти (9,4%), при цьому на міопію високого ступеня — 13 студентів (0,9%), середнього — 72% (5,0%). Серед студентів ХНМУ виявлено 9 пар близнюків (3 монозиготні та 6 дизиготних), у яких хоча б один був хворий на міопію. Встановлено, що досліджувана ознака є спадковою (H=100%). Сегрегаційний аналіз успадкування міопії високого ступеня у 12 родинах показав її відповідність аутосомно-домінантній моделі успадкування ($p<0,05$).

Обговорюється питання про заходи профілактики міопії серед студентів ХНМУ.

Черненко Н.Г.

ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ АЛЕРГІЧНИХ РЕАКЦІЙ СЕРЕД СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ТА ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ

Харківський національний медичний університет
Кафедра фармакології та медичної рецептури
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Карнаух Е.В.

Актуальність теми. Однією з найбільш значущих медико-соціальних проблем останніх років є постійне збільшення алергічних захворювань серед населення всього світу, зокрема молоді. Важливе значення в розвитку алергії відводиться станам нервової та ендокринної систем, патології шлунково-кишкового тракту.

Матеріали і методи дослідження. Серед 19-30-річних студентів III курсу медичного факультету Харківського національного медичного університету було проведено опитування щодо розповсюдженості алергічних реакцій та найбільш популярних методів фармакологічної корекції.

Отримані результати. За результатами анкетування встановлено, що немає алергії - у 38% студентів, а у 62 % (35% жінки та 65% чоловіки) є різні алер-гічні прояви. Найчастіше її викликають алергени рослинної (пилок, сік рослин) – 19%, побутової (шерсть тварин, пух) – 8%, харчової (яйця, горіхи, цитрусові) природи – 20%, лікарські препарати – 12%, побутова хімія – 12%, також холод, сонячна радіація, укуси бджіл та продукти, які містять ментол – 18% , змішаної природи – 11%. Більшість студентів вважають, що вони мають алергію на підставі власних висновків – 72%, але лише 28% опитаних звернулися за допомогою до лікаря.

Серед клінічних проявів: 27% – свербіж і почервоніння шкіри, 11% – набряк губ, пальців, слизової оболонки язика і гортані, 15% – сип, 6% – чхання, 26% – сльозотеча і риніт, 7% – сухий кашель, 8% – утруднення дихання.

41% опитаних студентів не приймають ніяких протиалергічних ЛЗ, а 59%- блокатори Н1-гістамінових рецепторів у таблетках з такими діючими речови-нами: Левоцетиризин – 19%, Мебгідролін – 5%, Цетиризин – 14%, Дезлоратадин – 18%, Лоратадин – 23%, Кетофен – 5%, Хлоропірамін – 11%, а 5% студентів використовують топічні глюкокортикостероїди у вигляді дерматологічної мазі на основі Флуоценолону ацетоніду. У 18% всіх опитаних протигістамінні засоби викликали побічну дію – сонливість.

Після прийому препаратів на основі Левоцетиризину, Цетиризину, Дезлоратадину та Лоратадину симптоми алергії зникали раніше 1 год у 63% студен-тів, а після прийому препаратів, що містять Мебгідролін та Кетофен, алергічні ознаки зникали у 23% через 2-4 год, у 4% – через 6-12 год, у 10% – через 12-24 год. Як вказали опитані студенти, вищезазначені препарати приймалися не за-лежно від прийому їжі і не викликали звикання.

Аналізуючи анкетні питання, деякі ЛЗ проявляли особливі побічні явища. Для Цетиризину у 25% випадків властиві - головний біль, запаморочення, зниження частоти сечовипускання, для Дезлоратадину у 45% випадків – головний біль, м'язова слабкість, підвищене потовиділення, запаморочення, зниження АТ, тахікардія, а для Мебгідроліну та Левоцетиризину у 14% випадків – сонливість, брадікардія, зниження частоти сечовипускання. У 16% препарати проти алергії викликають: кашель, відчуття нестачі повітря, відчуття здавлювання у грудній клітині.

Висновок. Як бачимо з наведених даних, 62% опитаних студентів-медиків мають алергічні прояви на дію різних алергенів. 96% приймають сучасні препарати групи блокаторів Н1-гістамінових рецепторів та топічні глюкокортикоїди у вигляді мазі. Але виникнення побічних явищ значно ускладнює ситуацію та потребує додаткової консультації лікаря-алерголога.

Черненко Н. Г.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ У РЕГІОНАХ УКРАЇНИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра мікробіології, вірусології і імунології ім. проф. Д.П. Гриньова
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Габишева Л.С.

Розповсюдженість інфекційних захворювань у будь-якій країні залежить від соціально-економічних характеристик країни, національних традицій, природних факторів. У групі соціально значущих інфекційних захворювань одне з провідних місць займає ВІЛ/СНІД.

ВІЛ-інфекція – захворювання, яке викликає вірус імунодефіциту людини, що характеризується синдромом набутого імунодефіциту і сприяє виникненню вторинних інфекцій, злоякісних утворень у зв'язку з глибоким пригніченням захисних властивостей організму. Збудник - вірус роду Lentivirus підродини Lentivirinae сімейства Retroviridae.

Україна – лідер серед країн Європи за поширеністю ВІЛ-інфекції. За даними UNAIDS, в Україні має вірус до 250 тисяч чоловік. Станом на 1 квітня 2016 року було зареєстровано в Україні 132 714 ВІЛ-позитивних пацієнтів.

За 2016 рік в Україні було зареєстровано 13 381 випадків зараження ВІЛ (з яких 2 349 дітей до 14 років). З 2005 року в Україні зареєстровано 293 739 нових інцидентів ВІЛ-інфекції, за цей час від СНІДу померло 40 816 осіб. Найбільш уражені ВІЛ-інфекцією регіони - це Дніпропетровська, (2881 чол.) Донецька(767 чол.), Київська(1309 чол.), Миколаївська (863 чол.) та Одеська(2382 чол.) області, а також Київ.

Основні шляхи зараження ВІЛ-інфекцією: через кров (22%), статевий/гомосексуальних шлях (2%), статевий/гетеросексуальний шлях (57%), від матері дитині (19%).

З 2008 року, українці найчастіше заражаються статевим шляхом. Якщо в 2005 році через статевий акт інфікувалися 33% людей, у яких була виявлена ВІЛ-інфекція, то в 2012 році – вже 51%. Більше половини випадків зараження ВІЛ відбулося під час статевого контакту. У 2015 році цей показник зріс до 60%. Більшість можливостей інфікування ВІЛ в Україні сьогодні реєструються у молодих людей від 15 до 30 років.

За даними статистичного огляду з ВІЛ/СНІДу у 2010 році в Харківській області зареєстровано 527 ВІЛ-інфікованих, а в 2011 році - 565. При цьому в 2010 році виявили 126 хворих на СНІД, а в 2011-му - 274.

В основному інфікуються люди у віці від 25 до 49 років, на частку яких припадає 71%.

У 2015 році в регіоні вперше інфікувалися 453 чол. Серед зареєстрованих інфікованих в цьому році - 274 дитини, народжених від матерів з ВІЛ. Хворих на СНІД в 2015 - 179 осіб. Найбільш уражений контингент – група осіб працездатного віку (від 20 до 49 років), на частку яких припадає близько 70% всіх випадків.

З 01.01. 2016р. по 01.10. 2016 р. в Харківській області офіційно зареєстровано 442 інфікованих ВІЛ, 212 хворих на СНІД, 62 померлих від СНІДу. Основні шляхи інфікування: гетеросексуальний – 226 чол., гомосексуальний – 22 чол., парентеральний – 122 чол.

Таким чином, до груп ризику зараження відносяться наступні:

- ✓ особи, що користуються ін'єкційними наркотичними препаратами, а також спільним посудом, необхідним в приготуванні таких препаратів, статеві партнери таких осіб;
- ✓ особи, які практикують незахищені статеві контакти (в т.ч. анальні);
- ✓ діти, народжені від матерів, заражених ВІЛ;

Найбільша кількість випадків захворювання ВІЛ-інфекцією пов’язана з незахищеним статевим актом, використанням спільних засобів для ін’єкції, а також народження дітей від ВІЛ-інфікованих батьків.

Чернякова Г.М.

ДИНАМІКА ЗМІН РІВНІВ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-1ß ТА ІНТЕРЛЕЙКІНУ-4 У МИШЕЙ З ІНФІКОВАНОЮ ОПІКОВОЮ ТРАВМОЮ ПІД ВПЛИВОМ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології ім. проф. Д.П. Гриньова
Науковий керівник: професор Мінухін В.В.

Актуальність. На сьогоднішній день проблема вдосконалення існуючих методів та покращення результатів місцевого консервативного лікування людей з опіковою травмою стоїть особливо гостро. Найважчими є термічні травми, що супроводжуються інфекційними ускладненнями. Проникнення патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів в термічно травмовані тканини зумовлює розвиток гнійно-септичних ускладнень, септичного шоку, поліорганної дисфункції і летальності.

Метою роботи стало вивчення динаміки рівня цитокінів на моделі термічної травми, ускладненої синьогнійною інфекцією, на тлі лікування аплікаційними сорбентами та маззю з 1% сульфадіазином срібла.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проводилося на 6-ти місячних мишах-самцях лінії NMRI, масою 17-23г. Для експериментів була використана модель контактного термічного опіку (в модифікації В.В. Мінухіна зі співавт., 1997р.) у мишей, інфікованих синьогнійною паличкою. Всі експериментальні тварини були поділені на 6 груп: 1-ша група -

інтактні тварини, 2-га - тварини, яких не лікували (контрольна); 3-тя - тварини, які отримували сорбент на основі високодисперсного кремнезему (ВДК); 4-та - тварини, яким на рану наносили розроблений аплікаційний сорбент на основі ВДК з левофлоксацином; 5-та - тварини, які місцево отримували розроблений аплікаційний сорбент на основі ВДК з сульфаметоксазолом; 6-та - тварини, яких лікували маззю з 1% сульфадіазину срібла (препарат-контроль). Дослідження рівня цитокінів проводили на 7-му, 14-ту, 21-шу добу лікування. Визначення концентрації цитокінів ІЛ-1β та ІЛ-4 у сироватці крові тварин проводили методом імуноферментного аналізу. Оптичну шільність зразків вимірювали на імуноферментному аналізаторі STAT FAX (USA). Статистичну обробку даних здійснювали за допомогою комп'ютерних програм Microsoft Excel 2003, «BioStat LE». Достовірність отриманих результатів визначали за критерієм t Ст'юдента ($p \leq 0,05$).

Результати дослідження. На 7-му добу експерименту рівень ІЛ-1β був підвищеним в усіх групах відносно інтактних тварин, однак його максимальну концентрацію виявили в 2-ій групі, вона становила 37,43±0,33 пг/мл. В групах з використанням аплікаційних сорбентів рівень цього прозапального цитокіну був достовірно нижчим за контроль, і складав 31,19±0,82 пг/мл в 4-ій групі та 30,98±0,72 пг/мл в 5-ій дослідній групі. На 14-ту добу спостерігали зниження ІЛ-1β в усіх групах, однак найінтенсивніше зменшувалась його концентрація в 4-й групі (на 66,14% відносно 7-ї доби) і дорівнювала 10,56±0,61 пг/мл. До 21-го дня в 4-й та 5-й групах тварин рівень ІЛ-1β був вдвічі нижчим, ніж в контрольній групі, і дорівнював 5,21±0,52 пг/мл та 5,81±0,27 пг/мл відповідно.

Щодо динаміки протизапального ІЛ-4, то на всіх етапах дослідження його рівень поступово зростав в усіх групах. На 7-му добу максимальний рівень ІЛ-4 відмічали в 4-ій та 5-ій групі (15,95±0,54 пг/мл), а мінімальна його концентрація реєструвалась в контрольній групі (11,49±0,56 пг/мл). До 14-ї доби найвищим був даний показник у сироватці крові тварин 4-ї групи (36,22±0,66 пг/мл), і залишався максимальним відносно інших експериментальних груп до 21-ї доби (58,28±0,57 пг/мл). В інших групах також спостерігали поступове підвищення концентрації ІЛ-4, при цьому в контролі динаміка його синтезу була найменш стрімкою.

Висновки. В результаті проведеного дослідження встановлено, що кращу терапевтичну дію, в умовах інфекційно-ускладненої термічної травми, чинив сорбент з левофлоксацином. Його застосування протягом 21-єї доби в 4-й групі зумовило більш швидку нормалізацію рівня прозапального ІЛ-1β та посилення синтезу протизапального ІЛ-4 в сироватці крові, що призводило до прискорення процесів загоєння опікової рани.

Чугай-Микуленко Н.О., Кравченко В.О.

ОЦІНКА СТАНУ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У КУРЦІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра медичної біології,
Кафедра внутрішніх хвороб №3
Харків, Україна
Наукові керівники: к. біол. н. Джамєєв В.Ю., к. мед. н. Огнєва О.В.

Проблема тютюнопаління у сучасному світі стоїть дуже гостро, тому що складові тютюнового диму є небезпечними факторами, що негативно впливають на загальний стан здоров'я людини. Хронічне отруєння нікотином спричинює розлади діяльності вегетативної нервової системи, внаслідок чого з'являються порушення нормального функціонування шлунково-кишкового тракту. Саме шлунково-кишкові захворювання набули глобального поширення і посідають провідне місце серед усіх причин смертності, інвалідизації та непрацездатності населення України.

Метою нашої роботи було дослідження впливу тютюнопаління на стан слизової оболонки верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та рівень кислотності шлунку в пацієнтів з різним стажем тютюнопаління.

Було обстежено 100 осіб віком від 18 до 40 років обох статей, які були розподілені на групи за станом здоров'я та стажем тютюнопаління.

I група (40 осіб) — пацієнти гастроентерологічного профілю, які не палять.

II група (40 осіб) — пацієнти гастроентерологічного профілю:

— II А (20 осіб) — зі стажем паління до 5 років

— II В (20 осіб) — зі стажем паління від 5 до 10 років

III група (контрольна) (20 осіб) — практично здорові люди без шкідливих звичок.

Стан слизової оболонки вивчали методом відеогастродуоденоскопії (ВЕГДС), кислотність — методом внутрішньошлункової pH-метрії. Для виключення бактеріального перебігу хвороби проводили швидкий уреазний тест на виявлення *Helicobacter pylori.*

При обстежені пацієнтів було виявлено низку різноманітних патологій: 1) ерозивний рефлюкс-езофагіт; 2) еритематозна гастро- та/або дуоденопатія; 3) застійна гастро- та/або дуоденопатія; 4) ерозивна гастро- та/або дуоденопатія; 5) виразки шлунка; 6) виразки цибулини дванадцятипалої кишки (ЦДПК); 7) дуодено-гастральний рефлекс.

Було встановлено, що у практично здорових осіб контрольної групи лише незначно виражена еритематозна гастродуоденопатія у 25% випадків та дуоденогастральний рефлюкс у 20%, тоді як в осіб, що зловживають тютюнопалінням, деструктивні зміни слизової оболонки більш виражені, а частота патологій сягає 80%.

У групі активних курців (IIВ) частота виявлення пептичних виразок цибулини дванадцятипалої кишки та виразок шлунку були приблизно у 2 рази більшими, ніж у хворих із меншим стажем тютюнопаління (IIА).

Вивчення кислотності шлунка показало, що у курців із більшим стажем тютюнопаління (IIВ) цей показник був істотно вищим вищим, ніж у пацієнтів, зі стажем паління до п'яти років (II А).

Висновки.

1. У хворих гастроентерологічного профілю, які є активними курцями, спостерігається переважання пептичних виразок дванадцятипалої кишки та виразок шлунка порівняно з пацієнтами, що не зловживають тютюнопалінням.

2. Паління не тільки підвищує ризик розвитку пептичної виразки, а й перешкоджає її загоєнню навіть при правильному та інтенсивному лікуванні, що сприяє переходу гострого періоду в хронічне захворювання.

3. Найбільш виражені зміни підвищення рівня кислотності шлунка реєструються у курців, які зловживають тютюнопалінням. Через паління у пацієнтів значно підвищується кислотність шлунку, що сприяє виникненню кислото-залежних захворювань ШКТ.

Шандра А.В.

ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНИХ ФАКТОРІВ ВИНИКНЕННЯ ВНУТРІШНЬО-ЛІКАРНЯНИХ ІНФЕКЦІЙ В ЛАБОРАТОРНО-ДІАГНОСТИЧНИХ УСТАНОВАХ.

Харківський національний медичний університет

Кафедра клінічної лабораторної діагностики

Науковий керівник: професор Залюбовська О.І.

Розвиток лабораторної медицини в Україні, якісне виконання лабораторних досліджень неможливе без дотримання санітарно-протиепідемічного режиму в лабораторно-діагностичних установах різного профілю та профілактики виникнення внутрішньо-лікарняних інфекцій серед пацієнтів лікарень та співробітників лабораторних установ.

Внутрішньо-лікарняні інфекції не тільки медична, але і соціально-економічна проблема сьогодення. Внутрішньо-лікарняні інфекції в деяких випадках збільшують строки перебування пацієнтів в стаціонарі, в наслідок чого збільшується вартість лікування.

Мета роботи – визначення основних факторів виникнення та розповсюдження внутрішньо-лікарняних інфекцій в лабораторно-діагностичних установах різного профілю.

Для здійснення мети було проаналізовано звіти департаментів охорони здоров'я Харківської області, головного регіонального управління Держпротспоживслужби та

Харківського обласного лабораторного центру МОЗ України за останні три роки, методичні та наукові матеріали.

Встановлено, що основними джерелами виникнення внутрішньо-лікарняних інфекцій в клініко-діагностичних лабораторіях є хворі, або носії інфекцій, які відідують лабораторію та її співробітники, які є носіями інфекційних хвороб у хронічній, або латентній формах.

Основними шляхами передачі інфекцій є: контактний, повітряно-крапельний та трансмісивний.

Факторами передачі інфекцій в лабораторіях є біологічні матеріали (кров, мокрота, сеча та ін), лабораторний інструментарій, обладнання, меблі, інвентар тощо.

Таким чином, з метою попередження виникнення внутрішньо-лікарняних інфекцій в лабораторно-діагностичних установах, нами узагальнені основні медико-профілактичні заходи, а саме:

1. санітарно-гігієнічні (дотримання режиму провітрювання приміщень, здійснення регулярного вологого прибирання, застосування дезінфектантів тощо);

2. протиепідемічні (проведення централізованної стерилізації інструментарію, здійснення контролю за станом здоров'я персоналу, пацієнтів тощо.

Шаповалова Є.О.

УСПАДКУВАННЯ РОЗМІРІВ НІГТІВ У ЛЮДИНИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра медичної біології
Харків, Україна
Науковий керівник: ст. викл. Садовниченко Ю.О.

Естетика рук є важливою для комунікації та соціальної інтеграції через те, що деформовані або хворі руки звертають на себе увагу, що може спричинити небажані психосоціальні наслідки (Johnson S.P. et al., 2015). Одними з найважливіших характеристик привабливих рук є розміри та стан нігтів (Jakubietz R.G. et al., 2005), однак на сучасному етапі розвитку медицини корекція форми та розмірів нігтів обмежена лише прийомами манікюру, що створює передумови для їхньої генотерапевтичної корекції. Метою цієї роботи було вивчення успадкування розмірів нігтів у людини.

Матеріал збирали методом опитування. Генеалогічну інформацію збирали методом одиничної реєстрації пробанда. Оцінювання внеску генетичного компоненту у розвиток форми нігтів проводили за методами Фальконера, Едвардса та Менделля – Елстона – Райха. Сегрегаційний аналіз виконано методом Вайнберга за формулою для одиничної реєстрації родин.

Опитуваним (15 чоловіків та 15 жінок) було запропоновано по десять зображень жіночих та чоловічих рук з нефарбованими нігтями різної форми. 86,7% опитуваних визначили як привабливі руки з видовженими нігтями. Визначення пропорцій «красивих» нігтів показало, що їхня довжина складає 13,6±0,9% довжини пальця, а ширина — 76,4±5,6% його ширини. Огляд рук 200 студентів 1 курсу ХНМУ показав, що лише 9,5% з них мають «красиві» нігті. Визначення коефіцієнту успадкування «красивих» нігтів усіма трьома методами показало, що він перевищує 70%, що вказує як на суттєву генетичну детермінацію цієї ознаки, так і на внесок факторів довкілля. Сегрегаційний аналіз успадкування форми нігтів у 16 родинах не дозволив підтвердити моногенні аутосомно-домінантну та аутосомно-рецесивну моделі успадкування ($p>0,05$). Висувається припущення про полігенне успадкування ознаки.

Шапошник М.І.

ВПЛИВ АМІКАЦИНУ РАЗОМ З ЕДТА НА ЗДАТНІСТЬ МІКРООРГІНІЗМІВ ДО ФОРМУВАННЯ БІОПЛІВОК

Харківський національний медичний університет,
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології ім. проф. Д.П. Гриньова
Харків, Україна (1)
Харківський національний фармацевтичний університет
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології (2)
Наукові керівники: професор М.М. Мішина (1), доцент Ю.А. Мозгова (1), доцент К.В. Глєбова (2)

Актуальність. На сучасному етапі розвитку науки незаперечним є факт існування мікроорганізмів у вигляді біоплівок. Біоплівка – це складна многошарова структура, у якій клітини одного чи декількох видів бактерій розташовуються у біополімерному матриксі. Здатність мікроорганізмів формувати біоплівки можна віднести до факторів патогенності. Однією з найпоширених проблем у медицині є формування мікробної стійкості до різних антибіотиків, а у формі біоплівки резистентність до антимікробних препаратів серед бактерій ще посилюється. Пошук ефективних шляхів подолання мікробної стійкості до антибіотиків є актуальною медичною проблемою.

Тому метою дослідження було визначити вплив антибіотиків та комбінації антибіотику з ЕДТА на здатність мікроорганізмів до формування біоплівки.

Материали та методи. Дослідження проводили на референтних і клінічних штамах: *Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Morganella morganii, Proteus mirabilis, Staphylococcus aureus, Enterobacter cloacae.* Виділення та ідентифікацію ізолятів проводили за загальноприйнятими методами. Здатність до формування біоплівок здійснювали у полістиролових планшетах з попередньою синхронізацією бактеріальної культури. Оптичну щільність біоплівок вимірювали за допомогою спектрофотометру «Multiskan EX 355» та виражали в одиницях оптичної щільності (од.ощ.). При обробці результатів використовували статистичні програми «Biostat».

Результати дослідження. Встановлено що, амікацин у комплексі з ЕДТА пригнічував у 1,3 рази формування біоплівки штамами *Pseudomonas aeruginosa* (0,595 ± 0,04 од.ощ) порівняно з контролем культури (0,806 ± 0,05 од.ощ.).

Здатність до формування біоплівок *Escherichia coli* пригничувалася у 6,5 разів під дію амікацину з ЕДТА (0,134 ± 0,01 од.ощ) та практично не змінювалася під впливом тільки антибіотику (0,743 ± 0,06 од.ощ) порівняно з контролем (0,870 ± 0,07 од.ощ). Схожа тенденція мала місце стосовно впливу амікацину з ЕДТА на формування біоплівок штамами *Proteus mirabilis, Staphylococcus aureus, Enterobacter cloacae,* у порівнянні з дією лише амікацину у терапевтичній дозі та контролем культури. Слід зауважити, що на формування біоплівок *Morganella morganii* амікацин навіть разом з ЕДТА не мав впливу.

Висновки. Результати дослідження свідчать, що вплив амікацину з ЕДТА сповільнює формування біоплівки у більшості штамів, які були досліджені.

Юнцова К.О., Юркіна І.С.

ВИВЧЕННЯ ФАКТОРІВ ПАТОГЕННОСТІ E.COLI, ВИДІЛЕНОЇ ВІД ХВОРИХ З ПЕРИТОНІТАМИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології ім. проф. Д.П.Гриньова
Кафедра гігієни та екології № 1
Харків, Україна
Наукові керівники: ст. викл. Вовк О.О., Косілова О.Ю.

Одним з постійно перебуваючих мікроорганізмів в кишковому біоценозі є ешеріхії. Ешеріхії беруть участь у формуванні як пристінкової (резидентної), так і просвітної (фекальної) мікрофлори. Пристінкові ешеріхії інтимно зв´язані із слизовою оболонкою

кишечнику, що забезпечується відповідними специфічними адгезивними факторами. Під факторами патогенності розуміють пристосовні механізми збудників інфекційних хвороб. Перш за все, слід визначитися з такою фундаментальною властивістю бактерій, як патогенність.

Наявність факторів патогенності у мікроорганізмів має велике значення для оцінки етіологічної значущості.

Мета. Вивчити біологічні властивості клінічних та музейних штамів E.coli, виділених від хворих на перитоніт.

Методи. Було використано 94 штами (клінічні, музейні та референтні). Здатність E.coli до адгезії досліджували методом гемадгезії на формалізованих еритроцитах людини 0 (I) групи крові резус–позитивної. У межах дослідження визначали здатність мікроорганізмів продукувати желатиназу, казеїназу, фібринолізин, гемолізини. Для контролю ферментативної активності ставили позитивні та негативні контролі з референтними штамами. Синхронізація активності культур перед проведенням дослідів досягалася одноразовим впливом низької температури (+4 ^{0}C) упродовж 30 хвилин. **Результати.** Для дослідження факторів патогенності E.coli нами проведено: визначення протеолітичної, желатиназної, гемолітичної, фібринолітичної активності, а також адгезивних властивостей. Було встановлено, що всі досліджувані штами *E.coli,* в кількості 94, мали протеолітичну активність. При цьому високого ступеню протеолітичної активності не було виявлено. Всі клінічні та музейні штами були слабо активними. При дослідженні на фібринолітичну активність всі клінічні штами, та виділені від умовно здорових людей мали негативний результат. При аналізі результатів по визначенню гемолітичної активності у вилучених штамів *E.coli* (n=94) встановлено що 4 (4,2±2,0) % штами виділені від дорослих виявились здатними продукувати α – гемолізин. При аналізі желатиназної активності у штамів, виділених від умовно здорових людей (група порівняння): позитивних штамів виявилось 2 (8,0±5,4) %, різко- та слабо позитивних – 1 (4,0±3,9) %. Проте цікавим виявилось те, що негативних штамів та тих, що давали позитивний результат через 48 годин виявилось у рівній кількості по 10 (40,0±9,7) %.

Висновки. В нашому дослідженні патогенні різновиди ешеріхій фактично не відрізняються від представників нормальної мікрофлори по своїм морфологічним, біохімічним і культуральним властивостям. При дослідженні серологічних властивостей відібраних штамів E. coli (n=94) виявлено 65,8 % патогенних серотипів. При цьому всі виділені E. coli, ізольовані з черевної порожнини у дітей та дорослих, а також музейні штами відносились до ентеропатогенної кишкової палички (O127:K63, O33:K-) та 1 – до ентероінвазійної кишкової палички (O144:K-).

Яковенко А.Е., Рибка А.Д.

РИЗИК РОЗВИТКУ ЦИСТИТУ У МОЛОДІ

Харківський національний медичний університет,
Кафедра медичної біології
Харків, Україна
Науковий керівник: Джамєєв В.Ю.

Цистит щороку діагностують у 3 мільйонів людей по всьому світі. Поширеність гострого циститу в Україні становить 314 хворих на 100 тис. населення, хронічного циститу — 135 хв. на 100 тис. населення. Переважна більшість хворих — молоді жінки репродуктивного віку, у яких через анатомо-фізіологічні особливості будови сечостатевої системи ця патологія може спричинити тяжкі розлади стану здоров'я, і, навіть, безпліддя.

Серйозність прогнозу, труднощі діагностики та лікування визначають актуальність проблеми циститу і потребують від медичних працівників знання сучасних даних з етіології, патогенезу, методів діагностики і лікування циститу, а також шляхів профілактики цього захворювання серед молоді.

Відомо, що люди з групами крові В і АВ частіше хворіють на цистит. Це пов'язано з тим, що бактерії *E. coli, Pseudomonas* і *Klebsiella*, які найчастіше спричинюють цистит, виділяють антиген, за будовою схожий на імуноглобулін В, тому імунна система людей з III і IV групами крові, не сприймає В-подібний бактеріальний антиген як мішень для атаки. Існують дані про зв'язок між ступенем ризику розвитку інфекційних захворювань сечовивідних шляхів, і нездатністю організму до вироблення анти-В-ізогемаглютинінів. Таким чином, визначення груп ризику, спираючись на певні фенотипові ознаки людини, може бути допоміжними заходами при діагностуванні циститу.

Метою нашої роботи було дослідження поширеності циститу та ступеню ризику його розвитку у молодих жінок.

Методами дослідження були анкетування та статистичний аналіз анкет. Нами була розроблена анкета, яка містила питання щодо стану здоров'я та способу життя анкетованого. Сума до 5 балів інтерпретувалася як низький рівень ризику, 6–12 — середній, 13–25 — високий. До анкети були додані питання про особливості фенотипу опитуваних (колір волосся і райдужки ока, зріст, вага), які ми використовували для пошуку маркерів схильності до захворювання на цистит, та місце їхнього мешкання для оцінки поширеності цього захворювання в межах України. Анкетування проводилося серед студенток першого курсу спеціальностей «Медицина» та «Педіатрія» у Харківському національному медичному університеті. Всього було опитано 100 дівчат у віці 17–23 років.

За результатами дослідження дві третини опитаних дівчат мають нормальний стан здоров'я і не страждають на цистит. Решта входять до групи з великим ризиком розвитку гострого циститу, причому половина з них потребують обстеження або мають стояти на диспансерному обліку.

Отримані дані свідчать, що найбільш благополучним щодо захворювання на цистит є східний регіон України та окремі області західного і південного регіонів. Більшість дівчат із центрально-північного регіону входять до групи ризику, але можуть уникнути захворювання, якщо будуть належним чином ставитися до стану власного здоров'я й гігієни. Найбільший ступінь ризику зафіксований у дівчат із Волинської та Івано-Франківської областей.

Проведення кореляційного аналізу не дозволило виявити будь-якого статистичного зв'язку між ступенем ризику розвитку циститу та особливостями фенотипу опитаних. Спостерігається лише незначна тенденція підвищення вірогідності виникнення циститу у дівчат із збільшенням зросту, ваги, а також віку.

Обговорюється причини поширеності розвитку циститу серед громадян України, у тому числі, молоді. Розглядається питання щодо пошуку можливих взаємозв'язків між ризиком розвитку циститу і різними фізіолого-біохімічними показниками, які гіпотетично можна використовувати для виявлення осіб із підвищеним ризиком розвитку циститу. Дається низка рекомендацій з профілактики захворювання, які можуть дозволити знизити рівень ризику розвитку циститу у здорових дівчат, або запобігти можливих ускладнень у хворих на цистит.

Яніогло О.О.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ РОЗВИТКУ ЯЄЧНИКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ШЛЯХОМ ВПЛИВУ НА САМКУ ЩУРА ТРИВАЛОГО ПОСТІЙНОГО ОСВІТЛЕННЯ

Харківський національний медичний університет
Кафедра патологічної фізіології ім. Д.О. Альперна
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Кузьміна І.Ю.

Відомо, що вплив негативних факторів навколишнього середовища, зокрема постійного тривалого освітлення, істотно впливає на стан гіпофізарно-яєчникової системи. У зв'язку з чим, ми провели експериментальні дослідження, що дозволяють оцінити структурні зміни

яєчників щурів після тривалого (багатомісячного) їх утримання в умовах постійного освітлення.

Матеріал і методи дослідження. Дослідження проведені на 10 самках щурів лінії Вістар у віці 3-х місяців. Для проведення експерименту нами сформовано дві групи. Основну групу склали 6 особів, в групу контроля увійшли 4 щури.

Основна група тварин знаходилась в умовах постійного освітлення люмінесцентною лампою потужністю 9 ват, при цьому освітленість в клітці склала 25 лк . Щури контрольної групи перебували в іншому приміщенні в умовах звичайної зміни дня і ночі. Через 3 місяці всі тварини були виведені з експерименту шляхом декапітації під ефірнім наркозом, згідно до «Принципів Гельсінської декларації», з подальшим вилученням яєчників та проведенням їх гістологічного дослідження.

Результати та їх обговорення. У контрольній групі тварин (4 особи), які утримувались в умовах природної зміни дня і ночі, яєчник має морфофункціональну картину, відповідну молодому статевозрілому віку. В яєчнику дуже часто зустрічаються примордіальні фолікули. У зростаючих фолікулах 2-го порядку клітини гранульози численні, мають дрібні темні ядра. Яєчники щурів основної групи, що піддавалися постійному висвітленню, мають зменшені розміри у порівнянні з контрольною групою. Мікроскопічно спостерігається відсутність нормальних фолікулів будь-якого ступеня дозрівання і жовтих тіл. Є наявність кістозно змінених фолікулів, велика кількість атретичних фолікулів, спостерігається присутність білих тіл.

Можна припустити, що постійне освітлення тварин обумовлює стимуляцію продукції серотоніну і гальмування продукції мелатоніну шишкоподібною залозою. Спочатку відбувається стимуляція гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, а потім наступає вичерпаність компенсаторних механізмів, що призводить до розвитку яєчникової недостатності.

Відомо, що подовження світлового періоду під час весни супроводжується статевою активацією. Однак, якщо на тварин впливали постійним освітленням протягом тривалого часу, можна припустити, що яєчники швидше витрачають свій потенціал (старіють), фолікулотропоцити і лютропоцити в будь-який період також активуються, щоб забезпечити стимуляцію яєчників. Але потім настає їх декомпенсація і розвивається гіперфункція лактотропоцитів, які стимулюють розвиток гіперпролактінемії. Підвищений вміст пролактіну, крім прямого впливу на молочні залози, має регулюючу дію і на яєчники, а саме на клітини гранульози і жовтого тіла.

Висновок. Утримання самок щурів в умовах постійного освітлення призводить до розвитку в яєчниках патологічних змін, що сприяють розвитку їх гіпофункції. Тривалістю періоду постійного освітлення тварин можна дозувати необхідний рівень експериментальної яєчникової недостатності.

Яніогло О.О., Круковець Н.В.

ПОШИРЕНІСТЬ ПОЛІРЕЗИСТЕНТНИХ ШТАМІВ S.AUREUS СЕРЕД СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології ім. проф. Д.П.Гриньова, Харків, Україна
Науковий керівник: ст. викл. Вовк О.О.

Актуальність. Десятки інфекційних захворювань зобов'язані своїм виникненням стафілококам. Серед них важливе місце займає S.aureus, резервуаром для якого є бактеріоносії серед різних груп людей, зокрема і серед студентів медиків. На перший погляд лікування цих інфекцій досить просте і відоме, але незважаючи на це, при застосуванні давно перевірених препаратів ми все частіше стикаємося з неефективністю лікування, так як широке використання антибіотиків в боротьбі з бактеріальними інфекціями призвело до селекції і вираженої дисемінації антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів, а також

появі різних факторів, які проявляються в механізмах передачі генів резистентності між бактеріями в умовах навколишнього середовища. Тому визначення чутливості до дії антібактеріальних препаратів є важливим аспектом в їх терапії.

Метою нашого дослідження було визначення резистентності золотистого стафілокока до атібактеріальних препаратів у студентів ХНМУ.

Матеріали і методи. Наукову роботу проводили на базі бактеріологічної лабораторії ХНМУ, в ході дослідження були взяті мазки у 50 студентів віком від 18 до 22 років. Об'єктами вивчення були культури штамів S.aureus. Виділення та ідентифікацію культури штамів проводили мікробіологічними методами, а також диско-дифузійним методом. Була вивчена резистентність штамів золотистого стафілокока до таких антибіотиків як: Ампіцилін, Цефуроксим, Амоксицилін, Гентаміцин, Цефтріаксон. В ході мікробіологічних досліджень ми встановили, що більшість штамів S.aureus проявляють резистентність до Ампіциліну (65%), Амоксициліну (35%), Цефуроксиму (10%), Гентаміцину (15%), Цефтриаксону (28%) відносно.

Висновок. Нами було виявлено, що чутливість S.aureus до антибіотиків різна. Найбільш ефективним є Цефуроксим. Середня полірезистентність S.aureus серед студентів медиків становить 30,6%, що співпадає з літературними даними. Результати дослідження показали, що штами S.aureus по різному резистентні до антибіотиків, що важливо брати до уваги при санації носіїв S.aureus.

Терапія

МЕДИЦИНА ТИСЯЧОЛІТТЯ

ФЕСТИВАЛЬ ХАРКІВ НАУКИ

МОЛОДІЖНОЇ

Arkhipkina O.

THE ROLE OF NT-PROCNP IN COMORBID COURSE OF THE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND HYPERTONIC DISEASE

Kharkov National Medical University
Department of internal and occupational diseases
Kharkiv, Ukraine

Natriuretic peptide C-type (CNP) has vasodilating properties and is predominantly synthesized by the endothelium cells. It has obtained an increasing interest in cardiovascular research due to reflection of endothelial function. Still no reliable data exist on role of CNP in pathogenesis of comorbid cardiovascular diseases. Our attention was drawn to the study of CNP in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and its the most common accompanying disease - hypertonic disease (HD).

The aim was to study concentrations N-terminal pro-peptide CNP (NT-proCNP) in patients with COPD and HD.

Materials and Methods: The study involved 67 patients with COPD, who meet the criteria GOLD II. A study group consisted of 39 patients with COPD and concomitant HD (stage II). A group of comparison was formed from 28 patients suffering only from COPD. The control group included 23 normotensive persons with normal spirography data. The quantitative determination of NT-proCNP was measured in plasma using the NT-proCNP ELISA Assay Kit «Biomedica» according to the manufacturer's protocol.

Results. Research findings have shown a trend toward lower levels of plasma NT-proCNP in all patients with COPD. Plasma NT-proCNP levels in patients with COPD were 4,9±0,5 pmol/L that was lower compared to those in healthy volunteers (6,23 ±0,2 pmol/L, $p>0,05$). Patients of study group had the lowest level of NT-proCNP (3,09 ±0,2 pmol/L, $p>0,05$). Probably persistent systemic inflammation in case of COPD resulted in affection of endothelium and caused endothelial dysfunction with lower production of CNP. The study showed significant decline of CNP in patients of study group, which can be explained by more expressed affection of endothelium cells by increased blood pressure.

Conclusion. Our data showed that the levels of circulating NT-proCNP were low in all patients with COPD. More expressed changes of NT-proCNP were detected in patients with accompanying HD.

Diasamidze M., Sukhonos N.K.

PROINFLAMMATORY CYTOKINES IN COMBINATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND DIABETES

Kharkiv National Medical University
Department of Internal and occupational diseases
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Kostyuk I.F.

The last years increasing of spreading of comorbid course of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and diabetes mellitus (DM) due to increasing of life of population and increasing of frequency of those pathologies with age.

Materials and methods of the research. We have observed 63 patients with comorbid course of COPD and II type DM. Comparison group included 23 patients with COPD. Control group included 20 almost healthy people. Content of cytokines in blood serum was indicated using ELISA test-systems «TNF- α », «ProCon IL-6», and reagent kit for quantitative analysis of cytokines in biological environment of human according to instructions of factory «Protein outline».

Results and their discussion. Analysis of levels of cytokines has shown growth of proinflammatory cytokines in both groups, though most changes have been found in group of patients with comorbid course of pathologies. Thus, content of IL-6 in patients in main group was 10,3 pg/ml ME [5,54;12,45], and in comparison group — 7,6 pg/ml ME [5,32;12,45] comparing to

control group with indices of 3,45 pg/ml ME [2,16;6,54]. Levels of TNF- α in main group were 10,14 pg/ml ME [8,07;13,28], in comparison group — 9,07 pg/ml ME [7,43;11,43] comparing to 4,45 pg/ml ME [2,18;6,78] in control group.

Conclusions. Systemic inflammation in COPD promotes development of insulin resistance, and DM 2 type, which shows the significant role of COPD in pathogenesis of DM 2 type. In DM 2 type secretion of proinflammatory cytokines if stimulated, oxidative stress and endothelial dysfunction if developed, which hold persistent inflammation in respiratory track and promote progressing of COPD and DM with development of complications. There appears “vice circle” of hardening of both diseases.

Korniyenko V.

GENESIS AND CAUSES OF ARRHYTHMIAS IN PREGNANT WOMEN

Kharkiv National Medical University,
Department of Clinical Pharmacology and Internal Medicine,
Kharkiv, Ukraine.
Scientific advisors: Knyazkova I., Tveretinov A., Tsygankov A., Maziy V.

The purpose. Making the research to determine the genesis and causes of heart rhythm disturbances in pregnant women.

Materials and methods of research. The study consists of data of 34 women (average age 25.9 ± 3.6 years) in the second and third trimesters of pregnancy, who were sent for a medical consultation at the polyclinic of the National Institution of Therapy named after L.T. Malaia of Ukraine in Kharkiv. Standard laboratory tests, including electrolytes (potassium, sodium) in the blood serum, thyroid hormones (thyroid-stimulating hormone, triiodothyronine, thyroxine) were done to all examined patients; instrumental examinations such as Doppler-echocardiography ("Logic-5", Germany) and daily ECG monitoring ("Cardiosens ", Ukraine) were also used.

Results. During the research 23 patients were identified with different heart rhythm disturbances, 13 of which were with cardiovascular pathology (group 1) and 10 – with idiopathic arrhythmias (group 2). The control group was consisted of 11 women with normal sinus rhythm. It was known from the anamnestic data of the examined pregnant women that 12 women (34.1%) smoked at the time of the survey, 19 (55.6%) women had a family history of cardiovascular diseases. It should be mentioned that before becoming pregnant all examined women had no complaints about their heart work, interruptions in cardiac activity or palpitation. But in the second trimester of pregnancy patients with heart rhythm disorders had increased fatigue, weakness, intermittent heartbeat, palpitation. All these conditions were considered as the causes for additional examination. In the additional research in group №1 9 women had mitral valve prolapse, 2 of them were with mitral regurgitation of the first degree and 7 of them had second degree; insufficiency of the mitral valve of rheumatic genesis was noted in 1 patient, postmiocarditis cardiosclerosis were detected in 3. Depending on daily monitoring of ECG the amount of ventricular extrasystoles was 26% ($p < 0.001$) more in group №1 than in group №2 and 7.6 times larger than in the control group; supraventricular extrasystoles were registered in 2,8 times more than in group №2 and 7 times more than in the control group (all $p < 0,001$). According to the research it was noticed that supraventricular and ventricular extrasystoles were recorded in both groups of pregnant women with heart rhythm disturbances. What is more, pregnant women with mitral valve prolapse revealed more ventricular extrasystoles ($p < 0.05$) than supraventricular extrasystoles ($p < 0.001$) in comparison with women who had another cardiovascular pathology. If we compare group with idiopathic arrhythmias and group with mitral valve prolapse, the second one had significantly less supraventricular extrasystole ($p < 0.05$), and the amount of ventricular extrasystoles was at the same level as in patients with idiopathic arrhythmias.

The conclusion. In conclusion of this important research, we managed to say that cardiac rhythm disturbances in pregnant women are registered in both examined groups with backgrounds of cardiovascular pathology such as congenital heart diseases, acquired valvular diseases, postmiocarditis cardiosclerosis, mitral valve prolapse with minor mitral regurgitation, and without it

and metabolic disturbances. Our study showed that large percentage of all pregnant examined by us are in risk to have arrhythmias during pregnancy. Such patients need careful dynamic observation, and if life-threatening arrhythmias and hemodynamic instability develop, future mothers must have timely adequate therapy.

.

Kuznetsova D.

SYSTOLIC FUNCTION OF MYOCARDIUM DEPENDING ON THE OPTION OF REPERFUSION THERAPY FOR ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Kharkiv National Medical University,
Department of Internal Medicine, Clinical Immunology and Allergology
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Zolotaikina V.

Early and complete reperfusion of the myocardium is the main goal in the treatment of acute myocardial infarction with ST segment elevation (STEMI). At the current stage of treatment of this complication of CAD, the following methods of revascularization are recommended: pharmacological with systemic thrombolysis (TLT); invasive through percutaneous coronary intervention (PCI) and open surgical interventions (CABG). In addition, it is possible to use a combination of methods - a pharma-invasive method of revascularization (pharmacological and subsequent PCI). The purpose of this study was to analyze the contractile ability of the myocardium in the acute period of STEMI, depending on the chosen treatment strategy. The study was conducted on the basis of the intensive care unit of the City Clinical Hospital No. 27 in Kharkiv, and 77 male subjects admitted with a diagnosis of STEMI were examined. Depending on the method of myocardial revascularization, all patients were divided into 3 groups. The first group included 22 men, with an average age of 62.41 ± 7.2 years. This group consisted of patients who underwent primary PCI for the first two hours after the development of the anginal attack. The second group included 30 men aged 58.2 ± 10.2 years. All patients myocardial revascularization in this group was carried out using pharmacological methods (prehospital or hospital TLT without the possibility of PCI). The third group included 25 men, with an average age of 66.4 ± 8.5 years. Myocardial revascularization was performed using the pharma-invasive method (prehospital or hospital TLT followed by PCI). In these patients thrombolysis was regarded as noneffective due to the fact that after 60 min. from the beginning of TLT on the ECG, ST segment reduction was recorded less than 50% of the baseline. PCI was carried out by these patients within the first 12 hours from the onset of the disease. In addition to the standard clinical and laboratory examination, patients underwent a special cardiological examination: determination of markers of myocardial damage in dynamics (troponin I) in the 1st day and 48 hours after revascularization, echocardiography (EchoCG) at admission and on the 10th day of stay in the hospital. When studying the systolic function of the left ventricle on the 7th day of treatment, it was revealed that in the II and III group patients the lower ejection fraction (EF) values were found in comparison with group I (42.3 ± 0.5, 41 ± 1.1% and 47 ± 1.2%, respectively, $p \geq 0.05$). This was accompanied by higher end-systolic volume values: 75.4 ± 4.4 ml; 77.1 ± 4.1 ml and 62.3 ± 3.3 ml, respectively, $p \geq 0.05$; end-dyastolic volume: 138.4 ± 3.3 ml; 141.3 ± 3 ml and 122.3 ± 4.7 ml, respectively, $p \geq 0.05$; stroke volume: 66.2 ± 2.8 ml; 64.4 ± 2.1 ml and 59.2 ± 1.1 ml, $p \geq 0.05$. These data indicate greater systolic dysfunction and LV overload in group II and III patients compared with group I. The obtained data allow to draw a conclusion that in patients of the I group in the acute period of the OIMSST the systolic function of the left ventricle is significantly better than in patients of groups II and III. The initial level of troponin I did not differ significantly in each of the 3 groups (5.45 ± 2.28, 4.99 ± 1.78, and 5.3 ± 2.1, respectively). After 48 hours, the dynamics of troponin I allowed to determine that in the I group it significantly decreased (Δ23%) in comparison with II (Δ6%) and III (Δ11%) groups, $p > 0.05$. Reducing the fraction of the ejection of blood from the left ventricle, as well as troponin, is one of the most independent risk factors for death, which is confirmed by all major studies. The performed work shows the advantage of mechanical reperfusion over a pharmacological or a combination methods.

Lapshyna K., Chereliyk N.

ISULINRESISTANSE AND FIBROBLAST GROWTH FACTOR-21 IN NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE PATIENTS WITH HYPERTENSION

Kharkiv National Medical University
Department Of Internal Medicine №1
Kharkiv, Ukraine

Objective: To determine plasma fibroblast growth factor-21 (FGF-21) levels and HOMA-IR in nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) patients with non-alcoholic steatohepatitis (NASH).

Materials and methods: 60 non-alcoholic fatty liver disease patients with hypertension were examined, diagnosed by clinical, biochemical, and liver image with NASH and 20 healthy individuals, without any liver disease. These groups did not differ in age and gender. All were submitted to oral glucose tolerance test and blood samples were collected for glucose and insulin measurements by immunofluorometric method. FGF-21 levels were measured by ELISA assay. HOMA-IR was calculated according to the formula: fasting insulin (microU/L) x fasting glucose (nmol/L)/22.5.

Results: The serum levels of FGF-21 were significantly higher in NAFLD patients than controls. The median FGF-21 level was 342,8 (279,4; 425,6) pg/ml in NAFLD patients with hypertension and 102,17(92,95; 115,5) pg/ml in controls ($p < 0,001$). HOMA-IR in NAFLD patients with hypertension was 6,06(5,5; 3,3) and 2,53 (2,13; 2,75) in healthy individuals($p<0,04$). Direct significant correlation $r = 0,42$ has been identified ($p<0,01$) between the studied parameters.

Conclusions: FGF-21 levels in NAFLD patients with hypertension were on average increased by 3 times as compared to the controls. HOMA-IR was twice higher in main group and associated with adipokine's level. This connection indicates insulin resistance, which associates with inflammatory activity of the liver adipose tissue.

Melenevych A. Ya., Ali A.S., Edmondson J., Majd H.O.

WHAT FACTORS AFFECT CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE OUTCOMES?

Kharkiv National Medical University
Department of internal and occupational diseases
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Kapustnyk V.A.

Actuality. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a leading cause of morbidity and mortality worldwide that induces an economic and social burden (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2018). The key to successful management of patients with COPD is impact on prognostically significant factors.

Aim of the investigation was to reveal the most prognostically significant criteria for COPD.

Materials and methods. We have analyzed the most significant factors associated with adverse outcomes in patients with COPD, using the PubMed database.

Results. Among the predictors of further adverse outcomes of COPD are rapid decline in lung function, i.e., more than 40 ml of forced expiratory volume in 1 second (FEV_1) per year; frequent exacerbations, if the patient has two or more exacerbations per year; desaturation, i.e., decline oxygen saturation measured by pulse oximetry of > 4%, during a 6-min walk test (6MWT); body-mass index (BMI) and comorbid pathology. Desaturation during a 6MWT in COPD patients has a direct correlation with the frequency of future exacerbations, the degree of decline in FEV_1 and also with mortality, compared with patients who do not desaturate (Enright P.L., 2016). BMI is a strong predictor of overall mortality both above and below the optimal BMI values of about 22,5 – 25 kg/m^2. BMI value below 22,5 kg/m^2 is inversely correlated with overall mortality, mainly because of strong inverse associations with respiratory failure and lung cancer. Reduced BMI on 5 kg/m^2 from the minimum initial 22,5 kg/m^2 is associated with increasing 4-fold mortality. BMI value above 25 kg/m^2 has a strong positive correlation with cardiovascular mortality, among which the

first step in the incidence has coronary artery disease. Increasing BMI for every 5 kg/m^2 is associated with increased risk of adverse cardiovascular events by 40% (Whitlock G., Lewington S., Sherliker P. et al., 2009).

Conclusion. Further studies of the most prognostically significant criteria for COPD should reveal new opportunities for efficient personalized methods of early prevention and management of this disease.

Minukhina D.V., Grydneva O.V.

THE ROLE OF ASYMMETRIC DIMETHYLARGININE IN THE DEVELOPMENT OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND DIABETES MELLITUS TYPE 2

Kharkiv National Medical University
Department of internal medicine №2 and clinical immunology and allergology
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Babadzhan V.D.

Aim. To evaluate the relationship between endothelial dysfunction's markers-asymmetric dimetylarginine (ADMA) and NO-synthase (NOS) in patients with type 2 diabetes mellitus and acute myocardial infarction (MI) in the first day of MI.

Materials and methods. The contingent of the study was 73 patients with MI and DM type 2, of which 43 men and 30 women. The control group consisted of 20 practically healthy individuals, whose average age was 60.85 ± 0.17 years. The average age of patients was: in men 59.12 ± 1.83, women 67.9 ± 1.79 years. ADMA and NOS levels were determined on the first day of MI using the immunoassay method of commercial test systems: ADMA - manufactured by Immunodiagnostik ADMA Xpress ELISA Kit (Austria), NOS - AccuBind ELISA Microwells (California, USA). Statistical data was processed using the Exel program and the Statistica v.6 package.

Results. ADMA level ranged from 0.32 to 1.9 mcmole/l in patients with MI and DM type 2 in the first day of the disease. The mean ADMA level was 1.24 ± 0.04 mcmole/l, which significantly exceeded the ADMA level in the control group (0.47 ± 0.05 mcmole/l [0.25; 1.05]) ($p < 0.05$). The level of NOS in patients with DM type 2 and MI ranged from 3.28 to 27 ng/ml. The average level of NOS was 15.31 ± 0.38 ng/ml, which was significantly higher than the NOS value in the control group (5.21 ± 0.19 ng/ml [3.77; 6.7]) ($p < 0.05$). Between the levels of ADMA and NOS there was a reverse correlation ($r = -0,52$).

Conclusions. Interconnection of ADMA and NOS levels may indicate an increasing of disregulatory changes and endothelial dysfunction of blood vessels by reducing the bioavailability of nitric oxide.

Minukhina D.V., Kosenko Y.V.

THE ROLE OF INSULIN RESISTANCE IN THE DEVELOPMENT OF COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH ST-EMI MYOCARDIAL INFARCTION AND DIABETES MELLITUS TYPE 2

Kharkiv National Medical University
Department of internal medicine №2 and clinical immunology and allergology
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Kozhyn M.I.

Aim. To evaluate the effect of insulin resistance using the QUICKI index in the development of complications of acute myocardial infarction (MI) in patients with DM type 2.

Materials and methods. The study included 67 patients with MI with ST segment elevation. On the 1st and 12th days of the MI, the conditions of carbohydrate and lipid metabolism were assessed. The QUICKI index was calculated according to the formula: QUICKI = 1 / [log (I0) + log (G0)], where G0 is fasting glycemia (mg / dl), I0 - insulinemia on an empty stomach (μOD / ml).

The content of insulin, troponin T and creatine kinase (KFK) was determined by immuno-enzymatic methods on the immune enzyme analyzer Labline-90 (Austria) using commercial test systems in blood serum of patients with MI and DM type 2.

Results. In the control sample, the QUICKI index was 0.387 [0.397; 0.379], which corresponds to normal tissue insulin sensitivity ($p < 0.05$). In the group of patients with MI, it was found that 46 (44%) patients had no symptoms of IR, the QUICKI index was 0.380 [0.378, 0.384] ($p < 0.05$). In this case, 59 (77%) patients had a moderate and marked degree of IR, and the QUICKI index was 0.308 [0.306; 0.310] ($p < 0.05$). Thus, the incidence of IR in patients with MI was 77%. The presence of IR was associated with a high level of creatine kinase (KFK = 343.0 IU/L [148.0; 2169.0] ($p < 0.05$), as well as troponin T (1.01 ng/ml [0.20, 3.04]) ($p < 0.05$), which is evidenced by the benefit of extensive damage to the myocardium.

Conclusions. Insulin resistance has a close relationship with presence hospital complications of myocardial infarction, and also with the development of an unfavorable prognosis of the disease 12 months after myocardial infarction.

Айвазян К.В.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПЕРКУТАННОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра внутренней медицины № 3
Харьков, Украина
Научный руководитель: Куликова М. В.

Реваскуляризация миокарда довольно длительное время неизменно остается основной стратегией в терапии ишемической болезни сердца (ИБС). В настоящее времяважность максимального восстановления перфузии участка сердечной мышцы, страдающей при внезапном прекращении его кровоснабжения вследствие окклюзии коронарной артерии – остром инфаркте миокарда с зубцом Q, стенозирующем коронаросклерозе – не подлежит сомнению.

Цель: оценить эффективность лечения пациентов с ИБС при проведении перкутанного коронарного вмешательства (ПКВ) и отдельно при проведении тромболитической терапии (ТЛТ) без применения ПКВ.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни 25 пациентов (19 мужчин и 6 женщин) кардиологического отделения КЗОЗ «ОКБ - ЦЭМП и МК» г. Харькова возрастом от 40 до 70 лет с острым инфарктом миокарда (ОИМ), нестабильной стенокардией и стенозирующим коронаросклерозом, которые были разделены на две группы. 1-ю группу составили 12 человек (8 мужчин и 4 женщины), которым проводился тромболизис (ТЛТ). 2-ю группу составили 13 человек (11 мужчин и 2 женщины), которым была произведена имплантация стента с лекарственным покрытием.

Результаты: у пациентов 1-й группы наблюдалось улучшение общего самочувствия, уменьшение интенсивности болей за грудиной на 3-4 день пребывания в стационаре, в то время как у пациентов 2-й группы отмечалось исчезновение ангинозных болей в более ранние сроки после проведения реваскуляризации. При оценке динамики изменения уровня маркеров повреждения сердечной мышцы на 5-е сутки от начала заболевания у пациентов 2-й группы наблюдалось достоверное прогрессивное снижение уровня тропонина I (0,20±0,9 нг/мл) по сравнению с пациентами 1-й группы – 1,1±1,2 нг/мл ($p < 0,05$). Кроме того, было выявлено, что у пациентов 2-й группы, у которых применялось ПКВ, отмечалось сокращение сроков госпитализации до 20 дней, в то время как у пациентов 1-й группы наблюдались более длительные сроки пребывания в стационаре.

Выводы: данные нашего ретроспективного анализа позволяют сделать выводы, что применение ПКВ является более эффективным методом, который демонстрирует значимую положительную динамику при остром нарушении кровоснабжения миокарда и способствует предупреждению сердечно-сосудистой смертности у пациентов с ИБС.

Баришовець А.В.

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА СТАН КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ОФІЦЕРІВ СУХОПУТНИХ ВІЙСЬК

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцентДобровольська І. М.

Мета роботи: оцінка впливу ефективної антигіпертензивної терапії на стан когнітивних функцій у офіцерів сухопутних військ молодого віку з артеріальною гіпертензією (АГ) I-II стадії.

Матеріали та методи. 47 чоловікам з АГ I-II стадії, середній вік 40 років, тривалість АГ 5 років, проведено вивчення когнітивних функцій початково і через 6 місяців антигіпертензивної терапії лізиноприлом в дозі 10-20 мг/добу або бісопрололом 5-7,5 мг/добу. Цільовим значенням артеріального тиску (АТ) вважали ≤139/89 мм рт. ст. Контрольну групу склали 16 чоловіків з нормальним АТ.

Результати. У чоловіків молодого віку (офіцерів) з АГ, на відміну від осіб з нормальним АТ, мала місце легка когнітивна дисфункція, яка виникала при невеликій тривалості АГ (менше 5 років), відзначалася вже при I ст. АГ і наростала до II ст. захворювання. Підвищений АТ безпосередньо пов'язано з наявністю легкого когнітивного дефіциту, на що вказувала велика кількість кореляційних зв'язків між різними параметрами добового моніторування артеріального тиску (ДМАТ) і показниками стану пам'яті, уваги, мислення і нейродинаміки. У даній категорії чоловіків при інших рівних умовах саме підвищення АТ сприяло зростанню відносного ризику виникнення порушень окремих показників: пам'яті - в 4,7 рази, мислення - в 3-6 разів, нейродинаміки - в 12 разів. Застосування для лікування артеріальної гіпертензії чоловіками молодого віку лізиноприла або бісопрололу призводило через 24 тижні не тільки до достовірного по відношенню до вихідного і порівняного в кожній групі гіпотензивного ефекту, а й супроводжувалося однаковим позитивним впливом на досліджувані параметри когнітивних функцій.

Висновки. Оцінка стану когнітивних функцій у чоловіків молодого віку з артеріальною гіпертензією I-II стадії дозволяє оцінити субклінічне ураження головного мозку як органу-мішені. В процесі лікування даної категорії пацієнтів необхідний контроль над станом когнітивних функцій.

Бахарєв О.С.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОДІЛУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВІКУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцентДобровольська І. М.

Мета. Дослідити особливості розподілу факторів ризику захворювань серцево-судинної системи серед молодих груп населення.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз виписних епікризів історій хвороби 48 пацієнтів (чоловіків – 47, жінок – 1), які перебували на лікуванні в стаціонарах кардіологічного та терапевтичного профілю міст Харківської області в 2016 р. з діагнозами «ішемічна хвороба серця» і «гострий інфаркт міокарда», у віці 28-41 року (середній вік 34,8 ± 3,9) для виявлення розподілу факторів ризику та обліку спадкового чинника.

Результати. Чоловіки склали 98% (n=47), а жінки – 2% (n=1). Роль спадкового чинника має місце у 50% (n=18) хворих, у 44,4% (n=16) спадковість не обтяжена і 5,6% (n=2) не знають своєї спадковості по захворюваннях серця. Пацієнти, що палять, склали 60,7% (n=20), не палять– 30,3% (n=10), і 9% (n=3) кинули палити. Зловживають алкоголем 9,1% (n=2),

помірно вживають спиртні напої 27,3% (n=6), і 63,6% (n=14) заперечують вживання алкоголю. Нормальну масу тіла мають 23% (n=3), ожирінням I і II ступеня страждають по 38,5% (n=5). Не обмежують звичний рівень активності в зв'язку з захворюванням 24% (n=8), біль за грудиною при звичайному навантаженні, що проходить у спокої, виникає у 52% (n=17), біль при помірному навантаженні виникає у 18% (n=6), і 6% (n=2) не здатні переносити мінімальне навантаження без відчуття дискомфорту за грудиною. У 23% (n=11) захворювання дебютувало з гострого інфаркту міокарда.

Висновки. Серед пацієнтів переважають чоловіки, спадковість по захворюваннях серця обтяжена у половини хворих, паління значно поширене серед хворих на ішемічну хворобу серця, серед обстежуваних переважають пацієнти з надмірною масою тіла, у більшості пацієнтів больовий синдром купірується в спокої, у чверті хворих захворювання дебютує з гострого інфаркту міокарда.

Більченко А.О.

ВПЛИВ СТАТІ НА РІВЕНЬ ГАЛЕКТИНУ-3 ТА Р-СЕЛЕКТИНУ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

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

Одним з напрямів, які активно вивчаються в світі в останні роки є пошук нових біомаркерів запалення, які мають найбільшу прогностичну значимість для прогнозування розвитку серцево-судинних подій та оцінки ефективності терапії.

Мета*:* вивчення впливу статі на рівень галекину-3 та р-селектину у хворих з артеріальною гіпертензією у поєднанні з цукровим діабетом

Результати: Ми спостерігали 82 хворих: жінки-51.2% (42 особи), 48,8% (40 осіб) - чоловіки. Вік хворих знаходився в діапазоні від 37 до 87 років і в середньому склав 65±10років. Пацієнтів з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом 2 типу - 51,2% (42 особи), з яких 47,6% (20 осіб) склали жінки, 52,4% (22 особи) становили чоловіки. Рівень глікемії натщесерце був у діапазоні від 3.6 ммоль/л до 19.3 ммоль/л, і в середньому склав (6.57 ± 2.92) ммоль/л. Рівень Р-селектину в плазмі у жінок знижувався в порівнянні з чоловіками (120,24 ± 35,56 і 122,33 ± 24,52 нг/мл, $p < 0.05$, відповідно). Рівень Галектину-3 також був вищим у чоловіків у порівнянні з жінкамі (14,06 + 7,89 і 13,2 + 4,64 $p < 0.05$, відповідно). Кореляційні взаємозв'язки зі статтю хворих були відсутні для всіх біомаркерів: $r = 0.035$, $p = 0.758$ для рівня Р-селектину в плазмі, $r = 0.067$, $p = 0.55$ для рівня Галектину-3.

Висновки: На рівні біомаркерів запалення впливала стать хворих.

Борзова-Коссе С.І., Назаренко А.О.

РОЛЬ МАТРИКСНИХ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗ У ПРОГНОЗУВАННІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ.

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

На даний момент Україна займає перше місце серед країн Європи за рівнем смертності від захворювань серцево-судинної системи, яка досягає 64%. Розвиток інфаркту міокарда (ІМ) викликає низку структурних, геометричних та функціональних змін структури серця, які в свою чергу ініціюють гемодинамічні порушення, що призводить до виникнення та прогресування серцевої недостатності, підвищення ризику розвитку порушень ритму й значно погіршує подальший прогноз для хворого.

Мета – побудова моделі, що дозволяє прогнозувати розвиток дилатації лівих порожнин серця після перенесеного інфаркту міокарда протягом 6 місячного періоду спостереження за наявності у хворих супутнього ожиріння, на підставі аналізу прогностичної цінності остеопонтину. Матеріали і методи дослідження. Обстежено 74 хворих з ожирінням, які 6 місяців тому перенесли ІМ.

Визначення остеопонтину (ОСП) та тромбоспондину-2 (ТС-2) проводилось імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «HumanOsteopontin» (KonoBiotechCo., Ltd) та «HumanThrombospondin-2» (KonoBiotechCo., Ltd).

Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету статистичних програм «Microsoft Excel». З метою оцінки прогностичної цінності досліджуваних параметрів використовували ROC-аналіз.

Результати. У модель включали рівень ТС-2 та ОСП, параметри кардіогемодинаміки та рутинні лабораторні показники (кількість лейкоцитів і лейкоцитарна формула, рівень швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ), параметри ліпідного профілю – ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ), тригліцеридів (ТГ), коефіцієнта атерогенності (КА) у хворих з ожирінням, які перенесли ГІМ 6 місяців тому.

Розвиток дилатації лівих порожнин серця кодували значенням 1, відсутність як 0. Логістична модель, що включає наведені показники дозволила прогнозувати розвиток дилатації лівих порожнин серця з чутливістю 83 % і специфічністю 95 %.

Розрахунок імовірності розвитку дилатації лівих порожнин серця після перенесеного ІМ за наявності ожиріння визначався за наступною формулою:

P=1/(1+exp(15,627-0,059× остеопонтин -0,259× Тромбоспондин2)),

де тромбоспондин-2 – концентрація тромбоспондину-2 у сироватці крові у 1-й день захворювання на ГІМ з елевацією сегменту ST, нг/мл, остеопонтин - концентрація остеопонтину у сироватці крові у 1-й день захворювання на ГІМ з елевацією сегменту ST, нг/мл.

При значенні>0,5 у пацієнта прогнозуютьрозвиток дилатації лівих порожнин серця після перенесеного ІМ за наявності ожиріння.

Сумарно помилковий прогноз розвитку дилатації лівих порожнин серця після перенесеного ІМ на тлі ожиріння склав 10 %.

Висновки: Найбільш інформативними у відношенні прогнозу розвитку дилатації лівих порожнин серця після перенесеного ІМ на тлі ожиріння є остеопонтин та тромбоспондин-2. Модель прогнозу розвитку дилатації лівих порожнин серця після перенесеного ІМ за наявності ожиріння має високу чутливість (83 %) і специфічність (95 %), сумарно помилковий прогноз складає 10 %, що дозволяє рекомендувати його для клінічного використання.

Боровик К.М., Мартовицький Д.В., Глєбова О.В.

ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПОВТОРНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТУ ST ЗА НАЯВНОСТІ ОЖИРІННЯ ПРОТЯГОМ 6-МІСЯЧНОГО ТЕРМІНУ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

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

Гострий коронарний синдром (ГКС) з елевацією сегмента ST характеризується гострим несподіваним початком, що часто супроводжується розвитком життєво небезпечних ускладнень, що виникають як у ранньому, так і у віддаленому періоді захворювання. Саме тому стратегія визначення факторів ризику розвитку небажаних кардіоваскулярних подій у хворих, що мають в анамнезі перенесений інфаркт міокарда (ІМ) та супутнє ожиріння, є

найбільш поширеною, потребує менших економічних затрат та сприяє досягненню позитивних результатів за рахунок використання відповідних лікувальних заходів.

Мета дослідження. Дослідити зв'язок рівнів галектину-3 з виникненням повторного інфаркту міокарда протягом 6 місяців спостереження за хворими на гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST в залежності від наявності або відсутності супутнього ожиріння.

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено 105 пацієнтів з ГКС з елевацією сегмента ST віком 64,22±1,42 років. Першу групу склали 75 хворих з супутнім ожирінням, другу - 30 хворих з нормальною вагою тіла. Хворі обох груп були співставні за віком та статтю. Ожиріння I ст. було виявлено у 39 осіб, ожиріння II ст. – у 31 особи, ожиріння III ст. – у 5 осіб. Рівень галектина-3 визначали на 2-гу добу ГКС з елевацією сегмента ST в сироватці венозної крові хворих з використанням набору реактивів Human Galectin-3 ELISA Kit (Китай).

Результати дослідження. Під час дослідження було знайдено зростання індексу маси тіла (ІМТ) на 35,7% ($p<0,05$), об'єму талії (ОТ) на 21,1% ($p<0,05$), показника відношення об'єму талії до об'єму стегна (ОТ/ОС) на 12,5% ($p<0,05$), а рівня галектину-3 на 32,43% ($p<0,05$) у хворих з ГКС з елевацією сегмента ST на тлі ожиріння при співставленні з пацієнтами без ожиріння. Під час 6-місячного терміну спостереження за хворими після перенесеного ГКС з елевацією сегмента ST на тлі супутнього ожиріння було виявлено, що 37,56% хворих мали в анамнезі повторні кардіоваскулярні події, серед яких ІМ було виявлено у 56,82% хворих. За даними ROC-аналізу галектин-3 продемонстрував предикторні властивості при рівні >12,83 нг/мл.

Висновки. Встановлено стійкий зв'язок між підвищенням рівня галектину-3 більш ніж 12,83 нг/мл, та виникненням повторного інфаркту міокарда під час 6-місячного терміну спостереження за хворими на гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST на тлі ожиріння.

Боровик К.М., Фарес Алаа

АНАЛІЗ ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST НА ТЛІ АБДОМІНАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ

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

Мета дослідження. Вивчити основні показники рівня якості життя хворих на гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST в залежності від наявності або відсутності абдомінального ожиріння з використанням опитувальника SF-36.

Об'єкт і методи дослідження. У дослідження було залучено 60 пацієнтів з ГІМ. Першу групу склали 35 хворих з супутнім абдоміналльним ожирінням, другу - 24 хворих з нормальною вагою тіла. Хворі обох груп були співставні за віком (середній вік – 70,73±1,26 років та 72,92±1,34 років відповідно, $p<0,05$). Ожиріння I ст. було виявлено у 17 осіб, ожиріння II ст. – у 15 осіб, ожиріння III ст. – у 3 осіб. ІМТ у групі хворих на ГІМ із супутнім ожирінням склав 35,13 ±0,57 кг/м2, тоді як у групі зіставлення ІМТ був на рівні 23,21±0,35 кг/м2. Оцінку якості життя було проведено за допомогою неспецифічного опитувальника «SF-36 HealthStatusSurvey». Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету статистичних програм «Statistica 8.0», «Microsoft OfficeExcel».

Результати досліджень та їх обговорення. Дослідження якості життя виявили достовірне зниження показників фізично-рольового функціонування (RP)на 75,3%, життєвої активності (VT) на на 48,3% та емоційно-рольового (RE) на 64,1% у хворих з ГІМ за наявності супутнього ожиріння порівняно з пацієнтами без ожиріння. Ці результати підтверджуються зворотніми кореляційними зв'язками між індексом маси тіла пацієнтів і

вищенаведеними параметрами якості життя (p <0,05). Крім наявності низького рівня якості життя за умов супутнього ожиріння у хворих з ГІМ привертає увагу нерівнозначність ступеня відхилення вищезазначених параметрів від групи порівняння, представленої пацієнтами з ГІМ без ожиріння.

Ранжування ступеня відхилення параметрів якості життя за допомогою F-критерія Фішера визначило, що першу рангову позицію займає RP (F=56,4), другу - VT (F=25,8), третю - RE та MH (F=19,03 та 17,29 відповідно). Далі за зменшенням ступеня відхилення слідують GH (F=5,8), SF (F=5,58) та PF (F=4,8).

Висновки. Зниження якості життя у хворих в ранньому періоді гострого коронарного синдрому з елевацією сегмента ST на тлі абдомінального ожиріння при зіставленні з пацієнтами, що мали нормальну вагу тіла, характеризується зниженням показників шкали рольового функціонування, обумовленого фізичним станом, та шкали життєвої активності, що свідчить про підвищену стомлюваність пацієнтів на тлі ожиріння, пригнічений емоційний стан, відчуття тривоги, знесиленості та відображає дисонанс у когнітивній сфері, що може призвести до зниження прихильності до лікування.

В'юн Т.І.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ, ПОЄДНАНОГО З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.

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

За визнанням лікарів різних часів, підшлункова залоза - це «тяжкий орган». За останні тридцять років відзначено більш ніж двократне зростання числа хворих на хронічний панкреатит (ХП). Справжні цифри захворюваності назвати важко, і частота ХП серед населення різних країн варіює від 0,2 до 0,68%. Захворювання діагностується в 6-8% випадків гастроентерологічних хворих. Хронічний панкреатит помітно помолодшав: середній вік пацієнтів, у яких встановлюють цей діагноз, знизився з 50 до 37 років. Серед хворих збільшилася частка жінок на 30%. Клінічний перебіг ХП часто залежить від його поєднання з захворюваннями інших органів і систем, тобто він змінюється в умовах поліморбідності сучасного пацієнта. Доволі часто ХП поєднується з захворюваннями серцево-судинної системи, які за своєю поширеністю, показниками інвалідності та смертності значно випереджають інші патологічні стани. У той же час, слід визнати, що особливості клінічних проявів ХП при його поєднанні з гіпертонічною хворобою (ГХ) вивчені недостатньо.

Мета дослідження - вивчити частоту поєднання й особливості перебігу гіпертонічної хвороби у пацієнтів з хронічним панкреатитом в залежності від статі і віку.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження стали 30 хворих на ХП віком від 27 до 55 років. Серед пацієнтів переважали жінки (18 - 60%). Анамнез з ХП складав від 2 до 15 років. З урахуванням екскреторної функції ПЗ (за даними фекальної еластази-1) розподіл пацієнтів відповідав: легкому (17 осіб) та середньому ступеню тяжкості (13). У 23 випадках ХП мав біліарний характер, у 7 - токсичний (алкогольний) генез. Підвищення артеріального тиску спостерігалося протягом 3-12 років та відповідало ГХ 2 стадії, 2 ступеню.

Результати та їх обговорення. Для проведення цього дослідження з урахуванням віку пацієнтів були сформовані 3 групи. В першу групу увійшло 7 хворих (23,3%) у віці від 27 до 35 років. Друга група була представлена 10 хворими (33,3%) у віці від 36 до 45 років і третя - 13 пацієнтів (43,4%) - 46-55 років. Було встановлено, що в першій групі поєднана патологія ГХ і ХП була виявлена у 1 пацієнта (3,3%), у 2-й - 4 (13,3%) і в 3й - у 7 хворих (23,4%) . В цілому незалежно від віку в обстежених пацієнтів поєднана патологія на 20% частіше зустрічалася у жінок, ніж у чоловіків, при цьому в третій віковій групі це поєднання спостерігалося у 60% жінок.

Особливістю перебігу артеріальної гіпертензії у хворих з ХП було: підвищення артеріального тиску при загостренні хронічного панкреатиту, яке супроводжувалося больовим синдромом (тупий помірний біль у правому під ребер'ї з іррадіацією до спини); різноманіттям проявів диспепсичного синдрому (нудота, запаморочення, здуття і гуркотиння в живота, порушення стільця тощо). При цьому систолічний АТ в середньому складав 165,7±4,2 мм рт.ст, діастолічний – 97,4±3,1 мм рт.ст. Близько третини хворих відзначало періодичну хиткість при ходьбі, кардіалгії та аритмії. Зняття абдомінального больового синдрому не завжди одночасно супроводжувалося нормалізацією гемодинаміки - спостерігалося запізнювання контролю артеріального тиску в середньому на 2-3 дні.

Астено-вегетативний синдром характеризувався слабкістю, зниженням працездатності, зниженням здатності зосереджуватися на роботі, порушеннями сну. Отже, коморбідність ХП і АГ надавали негативний вплив на якість життя хворих.

Таким чином, поєднаний перебіг хронічного панкреатиту і артеріальної гіпертензії урізноманітнило клінічну симптоматику, привносячи нашарування кардіальних і астенічних проявів у загальну клінічну картину. Ця обставина була підставою до додаткового призначенням м'яких седативних препаратів, частіше рослинного походження, в комплексній терапії даного тандему.

Висновки. При виникненні хронічного панкреатиту у хворих на артеріальну гіпертензію спостерігається поява додаткових клінічних симптомів захворювання, що ускладнює перебіг захворювання.

З найбільшою частотою АГ реєструвалося в осіб жіночої статі з хронічним панкреатитом у віковому періоді від 46 до 59 років, що може бути пов'язано не тільки з наявністю основного захворювання, але і менопаузальним періодом, при якому досить часто реєструється підвищення артеріального тиску. Це дозволили рекомендувати в комплексній терапії ХП і ГХ використовувати седативні рослинні препарати.

Голованова А.Ю., Пільгуй І.В.

ВИНИКНЕННЯ РОЗЛАДІВ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Шумова Н.В.

Бронхіальна астма (БА) – це типове ураження органів дихання, що призводить до зростання тимчасової або стійкої непрацездатності та зниження якості життя. Однією з актуальних причин прогресування цього захворювання та зниження рівня контролю над ним є порушення психоемоційної сфери пацієнтів.

Мета дослідження: визначити наявність соматопсихічних розладів у хворих на БА з різним ступенем тяжкості перебігу.

Матеріали та методи: Було обстежено 30 хворих на БА, які були розділені на 3 групи по 10 чол.(25%) відповідно до ступеня тяжкості. До I гр. було віднесено хворих з персистуючим перебігом захворювання легкого ст., до II гр. – середнього ст. і до III гр. – важкого ст. Оцінка стану психоемоційної сфери пацієнтів проводилася за допомогою анкетного методу: за шкалою невротизації Вассермана та шкалою тривожності Спілберга-Ханіна.

Результати. Аналіз результатів анкетування за шкалою Спілберга-Ханіна свідчить про зростання ситуативної та особистісної тривожності у хворих на БА. Так у респондентів III групи показник ситуативної тривожності перевищує відповідний у пацієнтів I групи в 2,7 рази, II групи – в 1,4 рази. Подібна динаміка встановлена при досліджені особистісної тривожності, що підтвердилася вірогідним її зростанням у респондентів III групи – у 3,1 рази та 1,3 рази порівняно з відповідними показниками у пацієнтів I та II групи. При вивченні

стану невротизації за шкалою Вассермана встановлено, що високий рівень невротизації мали пацієнти III та II групи – 84% та 67% відповідно, низький – респонденти I групи – 38%.

Висновки. Таким чином, тяжкість перебігу БА обумовлює зміни психоемоційної сфери пацієнтів: чим гірше ступінь захворювання, тим більше виражені соматопсихічні розлади. Результати досліджень доводять доцільність визначення соматопсихічних порушень у пацієнтів на БА, використовуючи інформативні тести-опитувальники, що дозволить визначити ступінь дезадаптації та розробити ефективні профілактичні заходи загострень БА.

Диковицкий Ю.В.

ЭКСТРЕННОЕ ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра клинической фармакологии и внутренней медицины
Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Князькова И.И.

Актуальность. Острый инфаркт миокарда занимает одно из ведущих мест в структуре смертности и инвалидизации населения от сердечно-сосудистых заболеваний. Современный подход к лечению включает применение максимально быстрого восстановления коронарного кровотока с помощью интервенционных вмешательств.

Цель. Оценить эффективность эндоваскулярных методов коррекции коронарного кровотока у больного К.

Материалы и методы. Была проанализирована история болезни больного К., который в течение месяца отмечал приступы боли за грудиной стенокардического характера, за медицинской помощью не обращался. 24.12.17 около 18:00 отметил появление интенсивной некупируемой нитроглицерином загрудинной боли. Доставлен скорой медицинской помощью в отделение интервенционной кардиологии ГУ ``ИОНХ АМН Украины `` в ургетном порядке для выполнения коронарографии и определения дальнейшей тактики лечения.

Результаты. При выполнении электрокардиограммы выявлен инфаркт боковой стенки миокарда. По результатам коронарографии выполненной при поступлении выявлены: стеноз проксимальной передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии на 50%, средней передней межжелудочковой ветви на 70%, хроническая окклюзия дистальной передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии. Кровоток по передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии до уровня дистальной окклюзии в пределах нормы. Окллюзия первой диагональной ветви левой коронарной артерии, окллюзия проксимальной огибающей ветви левой коронарной артерии. Субтотальное поражения правой коронарной артерии с ее хронической окклюзией в средней трети. Дистальные отделы правой коронарной артерии наполняются коллатерально из передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии. 24.12.17 в 20:00 выполнено стентирование окллюзированных артерий. У больного достигнут первичный эффект от вмешательства — адекватное увелечение просвета стентированых сегментов сосудов, уменьшение клинических проявлений стенокардии напряжения.

Вывод. Проанализировав клинический случай экстренного интервенционного вмешательства при возникновении острого инфаркта миокарда можно отнести данный метод лечения к наиболее эффективных и безопасных и может быть рекомендован для широкого применения в клинической практике. Пациент с значительным улучшениям гемодинамики и общего самочувствия переведен для дальнейшего лечения и реабилитации в ``Институт терапии имени Л. Т. Малой АМН Украины``

Єрмак О.С., Галашко К.Ю.

ПРОГНОЗ РОЗВИТКУ ГОСТРОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ОЖИРІННЯ З УРАХУВАННЯМ РІВНІВ MRPROADM ТА КОПЕПТИНУ.

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

Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) продовжує займати перше місце у структурі смертності населення у багатьох країнах, особливо за умов наявності коморбідного ожиріння. Дуже часто перебіг ГІМ ускладнюється розвитком гострої серцевої недостатності (ГСН), що потребує пошуку нових діагностичних маркерів, що й обумовлює актуальність дослідження.

Мета дослідження – оцінка прогностичних властивостей MRproADM та копептину щодо розвитку гострої серцевої недостатності у хворих на гострий інфаркт міокарда із супутнім ожирінням.

Методи дослідження. Обстежено 75 пацієнтів з гострим інфарктом міокарда (ГІМ) і ожирінням, серед яких 38 хворих мали ускладнений перебіг захворювання у вигляді розвитку гострої серцевої недостатності (ГСН). 2 клас за Killip було виявлено у 44,8 %, а у 55,2 % пацієнтів виявили 3 клас за Killip. Копептин і MRproADM визначали імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «Human Copeptin» (Biological Technology, Shanghai) і «Human mid-regional pro-adrenomedullin (MRproADM)» (Biological Technology, Shanghai). Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету статистичних програм «Microsoft Excel». Дані представлено у вигляді середніх величин та похибки середнього. Статистична значимість різних середніх визначалася за критерієм F - Фішера.

Результати. У пацієнтів з ускладненим перебігом ГІМ у вигляді розвитку ГСН на тлі ожиріння виявлено достовірно вищий рівень MRproADM на 15,9 % ($p<0,01$) в порівнянні з хворими з ГІМ і ожирінням без ускладнень. Що стосується рівня копептину, то він показав тенденцію ($p=0,05$) до зростання при наявності ГСН у хворих на ГІМ і ожиріння, яка не досягала рівня достовірності в порівнянні з пацієнтами з ожирінням і неускладненим перебігом ГІМ. З метою удосконалення аналізу отриманих результатів було використано ранжування (за F-критерієм) ступеня відмінностей результатів у хворих з ГСН в порівнянні з хворими без ГСН на тлі ГІМ і ожиріння. Перше рангове місце займав MRproADM ($F=10,19$), друге - копептин ($F=1,37$).

Висновки. Наявність ускладнення у вигляді гострої серцевої недостатності у хворих з гострим інфарктом міокарда та ожирінням асоціювалося з підвищеною активністю MRproADM, що дає можливість використовувати його в якості маркера прогнозу.

Єчина С.М.

РАЦІОНАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ОЦІНЮВАННЯ РОЗМІРІВ ВОГНИЩА ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології,
Харків, Україна
Науковий керівник: доцентДобровольська І. М.

Розмір інфаркту міокарда (ІМ) є ключовим фактором довгострокового прогнозу хворих на ІМ. У зв'язку з цим безсумнівною метою лікування є обмеження його розміру. Однак в даний час немає універсальної моделі, що дозволяє лікувати пацієнтів в залежності від обсягу ураження міокарда. У клінічній практиці лікарі часто орієнтуються лише на непрямі ознаки розміру ІМ по електрокардіограмі (ЕКГ) і рівень тропоніну без чітко датованого часу його визначення.

Метою даного дослідження було проведення порівняльного аналізу існуючих методик вимірювання об'єму ураження міокарда, виявлення раціонального методу для оцінки розміру інфаркту в повсякденній клінічній практиці. Методики визначення розміру інфаркту можна поділити на кілька груп: засновані на оцінці електричної активності серця (електрокардіографія (ЕКГ), вектор-кардіографія (ВКГ)); візуалізуючі методики (ехокардіографія (ЕхоКГ), магнітно-резонансна томографія (МРТ) з контрастуванням, позітронно-емісійна томографія (ПЕТ)); морфологічна оцінка (гістохімічний аналіз міокарда); серологічна оцінка (рівень біохімічних маркерів некрозу в сироватці крові)

Недоліками ЕКГ і ВКГ є трудоємність оцінки, вплив супутніх змін на ЕКГ. Візуалізуючі методики дозволяють з максимальною точністю визначити обсяг ураження міокарда, але висока вартість і відсутність подібного обладнання в клініках не дозволяють застосовувати їх в рутинній клінічній практиці. Перевагами серологічної оцінки є: економічна рентабельність, доступність, висока кореляція з даними візуалізуючих методик.

Найкращим предиктором розміру інфаркту є величина тропоніну I, виміряного через 72 години від початку симптомів болю в грудях, але його застосування виправдане тільки для пацієнтів з відновленою перфузією. Тропонін T, виміряний через 72 години від початку гострого коронарного синдрому, також показує високу кореляцію з розміром інфаркту і не залежить від характеру реперфузії. Оцінка розміру інфаркту на підставі тропонінів точніша порівняно з креатинфосфокіназою (КФК), КФК-МВ, міоглобіном.

Висновки: вимір рівня тропоніну T через 72 годин від початку інфаркту міокарда є найбільш оптимальним методом оцінки обсягу ураження міокарда. Розмір вогнища інфаркту міокарда повинен визначати агресивність терапії і подальшу стратифікацію ризику у пацієнтів.

Журавльова М.І., Котелюх М.Ю.

ВИВЧЕННЯ УРАЖЕННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

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

Мета: вивчити ураженнякоронарних артерій у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) за наявності та відсутності цукрового діабету (ЦД) 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. Пацієнтів було поділено на хворих на ГІМ з коронарографією в залежності від наявності та відсутності ЦД 2 типу. Пацієнтів на ГІМ та ЦД 2 типу з коронарографією було 12 осіб, а хворих на ГІМ з відсутністю ЦД 2 типу з коронарографією – 16 осіб. Тяжкість ураження коронарних артерій оцінювали за допомогою шкали SyntaxScore. Для розрахунку шкали використано онлайн калькулятор SYNTAXScore. Ураження коронарних артерій вимірювали за допомогою шкали: помірний (<16 балів), важкий (≥ 16 балів) та дуже важкий (≥ 28 балів).

Результати дослідження. У пацієнтів на ГІМ без ЦД 2 типу переважало атеросклеротичне ураження та стеноз коронарних артерій порівняно з пацієнтами на ЦД 2 типу ($p<0,05$). Кількість хворих на ГІМ та ЦД 2 типу із субоклюзією та оклюзією коронарних артерій перевищувало хворих на ГІМ без ЦД 2 типу.

Висновки. У пацієнтів на ГІМ та ЦД 2 типу переважало тяжке ураження коронарних артерій порівняно з хворими без ЦД 2 типу, що може бути зумовлено метаболічними порушеннями за умов наявності ЦД 2 типу.

Завгородній А.С., Амер Л.Б.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ФАКТОРИ І ДИФЕРЕНЦИЙОВАНЕ ЛІКУВАННЯ КРОПИВ'ЯНКИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Бабаджан В.Д.

Однією з актуальних проблем сучасної медицини, яку доводиться вирішувати лікарям різних спеціальностей, є кропив'янка. Найбильш частими причинами кропив'янки є реакції гіперчутливості I типу на лікарські препарати, супутні захворювання, наприклад, хвороби шлунково-кишкового тракту, неопластичні процеси, системні захворювання сполучної тканини, фізичні фактори (температура навколишнього середовища, тиск, вібрація, інсоляція, фізичне навантаження), психогенні чинники, інфекції та ін. У випадках, коли встановити причину кропив'янки неможливо її називають ідіопатичною.

Мета роботи: встановити частоту виявлення інфекційних факторів при гострій та хронічній кропив'янці.

Матеріали та методи досліджень: було обстежено 23 хворих на гостру кропив'янку та 13 хворих на хронічну кропив'янку. Середній вік хворих склав 35±6 років. Для обстеження використовували фіброгастро-дуоденоскопію з уреазним тестом з біоптатами слизової оболонки шлунка для визначення H. pylori, специфічні IgE до candidaalbicans, специфічні IgG до C. Trachomatis, аналіз кала на дисбактеріоз, загально-клінічні дослідження.

Результати досліджень. У хворих на гостру кропив'янку інфекційні фактори склали 26,3%, імунологічні (алергічні) – 13,1%, неімунні механізми (псевдоалергічні фактори) – 54,5%, фізичні – 0,9%. У хворих на хронічну кропив'янку інфекційні фактори склали 50,1%, імунологічні (алергічні) – 9,6%, неімунні механізми (псевдоалергічні фактори) – 36,2%, фізичні – 0,1%. Найбільш частими інфекціями при гострій кропив'янці були хелікобактерна інфекція у 65,1% випадків, очаги хронічної інфекції (хронічний бронхіт, холецистит, пієлонефрит, рино-синусит) у 26,6%, кандидоз у 6%, хламідіоз у 2,3%, дисбіоз кишечника у 4%. Найбільш частими інфекціями при хронічній кропив'янці були хелікобактерна інфекція у 57,2% випадків, очаги хронічної інфекції (хронічний бронхіт, холецистит, пієлонефрит, рино-синусит) у 17,4%, кандидоз у 16,7%, хламідіоз у 8,3%, дисбіоз кишечника у 10%.

Імунологічними механізмами сенсибілізації до H.pylori при кропив'нці можуть слугувати: збільшення рівня прозапальних цитокінів - інтерлейкіну-8 та фактора активації нейтрофілів в епітеліальних клітинах; експресія нейтрофилами рецепторів CD11b/CD18 внаслідок дії протеіназ H. Pylori; стимуляція ICAM-1-опосередкованої адгезії лейкоцитів до ендотеліальних клітин.

Висновки: для успішного лікування гострої та індукції ремісії хронічної кропив'янки рекомендується визначення та лікування інфекційних факторів, таких як Helicobacter pylori, candidaalbicans, C. Trachomatis, дисбактеріоз кишковика, які можуть сприяти виникненню кропив'янки.

Заїкіна Т. С., Куба Д. М., Мукоко Мбумбе-Кінг Кевін

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ РІВНЕМ SVE–КАДГЕРИНУ ТА ПОКАЗНИКАМИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ КРОВІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Бабаджан В.Д.

Мета дослідження: вивчити кореляційні зв'язки між рівнем sVE-кадгерину та показниками ліпідного профілю у хворих на гострий інфаркт міокарда з супутнім цукровим діабетом 2-го типу.

Матеріали і методи: контингент дослідження склав 60 хворих на гострий інфаркт міокарда з ЦД 2 типу, серед них 27 чоловіків (45%) та 33 жінки (55%), середній вік яких склав 67,55 ± 1,29 років. Рівень sVE-кадгерину визначався імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми «BenderMedSystem» (Австрія) на імуноферментному аналізаторі “Labline-90” (Австрія). Біохімічне дослідження включало визначення рівня загального холестерину (ЗХС) й ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), що проводили пероксидазним методом з використанням набору реактивів «CholesterolLiquicolor» фірми «Human» (Німеччина) у сироватці крові, стабілізованою гепарином. Рівень ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) визначався за математичною формулою = ЗХС – (ЛПДНЩ + ЛПВЩ), (ммоль/л).

Результати. В групі хворих на гострий інфаркт міокарда з супутнім цукровим діабетом 2-го типу виявлено прямий кореляційний зв’язок між рівнем sVE-кадгерину та рівнем загального холестерину ($r=0,37$, $p<0,05$), холестерином липопротеїдів низької щільності ($r=0,31$, $p<0,05$), що свідчить про безпосередній зв’язок рівня ендотелій-залежного медіатора sVE-кадгерину з проатерогенними субпопуляціями холестерину крові у хворих на гострий інфаркт міокарда з супутнім цукровим діабетом 2-го типу.

Висновки. У хворих на гострий інфаркт міокарда з цукровим діабетом 2-го типу продемонстровано прямий кореляційний зв’язок між рівнем sVE-кадгерину та рівнем загального холестерину, а також проатерогенною субпопуляцією холестерину крові (ЛПНЩ), що підтверджує вплив порушень ліпідного профілю на процеси дезінтеграції ендотеліоцитів.

Зайцева М.М.

ОЦІНКА АСОЦІАЦІЙ ПОЛІМОРФІЗМУ A1166C ГЕНА РЕЦЕПТОРА АНГІОТЕНЗИНА ІІ ПЕРШОГО ТИПА З ПОКАЗНИКАМИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ ТА БІЛКОВОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

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

Пряма участь ангіотензину ІІ в процесах розвитку фіброзної тканини в печінці обґрунтовує використання при неалкогольній жировій хворобі печінки (НАЖХП) у якості діагностичного маркера поліморфізм гена рецептора ангіотензина ІІ першого типа (AGTR1), значення котрого в патогенезі артеріальної гіпертензії (АГ) доведено багатьма дослідниками. Актуальним є питання щодо наявності взаємозв’язків між генотипами поліморфізму A1166C гена AGTR1 та показниками функціонального стану печінки у хворих на АГ з супутньою НАЖХП.

Мета – оцінити асоціації поліморфізму A1166C гена рецептора ангіотензина ІІ першого типа з показниками функціонального стану печінки та білкового обміну у хворих на АГ у поєднанні з НАЖХ.

Методи дослідження. Обстежено 55 хворих на АГ у поєднанні з НАЖХП. Пацієнти за дизайном дослідження додатково були розподілені на підгрупи в залежності від носійства генотипів гена AGTR1 (A1166C): до першої підгрупи увійшло 10 осіб з С/С генотипом, до другої – 29 хворих з А/С генотипом, до третьої – 16 з А/А генотипом. У всіх пацієнтів біохімічні показники крові визначалися за стандартними загальноприйнятими методиками: аспарагінова та аланінові амінотрансферази (АСТ, АЛТ), гамаглютамілтранспептидаза (ГГТП), лужна фосфатаза (ЛФ), білірубін, тимолова проба (ТП), білковий спектр крові (вміст альбумінів і гамаглобулінів) за допомогою колориметра фотоелектричного КФК-2. Індекс де Рітіса (DRr) розраховувався як коефіцієнт, якщо значення АСТ розділити на значення АЛТ. Дослідження алельного поліморфізму A1166C гена рецептора ангіотензина ІІ першого типа проводили методом полімеразної ланцюгової реакції з електрофоретичною детекцією

результатів з використанням наборів реактивів «SNP-ЕКСПРЕС» виробництва ТОВ НВФ «Літех» (РФ). Математична комп'ютерна обробка результатів проведена за допомогою програмного пакету «Statistica 6,0» (StatSoft Inc, США).

Результати. У ході дослідження встановлено, що у носіїв С/С генотипу гена AGTR1 (А1166С) АСТ дорівнювала 0,95±0,14 ммоль/л, АЛТ – 0,82±0,13 ммоль/л, DRr склав 1,16±0,12 од., ЛФ мала значення 2006,43±117,25 нмоль/л, ТП – 3,98±0,12 од., рівень загального білірубіну становив 16,53±0,62 ммоль/л, ГГТП – 7,22±0,13 ммоль/л, а альбуміни – 46,71±1,85 %. АСТ мала значення 0,76±0,11 ммоль/л, АЛТ – 0,79±0,12 ммоль/л, DRr – 0,96±0,11 од., ЛФ – 1986,39±116,17 нмоль/л, ТП – 3,69±0,11 од., загальний білірубін – 14,84±0,23 ммоль/л, ГГПТ – 5,98±0,12 ммоль/л, альбуміни – 48,81±1,36 % у носіїв А/С генотипу; а у носіїв С/С генотипу значення дослідних показників дорівнювали 0,29±0,15 ммоль/л, 0,49±0,17 ммоль/, 0,59±0,14 од., 1976,51±123,72 нмоль/л, 3,51±0,09 од., 14,06±0,55 ммоль/л, 3,89±0,14 ммоль/л і 52,18±1,48 % відповідно. Порівняння показників між підгрупами продемонструвало відсутність суттєвих змін щодо значень ЛФ, ТП, загального білірубіну й альбумінів у залежності від генотипів гена AGTR1 (А1166С). Не знайдено нами також вірогідних відмінностей за показниками функціонального стану печінки та білкового обміну між носіями С/С і А/С генотипів. Проте, носії С/С і А/С генотипів мали вірогідно вищі рівні АСТ, АЛТ, DRr і ГГПТ, ніж носії А/А генотипу. Так, у носіїв С/С і А/С генотипів рівень АСТ був на 69,47 % і 61,84 % вище ніж у носіїв А/А генотипу, АЛТ – на 40,24 % і 37,97 %, DRr – на 49,14 % і 38,54 % і ГГПТ – на 46,12 % і 34,95 % відповідно.

Висновки. Отримані дані засвідчують, що розвиток і прогресування ураження печінки у хворих на АГ у поєднанні з НАЖХП залежать від поліморфізму гена AGTR1 (А1166С) і пов'язані з алелем С і генотипами А/С і С/С.

Затолока Д. В.

ТЕРАПЕВТИЧНИЙ ЕФЕКТ ОРОТАТА МАГНІЯ У ЧОЛОВІКІВ МОЛОДОГО ВІКУ С АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Харківський національний медичний університет
Кафедра клінічної фармакології і внутрішньої медицини
Харків, Україна
науковий керівник: професор Князькова І.І.

Магній – це один з найнеобхідніших макроелементів в організмі людини. Цей мінерал активно впливає на метаболізм тканин, регулює процеси нервової і м'язової збудливості, підтримує нормальний рівень артеріального тиску. Недостатність магнію лежить в основі багатьох захворювань серцево-судинної системи.

Мета роботи. Оцінити ефективність антигіпертензивної терапії у комплексі з оротатом магнію у чоловіків молодого віку з артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 23 пацієнта. Середній вік – 31,4±10,3 року. 1-у групу склали – 15 чоловіків, яким була призначена комплексна терапія – інгібітор АПФ і оротат магнія ("Магнерот®", "Верваг Фарма", Німеччина) по 500 мг 3 рази на добу протягом 8-ми тижнів. 2-у групу – 8 чоловіків, яким був призначений один препарат (із групи інгібіторів АПФ). В контрольну групу були включені 10 практично здорових чоловіків, середній вік яких складав 31,0 ± 4,7 року.

Для проведення добового моніторування АТ (ДМАТ) використовувався прилад "АВРМ-02" (Meditech, Угорщина). Проведення тесту Інституту мікроелементів ЮНЕСКО дозволив виявити наявність або відсутність дефіциту магнію. Результати тесту інтерпретували відповідно до встановленої тестом шкали. За допомогою автоматичного біохімічного аналізатора була виявлена концентрація магнію в сироватці крові.

Результати. Через 8-м тижнів безперервної антигіпертензивної терапії з додаванням оротата магнію спостерігалося більше зниження офісного АТ: САТ - на 22,6 мм рт.ст., ДАТ - на 12,8 мм рт.ст. і пульсового АТ - на 9,8 мм рт.ст. і в групі порівняння відповідно на 20,3, 8,3 і 11,8 мм рт.ст. За даними ДМАТ в 1 групі відзначено достовірно більше зниження максимального САД вдень і максимального САТ і ДАТ в нічний час, ніж у 2 групі. Виявлена

позитивна динаміка варіабельності АТ. За даними ДМАТ в 1 групі спостерігалося достовірно більше зниження швидкості ранкового підйому САТ (на 12,7%, p <0,05) в порівнянні з 2 групою.

У хворих 1 групи відзначено істотне підвищення вмісту магнію в сироватці крові через 8 тижнів лікування, при порівнянні цих значень з даними групи здорових осіб достовірних відмінностей не виявлено, що свідчить про заповнення дефіциту магнію у пацієнтів 1-ї групи.

Після проведеного лікування у пацієнтів обох лікувальних груп відзначено достовірне зниження загального ХС (p <0,05) та індексу атерогенності (p <0,05) в порівнянні з вихідними. Крім того, в 1 групі виявлено достовірне підвищення рівня ХС ЛПВЩ (p <0,01), що свідчить про позитивну динаміку ліпідного обміну на тлі комплексної терапії з включенням оротата магнію в порівнянні з монотерапією інгібітором АПФ.

Висновки. Проведення комплексної терапії з включенням оротата магнію у молодих чоловіків з АГ дало такі результати: зниження максимальних значень САТ і ДАТ протягом доби та варіабельності їхніх значень, позитивний вплив на концентрацію магнію в сироватці крові та ліпідний обмін.

Кадикова О.І., Кравчун П.П.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОДІЛУ ПОЛІМОРФІЗМУ G-308A ГЕНА ФАКТОРА НЕКРОЗУ ПУХЛИНИ – А У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Й ОЖИРІННЯ

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

Мета – провести оцінку гендерних особливостей розподілу поліморфізму G-308A гена фактора некрозу пухлини – α у хворих на ішемічну хворобу серця й ожиріння.

Матеріали та методи дослідження. Із метою дослідження проведено комплексне обстеження 222 хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС) й ожирінням.

Результати. Встановлено, що у чоловіків, хворих на ІХС й ожиріння, алель А зустрічався в 41,91 % випадків, а алель G – в 58,09 %; у жінок розподіл алелів поліморфізму G-308A гена фактора некрозу пухлини (ФНП) – α мав схожий характер: 44 пацієнтки мали алель А (37,61 %) і 73 – алель G (62,39 %). Серед чоловіків генотип G/A мали 38,1 %, A/A – 31,42 % і G/G – 30,48 %, серед жінок – 37,61 %, 21,37 % і 41,02 % відповідно. Й у чоловіків, й у жінок вірогідне частіше зустрічалось носійство алеля А, генотипів G/A і A/A поліморфізму G-308A гена ФНП – α у порівнянні з групою контролю і рідше алеля G і генотипу G/G (p<0,05). Визначено, що у чоловіків на 10,05 % вірогідно більшою була частота виявлення генотипу A/A і на 10,54 % меншою – генотипу G/G, ніж у жінок.

Висновки. Тобто, чоловіча стать у хворих на ІХС й ожиріння пов’язана з генотипом A/A поліморфізму G-308A гена ФНП – α, що свідчить про підвищення кардіоваскулярного ризику у чоловіків порівняно з жінками за даним поліморфізмом.

Кеся В.Ю., Сікало Ю.К.

ПОШИРЕНІСТЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №3
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Журавльова Л.В.

Актуальність: На сьогоднішній день цукровий діабет 2 типу (ЦД 2) є безперечним фактором ризику розвитку кардіоваскулярної патології. Число хворих з поєднаним перебігом ЦД 2 і таких серцево-судинних захворювань (ССЗ) як артеріальна гіпертензія (АГ) та

ішемічна хвороба серця (ІХС) неухильно зростає, в 2-5 рази збільшуючи ризик розвитку мікро- та макроангіопатій, у порівнянні з особами без порушень вуглеводного обміну.

Мета наукової роботи: вивчити поширеність факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань у хворих на ЦД 2.

Матеріали і методи: У дослідженні брало участь 20 пацієнтів ендокринологічного відділення КЗОЗ «ХОКЛ ЦЕМДіМК» з поєднаним перебігом ЦД 2 і АГ - 9 жінок і 11 чоловіків, що становлять 45% і 55% відповідно. Середній вік обстежених - 56,5 ± 5,5 років (мін. - 47 років, макс. - 66 років). Тривалість захворювання - 14,7 ± 5,8 років (мін. - 9 років, макс. - 26 років). Усім пацієнтам проводилося клініко-лабораторне обстеження та анкетування зі збором анамнезу, спрямоване на пошук факторів ризику розвитку ССЗ. Статистичну обробку результатів проводили з використанням методів описової статистики.

Результати: Найбільш часто у пацієнтів з поєднаним перебігом ЦД 2 і АГ спостерігалися такі зміни лабораторних показників - глюкозурія (87%), протеїнурія (80%), гіперхолестеринемія (73,3%), глікемія понад 10 ммоль/л (67%), гіпопротеїнемія - (40%). Також у 73,3% хворих виявлено низьку прихильність до лікування АГ, а у 53,3% - до лікування ЦД. Обтяжений сімейний анамнез за ЦД відзначили 46,67%, за АГ - 40% обстежених. Крім того, серед пацієнтів поширені паління (40%), недотримання рекомендацій щодо ведення здорового способу життя - (40%), прийом алкоголю (33,3%). Відзначено вплив зайвої ваги - ожиріння 3 ст. у 33,3% хворих, ожиріння 2 ст. - у 26,7%, ожиріння 1 ст. - у 20%, надмірна вага - у 20%, наявність ожиріння у близьких родичів відзначили 26,7% опитаних.

Висновок: Таким чином, контроль глікемії, ліпідного рівня та артеріального тиску в межах норми, дотримання комплаєнсу з лікування ЦД 2 і АГ, відсутність шкідливих звичок і здоровий спосіб життя - гарантія успіху в профілактиці розвитку і прогресування ССЗ.

Кисиленко Е.В.

УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-22 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

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

На протяжении многих десятилетий заболевания сердечно-сосудистой системы являются одной из ведущих причин смертности и инвалидности в мире. В структуре распространенности болезней системы кровообращения в Украине ведущее место занимает гипертоническая болезнь (ГБ) – 55,8%. Абдоминальное ожирение (АО) часто сопровождает ГБ, а также является одним из важнейших факторов риска ее возникновения. В последнее время была сформулирована концепция согласно которой в патогенезе ожирения значительную роль играет воспалительный процесс, медиаторами которого являются цитокины. В литературе существуют данные о повышении уровня интерлейкина-22 (ИЛ-22) при хронических воспалительных состояних, таких как псориаз, атопический дерматит, ревматоидный артрит, сахарный диабет 2 типа. Однако роль ИЛ-22 в патогенезе ожирения является недостаточно изученной.

Цель - изучение уровня интерлейкина-22 в сыворотке крови у больных гипертонической болезнью в зависимости от наличия абдоминального ожирения.

Материалы и методы. Обследовано 95 человек (83 больных гипертонической болезнью и 12 практически здоровых добровольцев). Возраст пациентов колебался от 41 до 78 лет. Медиана составила 59,0 лет.Все больные прошли детальное клиническое, антропометрическое, лабораторное обследование, которое включало в себя измерение артериального давления, определение роста, массы тела, окружности талии (ОТ), объема бедер (ОБ), расчет индекса ОТ/ОБ, индекса массы тела (ИМТ). Определение уровня ИЛ-22 в

плазме крови проводилось иммуноферментным методом с использованием набора Bender Medsystems®HumanIL-22 PlatinumELISA.

Результаты обследования. Обследованные пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от наличия АО. В 1 группу включены пациенты с ГБ на фоне АО (n = 43), 2 группу составили пациенты с ГБ без признаков АО (n = 40). Группу контроля составили 12 практически здоровых людей. Полученные данные свидетельствуют о достоверно высшем уровне ИЛ-22 у пациентов 1 группы (30,82 (28,43; 49,26) пг/мл) в сравнении с пациентами 2 группы (26,95 (23,22; 29,61) пг/мл; (p<0,001). Так же отмечено, что уровень ИЛ-22 в сыворотке крови у пациентов 1 и 2 группы значительно достоверно выше, чем в группе контроля (19,81 (18,77; 20,15) пг/мл); (p<0,05). Корреляционный анализ выявил достоверные корреляционные связи у мужчин 1 группы между ИЛ-22 и ОТ (R= 0,97; p<0,05), ОТ/ОБ (R=0,88; p<0,05), массой тела (R=0,80; p<0,05), ИМТ (R=0,88; p<0,05). У женщин этой же группы установлены достоверные корреляционные связи между ИЛ-22 и ОТ (R=0,56; p<0,05), ОТ/ОБ (R=0,51; p<0,05), массой тела (R=0,75; p<0,05), ИМТ (R=0,87; p<0,05). У мужчин 2 группы отмечено, что ИЛ-22 так же достоверно коррелирует с ОТ (R=0,48;p<0,05), с ОТ/ОБ (R=0,69; p<0,05), с массой тела (R=0,77; p<0,05) и с ИМТ (R=0,84; p<0,05). Выявлено так же, что у женщин 2 группы ИЛ-22 имеет тесные корреляционные связи с ОТ (R=0,71; p<0,05), ОБ (R=0,62; p<0,05), с ОТ/ОБ (R=0,56; p<0,05), с массой тела (R=0,68; p<0,05) и с ИМТ (R=0,76; p<0,05). В группе контроля достоверные корреляционные связи ИЛ-22 с антропометрическими показателями не были выявлены.

Выводы. Полученные результаты могут свидетельствовать в пользу того, что уровень интерлейкина-22 в сыворотке крови человека тесно взаимосвязан с наличием гипертонической болезни и абдоминального ожирения.

Ковальова Ю.О., Давид Кетрин, Дхаруман Прія

ВПЛИВ СТАТИНІВ НА ЕНДОТЕЛІЙ У ХВОРИХ НА СТЕНОКАРДІЮ

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

Позитивні клінічні ефекти статинів пов’язані не тільки із зниженням рівня холестерину (ХС) ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), але й багатьма плейотропними ефектами.

Мета дослідження - оцінка судинного ефекту аторвастатину у пацієнтів із стабільною стенокардією П функціонального класу (ФК) з ожирінням.

Матеріал і методи. Обстежено 74 пацієнта, які рандомізовані в 3 групи: А – аторвастатин в дозі 10 мг/доб., В – терапія аторвастатином 40 мг/доб. і С – звичайна терапія. Оцінювали судинний ефект аторвастатину по ендотелійзалежній вазодилятації (ЕЗДВ) плечової артерії на ультразвуковому апараті HD11XE (Philips,USA).

Результати дослідження. У всіх досліджуваних групах рівень загального холестерину знизився через 4 тижні спостереження (4,6 (4,0; 5,4); 4,4 (4,2; 4,9) і 4,6 (4,1; 5,5) ммоль/л і ХС ЛПНЩ (2,4 (2,1; 3,2); 2,6 (2,2; 3,1) і 2,4 (2,3; 3,3) ммоль/л відповідно по групах. При цьому в групі активної терапії аторвастатином 40 мг/доб. спостерігалось найбільш виражене зниження рівня ЗХС і ХС ЛПНЩ.

І протягом лікування в групі стабільної дози аторвастатину 10 мг/доб. зміни ЕЗВД були статистично не значимими на всіх етапах спостереження (5,8 (4,3; 7,8)%. В групі активної терапії аторвастатином в 40 мг/доб. через 4 тижні спостереження ЕЗДВ підвищилось на 28,3% (6,5 (5,2; 8,0)%. В контрольній групі через 4 тижні відмічено значиме зниження ЕЗДВ на 13,1(5,0 (3,3; 8,1) %.

Висновки: лікування аторвастатином в дозі 40 мг/доб. значимо покращує функцію ендотелію у хворих на стабільну стенокардію з ожирінням.

Кожем'яка Г.В.

ПЛАЗМАТИЧНИЙ РІВЕНЬ ОСТЕОПОНТІНУ, ІНТЕРЛЕЙКІНУ-15 У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ОЖИРІННЯ

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

Основна причина смертності серед пацієнтів в більшості країн світу – серцево-судинні захворювання. Щорічно від них вмирає біля 17,5 млн. людей за даними ВООЗ. Беручи до уваги гіпертонічну хворобу (ГХ), в Україні на 2015 рік було зареєстровано 788214 хворих. Однією з найважливіших ознак наявності гіпертонічної хвороби є ремоделювання міокарда лівого шлуночка (ЛШ). Ремоделювання ЛШ супроводжується розвитком інтерстиційного фіброзу, маркером котрого є остеопонтін. Гіперпродукція цитокінів також впливає на ремоделювання міокарда. Інтерлейкін-15 (ІЛ-15) – прозапальний цитокін, що відображає аутоімунне запалення.

Мета дослідження - вивчення взаємозв'язку між рівнем остеопонтіну, ІЛ-15 у плазмі крові та антропометричними показниками, структурно-функціональними змінами міокарда ЛШ у хворих на ГХ.

Матеріали та методи. Було досліджено 75 хворих на ГХ. Проведений кластерний аналіз методом К-середніх з 50-кратною кросс-перевіркою. Всі пацієнти були розподілені по кластерам за рівнем остеопонтіну та ІЛ-15. 1 групу склали 22 пацієнта, 2 групу - 17 пацієнтів, 3 групу - 14 пацієнтів, 4 групу - 22 пацієнта. Всім хворим проведено детальне клінічне, антропометричне, лабораторне обстеження, яке включало вимірювання артеріального тиску, визначення зросту, маси тіла, об'єму талії (ОТ), об'єму стегон (ОС), розрахунок індексу ОТ/ОС, індексу маси тіла (ІМТ). Ультразвукове дослідження серця проводили за допомогою ультразвукового сканера RADMIR-628A (Україна, Харків) за загальновизнаною методикою в М-, В- і D- режимах ехолокації, згідно з рекомендаціями Американського ехокардіографічного товариства (AmericanSsocietyofEchocardiography - ASF). Всім пацієнтам визначали рівень остеопонтіну в плазмі крові імуноферментним аналізом за допомогою набору «Human Osteopontin Assay Kit –IBL Co., Ltd» Japan, інтерлейкіну-15 в плазмі крові за допомогою набору «RayBio® Human IL-15 Elisa Kit» USA.

Результати обстеження. Отримані 4 непересічні кластери (p=0,126). Виявлено прямий кореляційний зв’язок між рівнем остеопонтіну та ІЛ-15 у плазмі крові. Не дивлячись на відсутність достовірних відмінностей з іншими кластерами, та більше того, на тенденцію до зростання ІММ та ІММз^{2,7} 2-й кластер (з найменшим рівнем остеопонтіну, ІЛ-15) характеризується максимально сприятливими показниками діастолічного наповнення ЛШ як в ранню, так і в пізню діастолу. У той же час пацієнти з високими рівнями остеопонтіну та ІЛ-15 (3-й кластер) характеризуються достовірною тенденцією до зниження швидкості ранньої діастолічної релаксації міокарду та підвищенням тиску наповнення ЛШ. Відмічається, що підвищення рівеня остеопонтіну без підвищення рівня ІЛ-15 супроводжується зниженням діастолічної функції ЛШ – (4-й кластер).

Висновки. Підвищення рівня остеопонтіну пов’язане з несприятливим станом наповнення ЛШ в ранню та пізню діастолу.

Колотілов О.В., Тиркін Д.Д.

КОМПЛЕКСНИЙ НАВАНТАЖУВАЛЬНИЙ ТЕСТ: ВИЯВЛЕННЯ ПРИХОВАНИХ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №3
Харків, Україна
Науковий керівник: Філоненко М.В.

Актуальність. Артеріальна гіпертензія (АГ) - серйозний фактор розвитку подальшої серцево-судинної патології. Клінічно явній АГ передує період латентних порушень гемодинаміки, тому актуальним є пошук інформативних предикторів розвитку АГ у практично здорових людей. Одним із шляхів виявлення прихованих гемодинамічних порушень є метод функціональної діагностики процесу кровообігу - кількісний аналіз зв'язків параметрів артеріального тиску (КАЗПАТ): побудова індивідуальної лінійної регресії за рядом величин АТ пацієнта, щобули отриманіпід час спостереження.

Мета: Вивчити можливості виявлення прихованих гемодинамічних порушень у практично здорових людей за допомогою комплексного навантажувального тесту, що моделює різні умови функціонування організму та індивідуального статистичного моделювання за параметрами АТ, що були отримані під час тестування.

Завдання: 1. Визначити тип (за КАЗПАТ) і клас гемодинаміки (за номограмою) у практично здорових молодих людей за результатами щоденних вимірювань АТ протягом тижня. 2. Провести одномоментний комплексний навантажувальний тест із вимірюванням артеріального тиску: ортостаз, кліностаз, фізичне навантаження, отримані величини АТ використати для визначення типу за КАЗПАТ і класу гемодинаміки. 3. Виявити осіб з патологічними класами гемодинаміки з урахуванням даних тестування, щоденних вимірювань та їх сукупності.

Матеріалита методи. Обстежено практично здорових студентів - 19 жінок, 8 чоловіків, середній вік групи - 20,4 ± 0,2 років. Проводилося анамнестичне анкетування за спеціально складеною анкетою для виявлення факторів ризику АГ, вимірювання артеріального тиску автоматичним тонометром щоденно 1-2 рази на день протягом тижня, а також одноразово - комплексний тест на толерантність до фізичних навантажень, під час якого проводилися послідовно: ортостатична та кліностатична проби, а потім - присідання в швидкому темпі. АТ вимірювалося 15 разів: перед початком, на 1-й, 3-й, 5-й і 10-й хв кожного навантаження і при відпочинку. Отримані величини АТ використані для КАЗПАТта класифікації гемодинамічних станів за діагностичною номограмою у кожної обстеженої особи. Результати оброблені за допомогою статистичних методів, відмінності вважалися статистично значущими при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. Середнє АТ в групі відповідало оптимально нормальному: 114,8 ± 2,6 мм.рт.ст. - систолічний (САТ), 70,3 ± 1,4 мм.рт.ст. - діастолічний (ДАТ). За щоденним вимірюванням гармонійний тип гемодинаміки (Н) визначено у 62,9% (17 осіб), у решти були виявлені дисфункціональні типи, найчастішим з яких був діастолічний (D) - у 26% (7 осіб). Систолічний тип (S) склав лише 11,1% (3 осіб). Під час проведення комплексного навантажувального тесту кількість осіб з Н-типом збільшилася, досягши 79%. Особи з D-типом достовірно відрізнялися від осіб із Н-типом зниженою величиною безпульсового тиску Q, що відображає кровоток в кінцевій частині артеріол, як за КАЗПАТ при щоденних вимірюваннях (66,1 ± 3,5 мм.рт.ст. і 83,8 ± 3,5 мм.рт.ст. відповідно), так і за результатами проби (81,3 ± 1,6 мм.рт.ст. і 93,8 ± 3,5 мм.рт.ст. відповідно), $p < 0,05$.При визначенні класів гемодинаміки за допомогою номограми при комплексному навантаженні були виділені 3 класи осіб з «гіпертензивними» (тобто характерними для АГ) класами: Н3 - у 23% і Н0 - у 25% ($p < 0,05$), а також D3 (5%). За даними щоденних вимірювань з «гіпертензивних» класів виявлено лише клас D3 - 8% випадків.

Висновки: 1. Використаний нами комплексний навантажувальний тест, що моделює різні умови функціонування організму, дозволяє оперативно отримати достатню кількість величин АТ для їх подальшого аналізу.

2. Індивідуальне статистичне моделювання дозволяє серед практично здорових людей виявити осіб з латентними гемодинамічнимипорушеннями: патологічними типами і класами, в тому числі гипертензивного плану (Н3, Н0, D3): у 68% - під час комплексного навантажувального тесту, у 37% під час щоденних стандартних вимірювань АТ в спокої.

Колюбаєва О. Ю.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ІНФЕКЦІЙНОГО ЕНДОКАРДИТУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини № 3
Харків, Україна
Науковий керівник: Кулікова М. В.

Актуальність. Інфекційний ендокардит (ІЕ) належить до числа важких патологій з ураженням клапанів серця і/або пристінкового ендокарда та супроводжується бактеріємією, тромбоемболічним синдромом, ураженням внутрішніх органів. Клінічна картина захворювання відрізняється вираженим поліморфізмом - від класичних форм до атипових, що протікають з субфебрильною або нормальною температурою, превалюванням екстракардіальної симптоматики. Виділяють наступні «маски ендокардиту»: тромбоемболічна, ниркова, гематологічна, імунна та за типом гострого інфекційного захворювання. Тому рання діагностика ІЕ являє собою досить трудомісткий процес і може затягнутися на тривалий час, незважаючи на застосування сучасних діагностичних методів. За даними літератури летальність при ІЕ складає 40-60 % і пов'язана з розвитком поліорганної недостатності та сепсису у хворих.

Мета: вивчення клінічного перебігу інфекційного ендокардиту у пацієнта з первинною маніфестацією захворювання у вигляді негоспітальної пневмонії.

Матеріали і методи дослідження. Проведена курація та проаналізовано історію хвороби пацієнта, який знаходиться на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні КЗОЗ "ОКЛ-ЦЕМД ТА МК".

Результати. Хворий А., 29 років, з діагнозом: Інфекційний ендокардит трикуспідального клапану, активна фаза. Недостатність трикуспідального клапану 2 ст., СН II Б зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка. Легенева гіпертензія. Гіпохромна анемія. Негоспітальна пневмонія, період розпалу, III кл. гр. ЛН I-II ст. Пацієнт поступив зі скаргами на кашель з мізерною мокротою, біль під лопаткою зліва, головний біль, слабкість і був госпіталізований до пульмонологічного відділення. З анамнезу з'ясувалося, що пацієнт вважає себе хворим протягом двох тижнів, а також близько чотирьох років внутрішньовенно вживає наркотичні речовини, палить. В ході подальшого дослідження у хворого виявились ознаки серцевої недостатності: тахікардія, задишка, набряки нижніх кінцівок. Під час проведення ехокардіографії (ЕхоКГ) були виявлені вегетації на стулках трикуспідального клапана і його недостатність, розширення правих відділів серця, гіпертрофія міокарда лівого шлуночку, ознаки легеневої гіпертензії, та встановлений дігноз інфекційного ендокардиту. У зв'язку зі скаргами та даними ЕхоКГ хворий А. був переведений в кардіологічне відділення. За результатами мікробіологічного дослідження мокротиння хворого було визначено двох збудників ІЕ - Streptococcusviridansta гриби родуCandida. Тести на носійство ВІЛ та вірусу гепатиту В, С – негативні. Під час лікування в кардіологічному відділенні пацієнту була проведена антибактеріальна та патогенетична терапія для усунення ознак серцевої недостатності. На даний момент хворий А. направлений у відділення хірургічного лікування інфекційого ендокардиту НІСССХ де йому буде проведено клапанозберігаючу операцію або біопротезування клапана.

Висновки. Проблема інфекційного ендокардиту носить соціальний характер, оскільки основну групу пацієнтів складають ін'єкційні наркомани, як і в нашому клінічному випадку.

Летальність при ІЕ залишається на високому рівні, не зважаючи на велику кількість антибактеріальних препаратів та використання активної хірургічної тактики у лікуванні. Своєчасна діагностика захворювання має велике значення для прогнозу на одужання, подальше життя та працездатність у пацієнтів з ІЕ.

Котелюх М.Ю. Завгородній А.С.

ВИВЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЕКСТРАЦЕЛЮЛЯРНОГО МАТРИКСУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

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

Мета: вивчити показники міжклітинного матриксу у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) за наявності цукрового діабету (ЦД) 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні було залучено 70 хворих на ГІМ залежно від наявності ЦД 2-го типу. До контрольної групи ввійшли 20 умовно здорових осіб. Рівень матриксної металопротеїнази-13 (ММП-13), тканинного інгібітора металопротеїнази-4 (ТІМП-4), тенасцину С визначали методом імуноферментного аналізу.

Результати дослідження. У науковій роботі визначено зростанняММП-13 на 1-2 добу у хворих із ГІМ та ЦД 2-го типу на 94% в порівняні з групою контролю ($p<0,05$). Рівень ТІМП-4 на 1–2 добу був вірогідно вищим у хворих на ГІМ на 19% за наявності ЦД 2-го типу у разі зіставлення з контрольною групою ($p<0,05$). У хворих на ГІМ та ЦД 2-го типу вміст тенасцину С був вищим за контрольну групу на 14,9% ($p=0,07$).

Висновки. Таким чином, наявність ЦД 2-го типу асоціюється із гіперактивністю ММП-13, що переважає за ступенем виразності компоненти екстрацелюлярного матриксу з антагоністичними до деградації властивостями, а саме ТІМП-4 та тенасцин С.

Крапівко С.А., Мусаев Араз.

КАРДІОГЕМОДИНАМІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ.

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

Мета: Оцінитивплив магнію оротата на показники кардіогемодинаміки у хворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН), ишемічного генезу, та супутнім цукровим діабетом 2 типу (СД.)

Матеріали та методи. Обстежено 98 хворих на ХСН I- III ФК згідно Нью-йоркської асоціації серця (NYHA). Серед обстежених був 41 (41,8%) чоловік і 57 (58,2%) жінок. Середній вік склав 63,7% ± 1,0 рік. Контрольну групу (14 чоловіків, 6 жінок віком від 32 до 60 років) 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 додованням 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.

Результати. Під час розподілу пацієнтів з ХСН та ЦД 2 типу в залежності від стадії артеріальної гіпертензії (АГ) було виявлено, що в першій групі (n = 59) АГ I-II ст., і в другій (n = 25) АГ III ст. рівень магнію, систолічного артеріального тиску (САТ), діастолічного артеріального тиску (ДАТ), частоти серцевих скорочень (ЧСС) - достовірно не відрізнялися, але спостерігалась різниця в показниках кінцево-систолічного об'єму (КСО), кінцево-систолічного розміру (КСР), фракції викиду (ФВ) та в процесі лікування ці показники

змінювалися. Дослідження гемодінаміки під впливом терапії хворих виявило суттєвий вплив на нормалізацію морфофункціональних характеристик лівого шлуночка (ЛШ). Воно виявилось у збільшенні ФВ на 10% у 1 групі, на 18% у 2 групі, зменьшення КСР на 9,39% (p≤0,01), а КСО на 20,95% (p≤0,01) у 1 групі пацієнтів, і на 22,82% КСР (p≤0,01), і на 40,2% КСО(p≤0,01) у2 групі відповідно. На тлі гіпомагніємії хворі стають певною мірою резистентні до дії гіпотензивних препаратів. Таким чином, прийом магнію оротату ефективно знижує артеріальний тиск, а також підвищує ефективність стандартної гіпотензивної терапії при призначенні в комбінації.

Висновки: Фармакологічні ефекти магнію оротату на фоні базисної терапії ішемічної хвороби серця з хронічною серцевою недостатністю у хворих на цукровийй діабет 2 типу призводить до нормалізації морфо функціональних показників міокарду лівого шлуночка, показників систолічної функції та підвищення якості життя пацієнтів, зниження функціонального класу хронічної серцевої недостатності.

Куряча О.П.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОРУШЕНЬ СНУ ТА РІВНЯ ГЛІКОЗИЛЬОВАНОГО ГЕМОГЛОБІНУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини № 3
Харків, Україна
Науковий керівник: Огнєва О.В.

Численні дослідження демонструють зв'язок короткочасного та неякісного сну зі збільшенням захворюваності цукровим діабетом 2 типу (ЦД-2), абдоминальним ожирінням та метаболічним синдромом(МС) в цілому. У той же час абдомінальне ожиріння та МС можуть призводити до порушень сну, що, останнім часом, стало знаходити все більше наукових підтверджень. Однак на сьогоднішній день досліджень із цієї проблеми недостатньо.

Мета дослідження - дослідити частоту й особливості порушень сну у хворих на ЦД-2 та їх залежність від рівня глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) у досліджуваних осіб.

Матеріали та методи. В ендокринологічному відділенні обласної клінічної лікарні м. Харкова було проведено анкетування 34 хворих на ЦД-2 (20 жінок та 14 чоловіків) з використанням анкети бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну за Левіним, проведено роботу з історіями хвороб пацієнтів, виконано статистичний аналіз даних (програма Excel).

Результати. За даними анкетування, виражені порушення відзначили 66,3% опитуваних (42,8% жінок та 23,5% чоловіків). Виявлено вірогідну негативну кореляцію між бальними показниками за використаною анкетою та рівнем HbA1c хворих (r=-0,65, p<0,05), тобто, більш виразні порушення якості сну асоціювалися із більш високим рівнем HbA1c.

Висновки. Відзначена висока частота комбінованого перебігу ЦД-2 та порушень сну за суб'єктивними характеристиками. Виявлена негативна залежність між рівнем HbA1c та якістю сну може як свідчити про порушення сну як про маркер декомпенсації ЦД, так і бути самостійним фактором, що може погіршувати вуглеводний обмін та перебіг ЦД в цілому.

Латанська Н.С.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №3
Харків, Україна
Науковий керівник: к.мед.н. Сікало Ю.К.

Цукровий діабет(ЦД) – одне з найбільш поширених захворювань, яким страждає 10-15% населення. Виділяють класичну тріаду пізніх ускладнень ЦД: діабетична полінейропатія (ДП), ретинопатія та нефропатія, які призводять до погіршення якості життя, інвалідизації та смерті хворого. Діабетична полінейропатія характеризується прогресуючим руйнуванням

нервових волокон, що призводить до втрати чутливості та розвитку виразок стопи. Найбільш часто зустрічається дистальна симетрична сенсомоторна полінейропатія, що виникає у більшості випадків через 5 років від дебюту ЦД та у 50% хворих перебігає у безсимптомній формі.

Мета дослідження - визначити поширеність характерних для ДП скарг.

Методи дослідження. Проведено опитування та загальноклінічне обстеження 20 хворих на ЦД, що перебували в ендокринологічному відділенні Харківської обласної клінічної лікарні. Із них, у 75% діагностовано ЦД 2 типу, у 25% - ЦД 1 типу. Середній вік обстежених становив 58,1±7,5 років, середня тривалість захворювання - 9,5±3,4 років. Для оцінки ступеня вираженості симптомів ДП використовували модифіковану шкалу ДН (ModifiedNDSscore), де 3-4 бали відповідають легкому, 5-6 балів - середньоважкому, 7-10 балів - важкому ступеню вираженості симптомів.

Результати. Тривалість ЦД 10 та більше років мають 60% пацієнтів, менше 10 років - 40% пацієнтів. Залежно від домінуючих скарг, хворих було розподілено на групи: перша - 10 обстежених (50%) – пред'являли скарги на оніміння в нижніх кінцівках («німа стопа»), наявність уявлення про ходіння не босоніж, а в шкарпетках, уявлення про одягнені рукавички при триманні чи доторкуванні до будь-якого предмету («синдром шкарпеток та рукавичок»), порушення сну, слабкість в нижніх кінцівках, а також біль в стопах та гомілках в стані спокою (особливо в нічний час). Із числа пацієнтів першої групи троє відмітили часті пробудження вночі від болю, який виникає через дотик ковдри. Друга група представлена 25% хворих на ЦД, які скаржились на набряки, швидку втомлюваність нижніх кінцівок та біль при ходьбі. Третя група обстежених (25%) - не мали суттєвих скарг. Виявлено, що 90% опитаних палять в кількості 1 пачки на день. За ModifiedNDSscore у 15% хворих визначався важкий ступінь вираженості симптомів, у 75 % - середньоважкий, у 10% - легкий перебіг симптомів ДП.

Таким чином, ДП є частим ускладненням ЦД та потребує чутливих методів для ранньої діагностики. Рутинне використання спеціальних оціночних шкал ДП дозволить своєчасно виявити початкові нейропатичні порушення та призначити необхідне лікування.

Лисак М.С., Кисіль І.В., Сікало Ю.К.

ПОШИРЕНІСТЬ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ СЕРЕД ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №3
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Журавльова Л.В.

Цукровий діабет (ЦД) є дуже поширеним хронічним захворюванням, що пов'язане з порушенням обміну речовин. Висока медико-соціальна значимість ЦД характеризується зростаючою захворюваністю, інвалідизацією, а також розвитком серцево-судинних, неврологічних ускладнень, діабетичної ретино- і нефропатії внаслідок серйозного пошкодження органів-мішеней. Присутність коморбідних патологій ускладнює перебіг ЦД, знижує якість і тривалість життя пацієнтів.

Мета: оцінити поширеність коморбідних патологій серед хворих на ЦД.

Матеріали та методи. Обстежено 35 пацієнтів зі встановленим діагнозом ЦД, які перебували на лікуванні в ендокринологічному відділенні Обласної клінічної лікарні м. Харкова в 2017 році. Наявність супутніх захворювань підтверджували висновками з історії хвороби. Депресивний розлад виявляли за допомогою Шкали Гамільтона для оцінки депресії. Серед коморбідних станів виділяли артеріальну гіпертензію, хронічну серцеву недостатність, хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ), хронічне захворювання нирок, хронічний гепатит, гастрит або дуоденіт, виразкову хворобу шлунка або дванадцятипалої кишки, остеоартрит, ревматоїдний артрит, важкі порушення зору, депресію.

Статистичний аналіз проводили за допомогою методу описової статистики, достовірність відмінностей оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента.

Результати. Серед обстежених діагноз СД 1 типу було встановлено у 42,9% хворих, ЦД 2 типу - у 57,1%. Середній вік пацієнтів склав 48,2 ± 5,5 роки, тривалість захворювання - 15,4 ± 6,2 роки. Чоловіків було 14 (40%), жінок - 21 (60%).

Частота коморбідної патології розподілилася таким чином - артеріальна гіпертензія була присутня у 77,1% хворих, ішемічна хвороба серця - у 37,1%, хронічна серцева недостатність - у 28,6%, хронічна хвороба нирок - у 17,1%, тяжке порушення зору - у 11,4%, ХОЗЛ - у 14,3%, хронічний гепатит - у 14,3%, гастрит або дуоденіт - у 17,1%, виразкова хвороба шлунка або дванадцятипалої кишки - 2,9%, остеоартрит - у 34,3%, ревматоїдний артрит - у 11,4%, депресивний розлад різного ступеня вираженості (легкий і середньотяжкий) - у 28,6% обстежених. У всіх пацієнтів було присутнє, принаймні, одне супутнє захворювання, а у 85,7% - два і більше. Достовірна різниця за частотою виявленої патології в групах хворих на ЦД 1 типу і ЦД 2 типу не встановлена.

Таким чином, у хворих на ЦД виявлено широкий спектр хронічних станів. Найбільш часто перебіг ЦД супроводжується патологіями, що мають із ним спільні патофізіологічні механізми розвитку - серцево-судинними захворюваннями, хронічною хворобою нирок. Також значна поширеність характерна для захворювань суглобів і депресії - важливих чинників, що визначають подальший прогноз фізичної та ментальної активності. Первинна і вторинна профілактика, рання діагностика і лікування пацієнтів з коморбідною патологією за принципами доказової медицини - запорука високої якості і тривалості життя.

Луніна А.О.

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ КЛАСТЕРНОГО АНАЛІЗУ ДЛЯ КЛАСИФІКАЦІЇ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ КАРДІОМІОПАТІЮ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішніх хвороб №3
Харків, Україна
Науковий керівник: Сокольнікова Н.В.

Цукровий діабет 2 типу (ЦД-2) - це глобальна медико-соціальна проблема 21 століття.Патологія міокарду при ЦД-2 обумовленаспецифічними змінами, які властиві для ранніх ускладнень діабету. Мова йде про мікроангіопатії, макроангіопатії, вегетативну нейропатію та безпосереднє ураження кардіоміоцитів з наступним формуванням діабетичної кардіоміопатії (ДКМП)та діастолічної серцевої недостатності. Крім того, значну роль у розвитку серцево-судинних захворювань у хворих на ЦД-2 грає надмірна маса тіла. Ранні прояви абдомінального ожиріння - зміна спектра ліпідограмми на тлі інсулінорезистентності, гіперглікемії та гіперінсулінемії, -сприяють розвитку ДКМП.

Тому **метою дослідження** стало встановити нові способи раннього класифікування хворих з пошкодженням міокарду на тлі ЦД-2.

Методи та матеріали. Проаналізовано результати обстеження 102 хворих на ЦД-2 середньої важкості середнього віку. Контрольну групу складали 20 практично здорових людей. Групи були рівнозначні за віком і статтю. До роботи були включені дані фізикального обстеження, ехокардіографії і ЕКГ, вуглеводного, ліпідного спектрів, показники адипокінів і прозапальних інтерлейкінів.

Результати. Кореляційний аналіз проводили з використанням ліцензованої програми Statistica 6,0 між усіма досліджуваними показниками відповідно до їх закону розподілу. Вираховували коефіцієнт лінійної кореляції (R) та його достовірність (p). З метою виявлення найбільш сильних кореляційних зв'язків між маркерами ДКМП і отриманими даними було проведено багатомірний статистичний аналіз. На першому етапі була проведена природна класифікація хворих, яка проводилась методами кластерного аналізу після попередньої стандартизації показників. Методом ієрархічного об'єднання в кластери була отримана дендрограмма відстаней об'єднання для хворих на ЦД-2. Дендрограма показує відстані між

хворими в багатовимірному просторі досліджуваних показників, що відповідає такому поняттю як схожість об’єктів. Існує дві групи, на які ділиться вся вибірка пацієнтів. Якісний склад двох груп визначався за допомогою дивізивного методу *k*-середніх. При цьому знаходилося таке розбиття об'єктів на групи, щоб мінімізувати мінливість показників всередині кластерів і максимізувати відмінності між кластерами. З метою оцінки впливу кожного досліджуваного показника на розвиток ДКМП був використаний метод дерев класифікації. Такі дерева можуть будувати непараметричні моделі, що має важливе значення, оскільки закон розподілу за масою тіла не є нормальним. У роботі використовувався метод дискримінантного одновимірного розгалуження. Метод заснований на покроковій побудові дерева, при якому на кожному кроці вирішується питання, яку з термінальних вершин дерева, побудовану до даного моменту, слід розділити на даному етапі і яку використовувати.При отриманні дерева класифікації достовірність склала 88,3%, тоді як результати крос-перевірки - 85,4%, що свідчить про хорошу адекватність моделі. Отриману природну класифікацію можна розглядати як розподіл хворих на дві групи з різною вираженістю (помірною та значущою) кардіоміопатії на тлі ЦД-2. Найбільш інформативним показником для визначення вираженості розвитку ДМКП у хворих на ЦД-2 виявився індекс маси тіла (ІМТ), систолічний артеріальний тиск (САТ), середній гемодинамічний артеріальний тиск (СГАТ), а також відношення окружності талії до окружності стегон (ОТ/ОС). Значення ІМТ 28,47 кг/м^2 і САТ <150 мм. рт. ст. говорить про помірно виражену ДКМП, в той час як значення ІМТ більше 28,47 кг/м^2 і СГАТ більше 97,38 відповідає вираженому ступеню кардіоміопатії.

Висновок.Таким чином, у розвитку ДКМП у хворих на ЦД-2 переважну роль відіграє ІМТ та абдомінальне ожиріння. У разі підвищеної маси тіла навіть при низьких значеннях артеріального тиску показник ОТ/ОС грає вирішальну роль в прогнозуванні формування ДКМП.

Макарова А. В. Діхтяренко К. О.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ ВИСОКОГО РИЗИКУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №3
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Янкевич О.О.

Вступ. Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) являє собою патологію з великою кількістю різнорідних симптомів, тяжким перебігом і високим (до 30%) ризиком смерті.

Мета: на прикладі конкретного клінічного випадку оцінити ефективність тромболітичної терапії при ТЕЛА високого ризику.

Опис клінічного випадку. Пацієнтка В., 64 роки, перенесла операцію з приводу защемленої пахової кили. У післяопераційному періоді хвора відчула задишку в спокої, серцебиття, запаморочення, слабкість, майже до втрати свідомості, після чого була переведена в кардіологічне відділення.

Об’єктивно: загальний стан важкий, шкіра бліда, ЧСС 120/хв, АТ 80/60, ЧД 30/хв. На ЕКГ: синусова тахікардія, синдром «SI - Q III» (збільшення зубця S в I і поява патологічного зубця Q в III відведенні). При ехокардіографії виявлені ознаки ТЕЛА високого ризику: виражена дилатація правих відділів серця, тромби правого передсердя, висока легенева гіпертензія (систолічний тиск 98 мм. рт. ст.), високий тиск в нижній порожнистій вені (20 мм рт ст), зменшення лівих камер серця і зниження ударного об'єму лівого шлуночка (28 мл). При доплерографії судин нижніх кінцівок виявлений тромбоз глибоких вен лівої кінцівки. В даному випадку ТЕЛА стала ускладненням оперативного втручання та тривалої іммобілізації пацієнтки, яка сприяла утворенню тромбів у глибоких венах нижніх кінцівок. Проводилася тромболітична терапія: стрептокіназа застосовувалася внутрішньовенно (в/в) за прискореною схемою (1,5 млн. МО протягом 2 годин). Гепарин вводився за схемою: 5000 ОД в/в болюс,

потім інфузія зі швидкістю 1300 ОД/год. Через 5 днів гепарин був замінений на пероральній антикоагулянт - ривароксабан, який пацієнтці необхідно приймати протягом 3 місяців. Призначено також використання компресійних панчох для профілактики тромбозу.

При ехокардіографії в динаміці (через два дні після першого дослідження): розміри правих відділів серця зменшилися, тромби правого передсердя зникли, легенева гіпертензія знизилася, ліві камери серця досягли нормальних розмірів, ударний об'єм лівого шлуночка нормалізувався до 52 мл, що свідчить про виражену позитивну динаміку на фоні лікування.

Висновки. ТЕЛА є небезпечним станом, яке потребує своєчасної діагностики і невідкладного медичного втручання. Даний клінічний випадок є прикладом успішного лікування даного потенційно фатального ускладнення.

Мамасуєва Л.В., Шелест Б.О.

ЛІКУВАННЯ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЇ ЕКСТРАСИСТОЛІЇ У ХВОРИХ НА КЛІМАКТЕРИЧНУ КАРДІОПАТІЮ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішніх та професійних хвороб
Харків, Україна
Науковий керівник: Брек В.В.

Мета роботи: вивчити особливості антиаритмічних ефектів антагоніста кальцію верапамілу у хворих з клімактеричною кардіопатією і суправентрикулярною екстрасистолією.

Використані методи: обстежено 22 пацієнти з дисгормональною кардіоміопатією та суправентрикулярною екстрасистолією в віці 49-50 років. У 13 хворих (59,1%) спостерігався клімактеричний синдром; у 12 (54,8) - ознаки ішемічної хвороби серця (ІХС). У 14 пацієнток на ЕКГ визначався негативний або 2-х фазний зубець Т. Верапаміл призначили по 80 мг 3 рази на день. Тривалість лікування складала 4 тижні. В динаміці лікування хворим проводилося добове моніторинг ЕКГ. Стан функції міокарда і показники центральної гемодинаміки визначали і оцінювали за допомогою імпульсної Ехо-КГ в стані спокою і при велоергометрії.

Результати: під впливом лікування верапамілом істотно знизилася частота суправентрикулярної екстрасистолії з 982 ± 11 за добу до 226 ± 12 за добу. Вираженість кардіологічного синдрому зменшилася у 16 хворих (72,7%); частота нападів стенокардії у хворих на ІХС знизилася з 3,38 ± 0,29 на добу до лікування до 1,73 ± 0,26 після ($p < 0,05$). Лікування препаратом супроводжувалося помірним збільшенням розмірів порожнини лівого шлуночка як в систолу, так і в діастолу. Верапаміл не викликав значного зменшення фракції викиду. ЧСС, АТ достовірно знижувалися. ЗПСО знизився з 1428,3 ± 129,7 до лікування , 950,4 ± 83,7 після ($p < 0,05$). За даними велоергометрії відзначалося збільшення порогового навантаження і загального обсягу виконаної роботи.

Висновок: антагоніст кальцію верапаміл у хворих з дисгормональною кардіопатією сприяє значному уповільненню частоти суправентрикулярної екстрасистолії, зниженню виразності кардіалгії, частоти ангіозних нападів. Препарат викликає зменшення частоти серцевих скорочень, зниження артеріального тиску, ЗПСО, підвищує толерантність до фізичних навантажень.

Маркевич М.А., Стоянова Ю.Д.

ВПЛИВ ТИПУ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ПОСТІНФАРКТНИЙ КАРДІОСКЛЕРОЗ

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

Формування хронічної серцевої недостатності (ХСН) є найбільш частим ускладненням перенесеного інфаркту міокарда, яке значно впливає на якість життя хворих. У

прогресуванні ХСН при ішемічній хворобі серця (ІХС) велике значення мають процеси ремоделювання міокарду, що включають гіпертрофію і дилатацію лівого шлуночка (ЛШ) серця.

Метою дослідження було виявлення закономірностей змін якості життя (ЯЖ) у хворих з ХСН на тлі постінфарктного кардіосклерозу (ПІК) в залежності від типу ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ).

Методи дослідження: Обстежено 65 хворих віком від 43 до 75 років (середній вік 59,6 ± 0,58 року), з них 46 (70,7%) чоловіків і 19 (29,3%) жінок. У 48 хворих клінічні симптоми ХСН відповідали III і IV функціональним класам (ФК) за NYHA. ЯЖ хворих оцінювали за допомогою опитувальника вираженості симптомів ХСН, розробленого Г.Є. Гендлін і Є.В. Самсонової до і після проведення фармакотерапії. Морфофункціональні параметри ЛШ і показники центральної гемодинаміки визначали за допомогою ЕхоКГ в 3-х режимах: одномірному, двомірному і доплерівському (імпульсно-хвильовому і постійному).

Результати: у 39 хворих (60%) було виявлено дезадаптивний тип ремоделювання міокарда ЛШ. При цьому клінічні симптоми III ФК були зареєстровані у 19 (I група) і IV ФК у 20 хворих ПІК (II група). При проведенні індивідуального аналізу діастолічних зрушень розподіл хворих за типом спектра параметрів трансмітрального потоку (ТМП) був наступним: в I групі - псевдонормальний тип спектра ТМП у 9 (E/A=1,8±0,12) і декомпенсований тип в 3 (E/A=2,81±0,61). У II групі хворих псевдонормальний тип спектра ТМП зареєстрований у 10 (E/A=1,7±0,07) і декомпенсований тип у 10 хворих (E/A=2,95±0,23). Вираженість симптомів ХСН до лікування у хворих I групи-20,6 ± 1,03, II групи -27,95 ± 0,83.

Лікування хворих проводилося згідно з протоколом ведення хворих з ознаками ХСН: β-блокатори (бісопролол 5 мг/добу), інгібітори АПФ (раміприл 10 мг/добу), діуретики (торосемід 20 мг/добу), анатагоністи альдостерону (спіронолактон 50 мг/добу). Хворим з виявленими при добовому моніторуванні порушеннями ритму серця додатково призначали кордарон спочатку в насичуючому дозуванні 1200 мг/добу і потім в підтримуючій дозі 200 мг/добу. Вираженість симптомів ХСН після лікування в I групі хворих - 13,0 ± 0,93 і в II групі - 15,84 ± 1,02.

Висновки: При прогресуванні ХСН у хворих з дезадаптивним типом ремоделювання ЛШ на тлі ПІК наростали порушення діастолічної функції ЛШ, що різко погіршувало якість їх життя. Адекватна терапія зумовлювала поліпшення ЯЖ пацієнтів обох груп, але значніше це було помітно в II групі хворих.

Мілько А. Ю.

ЗАСТОСУВАННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З КОМОРБІТНИМ ПЕРЕБІГОМ ДІАБЕТОНУ MR

Харківський національний медичний університет
Кафедра клінічної фармакології та внутрішньої медицини
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Денисенко В. П.

Актуальність. Цукровий діабет (ЦД) являється розповсюдженою патологією, частота якої в світі неспинно зростає. За прогнозами ВООЗ, кількість хворих на ЦД в світі до 2025 року досягне 300 мільйонів чоловік.Дані міжнародних досліджень свідчать про те, що хворі на ЦД II типу мають підвищений ризик розвитку діабетичної нефропатії (ДН) і серцево-судинних захворювань, що являються провідними причинами смертності хворих на ЦД та є основним чинником розвитку хронічної ниркової недостатності. Тому значення серцево-судинних та ниркових захворювань, що розвиваються на тлі ЦД, для всієї системи охорони здоров'я дуже велике і продовжує зростати.

Основна мета лікування ЦД II типу – досягнення цільових значень глікемії. На першому етапі більш доцільно застосовувати препарати, що стимулюють секрецію інсуліну.Такий лікарський засіб, що використовується найчастіше, похідний

сульфанілсечовини (Діабетон MR), доведена здатність відновлювати фізіологічний пік секреції інсуліну і регулювати його секрецію в залежності від рівня глікемії.

Мета. На основі проведеного аналізу визначити наявність та ефективність захисного впливу Діабетону MR на ендотелій судин та функцію нирок.

Матеріали та метод дослідження. Нами було проаналізовано історії хвороби 25 пацієнтів з компенсованим ЦД II типу (ДН I – III стадії та помірною артеріальною гіпертензією**),** груп**а** порівняння - 20 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) без ЦД, груп**а** контролю – 10 здорових осіб. Усі хворі основної групи та групи порівняння отримували базову гіпотензивну терапію із застосуванням інгібітора АПФ периндоприла від 2 до 8 мг на добу. Усім хворим з ЦД призначався Діабетон MR в дозі від 30 до 90 мг на добу в залежності від рівня глюкози крові, лікування проводили на протязі 1 року. Концентрацію альбуміну у сечітаактивності еластази, концентрації катепсину G**,** еластазоінгібіторної активності α-1-інгібітора протеїназ (α-1-ІП) у сироватці крові в динаміці визначали імуноферментним методом. Вміст нітриту у плазмі венозної крові визначали фотометричним методом за реакцією Гриса.

У всіх хворих на ЦД під впливом лікування Діабетоном MR відмічено поступове дозо-залежне зменшення рівня глікемії до 6,1 ± 1,2 ммоль/л. У 6 пацієнтів, початкова доза Діабетону MR була зменшена на 25 – 50 %. Відмічалося зниження активності еластази у хворих на ЦД II типу з ДН ніж у хворих на ГХ II ст. Вміст нітриту в плазмі крові хворих на ДН зі збільшенням тривалості захворювання суттєво зменшувався, особливо на стадії протеїнурії. Був призначений периндоприл, відмічався позитивний вплив на ендотеліальну функцію, що виражалося в збільшенні вмісту нітриту та зменшенні вмісту суми нітрит+нітрат. Включивши в схему лікування гліклазид у вищезазначених дозах ми одержали додатковий позитивний вплив на ендотеліальну функцію (подальше зростання вмісту нітриту та зменшення вмісту суми нітрит+нітрат). Найбільш виразний ефект відзначено у хворих на ДН з нормопротеїнурією за умов використання комбінованої схеми лікування (зниження на 39 %, $p<0,05$). Був визначений при назначені Діабетоном MR додатковий нефропротекторний ефект при порівнянні із лікуванням периндоприлом. Приблизно у 68 % обстежених хворих з мікроальбумінурією через рікприйому препаратумікроальбумінурія не визначалася.

Таким чином, визначений ренопротективний ефект Діабетону MR обумовлений позитивним впливом на метаболізм ниркової тканини переважно за рахунок нормалізації співвідношень в системі оксиду азоту, який регулює показники гемодинаміки в ниркових клубочках.

Висновки. Діабетон MR окрім суттєвого гіпоглікемічного ефекту має позитивну дію на обмін оксиду азоту, що призводить до вірогідного нефропротекторного ефекту й повинен використовуватися в якості препарату першої лінії для лікування цукрового діабету.

Міхєєва Н. С.

РОЛЬ ДОКСАЗОЗИНА В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЮ.

Харківський національний медичний університет
Кафедра клінічної фармакології та внутрішньої медицини
Харків, Україна
Науковий керівник: Денисенко В.П.

Вступ. Розвиток цукрового діабету (ЦД) призводить до ішемії нирок, активації пресорних компонентів ренін-ангіотензинової системи, формування діабетичної нефропатії (ДН). Зміни обміну ліпідів при ЦД ведуть до швидкого формування ішемічної хвороби серця. В подальшому додаються ознаки ниркової недостатності. Дані патології потребують медикаментозного лікування. Виходячи з сучасної вимоги “агресивної” корекції артеріального тиску (АТ) найбільший інтерес викликає комбінація препаратів першої лінії з іншими гіпотензивними засобами. Блокатор α1–адренергічних рецепторів Доксазозин

знижує системний АТ, зменшує вміст холестерину у крові, ліпопротеїдів низької густини та підвищує вміст ліпопротеїдів високої густини. Метою даної роботи є вивчення клінічної ефективності та впливу на гемодинаміку, стан функції нирок і метаболізм ліпідів Доксазозину в порівнянні із інгібітором ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) Моексиприлом та блокатором рецепторів ангіотензину II Лосартаном, а також ефетивності комбінації цих препаратів в низьких дозах.

Матеріали і методи. Проведена медикаментозна терапія Доксазозином, Моексиприлом та Лосартаном в монотерапії та в комбінації у 86 хворих на ДН I-III стадією. Група порівняння склала 10 хворих гіпертонічною хворобою II ст. Група контролю включала 10 здорових донорів. Вихідні дані артеріального тиску (АТ) – (207±19/110±12) мм.рт.ст. Доксазозин призначали в дозі 2 мг на добу – 12 хворих, Моексиприл у дозі 15 мг на добу – 15 хворих, Лосартан у дозі 50 мг на добу – 12 хворих, комбінації препаратів – 47 хворих. Гемодинаміка вивчалась методом кількісної ехокардіографії, функція нирок - методом геморенальних проб та дослідженням сечі на вміст білку, ліпідний обмін, стан перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та системи антиоксидантного захисту. Дослідження продуктів ПОЛ проведено в гептан-ізопропанольній (4:6) сироватці крові. Вміст показників ПОЛ виражали у ΔЕ/мл сироватки.

Результати. У хворих, які лікувалися данними препарами в монотерапії відзначалося поступове зниження АТ найбільш виражене для Моексиприла і найменш для Доксазозина, зі збільшенням частоти серцевих скорочень у випадках призначення Доксазозину. Повна нормалізація АТ (зниження до 130/90 мм.рт.ст. і нижче) була зареєстрована в групі хворих, які одержували комбіновану терапію. Гіпотензивний ефект при монотерапії низькими дозами препаратів, що досліджувалися був недостатнім, але комбінована малодозова терапія дозволяє досягнути нормальних значень АТ. При цьому зменшується загальний судинний периферичний опір (ЗПО), покращується функція лівого шлуночка серця за рахунок зменшення внутрішніх розмірів та збільшення фракції викиду. Негативна дія Доксазозину щодо розвитку серцевої недостатності зникає на фоні супутніх препаратів. При комбінованій терапії виявлено: нормалізація АТ, зменшення проявів протеїнурії на 34 %, виражене покращення функції нирок, збільшення ниркового кровотоку. Одержані дані свідчать, що Дженокард посилює нефропротективні властивості Моексиприлу та Лосартану. Доксазозин має антиатеросклеротичну дію, що підтверджується позитивною дією на перекисне окислення ліпідів.

Висновки. Моексиприл, Лосартан та Доксазозин мають гіпотензивний ефект у хворих на цукровий діабет з діабетичною нефропатією. При застосування Доксазозину в комбінації з Моексиприлом і Лосартаном виявлено позитивний вплив на показники ПОЛ. Доксазозин в комбінованій терапії відзначився, як високоефективний гіпотензивний засіб, який зменшує системний судинний опір, нормалізує метаболізм, покращує нефропротективні властивості інших препаратів. В комбінації Доксазозин поліпшує клініку діабетичної нефропатії.

Павлюченко А.С., Лукашук Ю.М.

ПОШИРЕНІСТЬ ФАКТОРІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ І ВИРАЖЕНІСТЬ СУБКЛІНІЧНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ЧОЛОВІКІВ МОЛОДОГО ВІКУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Харківський національний медичний університет
Кафедра клінічної фармакології та внутрішньої медицини
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Князькова І.І.

Мета роботи - вивчити взаємозв'язок традиційних факторів серцево-судинного ризику, структурно-функціональних характеристик стінок сонних артерій і параметрів центральної гемодинаміки при проведенні проби з дозованим фізичним навантаженням (ДФН) у хворих молодого віку з артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали та методи. У дослідження увійшло 56 чоловіків з АГ у віці 33-45 років (середній вік 37,3 ± 3,5 років). Поширеність факторів ризику була наступною: куріння (35,7%), дисліпідемія (55,4%), абдомінальне ожиріння (21,4%), сімейний анамнез раннього розвитку ішемічної хвороби серця (17,8%). Контрольну групу склали 20 практично здорових чоловіків (середній вік 36,9 ± 3,3 року). Всім обстеженим проводили стандартні дослідження, добове моніторування АТ (ДМАТ, за допомогою приладу "АВРМ-02" (Meditech, Угорщина), пробу з ДФН, еходоплеркардіографію ("Logic-5", США), ультразвукове дослідження брахіоцефальних артерій («Vivid -3 »,« General Electric », США). Статистичний аналіз проведено з використанням пакету комп'ютерних програм Statistica 6,0. Для аналізу взаємозв'язків між показниками розраховувався коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Для побудови регресійної моделі проводився багатофакторний покроковий регресійний аналіз, логістичний регресійний аналіз.

Результати. Відзначено, що у обстежених пацієнтів в порівнянні з групою контролю спостерігалося збільшення товщини інтиму-медіа (ТІМ) загальної сонної артерії (ЗСА) (відповідно 0,84 ± 0,1 і 0,73 ± 0,1 мм; p = 0,01) і ТІМ внутрішньої сонної артерії (ВСА) (відповідно 0,86 ± 0,4 і 0,73 ± 0,2 мм (p = 0,02). Причому, у хворих з дисліпідемією ТІМ ОСА значно збільшений в порівнянні з пацієнтами без порушень ліпідного обміну (p = 0,02) і групою контролю (p = 0,01). У хворих з обтяженим сімейним анамнезом ТІМ біфуркації істотно зростала в порівнянні з іншими пацієнтами (на 14,4%, p = 0,02) і контрольною групою (на 16,3%, p = 0,01). Слід зазначити, що у тих хто не палить і курців ТІМ ОСА достовірно не відрізнялася, тоді як у курців ТІМ ВСА і біфуркації була більше на 32,6% (p <0, 05) і 23,1% (p <0,05) відповідно в порівнянні з пацієнтами,які не палять. За допомогою багатофакторної регресії проведено аналіз взаємозв'язку параметрів проби з ДФН і ТІМ в трьох екстракраніальних сегментах сонних артерій. Виявлено взаємозв'язок рівня максимальної фізичної працездатності і показників центральної гемодинаміки при проведенні проби з ДФН (зміна артеріального тиску і частоти серцевих скорочень) з виразністю субклінічного атеросклеротичного ураження сонних артерій. З наявністю атеросклеротичної бляшки (АСБ) сонних артерій були взаємопов'язані ЧСС макс., відновлення ЧСС через 1 і 2 хв після припинення навантаження і приріст САД. Встановлено значення цих показників, що дозволяють провести поділ пацієнтів за наявності АСБ.

Висновки. 1. У молодих чоловіків з АГ встановлено потовщення стінки ОСА і ВСА. Дисліпідемія впливала на ТІМ ОСА, обтяжена спадковість - на біфуркацію, а куріння - на біфуркацію і ТІМ ВСА. 2. Показники проби з ДФН (фізична працездатність, реакція АТ і ЧСС на навантаження) є незалежними предикторами субклінічного атеросклерозу сонних артерій у чоловіків молодого віку з АГ.

Підкова А.І., Кулікова К.С.
ТИРЕОЇДНЕ ОЖИРІННЯ ЯК КОМПОНЕНТ ПОЛІЕНДОКРИННОЇ ПАТОЛОГІЇ
Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини № 3
Харків, Україна
Науковий керівник: Огнєва О.В.

Цукровий діабет (ЦД) і хвороби щитоподібної залози (ЩЗ) - це найпоширеніші ендикронологічні захворювання, які доволі часто зустрічаються у вигляді коморбідної паталогії. Гіпотиреоз асоційований з сповільненим обміном речовин, що сприяє виникненню ожиріння. В свою чергу, це один з чинників β-клітинної ліпотоксичності, яка призводить до ендокринної дисфункції підшлункової залози. Згідно з «Ротердамським дослідженням»,ризик розвитку ЦД 2 типу при гіпотиреозі становить близько13%.

Мета дослідження - виявити частоту ожиріння на фоні дисфункції ЩЗ, визначити розповсюдженість розвитку ЦД 2 типу у хворих з тиреоїдним ожирінням.

Матеріали та методи.В ендокринологічному відділенні ОКЛ м. Харкова було проанкетовано 45 осіб середнього віку з ЦД 2 типу, проведена робота з історіями хвороби пацієнтів з ЦД 2 типу, проведено статистичний аналіз даних в програмі Statistica.

Результати.У 80% опитаних спостерігалося поєднане протікання ЦД 2 типу та патології ЩЗ, хворих на гіпотиреоз було 53,3%. У 56% хворих з патологією ЩЗ зустрічалося ожиріння. При цьому, на тлі гіпотиреозу ожиріння виникло у 22 хворих, що становить 95% (22 з 23).

Висновки. Частота поєднаного перебігу ЦД 2 типу та патології ЩЗ становила 80%, що узгоджується з даними про тиреоїдне ожиріння як про стан, що є фактором ризику для розвитку інсулінорезистентності, а, в подальшому, і ЦД 2 типу. Гіпотиреоз - головний чинник розвитку тиреоїдного ожиріння серед станів пов'язаних з дисфункцією ЩЗ.

Полякова Д.С., Ольховская С.В.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ СНА НА СКЛОННОСТЬ К РАЗВИТИЮ ОЖИРЕНИЯ

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра пропедевтики внутренней медицины № 2
Харьков, Украина
Научный руководитель: Бездетко Т.В.

Актуальность. На сегодняшний день распространённой проблемой является осложнение соматических заболеваний у людей с избыточным весом. Ожирение постепенно приобретает эпидемический характер, так как приносит определенные ограничения для жизнедеятельности все большего количества людей.

Несоблюдение распорядка дня, недостаточность физических нагрузок, неправильное питание и некачественный сон оказывают негативное влияние на энергетическое равновесие организма.

Наиболее значительными указанные факторы являются для людей подросткового и юношеского возраста, т.к. в течение данного периода организм особенно часто подвержен нерегулярным сменам ритма бодрствования и сна, а также нарушениям биологических ритмов, оказывающих существенное влияние на основной и энергетический обмен, физическую активность, а также пищевое поведение человека.

Последнее основано на сопряжении циркадных ритмов выработки большинства гормонов, регулирующих чувство голода, с указанными циклами. К таким гормонам относятся лептин и грелин. Лептин вырабатывается белой жировой тканью и влияет на запасы жира в организме человека при помощи воздействия на центральные механизмы регуляции чувства голода и насыщения, его уровень увеличивается после приема пищи и в ночное время, что приводит к снижению аппетита. Продукция собственными (фундальными) железами желудка грелина происходит в ответ на голодание и, в свою очередь, напротив стимулирует аппетит. Следовательно, гормональный контроль пищевого поведения также характеризуется периодичностью, как и смена бодрствования сном.

Цель исследования заключается в анализе качества и количества сна у студентов медицинского университета и его влияния на склонность к ожирению, выраженная в числовых значениях при помощи индекса массы тела (ИМТ).

Материалы и методы. В ходе данного исследования нами была проанкетирована группа студентов ХНМУ из 20 человек, возрастом от 18 до 21 года. Анкета содержала тест-опрос на определение качества сна (по Питтсбургскому опроснику на определение качества сна – PSQI), а также вопросы о весе, росте, возрасте, поле, количестве, качестве и регулярности физических нагрузок.

Результаты. В результате тестирования были получены следующие данные: 85% (17 человек) исследуемых имеют значительное снижение продолжительности сна за ночь (3-6 часов при норме 7-8); 80% исследуемых имеют проблемы во время социальной деятельности, которые связаны с недостатком сна (рассеянность, недостаток сил, сонливость). Было выявлено, что исследованные студенты не имеют интрасомнических

нарушений и не используют снотворных препаратов. Студенты, у которых снижена продолжительность сна, связывают это с обучением в ночное время. Таким образом, можно сделать вывод о том, что качество сна у студентов-медиков не нарушено, в то время, как имеются проблемы с количеством и эффективностью сна.

Результаты исследования ИМТ показали, что у большинства (13 человек – 65%) студентов он находится в пределах допустимой нормы (~19-21); 30% имеют избыточную массу тела (ИМТ – 25-27) и 5% по данным ИМТ имеют первую степень ожирения.

Выводы. Проведенные исследования доказали возможность наличия связи между недостатком сна и риском развития ожирения. Это может быть связано с количеством потребляемой пищи, гормональным фоном, а также нарушением биоритмов организма при расстройствах сна.

Репнікова А.В., Шеховцова Ю.О.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЧАСТОТИ УСКЛАДНЕНЬ САХАРНОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №3
Харків, Україна

За даними ВООЗ за 2016 рік, глобальна поширеність діабету серед людей старших за 18 років зросла з 4,7% в 1980 р. до 8,5% в 2014 році. Діабет є однією з основних причин сліпоти, ниркової недостатності, інфарктів, інсультів і ампутацій нижніх кінцівок. Частота хронічного панкреатиту висока і досягає в загальній клінічній практиці 1,0%, а захворюваність становить 8,2 нові випадки захворювання на 100 тисяч населення з тенденцією до зростання. У 70,8% спостережень етіологічний фактор захворювання встановити не вдається.

Мета дослідження: вивчити частоту розвитку ускладнень цукрового діабету 2 типу (ЦД 2 типу) в умовах коморбідності з хронічним панкреатитом (ХП).

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 41 пацієнт з ЦД 2 типу, які були розподілені на дві групи: група з ЦД 2 типу без коморбідності з ХП склала 20 хворих, і з СД 2 в поєднанні з ХП − 21 хворий. Дослідження проводилося за допомогою клінічних, антропометричних, біохімічних та статистичних (непараметрична статистика) методів. Для аналізу були взяті такі дані: значення індексу маси тіла (ІМТ), значення коефіцієнта атерогенності (КА), рівня глюкози, загального холестерину, холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХСЛПДНЩ) та високої щільності (ХСЛПВЩ) в крові. Також, за даними суміжних фахівців (офтальмолога, нефролога, невролога, кардіолога) отримані дані про наявність у вибраних хворих ретинопатії (РП), нефропатії (НП), наявність і ступінь у них артеріальної гіпертензії (АГ) та енцефалопатії (ЕП).

Результати. Виявлено, що в групі з поєднаним перебігом ЦД 2 типу та ХП вище частота розповсюдженість РП на 20,2%, ЕП на 26,2%, НП на 56,4%, АГ на 30,4%.

В ході дослідження в двох групах визначалася взаємозв'язок між обраними параметрами і розвитком ускладнень. У групі з ЦД 2 типу та ХП достовірна зв'язок виявлено в 14 комбінаціях: між значенням ІМТ і наявністю і ступенем АГ ($r = 0,43$, $p<0.05$), ЕП ($r = 0,42$, $p<0.05$), наявністю РП ($r = 0,37$, $p<0.05$); між рівнем глюкози крові та наявністю ЕП ($r = 0,3$, $p<0.05$), АГ ($r = 0,08$, $p<0.05$); між рівнем холестерину крові і розвитком ЕП ($r = 0,15$, $p<0.05$), АГ ($r = 0,1$, $p<0.05$), РП ($r = 0,2$, $p<0.05$); між рівнем ХСЛПДНЩ і розвитком РП ($r = 0,32$, $p<0.05$), АГ ($r = 0,18$, $p<0.05$); між рівнем ХСЛПВЩ і розвитком НП ($r = 0,2$, $p<0.05$); між значенням КА і розвитком АГ ($r = 0,22$, $p<0.05$), РП ($r = 0,3$, $p<0.05$), ЕП ($r = 0,15$, $p<0.05$).

У групі хворих на ЦД 2 типу без коморбідності з ХП достовірний зв'язок визначалася тільки в 8 комбінаціях: між значенням ІМТ і розвитком АГ ($r = 0,5$, $p<0.05$) і РП ($r = 0,18$, $p<0.05$); між значенням КА і розвитком АГ ($r = 0$, , $p<0.05$); між рівнем ХСЛПВЩ і розвитком АГ ($r = 0,12$, $p<0.05$), ЕП ($r = 0,24$, $p<0.05$); між рівнем ХСЛПДНЩ і розвитком АГ

(r = 0,25, p<0.05) і РП (r = 0,37, p<0.05); між рівнем холестерину в крові і наявністю АГ (r = 0,3, p<0.05).

Висновки. У результаті проведеного дослідження встановлено, що ускладнення ЦД 2 типу в умовах коморбідності з ХП розвиваються частіше і мають більш сильний зв'язок із клініко-фенотипічними особливостями хворих.

Саакян Т.Е.

ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ФІБРІЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішніх та професійних хвороб
Харків, Україна
Науковий керівник: Бязрова В.В.

Мета. Вивчити вплив аміодарону (А) на перебіг фібриляції передсердь і оцінити ефективність терапії у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) та інсуліннезалежним цукровим діабетом (ЦД 2).

Матеріали та методи. У 34-х хворих ІХС, страждаючих пароксизмальною або стійкою фібриляцією передсердь, вивчена ефективність А. Серед обстежених було 19 чоловіків і 15 жінок у віці від 54 до 69 років. 18 хворих страждали компенсованим ЦД 2 типу, 19 (55,9%) – раніше перенесли ІМ. Серед них 11 пацієнтів (32,4%) страждали ЦД. Обстежені страждали стенокардією напруги II-III ФК. Вік хворих від 43 до 59 років. Першу групу становили 16 хворих ІХС та фібриляцією передсердь, другу групу – 18 хворих ІХС, страждаючих ЦД 2 типу та фібриляцією передсердь. Усім хворим до призначення А реєструвалась ЕКГ, збирався анамнез, проводилося холтерівське моніторування ЕКГ, УЗД серця. При проведенні кардіоверсії А вводили внутрішньовенно струминно в дозі до 1200 мг. Зниження дози препарату проводилось після реєстрації ЕКГ. Повторне дослідження проводили через три неділі після прийому А.

Результати. Кардіоверсія А була успішною у 13 хворих (81,3%) 1-ої групи, і у 11 (61,1%) – 2-ої. На фоні лікування А спостерігалося зниження частоти та інтенсивності нападів стенокардії, зменшення споживання кількості таблеток нітрогліцерина протягом доби. Антиангінальні ефекти препарату виявлялися зазвичай до кінця першого тижня після початку прийому препарату. В процесі лікування спостерігалося значне зменшення ЧСС; САТ та ДАТ достовірно не змінилося. З метою профілактики рецидивів фібриляції передсердь хворі продовжували прийом А в дозі 200-400мг на добу протягом півроку. Повне припинення фібриляції передсердь або зменшення до 2-3 на добу спостерігалося у 11 хворих (67,8%) 1-ої групи та у 8 (44,4%) – 2-ої.

Як бачимо з наведених даних антиаритмічна активність А у хворих ІХС з ЦД 2 була істотно нижчою, ніж в групі хворих пацієнтів без ЦД. Зниження аритмічної ефективності А було пов'язане, в першу чергу, з прогресуванням і наростанням недостатності кровообігу і розширенням розмірів лівого передсердя. У 3-ьох хворих (16,7%) відновлення фібриляції було обумовлено розвитком тиреотоксикозу на фоні лікування А. У 2-ох хворих (11,1%) спостерігався феномен вислизання аритмії з-під контролю препарату на фоні уражень синусового ритму до 50 в 1 хв. і більше.

Висновок. Таким чином, лікування А хворих ІХС та ЦД 2 типу з пароксизмальною фібриляцією передсердь викликає відновлення синусового ритму у більшості пацієнтів. Призначення препарату сприяє зниженню частоти та інтенсивності нападів стенокардії. Профілактичний прийом А забезпечує повне припинення фібриляції передсердь протягом півроку не менше, ніж у половини хворих.

Сипало А.О.

АСОЦІАЦІЯ СОРТИЛІНУ З ПРОГРЕСУВАННЯМ ПОРУШЕНЬ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ

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

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є найбільш розповсюдженим захворюванням століття, яке домінує в структурі захворюваності та є основною причиною смертності. Цукровий діабет (ЦД) 2-го типу може ускладнювати перебіг ІХС. Коморбідність даних патологій не поступає своїх лідируючих позицій в структурі серцево-судинної смертності. На сьогоднішній день встановлено прямий зв'язок рівня сортиліну з вуглеводним обміном. Регуляція експресії сортиліну дотепер є недостатньо зрозумілою і потребує подальшого вивчення особливо у хворих із коморбідною патологією.

Мета роботи: оцінити вплив сортиліну на показники вуглеводного обміну у хворих на ішемічну хворобу серця із супровідним цукровий діабетом 2-го типу.

Матеріали і методи: у дослідження було включено 55 хворих на ІХС із супровідним цукровий діабетом 2-го типу, які знаходилися на лікуванні в кардіологічному відділенні ХМКЛ № 27. Із метою оцінки впливу сортиліну на показники вуглеводного обміну хворих було розподілено на підгрупи за рівнем сортиліну: 1-а підгрупа (n=25) – менше 191,16 ± 32,18 нг/л; 2-а підгрупа (n=27) - 191,17 - 230,46 ± 20,17 нг/л; 3-я підгрупа (n=23) – понад 231, 32 ± 16,35 нг/л. Усім пацієнтам проводили загальноклінічні та інструментальні обстеження. Вміст сортиліну в сироватці крові хворих визначали імуноферментним методом із використанням набору реактивів «Human SORT 1 ELISA Kit» (США). Вміст глікозильованого гемоглобіну (HbA_{1c}) у цільній крові встановлювали фотометричним методом за реакцією з тіобарбітуровою кислотою за допомогою тест-системи фірми "Реагент" (Україна) згідно інструкцією. Рівень глюкози визначали глюкозооксидантним методом у капілярній крові, взятій натщесерце. Нормальним вважався рівень глюкози 3,3 - 5,5 ммоль/ л. Показник інсуліну в сироватці крові отримували імуноферментним методом з використанням набору «ELISA» (США). Очікуваний діапазон значень інсуліну в нормі від 2,0 до 25,0 мкОД/мл. Індекс HOMA визначали за формулою: глюкоза натще (мкОд/мл) × інсулін натще (ммоль/л)/22,5.

Результати: порівняльний аналіз показників вуглеводного обміну залежно від рівня сортилінемії свідчить про достовірні відмінності між значенням індексу HOMA та рівнем інсуліну. При вивченні індексу HOMA отримано дані про його достовірне підвищення у хворих 3-ї підгрупи порівняно з пацієнтами 2-ї та 1-ї підгруп (7,38±1,8 порівняно з 2,59±2,1 та 3,11±1,9 відповідно), ($p<0,05$). Рівень інсуліну у хворих 3-ї підгрупи був значно вищий, ніж в обстежених 2-ї та 1-ї підгруп (17,17±1,2 мкОД/мл порівняно з 12,75±1,4 мкОД/мл та 9,71±1,1 мкОД/мл; $p<0,05$). При вивченні таких показників вуглеводного обміну як глюкоза крові та HbA_{1c} достовірних відмінностей у підгрупах хворих залежно від рівня сортилінемії не було виявлено ($p>0,05$). Погіршення вуглеводного обміну у хворих на ІХС із супровідним ЦД 2-го типу відбувалося на тлі збільшення рівня сортилінемії за рахунок збільшеного вмісту інсуліну та наростання індексу HOMA, що також було підтверджено даними кореляційного аналізу: рівень сортиліну мав достовірний сильний зв'язок з рівнем інсуліну ($r=0,74$; $p<0,05$) та індексом HOMA ($r=0,81$; $p<0,05$).

Висновки: було встановлено асоціацію сортиліну з прогресуванням порушень вуглеводного обміну в обстежених хворих. Перебіг ішемічної хвороби серця супроводжується підвищенням ступеня інсулінорезистентності, гіперінсулінемії, гіперглікемії, що залежить від наявності цукрового діабету 2-го типу. Підвищення рівня сортиліну в обстежених хворих асоційоване з погіршенням вуглеводного обміну за рахунок гіперінсулінемії, що підтверджено даними кореляційного аналізу.

Скорый Д.А.

ВЛИЯНИЕ СТРЕССОВОГО ФАКТОРА В ЭТИОЛОГИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

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

Актуальность. Гипертоническая болезнь является значимой проблемой современной системы здравоохранения. В результате постоянного состояния повышенного артериального давления возникает ишемия различных структур, что приводит к развитию склеротических изменений в изначально здоровом организме. Гипертоническая болезнь (ГБ) является причиной как минимум 45% смертных случаев, связанных с сердечно-сосудистой патологией. Украина входит в перечень стран с уровнем смертности из-за ишемической болезни сердца 152-405 человек на 100000 населения, со стандартизацией по возрасту, что позволяет причислить нашу страну к странам с самыми высокими показателями смертности из-за данной патологии на общемировой арене.

Цель исследования. Изучение влияния стресса на развитие гипертонической болезни.

Материалы и методы. Нами обследованы на базе Харьковской областной клинической больницы пациенты (n=34) с ГБ I и II степени, в возрасте 47,12±1,43 лет, и пациенты с нормальным уровнем артериального давления - группа контроля, (n=13), в возрасте 43,52±1,03 лет, (p>0,05). У всех обследуемых были собраны данные анамнеза, проведен опрос с использованием личностного опросника Eysenck Personality Inventory (EPI) и теста на уровень тревожности Спилбергера-Ханина.

Результаты исследования. При анализе полученных результатов были исключены данные пациентов (n=7), чьи ответы по шкале лжи превысили значение 7, что свидетельствует о недостаточном уровне откровенности при ответе на вопросы. На вопрос, считают ли они свою работу сопряженной с высоким уровнем стресса, утвердительно ответили 28 (93,3±5,1%) пациентов из группы с ГБ и 7 (70±15,02%) пациентов из группы контроля (p>0,05). С целью выяснить значимость отличий по категории наличия или отсутствия ГБ, был применен критерий хи-квадрата, согласно которому отличия между исследуемыми группами являются значимыми (Chi-Square=27,63385). Уровень значимости p-level составляет 0,000015. Затем был проведен расчет дискриминантной функции, показания которой в значительной степени состоят из отличий по категории шкалы интроверсии-экстраверсии теста EPI. Уровень значимости p-level составляет 0,000009.

Выводы. ГБ в большей степени имеет место у людей, которые интерпретируют свою деятельность, как связанную с высоким уровнем стресса. Так же можно считать, что ГБ свойственна людям с типом темперамента флегматик (высокий уровень интроверсии, эмоциональная стабильность), которые стараются не показывать своих эмоций и хранить их в себе, что подтверждается высоким уровнем интроверсии и низким уровнем экстраверсии.

Соханевич К.М., Сокольнікова Н.В.

ВПЛИВ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-1В ТА ЛЕПТИНУ НА ФОРМУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №3
Харків, Україна

Цукровий діабет 2 типу (ЦД-2) приймає безпосередню участь в патогенезі захворювань серцево-судинної системи. Метаболічні порушення, мікроангіопатії та макроангіопатіїї, що розвиваються при ЦД-2, суттєво погіршують стан вінцевих артерій, та, як наслідок, і стан самого міокарду. За рахунок кардіоміотропної цитотоксичної дії основну роль у розвитку серцево-судинних патологій грає інтерлейкін-1β (ІЛ-1β). Він призводить до активізації апоптозу кардіоміоцитів, послаблює скорочувальну функцію серцевого м'язу *in vitro* і в

самій культурі клітин; при серцевій недостатності пригнічує роботу міокарду та посилює продукцію інших прозапальних цитокінів. Метаболічні порушення, характерні для ЦД-2, зумовлюють збільшення чинників, які також можуть впливати на розвиток патології міокарду. Одним з таких маркерів дисметаболічного каскаду є лептин. У хворих на ЦД-2 лептин може бути зв'язуючою ланкою між серцево-судинними та обмінними порушеннями, так як цей гормон є головною складовою зв`язку гіпоталамо-гіпофізарної системи з жировою тканиною.

Мета. Визначити взаємовплив лептину та інтерлейкіну-1β на формування метаболічної кардіоміопатії у хворих на ЦД-2.

Матеріали і методи. Під час дослідження обстежено 42 хворих на ЦД-2 з індексом маси тіла менше 29,9 кг/м^2 з давністю діабету від 1 до 9 років середнього ступеню важкості і без тяжких діабетичних ускладнень. Контрольну групу склали 20 відносно здорових осіб, які були порівняні за віком та статтю. З використанням набору реактивів «DRG» було визначено рівень лептину імуноферментним сендвіч-методом, рівень ІЛ-1β – імуноферментним методом з використанням наборів реактивів «Вектор-Бест». Для визначення показників діастолічної функції міокарду лівого шлуночка в усіх обстежуваних, ми скористалися загальновизнаним методом ехокардіографією, під час якої було визначено: максимальний пік діастолічного наповнення під час швидкого наповнення лівого шлуночка Е, максимальний пік діастолічного наповнення лівого шлуночка під час систоли лівого передсердя А, а також їх відношення між собою Е/А.

Результати. Порівнюючи рівень лептину (нг/мл) в контрольній і групі хворих виявлено, що цей рівень достовірно відрізнявся – він становив відповідно 7,59±0,35 та 11,32±0,67. При обстеженні хворих рівень ІЛ-1β (пг/мл) склав 10,59±0,27, а в контрольній – 8,12±0,24, та рівні ІЛ-1β достовірно відрізнялися у групах. Для оцінки кореляційного зв'язку між лептином та ІЛ-1β був використаний ранговий коефіцієнт кореляції Спірмена *R*, який становив у хворих досліджуваної групи 0,560 (p<0,05), тоді як в контрольній групі взаємозв`язків між зазначеними показниками не було виявлено. При порівнянні даних ехокардіографічних показників діастолічної функції Е/А в двох групах були виявлені середні цих показників, які достовірно відрізнялись між собою: рівень Е/А в групі контролю склав 1,4±0,075, а в групі хворих – 0,94±0,03, що підтверджує наявність кардіоміопатії.

Висновки. Таким чином, у хворих на ЦД-2 додатковим чинником розвитку метаболічної кардіоміопатії є гіперлептинемія, а також підвищення вмісту ІЛ-1β, який є медіатором запалення. Лептин як маркер ожиріння має високий кореляційний зв'язок з прозапальним ІЛ-1β, що може свідчити на користь першого як маркеру уповільненого запалення. Тому можна стверджувати про взаємопотенціюючу роль цих чинників у розвитку метаболічної кардіоміопатії. Ми плануємо і надалі вивчати роль лептину та прозапальних цитокінів у формуванні метаболічної кардіоміопатії у хворих на ЦД-2 .

Сухопара М.О, Огнєва О.В.

КОНЦЕНТРАЦІЯ ІНСУЛІНОПОДІБНОГО ФАКТОРА РОСТУ-1 ТА ЙОГО ЗВ'ЯЗОК З БІЛОКСИНТЕТИЧНОЮ ФУНКЦІЄЮ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМ МЕТАБОЛІЗМУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини № 3
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Журавльова Л.В.

Мета роботи – дослідити рівень інсуліноподібного фактора росту - 1 (ІФР-1) та його зв'язок із рівнем загального білка у хворих з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) і при її поєднанні з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу з різним трофологічним статусом.

Матеріали та методи: було обстежено 3 групи хворих: 1 група - 20 хворих з ізольованою НАЖХП з нормальною масою тіла, 2 група - 20 хворих НАЖХП в поєднанні з

ЦД 2 типу та нормальною масою тіла і 3 група - 50 хворих з НАЖХП, ЦД 2 типу та ожирінням (індекс маси тела ≥ 30 кг/м^2). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Білоксинтезуючу функцію печінки оцінювали шляхом визначення загального білка сироватки крові спектрофотометричним біуретовим методом. Рівень ІФР-1 визначався імуноферментним методом за допомогою набору реактивів «DRG» (Німеччина).

Результати. Відзначено достовірне (p <0,001) зниження рівня ІФР-1 у всіх обстежених хворих у порівнянні з контрольною групою (275,3±5,98 нг/мл) з найбільш низькими показниками в 3 групі хворих (130,9±1,84 нг/мл), які значимо (p<0,001) відрізнялися від показників ІФР-1 в 1 (150,5±4,71 нг/мл) і 2 групі (143,9±2,58 нг/мл). Кореляційний аналіз виявив зв'язок ІФР-1 із загальним білком (r = 0,68, p <0,05 - 3 група).

Висновки. Таким чином, у обстежених хворих з НАЖХП і при її поєднанні із ЦД 2 типу з нормальною масою тіла й ожирінням виявлені порушення синтезу ІФР-1, що відображає зміни репаративної функції печінки. Виявлені кореляційні зв'язки між показниками ІФР-1 та загального білку були достовірними в групі хворих з коморбідною патологією й ожирінням, що дає привід вважати, що при ожирінні підвищується ризик розвитку функціональних порушень печінки.

Сушецкая Д.А.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА У МОЛОДЫХ ЛИЦ

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра клинической фармакологии и внутренней медицины
Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Князькова И.И.

Сахарный диабет – это метаболическое заболевание, которое характеризуется наличием хронической гипергликемии, с последующим нарушением жирового, углеводного и белкового обменов, развивающимся в результате дефектов секреции и/или действия инсулина. Ежегодно частота встречаемости СД неуклонно растет, поражая в основном людей молодого возраста. Это связано с отсутствием адекватных физических нагрузок, неправильными пищевыми привычками, высоким уровнем стресса и др.

Целью исследования было выявление частоты встречаемости СД среди молодежи и оценка влияния немедикаментозных методов лечения на течение болезни.

Материал и методы исследования: были проанализированы данные медицинского осмотра студентов 1 - 6 курсов ХНМУ. Всего обучается 4058 человек. Так как СД относится к тяжелым заболеваниям, то была обследована Д4 группа здоровья, что составило 89 человек (2% от общего количества). В нее входят лица, имеющие хронические заболевания в стадии декомпенсации и имеющие группу инвалидности. Из этого количества СД I типа был выявлен у 18 человек, что составляет 0,44% от общего количества и 20% от количества инвалидов. Соотношение мужчин и женщин 8:10, стаж диабета составил то 2-х до 8-ти лет. Наличие АГ (систолическое АД> 140 мм рт.ст. или диастолическое АД> 90 мм рт.ст.) было выявлено у 5-ти человек, ожирение у 4-х человек (ИМТ<30кг/м2). Были выявлены следующие осложнения СД: наличие диабетической полинейропатии – у 7-ти человек (39%), наличие ангиопатии сетчатки или диабетической ретинопатии – у 6-ти человек (33%), наличие диабетической энцефалопатии – у 2-х человек (11%). Коматозные состояния в анамнезе отмечались у 3-х человек(17%). Все пациенты получали инсулинотерапию в рекомендуемых дозах. Наблюдение, обследование и лечение проводилось на базе КЗОЗ «Харьковская городская студенческая больница». Больные предъявляли жалобы на общую слабость и снижение работоспособности – 18 чел. (100%), головные боли – 15 чел. (83%), чувство жжения и парестезии в конечностях по типу чулков и перчаток – 7 чел. (39%), частую смену настроения, тревожность, плаксивость – 9 чел. (50%).

Всем студентам с СД помимо медикаментозной терапии был назначен комплекс мероприятий, включающий в себя: ЛФК 4 раза в неделю с использованием аэробных

нагрузок, чередующихся с дыхательной гимнастикой, лечебный массаж, магнитотерапия на воротниковую зону и психотерапию. При повторном осмотре данной группы пациентов через 1 месяц отмечалось общее улучшение состояния здоровья и повышение работоспособности у 10 чел. (55%). АД нормализовалось у 3 чел. (17%); уменьшение частоты и интенсивности головных болей отмечалось у 5 чел. (27%); снижение чувства жжения и парестезий в конечностях у 5 чел. (27%), а нормализация настроения – у 6 чел. (33%).

Выводы: СД является довольно распространенной патологией среди молодого трудоспособного населения. Назначение немедикаментозных методов лечения достоверно улучшает качество жизни данной группы пациентов и показано всем больным с СД.

Табаченко О.С., Хаустов Д.С.

ОЦІНКА ЗМІН СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПАРАМЕТРІВ МІОКАРДА ЗГІДНО ПРОЦЕНТІЛЕЙ АПЕЛІНУ-12 У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ПОЄДНАННІ ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ.

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

В останні кілька десятиліть цукровий діабет (ЦД) прийняв масштаби всесвітньої неінфекційної епідемії. Від усіх хворих на ЦД близько 90% становлять хворі з ЦД 2 типу, а 70-80% з них мають артеріальну гіпертензію (АГ). Цукровий діабет і артеріальна гіпертензія - два взаємопов'язаних патологічних процесу, що володіють потужним шкідливою дією на кілька органів - мішеней: серце, нирки, судини мозку, судини сітківки. Основними причинами інвалідизації і летальності при ЦД із супутньою АГ є: ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда, порушення мозкового кровообігу, термінальна ниркова недостатність. Так, підвищення діастолічного артеріального тиску на 6 мм рт. ст. збільшує ризик розвитку ІХС на 25%, ризик інсульту на 40%, підсилює наступ термінальної ниркової недостатності. Приєднання АГ при ЦД підвищує ризик серцево-судинних ускладнень в 2-3 рази навіть при задовільному контролі метаболічних порушень.

Мета дослідження. Дослідити зміни структурно-функціональних параметрів міокарда згідно процентілей апеліну-12 у хворих на артеріальну гіпертензію за наявності цукрового діабету 2 типу.

Матеріали і методи. У дослідженні було обстежено 75 хворих на артеріальну гіпертензію з цукровим діабетом 2 типу. Верифікацію ЦД 2 типу проводили відповідно до стандартних протоколів, рекомендованих Міністерством охорони здоров’я України. Хворі з АГ та ЦД 2 типу були розподілені на дві групи хворих: перша група (апелін-12<25 процентіль, n=21), друга група (апелін-12 25-75 процентіль, n=31), третя група (апелін-12>75 процентіль, n=23).

Результати та їх обговорення. У хворих 1-ї групи рівень індексу маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ) був вірогідно вище, ніж у пацієнтів 2-ї та 3-ї груп. Подібні зміни визначено за параметром маси міокарда лівого шлуночка (ММЛШ), рівень якого зменшувався від 25 до 75 процентіля. Що стосується товщини задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШ), товщини міжшлуночкової перетинки (ТМШП) у хворих з АГ і ЦД 2 типу, рівні даних параметрів за наявності рівня апеліну-12 менше 25 процентіля були вірогідно вище порівняно з хворими, що увійшли до 2-ї та 3-ї групи з рівнем апеліну-12 у діапазоні 25-75 процентіля та 75 процентіля відповідно. Рівень відносної товщини стінки (ВТС) вірогідно знижувався пропорційно зростання концентрації апеліну-12 від 25 до 75 процентіля у хворих з АГ та ЦД 2 типу. За рівнем кінцевого діастолічного об’єму (КДО), кінцевого систолічного об’єму (КСО), кінцевого діастолічного розміру (КДР), кінцевого систолічного розміру (КСР) і розміром лівого передсердя (ЛП) також отримані вірогідні зміни згідно концентрації апеліну-12 у пацієнтів з АГ та ЦД 2 типу. Так при рівні апеліну-12

> 75 процентіля знайдено достовірне зменшення порожнини лівого шлуночка (ЛШ) та ЛП порівняно з хворими на АГ і ЦД 2 типу, що мали апелін-12 у діапазоні 25-75 процентіля за рахунок КДО, КСО, КДР, КСР і ЛП. Максимальні рівні КДО, КСО,КДР,КСР і ЛП визначено у 1-ї групи хворих з АГ і ЦД 2 типу, представлених особами з низьким рівнем апеліну-12 (менше 25 процентіля).

Висновки. Отримані дані свідчать про те, що за наявності рівнів апеліну-12 більше 75 процентіля у хворих з артеріальною гіпертензією і цукровим діабетом 2 типу знайдено зниження ступеня гіпертрофії лівого шлуночка. Такі результати можуть бути обумовлені ефектами апелину-12 стосовно контролювання процесів ремоделювання у хворих з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом 2 типу. Саме тому у нашому дослідженні максимальні рівні індексу маси міокарда лівого шлуночка, маси міокарда лівого шлуночка, товщини задньої стінки лівого шлуночка, товщини міжшлуночкової перетинки та відносної товщини стінки виявлені при концентрації апеліну-12 менше 25 процентіля.

Федорцова В.В., Шелест Б.О

ПРОФІЛАКТИКА АТЕРОТРОМБОЗУ У ХВОРИХ ІЗ СТЕНОКАРДІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішніх та професійних хвороб
Харків, Україна
Науковий керівник: Стебліна Н.П.

Мета дослідження. Визначити особливості антиагрегантного ефекту клопідогрелю у хворих на ішемічну хворобу серця з інсулінонезалежним цукровим діабетом (ЦД 2 типу).

Матеріали і методи дослідження. Нами вивчено антиагрегантний ефект клопідогрелю у 23 хворих, які страждають на стабільну стенокардію напруги II-III ФК и ЦД 2 типу. Всі обстежені були чоловіками у віці від 43 до 62 років (середній вік 54,3 роки). Шестеро із них перенесли інфаркт міокарда в сроки від 1,5 до 3-х років. Клопідогрель призначали у дозі 75 мг один раз в день незалежно від приймання їжі. Тривалість лікування склала три тижні. В динаміці терапії клопідогрелем визначали процент спонтанної агрегації тромбоцитів, час агрегації, процент агрегації і дезагрегації тромбоцитів. Зміна агрегаційних властивостей тромбоцитів в процесі лікування клопідогрелем виявилися достатньо вираженими. До кінця третього тижня прийому препарату в хворих відмічалось достовірне зниження спонтанної агрегації тромбоцитів аденозиндифосфат. Крім цього, спостерігалось достовірне зниження часу агрегації с (22,59±1,08с.) до (16,21±0,82с.) ($P<0,05$) до кінця лікування. Суттєво знизився також відсоток агрегації і дезагрегації тромбоцитів. Це свідчить про достатньо виражений ефект клопідогрелю на тромбоцитарну ланку гемостаза у цих хворих. Переносимість препарату була задовільна. Тільки у деяких хворих спостерігались непостійні болі в животі, які не вимагали відміни препарату.

Висновок. З урахуванням вище викладеного можна відмітити , що клопідогрель як дезагрегант може бути використаним при лікуванні хворих з ІХС та супутнім ЦД 2 типу.

Хрипко Е.Ю.

ЭВОЛОКУМАБ – НОВАЯ ЭРА В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра клинической фармакологии и внутренней медицины
Харьков, Украина

Эволокумаб относится к группе совершенно новых гиполипидемических препаратов – ингибиторов PCSK9 (пропротеинконвертаза субтилизин/кексин типа 9). Фермент PCSK9 изменяет структуру рецепторов к липопротеидам низкой плотности (ЛПНП) на поверхности печени, чем затрудняет транспорт ЛПНП из крови в гепатоцит. Эволокумаб является специфическим моноклональным антителом и, угнетая вышеуказанный фермент, способствует транспорту ЛПНП в гепатоцит, понижая его содержание в крови, благодаря

чему приостанавливается в прогрессировании атеросклероз. Необходимость клинических испытаний данного препарата и внедрение его в клиническую практику обусловлена тем, что «излюбленные» на сегодняшний день статины не всегда приносят желаемый эффект, имеют противопоказания и часто приводят к гипергликемии.

Нами были проанализированы результаты множества рандомизированных плацебоконтролируемых исследований, в ходе которых установлено значительное гиполипидемическое действие эволокумаба, безвредное его влияние на пациентов, страдающих сахарным диабетом, а также снижение риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Проведено анализ 35 рандомизированных контролируемых исследований, включавших 45 539 пациентов (среднее наблюдение: 85,5 недели). Средний возраст составлял 61,0 ± 2,8 года, а средний базовый уровень холестерина липопротеинов низкой плотности составлял 2.7415 ± 0.569 ммоль/л. По сравнению с терапией, не включавшей ингибитор PCSK9, лечение с использованием ингибитора PCSK9 ассоциировалось с более низкой частотой инфаркта миокарда (2,3% против 3,6%, отношение шансов [OR]: 0,72 [95% доверительный интервал (ДИ), 0,64-0,81], P <0,001), инсульт (1,0% против 1,4%, OR: 0,80 [95% ДИ, 0,67-0,96], P = 0,02).

По результатам самого масштабного двойного слепого плацебо-контролированного испытания этого препарата FOURIER, включавшего 27564 пациента (из них получали эволокумаб 13013) с атеросклеротическим поражением сосудов и уровнем ЛПНП не ниже 1,8 ммоль/л, получавших терапию статинами: эволокумаб значительно снижает уровень холестерина ЛПНП в сыворотке крови, а также сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность (сердечно-сосудистая смертность, частота сердечных приступов, инсультов, госпитализация при нестабильной стенокардии, коронарная реваскуляризация) на 15% (p <0,001), эффект лечения увеличивался с длительностью лечения, и лечение было безопасным. Таким образом, исследование подтвердило, что дальнейшее снижение уровня холестерина ЛПНП в сыворотке с помощью эволокумаб значительно снижает частоту сердечно-сосудистых событий у пациентов с повышенным риском. По данным этого же исследования эволокумаб не повышал риск развития нового диабета и не ухудшал гликемию. Эти данные предполагают, что использование эволокумаб у пациентов с атеросклеротическим заболеванием является эффективным и безопасным у пациентов с диабетом (в эксперименте принимали участие 11031 пациент (40%), страдающих диабетом и 10344 пациента с нарушенной толерантностью к глюкозе).

Таким образом, эволокумаб является мощным перспективным препаратом в лечении гиперхолестеринемии, рефрактерной к статинам, пациентов с имеющимися противопоказаниями к их назначению, пациентов с сахарным диабетом и болеющих семейными дислипидемиями, не нанося при этом выраженный вред организму и сохраняя своё продолжительное терапевтическое действие.

Чумакова К.В. , Корнійчук В.І.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТАНУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ ТА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДУ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТУ ST ЛІКАРЯМИ ОДНІЄЇ З ЦЕНТРАЛЬНИХ РАЙОННИХ ЛІКАРЕНЬ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА 2014 ТА 2017 РОКИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра клінічної фармакології та внутрішньої медицини
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Князькова І.І.

Метою цього дослідження була порівняльна оцінка якості виконання рекомендацій з ведення хворих з гострим коронарним синдромом (далі - ГКС) та гострим інфарктом міокарда (далі - ГІМ) з елевацією сегмента ST за 2014 та 2017 роки.

Матеріали і методи. Нами проведено аналіз надання медичної допомоги 13 пацієнтам у 2014 році та 9 пацієнтам у 2017 році, які звернулись за медичною допомогоюз приводу

ГКС чи ГІМ та яким надавалася допомога з урахуванням Рекомендації Асоціації кардіологів України щодо ведення пацієнтів з ГКС з елевацією сегмента ST.

У 2014 році тромболізис не проведено жодному хворому із 10 осіб із елевацією сегмента ST, у 2017 році тромболізис проведено 1 хворому із 7 осіб із елевацією сегмента ST бригадою екстреної медичної допомоги; тромболізис не проводився за наявності протипоказань у 2014 році 3 хворим, у 2017 році – 4 хворим; у 2014 році звернення до медичних працівників було понад 5 годин у 5 випадках, у 2017 році – у 2 випадках; інші причини – в 2 та в 1 випадках відповідно.

При аналізі медичної документації оцінювали час проведення ЕКГ-дослідження після першого контакту з медичним працівником; використання подвійної антитромбоцитарної терапії; застосування статинів; дотримання рекомендацій по тромболітичній, антитромбоцитарній і антикоагулянтній терапії; застосування бета-блокаторів.

Результати. Аналіз обсягу надання допомоги хворим на ГІМ з підйомом ST свідчить, що час проведення ЕКГ-дослідження після першого контакту з медичним працівником у середньому склав 14 хвилин в 2014 році та 15-20 хвилин у 2017 році. Подвійна антитромбоцитарна терапія із 10 осіб у 2014 році не призначалась жодному хворому. У 2017 році із 7 хворих було призначено лише одному. Антитромбоцитарна терапія одним препаратом в 2014 році призначалася 5 особам, а саме: клопідогрель – 0, аспірин – 5, у 2017 році – 3 особам: клопідогрель - 0, аспірин -3, та зовсім не призначалася 5 пацієнтам у 2014 році та 3 пацієнтам у 2017 році. Лікарські засоби із групи статинів у 2014 році призначалися в 1 випадку (10%), а в 2017 році у 4 випадках (57,1%). Під час надання допомоги у 2014 році бета-блокатори не застосовувались, а у 2017 році призначалися у 3 випадках (42,9%).

Висновки. Встановлено, що ведення хворих з ГІМ з підйомом ST характеризується множинними відхиленнями від відповідних рекомендацій більш ніж у половини хворих.

Таким чином, незважаючи на існування Рекомендацій і доступність окремих препаратів, зокрема шляхом отримання безкоштовно або з незначною доплатою ліків за Урядовою програмою «Доступні ліки», в лікуванні хворих на ГІМ зустрічаються множинні відхилення.

Шаенко Ю.В., Хабаль А.В.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

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

Введение. Метаболический синдром лежит в основе заболеваний, наиболее часто приводящих к инвалидизации и высокой смертности населения. Распространенность МС в настоящее время в два раза превышает распространенность сахарного диабета, и ожидается увеличение темпов его роста, что придает этой проблеме большую медико-социальную значимость. По мнению авторов, недооценивается роль немедикаментозных методов воздействия.

Цель. Изучить адаптационные возможности больных с метаболическим синдромом, а также особенности их личности.

Материалы и методы: Осмотрено 20 пациентов с выраженным метаболическим синдромом эндокринологического отделения ОКБ города Харьков. Методики: Дембо-Рубинштейн, Индекс жизненного стиля, определение копинг-стратегий, иррациональные убеждения А. Эллиса, Удовлетворенность качеством жизни, ХАДС.

Результаты. Выявлены психологические особенности пациентов с метаболическим синдромом.

Выводы. У обследуемых пациентов выявлена клинически выраженная тревога и низкая самооценка. Пациенты низко оценивают качество жизни относительно здоровья.

Психологическая помощь для пациентов с метаболическим синдромом, в первую очередь, должна быть ориентирована на нивелирование тревоги и повышение самооценки относительно собственного здоровья, а также на увеличение уровня комплаенса и мотивации на здоровый образ жизни.

Шапаренко О.В., Майорова М.В.

НЕСФАТИН ЯК МАРКЕР РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

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

Мета: обгрунтувати зв'язок між рівнем несфатину в сироватці крові хворих на АГ та розвитком ожиріння.

Матеріали та методи: Було обстежено 70 хворих на АГ з ожирінням віком 66± 4,7 років та 35 хворих на АГ з нормальною масою тіла віком 65± 5,1 років. Рівень несфатину визначали за допомогою імуноферментного методу. Статистичний аналіз отриманих даних булопроведено за допомогою методів параметричної та непараметричної статистики.

Обговорення результатів: У всіх хворих було виявлено рівень несфатину достовірно не нижчий за 7,46 мг\мл, що перевищує нормальний рівень несфатину в сироватці крові майже вдвічі ($p<0,05$). Подальше дослідження виявило залежність рівню несфатину від ступеню ожиріння. У групі пацієнтів з ГХ та ожирінням 1 ступеню, середне значення рівню несфатину склало 7,69 мг\мл; з ожирінням 2 ступеню – 7,48 мг\мл; з ожирінням 3 ступеню – 7, 37 мг\мл. Такі дані можуть свідчити про участь несфатину в розвитку ускладнень ГХ, зокрема ожиріння. Також є зв'язок між зростанням ступеню ожиріння та зниженням рівня несфатину в сироватці крові хворих на ГХ та ожиріння.

Висновки: Визначена достовірна кореляція між рівнем несфатину та наявністю ожиріння у хворих на ГХ: у хворих на ГХ з ожирінням рівень несфатину має достовірно нижчі значення, ніж у хворих на ГХ без ожиріння: чим вищий ступінь ожиріння, тим нижчий рівень несфатину в сироватці крові. Можна використовувати рівень несфіатину сироватки крові в якості маркера розвитку ожиріння у пацієнтів з ГХ.

Щербаков О.О., Сокольнікова Н.В.

ВПЛИВ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-6 НА РОЗВИТОК ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №3
Харків, Україна

Останнім часом науковці все більше приділяють уваги прозапальному цитокіну інтерлейкіну-6 як патогенетичному чиннику розвитку діастолічної дисфункції у хворих на цукровий діабет 2 типу та ожиріння. ЦД 2 типу та ожиріння є взаємопов'язаними захворюваннями метаболізму з важкими ускладненнями з боку серцево-судинної системи, тому важливим є уточнення впливу активації прозапального ІЛ-6 на розвиток діастолічної дисфункції як маркеру первинного ураження міокарду саме у таких хворих.

Мета: виявити взаємозв'язок між підвищенням рівню ІЛ- 6 та розвитком діастолічної дисфункції у хворих на цукровий діабет 2 типу та ожиріння.

Матеріали та методи. У ендокринологічному відділенні Комунального закладу охорони здоров'я «Обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» м. Харкова було обстежено 52 хворих на ЦД 2 типу та ожиріння I- III ст., віком від 37 до 55 років. Давність захворювання на ЦД 2 типу склала від 1 до 8 років. В якості контрольної групи було обстежено 20 практично здорових осіб відповідного віку. Імуноферментним методом за допомогою реактивів «Вектор Бест» були визначені рівні ІЛ-6.

В якості маркера діастолічної дисфункції у всіх хворих та осіб контрольної групи ехокардіографічним способом визначили відношення максимального піку діастолічного наповнення під час швидкого наповнення лівого шлуночка до максимального піку діастолічного наповнення лівого шлуночка під час систоли лівого передсердя (E/A), тривалість фази ізоволюмічного розслаблення міокарду (IVRT), час уповільнення кровотоку раннього діастолічного наповнення (DT).

Результати. За результатами обстеження рівень ІЛ-6 (пг/мл) в групі контролю склав 8,12±0,24 та достовірно відрізнився від цього показника в групі хворих 13,49±0,31 (p<0,05). В групі контролю відношення E/A дорівнювало 1,40±0,075 та було достеменно нижчим в групі хворих – 0,81±0,021 (p<0,05). Показник IVRT (мс) в групі контролю склав 79,75±1,73 та суттєво підвищений в групі хворих 108,31±0,87 (p<0,05). Показник DT (мс) в групі дорівнює 182,2±3,68 і підвищений в групі хворих 242,58±2,34 (p<0,05). Для оцінки кореляційних зв'язків між E/A, IVRT, DT та ІЛ-6 використали ранговий коефіцієнт Спірмена. Згідно результатам дослідження, нами виявлений достовірний негативний кореляційний зв'язок між відношенням E/A та рівнем ІЛ-6 (коефіцієнт Спірмена дорівнює -0,26 (p<0,05)) і достовірний позитивний зв'язок між показником IVRT та рівнем ІЛ-6 (коефіцієнт Спірмена становить 0,29 (p<0,05)).

Висновок. Виявлений взаємозв'язок між маркерами діастолічної функції відношенням E/A, IVRT та рівнем прозапального ІЛ-6 показав безпосередню участь цього цитокіну в розвитку діастолічної серцевої недостатності. Підвищений рівень прозапального ІЛ- 6 має токсичний вплив на формування патології міокарду. Таким чином, ми вважаємо, що вплив ІЛ-6 на розвиток діастолічної дисфункції у хворих на ЦД 2 типу та ожиріння має високе прогностичне значення.

Яцына А.Г.

ПРЕРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЦИСТИТОВ У ЖЕНЩИН

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра урологии, нефрологии и андрологии
Харьков, Украина
Научный руководитель:Андреев С.В.

Актуальность. На сегодняшний день цистит занимает одно из лидирующих мест среди заболеваний женщин молодого возраста (314 случаев на 100 тыс. населения), среди них 20% женщин страдают рецидивами заболевания. Несмотря на изучение вопросов этиологии, патогенеза и оказании эффективной медицинской помощи при циститах у молодых женщин, успехи в лечении их рецидивирующих форм не столь заметны.

Цель. Выявить предрасполагающие факторы развития рецидивирующего цистита (РЦ) с целью назначения эффективного лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования 220 пациенток репродуктивного возраста (18-45 лет), страдающих РЦ и 150 здоровых женщин (не страдающих РЦ) аналогичного возраста.

Результаты. После сбора анамнеза, жалоб больных, выделили ряд факторов приводящие к рецидивам заболевания.

1. Гигиенические погрешности, а именно: избыточная чистоплотность и/или применения различных средств личной гигиены, которые зачастую содержат в своем составе молочную кислоту и дубильные вещества, при длительном приеме приводящие к повреждению поверхностного защитного барьера эпителиальных покровов, в том числе дистальной уретры, усиливают десквамацию, нарушают образование секреторного компонента, необходимого для конденсации JgA. Это может вызвать избыточную сухость в области преддверия влагалища, раздражение рецепторного аппарата и повышенную травматичность полового контакта (теряется эффект смазки).

2. Постоянное использование женщиной интравагинальных тампонов (изготовлены из вискозы и пластика. А эти материалы – благодатная среда для распространения и размножения бактерий), посткоитальных спермицидов, при повседневном ношении тесного и стрингоподобного интимного белья приводит к нарушению микробиоценоза влагалища, уменьшения иммунологических факторов защиты, и как следствие, способствует проникновению инфекции в мочевыделительную систему.

3. Индивидуальные топографо-анатомические вариации местоположения наружного отверстия уретры по отношению к преддверию влагалища, а также гипермобильность дистального отдела уретры. Происходит избыточное смещение наружного отверстия мочеиспускательного канала в просвет влагалища с одновременным его открытием, что создает условия для рефлюкса вагинального содержимого в просвет уретры. При этом половой член как бы играет роль «поршня», нагнетающего влагалищную жидкость в просвет уретры.

4. Болезнь «медового месяца» - «узкий» интроитус (ригидный гимен, высокая промежность и др.), что обусловливает своеобразное несоответствие размеров гениталий половых партнеров. Отмечено так же, что частые половые контакты повышают скорость вагинального и периуретрального заселения E. Coli.

5.Несоблюдение режима мочеиспускания. Задержка мочеиспускания способствует накоплению бактериальной флоры в мочевом пузыре, вызывая цистит. Мочеиспускание способствует вымыванию потоком мочи попавших в уретру влагалищных выделений.

6.Гормональный фон. При снижении уровня эстрогенов ткани мочеполового тракта истончаются, нарушаются, уменьшается иммунная защита. В результате нормальная микрофлора влагалища (лактобактерии) нарушается, слизистая мочеполовой системы становится проницаема для микроорганизмов.

Заключение. Перечисленные факторы способствуют развитию рецидивирующих циститов, а изучение данной проблемы помогает врачам в устранении и успешном лечении женщин.

Хірургія та травматологія

МЕДИЦИНА ТИСЯЧОЛІТТЯ

ФЕСТИВАЛЬ ХАРКІВ НАУКИ

МОЛОДІЖНОЇ

Askerova K.I.

THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH DIFFUSE TOXIC GOITER

Kharkiv National Medical University
Department of general surgery No 1
Kharkiv, Ukraine
Scientific Advisor: PhD Tsyganenko O.S.

Actuality. The current epidemiological estimates show that the thyroid gland disorders take the first place among the endocrine pathology. Diffuse toxic goiter is one of the most common diseases in the pathology structure of the thyroid gland. According to the statistics the women of working age suffer from the disease more frequently (8 times more often than men). It is well known that thyroid hormone imbalance causes a number of changes in functioning of various organs and systems. These changes lead to development of various sets of symptoms worsening the quality of life in patients with this disease. Over the past few decades the increasing attention has been drawn to the study of the quality of life (QoL) as a subjective factor of treatment sufficiency.

Objective. Examination of the quality of life in patients with diffuse toxic goiter depending on severity of thyrotoxicosis.

Materials and methods. The study included 30 patients aged 25 to 50 years (average age 43.2 ± 3.5). The patients were divided into 3 groups, depending on severity of thyrotoxicosis. The 1st group included 11 patients (36.7%) with mild degree of thyrotoxicosis, the 2nd group included 9 patients (30%) with moderate degree of thyrotoxicosis, the 3rd group - 10 patients (33.3%) with severe degree of thyrotoxicosis. Duration of the disease in the groups under study ranged from 1 to 5 years. The control group consisted of 15 healthy subjects with no history of thyroid abnormalities comparable to the patients by sex and age. Evaluation of QoL was performed using SF36 questionnaire, which aimed at assessment of physical and psychological health. This questionnaire includes 36 questions divided into 8 scales: physical functioning (PF), physical role functioning (RP), bodily pain (BP), vitality (VT), general health (GH), social role functioning (SF), emotional role functioning (RE) and mental health (MH). The items of each scale range from 0 to 100 points, where 100 points imply complete health.

Results. The quality of life examination of the patients with diffuse toxic goiter, depending on severity of thyrotoxicosis revealed the following data. In three clinical groups the significant decline in the quality of life was identified as follows: physical functioning up to 85.1 ± 4.1 in the 1st group, 63.2 ± 2.5 in the 2nd group, 62.8 ± 2.1 in the 3rd group; physical role functioning - 65.8 ± 2.0 in the 1st group, 61.5 ± 2.2 in the 2nd group, 55.1 ± 2.3 in the 3rd group; general health in the 1st group was up to 63.7 ± 3.3, in the 2nd group - 56.7 ± 3.1, in the 3rd group - 49.8 ± 2.4; social role functioning in the 1st group was up to 68.6 ± 1.4, in the 2nd group - 54.5 ± 1.7, in the 3rd group - 49.3 ± 1.7; emotional role functioning was 55.7 ± 2.2, 49.9 ± 2.1 and 41.4 ± 2.4 respectively; mental health in the 1st group was 73.7 ± 2.4, in the 2nd group was 57.9 ± 2.4, in the 3rd group - 42.6 ± 2.0.

Conclusion. Therefore, the results of our study imply the change of the quality of life in patients with diffuse toxic goiter. Reduced physical and mental components of the quality of life were dependent of thyrotoxicosis severity.

Omelchenko-Seliukova A.V.

THE COMPARISON OF COGNITIVE DEFICIENCY IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC DELIRIUM AND POLYTRAUMA WITH DIFFERENT PRIMARY OBJECTIVE STATUS ASSESSMENT.

Kharkiv National Medical University
Department of critical care medicine, anesthesiology and intensive care
Kharkiv, Ukraine
Scientific adviser: professor Volkova Y.V.

Background. 1 person dies every 5 seconds in the world because of injuries. The part of polytrauma (PT) in peacetime injuries can amount from 12 to 36%, while mortality is between 23.8

and 85%. Among the victims of PT from 25% to 85% of patients have chronic alcohol intoxication (CAI) during hospitalization and delirium (D) occurs in 59-67% of patients.

Purpose. To study the effect of vitamin and antioxidant complex on prevention quality of mental areas in patients with PT and CAI history.

Materials and methods. Were examined 31 patients (23 men and 8 women) with moderate PT and CAI history and detected delirium, whose average age was 34.6 ± 7.8 years. Patients were divided into 2 groups: the group I included patients with previously diagnosed CAI - 17 people whom to the common treatment were added vitamin and antioxidant complex (VAC), and patients II group (14 people) were treated by standard for this disease therapy, because during their initial examination were not evaluated CAI signs. No significant differences in age, gender, character and severity of lesions, comorbid diseases between investigated groups were not found. Delirium determined by using diagnostic scale for detection of delirium in the ICU (CAM-ICU). Cognitive function (CF) studied by the Montreal cognitive assessment scale (MoCA) on admission (in the absence of signs of D), on day 2 after stabilization of CF and 30 days after hospitalization. Statistical analysis was performed by statistical programs Microsoft Office Excel.

Results. It was found that the decrease of CF were revealed at 58.8% patients of the I group and 64.3% patients of the II group at second day after stabilization, but on 30 days after hospitalization cognitive decline were detected in 35.3% patients of the I group to compare 71.4% patients of the II group. Parameters of concentration and stability of attention and short-term and long-term memory declined among all groups.

Conclusions. In 61.2% patients with PT and CAI cognitive descend installed in the early stabilization period. Odds ratio of long-term cognitive deficiency in the group using the VAC in the treatment of PT and CAI history in patients with delirium is in 6 times less compared with standard therapy (OR= 4.6 [CI 1.11; 21.2]).

Авилова Л.Г., Гончарь Е.Н., Переяслова А.С., Николаенко М.Н., Приходько Д.О.

ДИАГНОСТИКА ФОВЕАЛЬНОЙ АТРОФИИ ПРИ УВЕИТЕ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра офтальмологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Панченко Н.В.

Фовеальная атрофия - это состояние проявляющееся истончением сетчатой оболочки в области макулы, вследствие дегенерации фоторецепторного слоя (Forooghian F. et al., 2009).

Фовеальная атрофия может возникать при различных заболеваниях, в том числе при увеитах, и приводить к значительному снижению и даже потере зрения (Rothova A. et al., 2004; Monnet D. et al., 2007).

Цель: Изучить частоту и возможности диагностики фовеальной атрофии при увеитах.

Материал и методы исследования: Было обследовано 44 пациента (57 глаз) с увеитами. Из них 19 мужчин, 25 женщин. Диагностировано: передний увеит - 9 пациентов (11 глаз), задний увеит - 24 пациента (32 глаза), генерализованый - 3 пациента (3 глаза), интермедиарный - 8 пациентов (11 глаз). Средний возраст обследованных составлял 42,9 лет, при этом медиана была равна 46,5лет.

Всем пациентам было проведено: оптическую когерентную томографию (ОКТ) сетчатки глаза на аппарате - Topcon™ 3D OCT - 1000MK2 (Ver.3.50), биомикроскопию, офтальмоскопию, тонометрию, визометрию.

Результаты: Из общего числа (44 пациента, 57 глаз) было диагностировано фовеальную атрофию у 7 пациентов (9 глаз), из них: у 1 пациента (1 глаз) - передний увеит, у 6 пациентов (8 глаз) - диагностировано задний увеит. Всего было с фовеальной атрофией 5 женщин и 2 мужчин, средний возраст которых, составлял 35,2 лет.

Частота встречаемости поражённых глаз с фовеальной атрофией, составила 15,8%, из них: передний увеит - 11,1%, задний увеит 88,8%.

Доля встречаемости пациентов с выявленной фовеальной атрофией к общему числу обследованных, составило - 15,9%, из них: передний увеит - 2,3%, задний увеит - 13,6%. Полученные результаты сравнимы с данными Forooghian F. et al. (2009), которые выявили фовеальную атрофию у 16,4% пациентов. Согласно результатам исследования de Lahitte G.D. et al. (2008), атрофические изменения в макулярной области выявлены в 10% глаз при увеитах, ассоциированных с ювенильным артритом.

По нашим данным частота развития фовеальной атрофии при при передних увеитах составила 9,1% глаз, при задних увеитах – 25%.

Изменения, вследствие которых развилась фовеальная атрофия у наших пациентов, включали: кистозный макулярный отек – у 22,2%, атрофию пигментного эпителия сетчатки – у 77,7%. По данным исследователей (Forooghian F. et al., 2009), фовеальная атрофия развилась в исходе кистозного макулярного отека – в 15%, вследствие атрофии пигментного эпителия сетчатки – в 91%.

Острота зрения у наших пациентов с фовеальной атрофией составляла от счёта пальцев у лица до 0,1.

Выводы: У обследованных нами больных с увеитом, фовеальная атрофия осложняла течение заболевания у 15,8% глаз. Исходя из проведённого исследования и полученных данных, можно утверждать, что фовеальная атрофия чаще наблюдается при заднем увеите.

Тщательное наблюдение за фоторецепторным слоем с использованием ОКТ может помочь выявить пациентов, которые подвержены риску визуального поражения, вторичного по отношению к фовеальной атрофии.

Білоусова М.С., Робак В.І., Євтушенко Д.В., Євтушенко А.В.

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ВАЖКИЙ ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

Харківський національний медичний університет
Кафедра загальної хірургії №2
Харків, Україна

Мета роботи: вивчення впливу полівалентного інгібітору протеази серину на результати лікування хворих з важким гострим панкреатитом.

Матеріали і методи. Проведено аналіз результатів лікування 29 хворих на важкі форми гострого панкреатиту. Чоловіків було 20 (69%), жінок – 9 (31%). Вік хворих коливався від 19 до 70 років. Середній вік складав 44,23+2,51 років. Критерієм залучення до дослідження була наявність у хворого важкого гострого панкреатиту (Атланта, 2013) з недостатністю органів, високою ферментною активністю та наявністю синдрому системної запальної реакції (SIRS). Пацієнти були розподілені на групи: контрольна – 15 (51,7%) хворих, які отримували стандартну терапію; основна – 14 (48,3%) хворих, якім до стандартної терапії було додано полівалентний інгібітор протеази серину типу Кунітц (улінастатін). Оперативні втручання з приводу ускладнень гострого панкреатиту виконано 5 (17,2%) хворим - 4 (26,7%) хворим контрольної групи і 1 (3,4%) хворому основної групи. Показаннями до операції усіх хворих були ускладнення панкреатиту: парапанкреатит та перитоніт, які розвивались на 5-7 добу перебування в стаціонарі. В контрольній групі 3 хворим виконано лапаротомії з розкриттям парапанкреатичних абсцесів, 1 хворому виконано лапароскопічну санацію та дренування чепцевої сумки та черевної порожнини. В основній групі 1 хворому виконано хворому виконано лапароскопічну санацію та дренування чепцевої сумки та черевної порожнини.

Результати досліджень: Регресія клінічних проявів SIRS у хворих контрольної групи відмічено на 4±1 добу, у хворих основної групи – на 2±1 добу. Оцінка стану хворих за шкалою SAPS II вказувала на більш важкий стан хворих контрольної групи в усі періоди спостереження. Тривалість інтенсивної інфузійної терапії в контрольній групі складала 6,2±2,2 доби, в основній – 4,1±1,3 доби. Тривалість стаціонарного лікування хворих контрольної групи складала 16±2,3 доби, основної групи – 9,2±1,9 доби.

Висновки. Застосування поліваленного інгібітору протеази серину (улінастатіну) у комплексній терапії гострого панкреатиту дозволяє знизити рівень ендогенної інтоксикації, зменшити прояви SIRS, пришвидшити відновлення органних порушень, зменшити загальний обсяг інтенсивної інфузійної терапії, скоротити терміни перебування хворого на стаціонарному лікуванні, що призводить до зниження вартості лікування та більш швидкого повернення працездатності хворому.

Бутеєць І.Ф., Григорова М.В., Жук Н.О.

ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ

Харківський національний медичний університет
Кафедра дитячої хірургії та дитячої анестезіології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Данилова В.В.

Позалікарняна пневмонія - одна з найпоширеніших причин госпіталізації дітей при захворюваннях дихальних шляхів. Ускладнення пневмонії у дітей асоціюються з розвитком мікробної деструкцією легеневої тканини, так званої гострої деструктивної пневмонії (ГДП) і становлять від 0,3 до 15% від загального числа пневмоній у дітей. Проблема своєчасної госпіталізації цих хворих до профільних стаціонарів та відділень, організація їх ефективного лікування залишається цілком актуальною.

Нами проаналізовані результати лікування 110 дітей з різними формами ГДП, що знаходилися на лікуванні у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії ОДКЛ №1 м. Харкова в 2017 р, з них хлопчиків - 46 (42%), дівчаток - 64 (58%). До 1 року - 8 дітей (7%), 1-3 роки - 50 (45%), 4-6 років - 14 (13%), 7 років і старше - 38 дітей (35%). Середній вік пацієнтів склав 5,68 ± 4,3 років, причому діти до 3 років склали 52% від загального числа хворих. До 5 діб від початку захворювання госпіталізовано 31 (28,18%) від 6 до 10 діб - 48 дітей (43,63%), більше 11 днів - 31 дитина (28,18%).

Лікування дітей у ВАІТ було комплексним і включало, перш за все, оптимальну антибактеріальну терапію (β-лактами в поєднанні з аміноглікозидами 2 - 3 покоління і метронідазол, в зв'язку з високою ймовірністю участі в процесі анаеробних мікроорганізмів) на тлі посиндромної терапії та профілактики розвитку грибкової інфекції і дисбактеріозу кишківника. При наявності у дитини виражених ознак мікробної інтоксикації на тлі попередньої неефективної комбінованої антибіотикотерапії препаратами вибору були карбапенеми. Ефективність антибактеріальної хіміотерапії оцінювали по клініко-рентгенологічній динаміці процесу, даними УЗД і гемограми. З метою імуностимуляції в комплекс терапії включали біовен-моно. Слід зазначити, що практична необхідність імунозамісної терапії виникала тільки у випадках пізнього надходження дитини в стаціонар (більше 11 діб).

Важливим компонентом лікування ГДП є санація вогнищ деструкції - було проведено 27 плевральних пункцій, 23 бронхоскопії, 18 дренувань плевральної порожнини. У нашій клініці проведено 18 торакоскопій з відеоскопічною санацією плевральної порожнини. Санаційну торакоскопію проводили найчастіше на 4 добу після надходження дитини в стаціонар. Відзначено, що чим пізніше поступила дитина в клініку, тим раніше було потрібно проведення оперативного втручання.

Середній час перебування дитини у ВАІТ склав 6,4 днів. В торакальне відділення переводили в середньому на 5-й день після операції. Випадків летального результату за 2017 рік відзначено не було.

Таким чином, провівши аналіз лікування хворих з ГДП у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії ОДКЛ №1 м. Харкова, можна зробити наступні висновки: розвиток мікробної деструкції легеневої тканини частіше спостерігається у дітей до 3 річного віку на тлі попередньої ГРВІ, тобто ГРВІ є "пусковим механізмом" гострих бактеріальних пневмоній. Пізніше звернення в спеціалізований стаціонар сприяє більш важкому перебігу

деструктивного процесу і вимагає проведення хірургічного лікування - санаційної торакоскопії.

Вивчарук В.П., Пащенко К.Ю., Фернандес Шрия Наполин

ЛЕЧЕНИЕ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра детской хирургии и детской анестезиологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Пащенко Ю.В.

Коррекция гипоспадии у детей требует использования методик, проверенных временем. За последние пять лет в клинике детской хирургии Харьковского национального медицинского университета на базе КУОЗ ОДКБ №1 прооперировано 117 детей с гипоспадией в возрасте от 10 месяцев до 16 лет. С дистальной гипоспадией было 83 ребенка, со средней стволовой 22 ребенка, с проксимальными стволовыми и промежностными формами сответственно 12 детей. Все дети были обследованы у генетиков, эндокринологов, а при необходимости, у психологов.

Основным принципом лечения являлось полное косметическое воссоздание неоуретры с ликвидацией курватуры и выведением неомеатуса на вершину головки полового члена. Использовались как одноэтапные, так и этапные методики коррекции.

Опыт клиники свидетельствует о тенденции к отказу от меатогландулопластики в пользу лоскутных методик пластики. Дистальные и средние стволовые формы оперировались одномоментно по методикам Метью, Снодграсса, Дакета, Ходсона. Лечение начинали с оценки возможности пластического использования крайней плоти. При необходимости использовали местную гормональную подготовку.

Проксимальные стволовые и промежностные формы оперировались по модифицированной нами двухэтапной методике Денис-Брауна с пластическим дополнением лоскутом слизистой нижней губы или щеки. Промежностная форма гипоспадии со скротопениальной транспозицией (5) оперирована по одномоментной микрохирургической методике с перемещением хорошо васкуляризированного дорсального лоскута для создания неоуретры. По нашему мнению – это оптимальный способ коррекции, позволяющий достичь хорошего косметического и функционального результата.

У 21 ребенка выполнены коррегирующие пластические вмешательства после неудачных операций в прошлом. Ранние и поздние осложнения отмечались в 11% наблюдений, что является хорошим показателем.

Гужва Н.Ю.

АСПЕКТЫ ОСЛОЖНЕНИЯ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Кафедра терапии, нефрологии и общей практики – семейной медицины
Харков, Украина
Научный руководитель: профессор Ромаданова О.И.

Наиболее современным и эффективным методом восстановления кровотока в коронарных артериях при инфаркте миокарда в настоящее время является коронарное стентирование. Однако, и оно может вызвать ряд осложнений – закрытие стента(тромбоз), рестеноз, диссекцию артерии, повторный инфаркт и другие. Наиболее склонны к возникновению осложнений после стентирования коронарных артерий пациенты, имеющие различные серьёзные хронические заболевания – сахарный диабет (СД), патологии почек, нарушения свёртывающей системы.

Цель исследования - на клиническом примере изучить осложнение- тромбоз стента, возникшее после проведенного коронарного стентирования (КС), с целью профилактики и правильной оценки возможного риска осложнений.

Материалы и методы. Результаты оценивались на основании анамнеза, объективного исследования, лабораторных и инструментальных методах обследований, проведенных манипуляций – КС.

Результаты. Больной М, 72 г., поступил 14.02.17г. в ОИТ ХКБ с диагнозом ИБС. Острый (12.02.17г) передне – боковой распространенный с элевацией сегмента ST инфаркт миокарда (ИМ). Гипертоническая болезнь (ГБ) III ст., 2 ст., СН I. Предварительно 2 дня лечения в ЦРБ без эффекта. В анамнезе впервые выявленный в стационаре СД 2 типа, средней тяжести, стадии субкомпенсации, ХБП II ст. Жалобы на боли за грудиной. УЗИ сердца – акинезия передне-перегородочно-верхушечно-бокового сегмента левого желудочка(ЛЖ). Фракция выброса левого (ЛЖ) 47%. Коронарография(КГ) - правый тип коронарного кровоснабжения, ЛКА - ствол без особенностей, ПНА– стеноз 70% с нестабильной бляшкой в проксимальном сегменте, критическая суббоклюзия с признаками тромбообразования с переходом на диагональную артерию, атеросклероз дистального сегмента ПНА с 80% стенозом. Проведено КС покрытым стентом. Кровоток после КС TIMI - 3. После КС - клексан, плавикс, не получал аспирин, в связи с болями в эпигастр. области, тробоцитопенией, положительной реакцией на скрытую кровь в кале. 17.02.17 переведен в общую палату. На фоне относительно удоволетворительного общего состояния 24.02.17 появилась одышка, боли за грудиной. ЭКГ- Рецидив передне- бокового распространенного ИМ. КГ 25.02.17 ЛКА - ствол без особенностей, окклюзия (тромб) стента в ПНА ЛКА, кровоток TIMI-0, постокклюзионный сегмент не контрастируется, атеросклероз дистального сегмента ПНА ЛКА 80% стеноза. Выполнена тромбоаспирация, получена диссекция по дистальному краю стента, КС stent-by-stent. Кровоток по ПНА TIMI-3. Терапия - брилинта. ЭКГ (3.03.17) ПБПНПГ. 3.03.17 общее состояние больного улучшилось, больной переведен в общую палату, получал плановую терапию, готовился к выписке.

Вывод. Выбор стента может быть различным с покрытием или без него, однако всегда имеется риск осложнений, таких как тромбоз (закрытие стента), который может привести к повторному ИМ, поэтому больные должны оставаться под наблюдением врача в течении недели после коронарного стентирования, особенно это касается пожилых пациентов, у которых имеется сопутствующая патология – СД, ХБП, ГБ, как в данном клиническом примере. Следует также проводить тщательное обследование больного, тщательный сбор анамнеза перед проведением коронарного стентирования с целью своевременного выявления сопутствующей патологии и оценки возникновения возможного риска осложнений.

Донцова Є.В.

ЕНДОВАСКУЛЯРНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ КРИТИЧНУ ІШЕМІЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургії №2
Харків, Україна
Науковий керівник: Гоні С.-А.Т.

Актуальність. В останній час в Європі і США широко використовують ендоваскулярну хірургію, що виникла як альтернатива відкритому хірургічному втручанню на нижній кінцівці. Ендоваскулярні втручання на тлі критичної ішемії при ураженні артерій гомілки та глибокої артерії стегна мають технічний безпосередній успіх у більшості спостережень, забезпечують збереження нижньої кінцівки у більшості пацієнтів, покращання якості їх життя, такі операції застосовують у пацієнтів старечого віку, в поєднанні з відкритими судинними втручаннями або поперековою симпатектомією. Покращенню віддалених результатів ангіопластики артерій підколінно-гомілкового сегмента сприяє покриття імплантованих стентів лікарськими засобами.

Мета дослідження: визначити можливості способів корекції критичної ішемії тканини за дистальних форм атеросклерозу на підставі аналізу результатів комплексного клініко-інструментального обстеження.

Матеріал і методи. На базі відділення хірургії судин ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т.Зайцева НАМН України» за 2017 рік нами було здыйснено дынамычне спостереження 28 хворих на ХКІНК з дистальною формою ураження. Етіологічним чинником ХКІНК у цих хворих був облітеруючий атеросклероз у 6 (42,8%) хворих, у 6 (42,8%) хворих був облітеруючий атеросклероз та цукровий діабет 2 типу, у 2 (14,2%) хворих причиною ХКІНК була посттромботична оккклюзія. В усіх пацієнтів на етапі обстеження застосовували ультразвукові методи дослідження або мультиспіральну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним контрастуванням, які вважали методом скринінгу для проведення подальшого рентгеноконтрастного агіографічного дослідження. Здійснювали антеградну та ретроградну катетеризацію артерій за Сельдингером. Після попередньої контрольної ангіографії через ділянку стенозу до обструкції під рентгеноскопічним контролем проводили провідник, а потім – балонний катетер Low Profile PTA Balloon Dilatation Catheter. У деяких ситуаціях, коли балонний катетер неможливо було провести через довгу зону оклюзійно-стенотичного ураження, за умови збереження прохідності дистального артеріального русла, проводили одночасну ретроградну та антеградну ендоваскулярну через шкірну балонну ангіопластику.

Висновок. 1.Використання комплексу клініко-інструментальних методів дослідження при ХКІНК дає змогу ретельно обстежити хворих за дистальної форми та обґрунтувати показання до виконання ендоваскулярних втручань з приводу локального оклюзійно-стенотичного ураження судин. 2.Виконання ендоваскулярних втручань з приводу ХКІНК у хворих за їх дистального оклюзійно-стенотичного ураження дозволяє зберегти кінцівку більшості пацієнтам у строки до 1 року спостереження.

Дроздова А.Г., Гончарова Н.Н.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ РЕЦИДИВНЫМ УЗЛОВЫМ ЗОБОМ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра хирургии № 2
Харьков, Украина

Актуальность. По данным ВООЗ ежегодно возрастает количество оперативных вмешательств по поводу различных заболеваний щитовидной железы (ЩЖ), а значит, возрастает и количество пациентов с послеоперационным рецидивным узловым зобом (ПРУЗ). Проблема развития ПРУЗ является актуальной, так как отражает ряд аспектов: отсутствуют общепризнанное определение понятия ПРУЗ, единая классификация, алгоритм диагностики и лечения ПРУЗ, дискутабельны вопросы касательно факторов риска и непосредственных причин развития заболевания. Также неоднозначны литературные данные относительно использования миниинвазивных технологий в хирургии ЩЖ. И, конечно, высокая частота развития специфических осложнений, таких как паралич гортани, вследствие травм возвратных гортанных нервов (ВГН) с расстройствами фонации и функции внешнего дыхания, гипопаратиреоз.

Материалы и методы. Были проанализированы результаты хирургического лечения 59 пациентов с ПРУЗ, которые были прооперированы с 2004 по 2017 гг. в хирургическом отделении КУОЗ «ОКБ – ЦЭМП и МК», из них – женщин – 52 (88%), мужчин – 7 (12%), в возрасте от 29 до 78 лет.

Диагностика основывалась на клинико-лабораторных (общеклинические методы исследования крови и мочи, биохимические исследования крови, определение уровней ТТГ, Т3, Т4, антител к тиропероксидазе и тироглобулину) и инструментальных (рентгенография органов шеи и грудной клетки, ультразвуковое исследование ЩЖ, выполнение тонкоигольной аспирационной биопсии с морфологическим исследованием пунктата) данных.

Результаты и их обсуждение. У 26 (44%) пациентов рецидив был расценен как «истинный», у 33 (56%) – как «ложный». Период от первичного вмешательства до появления

жалоб длился 7-10 лет. Развитие ПРУЗ на фоне эутиреоидного состояния наблюдалось у 37 (63%) больных, на фоне – тиреотоксикоза – у 20 (34%), а на фоне гипотиреоза – у 2 (3%) больных. Все пациенты были прооперированы. В 19 (32%) случаях выполнялась гемитиреоидэктомия справа, в 17 (29%) – гемитиреоидэктомия слева, в 12 (20%) – предельно-субтотальная резекция ЩЖ с удалением пирамидного отростка, в 6 (10%) – субтотальная резекция ЩЖ, в 2 (4%) – удаление пирамидного отростка, в 3 (5%) – тиреоидэктомия.

По данным морфологического исследования у 32 (54%) больных наблюдались изолированные узловые изменения (причем в 6 случаях они были представлены аденомой ЩЖ). У 12 (20%) пациентов определялось наличие более одного узла. У 15 (25%) – отмечались диффузные изменения ткани ЩЖ.

У 13 (22%) больных наблюдался рецидив диффузного токсического зоба, у 20 (34%) – аутоиммунного тиреоидита.

Пареза гортани, постоянного гипопаратиреоза, нагноения послеоперационной раны, кровотечения у данной группы пациентов зафиксировано не было. В 1 случае был зафиксирован транзиторный гипопаратиреоз, который был купирован на фоне терапии препаратами кальция и витамином В.

Выводы. Учитывая результаты морфологических исследований и гормональный фон, всем больным после операции по поводу ПРУЗ назначали заместительную терапию L-тироксином с индивидуальным подбором дозы и рекомендовали диспансерное наблюдение у эндокринолога. Вероятность развития рецидива у пациентов, оперированных по поводу заболеваний ЩЖ, может зависеть как от методики оперативного лечения, так и от проведения в последующем адекватной заместительной терапии с индивидуальным подбором дозы препаратов.

Дякивнич А.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ И ЭЗОФАГОРЕСПИРАТОРНЫХ СВИЩАХ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра хирургии №1
Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н. Шевченко А.Н.

Актуальность темы: связана со стабильно высокой летальностью больных с раком пищевода (по разным данным 70-90%), поздней диагностикой данной группы заболеваний, а также ослабленное и инкурабельное состояние больных. Долгое время таким больным оказывалась лишь паллиативная помощь в виде наложения гастростомы, которая значительно ухудшает качество жизни пациента. В настоящий момент альтернативой гастростомии является эндопротезирование “self-expanding” стентами, которые позволяют обходиться без парентерального или зондового питания.

Цель исследования: оценить результаты лечения больных с несостоятельностью пищеводных анастомозов и с пищеводными свищами онкологической этиологии с помощью эндоскопического стентирования, проанализировать осложнения и риски данной тактики лечения.

Материалы и методы: ретроспективный анализ больных на базе ГУ “Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМНУ” включал в себя 39 прооперированных пациентов. Из них 1 группа - 64% (25 больных) имели опухолевые пищеводные свищи и у 2 группы - 36% (14 больных) имела место несостоятельность пищеводных анастомозов. Из 2 группы: несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза 7 человек, пищеводно-кишечного 6, несостоятельность швов после удаления лейомиомы верхней части пищевода 1.

Для эндопротезирования были использованы стенты типа M.I. Tech Co., Ltd. с антирефлюксным дистальным клапаном, который используется для стентирования кардиальной части пищевода, а также Ultraflex (Boston Scientific Itd), изготовленный из Nitinol сетки (сплав титана и никеля, имеющий температурную память) с политетрафторэтиленовым покрытием, обладающий наибольшей гибкостью, что делает его оптимальным для использования в верхней ⅓ пищевода.

Результаты исследования: В ходе исследования в 1 группе было выявлено ранние осложнения эндопротезирования: неполная герметизация свища (16%), дислокация стента вверх (4%) и вниз (4%); среди отдаленных осложнений наблюдалась миграция стенка вниз у 1 больного (4%). Все выше перечисленные осложнения полностью устранились после установки дополнительно стента, удовлетворительный результат - 100%. К ранним осложнениям 2-ой группы относится: перфорация острой язвы пищевода (7%), к поздним - дислокация стента вниз (7%) и сложившийся пополам стент (7%). Во второй группе удельный вес пациентов, которые выписались в удовлетворительном состоянии - 93%, 1 больной (7%) умер от кровотечения из стрессовой язвы культи желудка.

Выводы: оценив послеоперационные данные больных 2х группу можно сделать вывод о рациональности применение данной методики, учитывая во внимание ее малую травматичность, умеренное дилатационное воздействие на стенки пищевода, высокие послеоперационные результаты (97%). При этом необходимо предусматривать возможность дислокации стента вдоль пищевода. Один из вариантов устранения данной проблемы — это различные типы стента с прикрепленной нитью для его фиксации, также необходимо применять эндоскопический и рентгенологический (с водорастворимым контрастным веществом) методы для контроля результатов стентирования.

Євтушенко Д.В., Робак В.І., Скляренко Д.О., Євтушенко А.В.

МОРФОЛОГІЯ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ З БІЛІАРНОЮ ОБСТРУКЦІЄЮ

Харківський національний медичний університет
Кафедра загальної хірургії №2
Харків, Україна

Мета роботи: визначити характер морфологічних змін печінки з урахуванням тривалості жовтяниці, при розвитку холангіту та після відновлення жовчотоку.

Результати: При розвитку холангіту з клінічними проявами біліарного сепсису, з виділенням із жовчі Pseudomonas aeruginosa, виявлялась картина гнійного холангіту та гострого гепатиту

У групі з обтураційною жовтяницею тривалістю 7–14 діб виявляються дрібновогнищеві некрози гепатоцитів з інфільтрацією колабованої строми нейтрофілами, лімфоцитами і гістіоцитами, поблизу яких зустрічаються фокуси регенеруючих печінкових клітин. В усіх портальних зонах спостерігається проліферація жовчних проток і утворення жовчних псевдоходів. При аналізі морфометричних даних виявляється достовірне наростання відносного об’єму сполучної тканини до 9,37 ± 1,28% і стромально-паренхіматозного індексу до 0,48 ± 0,02 за рахунок зменшення відносного об’єму гепатоцитів до 61,95 ± 2,13%.

При обтураційній жовтяниці тривалістю 15-30 діб виявляються ознаки поширеного внутрішньоклітинного і внутрішньоканальцевого холестазу з утворенням жовчних тромбів, однак найбільш виражені зміни фіксуються у центральних відділах часточки, а також зустрічається виливи жовчі з формуванням жовчних озер, що зумовлює виникнення крупновогнищевих некрозів паренхіми в межах 1–2 часточок. Наростають явища фіброзу портальних зон – надлишковий розвиток сполучної тканини відзначається не тільки перидуктально, але і в частині спостережень, периваскулярно.

Аналіз даних морфометричного дослідження показав збільшення відносного об’єму сполучної тканини та стромально-паренхіматозного індексу за рахунок достовірного зниження об’єму гепатоцитів. Вивчення морфологічних змін печінки після відновлення жовчотоку показало, що при холедохолітіазі, ускладненому гострою обтураційною

жовтяницею, відновлення жовчотоку забезпечує виражене зниження інтенсивності альтеративних і запальних змін в структурних компонентах печінки з посиленням репаративних процесів у її тканині.

Проведене нами морфологічне дослідження свідчить про те, що розвиток обтураційної жовтяниці при холедохолітіазі супроводжується морфологічними змінами у печінці, вираженість яких збільшується зі збільшенням її тривалості. При її тривалості більше 7 діб зменшується відносний об'єм гепатоцитів, збільшується об'єм сполучної тканини, що свідчить про зниження функціональних резервів печінки і може бути причиною розвитку печінкової недостатності у післяопераційному періоді.

Завгородній А.С.

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ТА ПРИНИЦИПИ ЛІКУВАННЯ СКОЛІОТИЧНОЇ ХВОРОБИ В УКРАЇНІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра травматології та ортопедії
Харків, Україна

Актуальність. В Україні кожна четверта дитина має порушення осанки, а 5-6 людина з 1 тисячі (більш 40 тисяч) – сколіоз. Група інвалідності за категорією «інвалідність з дитинства» встановлюється 13% хворим з захворюваннями хребта (кожний восьмий інвалід з патологією хребта – це інвалід з дитинства).

Мета роботи: на основі проведеного ретроспективного аналізу клінічних спостережень та проаналізованих літературних джерел, представити принципи комплексного лікування сколіотичної хвороби.

Матеріали та методи: На базі ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України» було обстежено та оцінено ступінь анатомо-функціональних порушень та ступінь обмеження життєдіяльності методом опитування 30 дітей або батьків тих дітей, з патологією хребта віком від 3 до 18 років (хлопчиків 11 осіб, дівчат - 19). Всім пацієнтам були виконані рентгенографічні дослідження всіх відділів хребту у двох проекціях, КТ, денситометричні дослідження.

Результати роботи. За результатами опитування до лікування відзначено обмеження соціальної активності у 61.29% дітей, обмеження у користуванні громадським транспортом – 22.58%, обмеження можливостей для навчання – 32.26%, обмеження спілкування пов'язане з захворюванням хребта – 54.84%, утруднення при ходьбі – 77.42%. Щодо вираженості анатомо-функціональних порушень, які оцінені згідно з п. 15 протоколу № 917 від 21.11.2013 р. – у 2 дітей – I ступінь, у 10 – II ступінь, у 14 – III ступінь, у 4 – IV ступінь. Частота ураження грудного відділу хребту складає 20-25%.

Сучасні принципи лікування. Регулювання зростання хребців – здійснюється прямим впливом на зони росту хребців або на диски (спондилоепіфізіодез, енуклеація пульпозних ядер, дискектомія), або непрямим, збільшуючи навантаження на вигнуту сторону, зменшуючи з увігнутої сторони (м'язовим впливом або корсетом). Також корсети використовуються для зменшення нестабільності хребту за рахунок розвантаження його м'язовим або ортопедичним (жорстким корсетом). Застосовуються корсети типу Шено, Мільвоки, Бостона. ЛФК, фізіотерапевтичні процедури, масаж.

Хірургічне лікування проводили при деформаціях III-IV ступенів. Встановлювали двохпластинчастий ендокоректор з багаторівневою фіксацією.

Медикаментозне лікування спрямовували на зменшення остеопенії, корекцію порушень ендокринної системи.

Алгоритм лікування у зв'язку зі ступенями захворювання. I ступінь (до 10^{o} по Cobb) – ортопедичний режим, ЛФК, масаж, електростимуляція м'язів (ампліпульс), електрофорез Ca, P, прийняття препаратів Ca та вітаміну D. II ступінь (11-30^{o}) – до вище вказаного комплексу додаємо корсетотерапію (22 години на добу), ЛФК подовжене у двічі, медикаментозна

терапія. При III ступені (31-50^{o}) – застосовується комплекс, як при I та II ступенях, якщо кут 40^{o} та більше – проводять хірургічне лікування. Аналогічно при деформаціях IV ступені.

Висновки: Реалізація вищевказаних принципів і алгоритму лікування сколіозу протягом зростання пацієнта дозволяє отримувати позитивні результати при консервативному лікуванні в 80% випадків, а в поєднанні з сучасними хірургічними технологіями, які виконуються в ДУ «ІПХС ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України» - до 92% випадків.

Зєнов'єва О.М.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНТРАВІТРЕАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ АФЛІБЕРСЕПТУ ПРИ НАВАНТАЖУВАЛЬНІЙ СХЕМІ У ПАЦІЄНТІВ З ДІАБЕТИЧНИМ МАКУЛЯРНИМ НАБРЯКОМ

Харківський національний медичний університет
Кафедра офтальмології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Добриця Я.В.

Актуальність: Діабетичний макулярний набряк (ДМН) - найпоширеніша причина втрати зору у хворих на цукровий діабет (ЦД). Відомо, що дане захворювання зустрічається серед 40% хворих на ЦД I типу. На теперішній час найефективнішим методом лікування хворих на ЦД I з ДМН є інтравітреальне введення препаратів, що пригнічують активність ендотеліального фактору росту судин - VEGF (vascular endothelium growth factor). Найпоширенішим з них в Укаріїні є афліберсепт («Айлія»), але актуальним є питання вибору оптимальної схеми введення препарату хворим з ДМН.

Мета: порівняти результати лікування препаратом «Айлія» пацієнтів на ЦД тип I з ДМН при використанні схеми «навантаження» та схеми pro re nata (PRN, тобто за потребою).

Матеріали та методи: під наглядом були 12 пацієнтів з ДМН ЦД I типу, (жінок – 7, чоловіків – 5), вік пацієнтів від 21 до 58 років, стаж діабету 15 – 25 років. Період спостереження 12 місяців. Пацієнти були розподілені на 2 групи (по 6 чоловік в кожній групі). В першій лікування проходило по схемі «навантаження» (Protokol Treatment), що для препарату «Айлія» відповідає інтравітреальному введенню 2мг 1 раз на місяць у кількості 5 ін'єкцій, наступні ін'єкції 1раз на 2 місяці. Таким чином всього 8 ін'єкцій. У другій групі 2 мг препарату вводили інтравітреально протягом 3 місяців, в наступному - повтори при збільшенні товщини центральної сітківки > 10% від даних останньої оптичної когерентної томографії сітківки (ОКТ). У пацієнтів обох груп до початку спостереження було виявлено: зниження гостроти зору (ГЗ) в широкому діапазоні від 0,60 до 0,15, середня ГЗ 0,3 ± 0,02; на сітці Амслера відносні центральні скотоми у межах 15° у всіх пацієнтів; при офтальмоскопії – набряк сітківки в макулі, перимакулярно геморагії, ексудати; при ОКТ макули – у всіх пацієнтів мав місце дифузний набряк сітківки, середня товщина центральної сітківки (ТЦС) становила 517,6μm ± 12μm, та інтраретинальні кісти різної форми та висоти.

Результати: у пацієнтів першої групи, що отримували лікування за схемою «навантаження» було виявлено: підвищення середньої ГЗ до 0,55±0,04, повна відсутність відносних центральних скотом, зникнення набряку сітківки в макулі при офтальмоскопії; при ОКТ відсутність інтраретинальних кіст, зменшення макулярного набряку, середня ТЦС 289,2 μm±11μm.

У пацієнтів другої групи, що отримували лікування за схемою PRN виявлено: підвищення середньої ГЗ 0,39±0,07, повна відсутність центральних скотом, при офтальмоскопії - зменшення набряку сітківки в макулі; при ОКТ - зникнення інтраретинальних кіст у 4 з 6 пацієнтів та зменшення макулярного набряку, де середня ТЦС становила 321,3μm±20μm.

Висновки: використання афліберсепту (препарату «Айлія») при лікуванні пацієнтів з ДМН за схемою «навантаження» значно ефективніше, ніж лікування за схемою PRN, про що свідчить підвищення середньої ГЗ до 0,55±0,04, зменшення середньої ТЦС до 289,2

μm±11μm, хоча лікування PRN є також досить ефективним: середньої ГЗ - 0,39±0,07 середня ТЦС 321,3μm±20μm.

Калініченко Д.О.

АЛЬТЕРНАТИВНИЙ МЕТОД ВИМІРЮВАННЯ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОГО ТИСКУ ПІСЛЯ ПРОТЕЗУЮЧОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра загальної хірургії № 1
Харків, Україна
Науковий керівник: к.мед.н. Брек О.О.

Актуальність: Головною причиною виникнення і розвитку грижі живота є порушення внутрішнього черевного тиску(ВЧТ). Величина ВЧТ багатьох факторів: ступеня ожиріння, вікових та патологічних змін передньої черевної стінки, еластичності та пружності останньої. Зниження ВЧТ спричиняє опущення органів черевної порожнини. При втраті рівноваги внутрішнього тиску, стінки черевної порожнини виявляються не в змозі компенсувати цю різницю тиску, і орган починає деформуватися. Ось чому, один із найважливіших факторів, який впливає на загальний стан пацієнта після виконання пластики – це метод, обраний для вимірювання ВЧТ та його контролю.

Мета: визначити вплив методу вимірювання ВЧТ під час герніопластики на післяопераційний стан хворого на грижу білої лінії живота.

Методи: Вивчено метод пластики з урахуванням стадії розвитку білої грижі, який встановлюється у вертикальному положенні пацієнта та вимірюванні ВЧТ за допомогою прямого та непрямого методів. Вивчено результати лікування 40 хворих із деформаціями живота, які були розділені на дві групи. Основна група - 30 хворих, яким виконаний непрямий метод вимірювання ВЧТ. Контрольну групу склали 10 хворих, яким було застосовано прямий метод вимірювання ВЧТ.

Непрямі методи визначення ВЧТ засновані на вимірі тиску в порожнистих органах (в порожнині шлунка, сечового міхура), які є пропорційними внутрішньочеревному і корелюють з його змінами.

У перерахованих вище відомих способах роль полого резервуара, за допомогою якого проводять вимірювання тиску, грають самі порожнинні органи (сечовий міхур).

Недоліками цього методу є: наявність постійного катетера в сечовому міхурі тривалий час, що приводить до реактивного запалення його стінки; ризик розвитку висхідної інфекції сечовивідних шляхів; неможливість проведення вимірювання тиску при травмі сечового міхура.

Що до прямого методу вимірювання ВЧТ, то цей спосіб вимірювання включає інтраопераційну імплантацію балона з еластичного матеріалу в вільну черевну порожнину. Технічний результат – точність, простота, можливість багаторазових вимірювань.

Результати дослідження: Порівняння методів вимірювання ВЧТ між собою виявило, що при використані непрямого методу у – 16,6% хворих виявлено запалення стінки сечового міхура, через постійне знаходження катетера у порожнині; 3,3% - розвиток висхідної інфекції сечовивідних шляхів; 3,3% - неможливість використання методу через травму сечового міхура. У групі хворих у яких використовувався прямий метод вимірювання, ускладнень не виявлено.

Новий метод вимірювання ВЧТ дає можливість зменшити негативний вплив вимірювального апарату на сечовивідну систему та зменшити кількість ліжко-днів пацієнта у стаціонарі.

Висновок: Таким чином, аналізуючи результати досліджень хворих на грижі живота у післяопераційний період, виявлено, що метод запропонований для вимірювання ВЧТ дозволяє уникнути ускладнень, що характерні для даних методів.

Кітченко С.С., Сирчіна В.О., Бортник К.Ю., Семенюк М.О.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургії №3
Харків, Україна
Науковий керівник: чл.-кор. НАМН України, професор Лупальцов В.І.

Актуальність. Лікування гострого панкреатиту (ГП) та його ускладнень є однією з нагальних проблем сучасної хірургії. ГП посідає третє місце серед гострої хірургічної патології органів черевної порожнини та спостерігається у 9 – 12,5% пацієнтів, госпіталізованих в хірургічний стаціонар. Збільшується кількість його деструктивних форм (до 27,3% – 58,3%) при летальності до 20 – 30%, яка при тяжкій деструкції та інфекційних ускладненнях сягає до 50 – 80%. Показник інвалідізації серед хворих, які перенесли важкий панкреатит, досягає 50 – 70%.

Мета роботи. Вивчити результати мініінвазивних втручань при хірургічному лікуванні панкреонекрозу.

Матеріали та методи. Проведено оперативне лікування 13 хворих на важкий ГП – 8 чоловіків (61,5%), 5 жінок (38,5%). Алкогольний ГП виявлений у 4 (30,8%) хворих, біліарна патологія у 9 (69,2%). Для верифікації діагнозу оцінювали клінічну картину за класифікацією Атланти (2012), а також бальну систему APACHE III для оцінки важкості захворювання; ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерну томографію (КТ). Для визначення тяжкості ГП враховували діагностичні критерії ураження життєво важливих систем: клінічні ознаки (перитонеальний синдром), тахі- чи брадікардію, АТ; загальний аналіз крові (гемоглобін, лейкоцити); біохімічні аналізи (глюкоза; сечовина); ЕКГ (ішемія міокарду, метаболічні розлади).

Результати. Для всіх хворих був характерним інтенсивний больовий синдром – у 2 (15,4%) хворих приступ нівелювали наркотичними анальгетиками. Гемодинамічні порушення (тахікардія >120 уд./хв., зниження систолічного АТ <90 мм.рт.ст.) спостерігались у 4 (30,8%) пацієнтів; респіраторний синдром – у 3 (23,1%) пацієнтів, динамічна кишкова непрохідність – у 8 (61,5%) хворих. За даними УЗД ознаки набряку ГП виявлено у 7 (53,8%) хворих, панкреонекрозу – у 2 (15,4%); у 4 (30,8%) хворих УЗД не було інформативним внаслідок гіперпневматозу кишечнику. У 3 (23,1%) хворих виявлено вільну рідину в черевній порожнині, у 1 (7,7%) хворого – рідина в сальниковій сумці. КТ виконано 3 (23,1%) хворим – у 1 (7,7%) хворого виявлено ураження >50% ПЗ, у 2 (15,4%) – <30%; у 1 (7,7%) хворого виявлено вільну рідину в черевній порожнині. Оцінку за шкалою APACHE III проводили щодоби: край важкий стан був у 4 (30,8%) хворих, важкий у 3 (23,1%) хворих, середньої важкості у 6 (46,2%) хворих. Відкриті методи застосовувались при деструктивних змінах в ПЗ та оточуючих її просторів. У 2 (15,4%) хворих з явищами ферментативного перитоніту хірургічне лікування починали з лапароскопічного дренування. Відкритим методом було прооперовано 11 (84,6%) хворих, що дозволило повноцінно оцінити стан ПЗ, провести адекватну як евакуацію некротичних мас, так і розкриття та дренування абсцесів й флегмон. Розповсюдженість патологічного процесу у вигляді вираженого оментобурситу спостерігали у 3 (23,1%) хворих, центральної заочеревеної флегмони – у 2 (15,4%) хворих. У 1 (7,7%) хворого було виконано програмовану релапаротомію з широкою мобілізацією ободової кишки, 2 (15,4%) хворим – програмовану санацію з етапною некрсеквестректомією через оментобурсостому. Післяопераційні ускладнення відмічалися у 6 (46,2%) хворих: заочеревенна флегмона – у 3 (23,1%) хворих, формування абсцесів черевної порожнини – у 2 (15,4%) хворих, панкреатична нориця – у 1 (7,7%) хворого. На тлі поліорганної недостатності померло 4 (30,8%) хворих.

Висновки. Мініінвазивні методики за тяжкого перебігу ГП дають в окремих випадках можливість уникнути травматичних хірургічних втручань, які, в той же час, залишаються методом вибору при лікуванні цієї категорії хворих.

Книгавко А.В., Казиев С.Г., Бабаева А.Р.

КОРРЕКЦИЯ ВЕНО-ОККЛЮЗИВНОЙ ФОРМЫ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН С ДВУСТОРОННИМ ВАРИКОЦЕЛЕ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра урологии, нефрологии и андрологии
Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала
Харьков, Украина

К сожалению, в наше время эректильная дисфункция все чаще встречается у мужчин молодого и среднего возраста. Как известно, имеется связь между варикоцеле и эректильной дисфункцией – доказывает исследование "Varicocele is associated with erectile dysfunction: a population-based case-control study." Keller JJ, Chen YK, Lin HC. Большинство авторов объясняют связь между эректильной дисфункции и варикоцеле низким уровнем тестостерона "Low plasma testosterone in varicocele patients with impotence and male infertility".Younes AK.

При ЭД, обусловленной патологическим венозным сбросом, имеет место значительный отток венозной крови по патологическому шунту (через большие подкожные вены, дорзальные или увеличенные кавернозные вены).Учитывая, что варикоцеле также является проявлением патологии вен, обусловленной патологическим током крови можно предположить врожденную предрасположенность к эктопии и недостаточности вен половых органов у пациентов с коморбидностью ЭД и варикоцеле.

Материалы и методы: На базе Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала проведено комплексное обследование и лечение 45 пациентов, страдающих веноокклюзивной формой ЭД и двусторонним варикоцеле. Средний возраст пациентов 35,4+4,6 лет. Данная форма ЭД диагностировалась анамнестически и с помощью УЗИ мошонки и полового члена в Допплеровском режиме. Пациентам выполнялось хирургическое лечение: двусторонняя операция Мармара с перевязкой вен, идущих от полового члена к семенному канатику.

Результаты: Эффективность оперативного лечения субъективная (по опросникам МИЭФ) – 85,3%, объективная - по отсутствию венозного сброса на Допплеровском УЗИ – 94%.

Выводы: 1. Двустороннее варикоцеле у молодых мужчин с эректильными проблемами является маркером и одной из причин веноокклюзивной формы ЭД. 2. Модифицированная (с перевязкой дорсальной и коммуникантных вен) двусторонняя операция Мармара является высокоэффективным методом лечения таких пациентов.

Кругляк В.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕТРОГРАДНОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ ОРГАНИЧЕСКОГО ТИПА ПОСЛЕ ТУР ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра урологии, нефрологии и андрологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Книгавко А.В.

Актуальность. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – самое распространенное заболевание мужской половой системы. При радикальном хирургическом лечении ДГПЖ с помощью операций ТУР возникает расстройства эякуляции в 100% случаев – ретроградная эякуляция (РЭ). РЭ является значительной проблемой для мужчин, снижая их фертильный, сексуальный, личностный потенциал, а расстройства эякуляции, как область экскреторного бесплодия, являются самой частой физиологической причиной разводов (50%) опережая эректильную дисфункцию. РЭ после ТУР у пациентов с ДГПЖ возникает в результате неполного сжимания задних отделов простаты в силу анатомических дефектов после операции, то есть из-за несостоятельности замыкательного аппарата шейки мочевого пузыря эякулят попадает в пузырь, обуславливая невозможность зачатия естественным путем.

Целью исследования стали оптимизация и сравнение лечения РЭ у пациентов с ДГПЖ после ТУР с помощью уникальных малоинвазивных методик и традиционной терапией симпатомиметиками с физиопроцедурами.

Материалы и методы. На базе ХОКЦУН им. В.И. Шаповала проведено комплексное обследование и лечение 288 пациентов с диагнозом ДГПЖ с помощью операции ТУР в возрасте от 40 до 85 лет. 58 больных изъявили желание дальнейшего лечения от РЭ, как 100% последствия операции ТУР. Пациентам было проведено: сбор сексуального анамнеза, оценка психоневрологического состояния по шкале Гамильтона, произведено ТРУЗИ простаты до и после эякуляции, уретроцистоскопия, выполнен анализ мочи после эякуляции на предмет наличия сперматозоидов. Эффективность лечения оценивалась как по субъективным критериям (удовлетворенность половой жизнью и оргазмом), так и объективным критериям - появление спермы. В 1й группе 22 пациентам для коррекции РЭ органического генеза была произведена малоинвазивная процедура – в задние отделы подслизистого слоя простатического отдела уретры был введен медленно рассасывающийся гель гиалуроновой кислоты «Juviderm» с целью закрытия 1/3 просвета шейки мочевого пузыря. Во 2й группе 36 пациентам отменили альфа-адреноблокаторы (тамсулозин), который был основой их терапии ДГПЖ, и назначили симпатомиметик мидодрин (Гутрон) 2,5мг*2р/д. с физиотерапией.

Результаты: Введение геля в простатическую часть уретры привело к нормальной физиологической антеградной эякуляции, появлению беременностей в ранее бесплодных семьях, нормализации сексуальной жизни, прекращении ретроградной эякуляции у 20 (91%) из 22 пациентов в 1й группе. Во 2й группе из 36 больных терапия РЭ дала результат у 21 (60%), а у 15 (40%) не дали результата физиопроцедуры с симпатомиметиком.

Выводы. 1. РЭ является значительной проблемой для мужчины, снижая их фертильный, сексуальный и личностный потенциал. 2. Физиопроцедуры с симпатомиметиком неэффективны при органическом генезе РЭ (60%) вследствие анатомического дефекта после ТУР, а не функционального генеза РЭ, при котором была б выше эффективность данного лечения.

3. Эндоскопическая малоинвазивная коррекция шейки мочевого пузыря с использованием геля гиалуроновой кислоты является высокоэффективным методом лечения РЭ и обусловленного им мужского бесплодия (91%).

4. При РЭ органического генеза как состояния после ТУР при диагнозе ДГПЖ показано введение рассасывающегося геля гиалуроновой кислоты в подслизистый слой заднего отдела простатической части уретры. Данный метод способствует нормализации физиологической антеградной эякуляции, нормализации сексуальной жизни, появление жизнеспособных сперматозоидов в эякуляте и наступлению физиологической беременности, помогает избежать использования методов вспомогательных репродуктивных технологий.

Лапшин Д.В.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМІВ ДОВГИХ КІСТОК ЗАЛЕЖНО ВІД ТЯЖКОСТІ ПОЛІТРАВМИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології
Харків, Україна

Вступ. Наші попередні дослідження з використанням математичного та статистичного аналізу довели доцільність використання шкали оцінки тяжкості пошкоджень ISS в якості основної для визначення обсягу остеосинтезу у постраждалих з множинними та поєднаними переломами довгих кісток. Тяжкість стану постраждалих доцільно оцінювати за допомогою шкали ВПХ-СП, доповненою показником віку, оскільки вона є досить інформативною та простою у застосуванні. Але нерозв'язаним питанням залишається проблема стабілізації кісткових фрагментів у постраждалих з політравмою шляхом використання одно-, двох- (чи більше) етапів лікування.

Матеріали та методи. Результати лікування оцінювали у 104 хворих з множинними та поєднаними переломами довгих кісток, тяжкість травм у яких становила 25-40 балів за шкалою ISS, а тяжкість стану за шкалою ВПХ-СП, доповненою показниками віку – 21-32 бали. Розподіл на основну групу і групу порівняння здійснювався за ознакою одноетапності (основна) або двоетапності (група порівняння) проведеного оперативного лікування пошкоджень опорно-рухової системи. За локалізацією, типом переломів, віком та статтю основна група та група порівняння були тотожними.

У 39,5% та 30,2% постраждалих основної групи переломи довгих кісток найчастіше поєднувалися відповідно з торакальною та черепно-мозковою травмами. Пацієнти даної групи мали одноетапний підхід до хірургічного лікування переломів довгих кісток. 36 хворим (83,7%) був виконаний закритий блокуючий інтрамедулярний остеосинтез та 7 хворим (16,3%) – остеосинтез апаратами зовнішньої фіксації з репозицією кісткових фрагментів.

У постраждалих групи порівняння переломи довгих кісток найчастіше поєднувалися з черепно-мозковою (42,6%) та торакальною (26,2%) травмами. Пацієнтам даної групи було проведено двохетапне хірургічне лікування переломів довгих кісток: 23 хворим (37,7%) на першому етапі застосовували скелетне витяжіння з наступним блокуючим інтрамедулярним остеосинтезом, 18 хворим (29,5%) – виконували первинний остеосинтез апаратами зовнішньої фіксації з усуненням грубих зміщень кісткових уламків без ретельної їх репозиції, після стабілізації стану виконували блокуючий інтрамедулярний остеосинтез, 16 хворим (26,2%) – після первинної стабілізації кісткових уламків апаратами зовнішньої фіксації без ретельної їх репозиції виконували реостеосинтез апаратами зовнішньої фіксації з ретельною репозицією кісткових фрагментів, 4 хворим (6,6%) на першому етапі застосовували скелетне витяжіння з наступним остеосинтезом апаратами зовнішньої фіксації з репозицією кісткових фрагментів.

Результати. Встановлено, що постраждалі основної групи перебували в стаціонарі на 52,6% часу менше, ніж хворі групи порівняння. В основній клінічній групі постраждалих, тяжкість травми яких за шкалою ISS складала 25 – 40 балів, а тяжкість стану за шкалою ПВХ-СП 21 – 32 бали, було виявлено 41,9% добрих результатів. В групі порівняння добрі результати були виявлені лише у 26,2% хворих. Найбільша кількість добрих результатів, як і в основній групі, припала на переломи великогомілкової кістки. Задовільні результати виявлені у 51,2% постраждалих основної групи та у 57,4% хворих групи порівняння, незадовільні результати склали 6,9% та 16,4% відповідно.

Таким чином, при лікуванні постраждалих з множинними та поєднаними переломами довгих кісток, тяжкість травми яких за шкалою ISS складає 25-40 балів а стану за ВПХ-СП 21-32 бали, оптимальною хірургічною тактикою слід вважати одноетапне виконання закритого інтрамедулярного блокуючого остеосинтезу або всіх видів позаосередкового остеосинтезу з репозицією кісткових фрагментів.

Лєсна А.С.

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ІЛЕОПСОІТА

Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургії № 2
Харків, Україна
Науковий керівник: к.мед.н. Свірепо П.В.

Актуальність: гнійний ілеопсоіт (ІП) — запалення локалізоване у фасціальному футлярі клубово-поперекового м'яза, хірургічне захворювання, що важко діагностується. Первинний ІП має гематогенний або травматичний генез. Вторинний ІП розвивається, коли збудник проникає лімфогенний або контактно з іншого поруч розташованого органу [B. Talvo 2001].

Мета дослідження: оцінка застосування сучасних інструментальних методів діагностики ІП: ультразвукового дослідження (УЗД), мультиспіральної комп'ютерної томографії (МСКТ) та мініінвазивних методів хірургічного лікування ІП.

Матеріали і методи дослідження: з 2000-2017 р. у хірургічних відділеннях м. Харкова, спостерігали 35 пацієнтів з ІП. Середній вік пацієнтів — 39,2±4,5 роки. З них чоловіків — 21 (61%), жінок — 14 (39%). Первинний ІП діагностований у 12 (34,3%), вторинний - у 23 (65,7%) пацієнтів. Обстеження включало оглядову рентгенографію органів черевної порожнини, кісток тазу, поперекового відділу хребта, УЗД, МСКТ (Optima CT 660, GE Healthcare Japan Corporation), бактеріологічне дослідження раневого ексудату. Оцінку тяжкості стану хворих проводили за інтегральною шкалою Apache II (від 0 до 18 балів).

Результати дослідження та їх обговорення: гострий ІП виявлен у усіх 35 (100%) пацієнтів. З них у 5 (14,3%) — відмічена стадія інфільтрації, у 30 (85,7%) — гнійний ІП. По класифікації В. П. Брюханова (1992) діагностований верхній ІП у 11 — (31,4 %), нижній — у 18 (51,4%), тотальне запалення m. iliopsoas — у 6 (17,2%). Середній термін госпіталізації від початку захворювання — 4,1±1,7 діб. У 26 (74,2%) пацієнтів загальний стан був середнього ступеня тяжкості, у 7 (20%) — важкий, у 2 (5,8%) — вкрай важкий. Рентгенологічні дослідження виявилися малоефективними. За даними УЗД у 31 (89,4%) пацієнта виявлено потовщення і збільшення m. iliopsoas. Застосування МСКТ у усіх пацієнтів дозволило оцінити локалізацію, кількість гнійних вогнищ, поширення гнійно-септичного вмісту, визначити структуру, щільність м'язової тканини і наявність рідинних скупчень, з подальшим визначенням хірургічної і оперативного доступу. Результати бактеріологічного дослідження показали що у 14 (40%) хворих збудником гнійного ІП був St. aureus, у 3 (6,5%) — St. pyogenes, у 5 (15%) — энтеробактерії та E.coli, у 1 (3,2%) — Ps. aeruginosa, протей. У 12 (35,3%) — виявлені асоціації з двох і більше збудників. Усі пацієнти отримували антибактеріальну терапію у вигляді захищених пеніцилінів або цефалоспоринів ІІІ покоління у поєднанні з антианаеробними препаратами, дезінтоксикаційну, інфузійну терапію. У 2 (5,8%) пацієнтів з інфільтративною формою ураження m. iliopsoas консервативне лікування було ефективне. У 3 (8,5%) пацієнтів з інфільтративними формами ураження і неефективним консервативним лікуванні застосован пункційно-дренуваний метод під контролем МСКТ. У 14 (40%) хворих з рідинним скупченням виконано мініінвазивне лікування у вигляді троакарной пункції з установкою дренажу до 10 мм під контролем УЗД з подальшою санацією гнійного вогнища. У 16 (45,7%) зроблено відкрите дренування гнійно-септичного вогнища в екстреному порядку. Після підтвердження діагнозу гнійний ІП усім хворим проведено хірургічне лікування. Використали позачеревний доступ Кромтова- Пирогова для широкого розкриття гнійника з санацією розчинами антисептика, дренування з подальшим промиванням гнійної порожнини розчином «Декасана». Нормалізація температури тіла настала в усіх пацієнтів через 3,5±0,5суток. Середній койко-день склав — 13,5±1,1 діб. Віддалений період в терміні від 1 до 5 років, оглянуті 25 пацієнтів. Усі вони мали добрий функціональний результат.

Висновки: ІП є абсолютним свідченням до хірургічного лікування. МСКТ дозволяє діагностувати ІП в 100% пацієнтів. Застосування мініінвазивних методів хірургічного втручання під контролем УЗД, МСКТ є ефективним, безпечним методом хірургічного лікування ІП. Диференційований підхід хірургічного лікування ІП ґрунтований на даних УЗД, МСКТ дозволяє вибрати адекватний, безпечний засіб розкриття і дренування гнійного вогнища.

Лєсний В.В.

ПОШУК ДІАГНОСТИЧНИХ МАРКЕРІВ ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ РОЗЛИТОМУ ПЕРИТОНІТІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургії № 2
Харків, Україна

Актуальність. Лікування розлитого перитоніту одна з найбільш складних проблем ургентної абдомінальної хірургії. Незважаючи на адекватне усунення джерела інфікування,

активне дренування черевної порожнини, антибактеріальну терапію, у кожного другого хворого в різні терміни післяопераційного періоду розвиваються абдомінальні ускладнення або виражена поліорганна недостатність, при яких летальність досягає 60-80% [Бойко В.В. 2015; Rossi G.L., 2014; Stanescu D., 2014].

Мета дослідження: проаналізувати сучасні маркери синдому ентеральної недостатності (ЕН), як основної причини летальних випадків, при розлитому перитоніті.

Матеріали і методи дослідження. В основу роботи покладен аналіз результатів лікування 65 хворих. Чоловіків було 54 осіб (83%), жінок 11 (17%). Середній вік чоловіків становив 58,5±1,5 років, жінок - 65,2±1,6 років. Більша частина хворих перебували в працездатному віці 37 пацієнтів (57%). Для оцінки ступеня тяжкості ЕН на момент госпіталізації і в динаміці післяопераційного періоду застосували спосіб оцінки тяжкості ЕН, розроблений Завадою Н.В. (2003). Основна частина пацієнтів 57 хворих (87,7%) були оперовані з вихідним ступенем ЕН II-III. У 8 пацієнтів (12,3%) оперативне втручання виконувалися при I ступені ЕН. Для визначення сучасних маркерів ЕН проаналізовані показники продуктів оксидантного стресу (спектрофотометр СФ 46), зміни тканинної перфузії тонкої кишки (лазер-доплерфлоуметр BLF-21), гістологічні біоптати тонкої кишки.

Результати досліджень. В основі пошкодження тонкої кишки при гострому розлитому перитоніті лежить порушення мікрогемоциркуляції, що призводить до дистрофічно-десквамативних змін ентероцитів тонкої кишки. хворих на розлитий перитоніт з ЕН тканинна перфузія порушується, що має прояв в зниженні показника мікроциркуляції (ПМ). ПМ стінки тонкої кишки при I ступені ЕН 14,45±0,75 пф. од. Перфузія тонкої кишки знижена на 32% ($p<0,05$) в порівнянні з нормою (згідно даних Прямікова А.Д. 2014 р). При II ступені ЕН відзначається зниження ПМ до 12,45±0,5 пф. од. ЕН III ступеня характеризується ПМ 11,6±0,37 пф. од., що свідчить про прогресування некротичних процесів в кишковій стінці.

Показники перекисного окислення липідів можна ефективно використовувати в динамічній оцінці бар'єрної функції кишки, виявляти наростання ендотоксикозу за короткий проміжок часу. Концентрація дієнових кон'югатів (ДК), малонового діальдегіду (МДА) в плазмі крові хворих з I ступенем ЕН склали 3,05±0,5 мкмоль/л, 8,05±0,7мкмоль/л відповідно і прогресивно збільшувалася, так у хворих з ЕН II ступеня показники ДК — 5,5±0,75 мкмоль/л, МДА — 10,4±0,85мкмоль/л, а у хворих з III ступенем ЕН ДК — 7,5±0,55 мкмоль/л, МДА — 12,8±0,35 мкмоль/л. Ліквідація джерела перитоніту у хворих з ЕН не припиняла нелімітований викид в системний кровотік продуктів перикисного окислення липідів (ПОЛ).Вивчення показників процесів ПОЛ в мезентеріальній і кавальній крові у хворих виявило наступну різницю: в мезентеріальній крові вміст МДА — на 12,9% ($p<0,05$), вище в порівнянні з показниками токсичності в кавальній крові, що дозволяє визначити «внесок» ЕН в насичення організму токсичними продуктами.

Висновок. ЕН при гострому розлитому перитоніті є провідною ланкою патогенезу поліорганної недостатності. Критеріями ЕН є результати мікроскопічної оцінки біоптатів тонкої кишки, показники ПОЛ, стан мікроциркуляторного русла, що потребують подальшого вивчення.

Малюченко А.Ю., Якименко І.В., Долгова Т.С.

КЛІНІКА ГЕРПЕТИЧНИХ УРАЖЕНЬ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ НЕРВІВ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ

Харківський національний медичний університет
Кафедра оториноларингології
Харків, Україна
Науковий керівник: к.мед.н. Калашник Ю.М.

Актуальність. В наш час актуальною медичною проблемою є герпетична інфекція (ГІ), захворюваність якої постійно зростає. Лікування хворих вірусом простого герпесу (ВПГ) є складним завданням, а хронічна інфекція – погано контрольованим захворюванням, особливо уражуючи черепно-мозкові нерви.

Мета. Вивчити клінічні особливості герпетичного ураження лицьового і слухового черепно-мозкових нервів.

Матеріали та методи. В основу роботи лягли результати обстеження хворих з герпетичними ураженнями лицьового та слухового нервів. Всім хворим проводилося вірусологічне дослідження (ПЦР крові і ІФА). З 2015 по 2017 рік було виявлено 18 хворих, серед яких 10 (55,56%) пацієнтів – з ураженням лицьового нерва (1 група), 8 (44,44%) пацієнтів – слухового нерва (2 група).

Результати. При обстеженні у пацієнтів 1 групи були виявлені значні герпетичні висипання, а саме в ділянці рота, на губах и крилах носа у 6 (60%) пацієнтів, на слизовій оболонці ока і рота, а також біля зовнішнього слухового проходу та вушної раковини – у 4 (40%). У 2 (20%) хворих спостерігалися симптоми периферичного невриту лицьового нерва: лагофтальм та збільшення розмірів очної щілини з боку парезу, згладженість носогубної складки на боці ураження у 6 (60%) пацієнтів, зниження корнеального рефлексу у 1 (10%) хворого, значна біль з одного боку у вигляді періодичного прострілу у 5 (50%) хворих, опущення кута рота і витікання рідкої їжі з нього, а також надування щоки при пасивному видиху на боці ураження спостерігалися у 6 (60%), сльозотеча була виявлена у 2 (20%) хворих, синдром Рамсея-Ханта спостерігався у 7 (70%) пацієнтів, серед яких у 4 (40%) хворих – зниження слуху, біль і дзвін у вусі, а у 3 (30%) – утруднення при закриванні ока та зміна сприймання смаку. Однобічний характер ураження лицьового нерва зустрічався у 8 (80%) пацієнтів, а двобічний – у 2 (20%). У 6 (60%) спостерігалися явища рецидиву після проведеного лікування, а у 1 (10%) хворого виявилося ускладнення у вигляді контрактур мімічних м'язів. При обстеженні 2 групи пацієнтів були виявлені такі функціональні зміни, як герпетичні висипання в ділянці слухового проходу, вушної раковини, які зустрілися у 6 (75%) хворих, в ділянці піднебінних мигдалин та порушення смаку на передніх 2/3 язика – у 2 (25%), постійне запаморочення, яке посилюється при русі - у 6 (75%), часткова втрата слуху за звукосприймаючим типом - у 3 (37,5%), шийний лімфаденіт та виражені вегетативно-судинні порушення виражені у 5 (62,5%) пацієнтів. Однобічний характер ураження слухового нерва зустрічається у 6 (75%) хворих, а двобічний – у 2 (25%). Явища рецидиву були виявлені у 2 (25%) пацієнтів. Ускладнення спостерігалися у 2 (25%) хворих, такі як втрата слуху, туговухість та порушення координації.

Висновки. 1. Ураження лицьового та слухового нервів герпетичною інфекцією охоплює значні ділянки обличчя, де в більшості випадків критичною зоною є вухо. 2. Частіше зустрічається однобічний характер ураження лицьового та слухового нервів, чим двобічний. 3. Клініка ураження лицьового нерва має більш виражену симптоматику, ніж клініка ураження слухового нерва. 4. В результаті ураження лицьового та слухового нервів герпетичною інфекцією є великий ризик виникнення ускладнень, таких як контрактури мімічних м’язів, втрата слуху, туговухість та порушення координації. 5. Ризик повторного захворювання в 1 групі більший, ніж в 2 групі.

Мілько А.Ю.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНДОСКОПІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ ПРИ СИНДРОМІ МЕЛЛОРІ-ВЕЙСА

Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургії №2
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Тесленко С.М.

Актуальність. Незважаючи на досягнення сучасної медицини в сфері діагностики та лікування хірургічної патології проблема синдрому Меллорі-Вейса залишається значущою. За різними літературними джерелами, синдром Меллорі-Вейса займає 3-4-е місце серед причин розвитку кровотеч з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Загальна летальність при синдромі Меллорі-Вейса залишається на високому рівні й становить 5-10%. Число рецидивів кровотеч становить близько 20-35%.

Мета. Вивчення ефективності лікування синдрому Меллорі-Вейса в умовах стаціонару з використанням ендоскопічних методів гемостазу.

Матеріали та методи дослідження. Ретроспективний аналіз історій хвороби 20 пацієнтів з кровотечами із зони розриву стравохідно-шлункового переходу, що надійшли в Обласну клінічну лікарню м. Харкова в ургентному порядку в період з 2015-2017 рр.. У даних пацієнтів використовували невідкладну езофагогастроскопію як з діагностичною, так і з лікувальною метою. При первинній ендоскопії виявити джерело кровотечі вдалося в 73% випадків. Причиною невдач була наявність великої кількості крові і харчових мас в шлунку, неадекватна поведінка хворих, чим була викликана необхідність повторного ендоскопічного дослідження. Кровотеча, яка продовжувалась на момент дослідження була виявлена у 11 (55%) хворих, при цьому струйна кровотеча - у 4 (20%), дифузна - у 7 (35%). Ознаки зупинки кровотечі виявлені у 9 (45%) пацієнтів. Ендоскопічний гемостаз у 5 хворих реалізовано за допомогою ін'єкційного методу (0,005% розчин адреналіну, фізіологічний розчин), у 3 - термічного (діатермокоагуляція), у 1 - механічного методу (ендоскопічне кліпування судини, що кровоточать й ендоскопічне лігування зони розриву латексними кільцями), у 2 - комбінованого методу. При відсутності кровотечі (9 пацієнтів) були проведені профілактичні аплікації у вигляді ін'єкцій або діатермокоагуляції.

Висновки. Використання візуалізаційних методів діагностики у хворих з підозрою на кровотечу з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту дозволило поліпшити диференціальну діагностику синдрому Меллорі-Вейса з іншими можливими джерелами кровотечі. Широке застосування ендоскопії у хворих на синдром Меллорі-Вейса з лікувальною метою дозволило відмовитися від раніше використовуваних методик консервативного ведення даних пацієнтів (з клінічною картиною крововтрати легкого та середнього ступеня), тим самим знизити кількість рецидивів кровотечі, а також сприяло зниженню оперативної активності (застосовувані раніше гастротомія і прошивання зон розривів) у хворих з важкою крововтратою і ознаками нестабільної гемодинаміки. Як правило, ендоскопія дозволяє досягти стійкого гемостазу при синдромі Меллорі-Вейса за допомогою застосування таких методів: ін'єкційного, термічного, механічного.

Оноприйко Ю.Ю., Сыкал Н.А.

ТРАНСАБДОМИНАЛЬНАЯ ЛАПАРАСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра хирургии №2
Харьков, Украина

Актуальность: Пластика паховых грыж является одной из наиболее выполняемых хирургических вмешательств в мире. Предложенный M.E. Arregui в 1991 году и J. L. Dulucq в 1992 году метод трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики (ТАПП), имеет значительные преимущества по сравнению с другими методами грыжесечения.

Цель: оценить результаты использования лапараскопической герниопластики при паховых грыжах.

Материалы и методы: с февраля 2017 года в хирургическом отделении КООЗ ОКБ ЦЭМП и МК ТАПП выполнена у 52 больных с паховыми грыжами. Возраст больных 30 – 55 лет. Преобладали мужчин. После стандартного медицинского обследования, произведено плановое хирургическое вмешательство. Лапароскопический метод обладает универсальностью, так как в дооперационном периоде не требуется точного определения вида грыжи. При лечении паховых грыж ТАПП, использовались легкие полипропиленовые сетки: «Parietex», «Prolene», «Ultrapro», «Vipro 2», «ProGrip».

Результаты: интраоперационных осложнений при лапараскопической герниопластики не отмечено. В послеоперационном периоде у 1 пациента отмечена серома в месте локализации грыжевого мешка, которая разрешилась пункционным методом. Все пациенты выписаны на 3-4 сутки после операции.

Выводы: Лапароскопическая герниопластика TAPP обеспечивает короткий послеоперационный период и дает возможность ранней реабилитации. Возможность осмотра брюшной полости и проведение других вмешательств, одномоментная пластика двусторонних паховых грыж, одномоментное закрытие сетчатым протезом всех слабых мест передней брюшной стенки.

Пащенко К.Ю., Вівчарук В.П., Трофимов М.А.

КИШКОВИЙ АНАСТОМОЗ У НОВОНАРОДЖЕНИХ І ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ В СКЛАДНИХ КЛІНІЧНИХ СИТУАЦІЯХ

Харківський національний медичний університет
Кафедра дитячої хірургії та дитячої анестезіології
Харків, Україна

Накладення кишкових анастомозів у новонароджених і дітей раннього віку на тлі множинних атрезій, тромбогеморагічних процесів та інфікування черевної порожнини може ускладнюватися розвитком неспроможності кишкових швів.

В роботі проведено аналіз результатів лікування 391 дитини з кишковими анастомозами у новонароджених і дітей раннього віку за останні 10 років. Всі хворі перебували на лікуванні у клініці дитячої хірургії Харківського національного медичного університету в ОДКЛ №1. Ми маємо досвід застосування власно розробленого оригінального анастомозу у 67 дітей зі складними вадами розвитку тонкої та товстої кишки (29), на тлі некротичного ентероколіту (25), виразково-некротичного ентероколіту (6) та іншої патології органів черевної порожнини (7). Показанням для накладання розробленої методики виконання кишкового співустя були патологічні процеси, що ускладнюють перебіг раньового процесу і прогнозовані тривалі порушення евакуаторної функції травного тракту. Особливістю накладення анастомозу є попередня напівзакрита демуказація привідної кишки з залишенням надлишку серозно-м'язового футляру, що дозволяє чітко визначити межі життєздатності та надійно ізолювати лінію швів вродовж, використовуючи шовну або клейову фіксацію демукозованою частиною. Методика анастомозування практично не подовжує час накладення кишкового співустя за стандартними методиками. В однієї дитини накладено -7 анастомозів, у п'яти - 3, у десяти - 2. У останніх дітей відповідно накладалося 1 співустя. В жодному з випадків застосування «муфтоподібного» анастомозу не виникло неспроможності кишкових швів.

Вивчення аутопсінного матеріалу довело збережену життєздатність демукозованих клаптів. Аналіз віддалених результатів використання розробленого методу кишкового анастомозу, з урахуванням зростаючого організму, показав відсутність стенотичних явищ та ознак утруднення пасажу через з'єднані ділянки кишковика.

Таким чином, досвід застосування «муфтоподібного» анастомозу дозволяє зробити висновок про його високу надійність в складних хірургічних ситуаціях у новонароджених і дітей раннього віку.

Поліков Г.О.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОРАНЕННЯМИ ШИЇ

Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургії №1
Харків, Україна

За даними літератури, частота поранень шиї становить - від 5 до 10% всіх поранень мирного часу і 0,5-3 % поранень військового часу. Проникаючі поранення шиї внаслідок її складних анатомо-топографічних особливостей слід віднести до важкої патології. Пошкодження структур шиї небезпечні масивною кровотечею (38,4 %), при чому летальність становить - від 3 до 29%. Відмічається збільшення частоти летальності при: гострій серцево-судинній і дихальній недостатності, при пораненнях шийного відділу хребта та спинного мозку (30,0 %), важких пошкодженнях інших локалізацій (26,0 %), асфіксії (4,6 %). На

сьогоднішній день не розроблений диференціальний підхід до діагностики, тактики хірургічного лікування, системи надання спеціалізованої допомоги пацієнтам.

Мета: аналіз результатів хірургічного лікування постраждалих з різним характером поранення шиї і застосування раціональної хірургічної тактики.

Матеріали: Ретроспективний аналіз хірургічного лікування 50 хворих з пораненнями шиї. Колото-різані поранення спостерігалися у 44 (89,1 %), вогнепальні - у 6 хворих (10,9 %). При постановці діагнозу та оцінки стану,пацієнти були розділені на 2 групи: основна - 20 пацієнтів (з важким пораненнями, ознаками інтенсивної кровотечі, вираженими розладами гемодинаміки і респіраторними порушеннями),порівняння - 30 пацієнтів (з легкими або середнього ступеня тяжкості пораненнями, у яких була стабільна гемодинаміка, відсутні дихальні розлади ознаки кровотечі).

Для здійснення швидкого гемостазу і ревізії глибоких структур шиї, застосовували стандартний доступ Разумовського на стороні поранення. З 50 поранених з проникаючими пораненнями у 21 (42,0 %) діагностовано пошкодження магістральних судин, а саме: загальна сонна артерія у 4 пацієнтів, внутрішньої сонної артерій - 1, внутрішня яремна вена - 5, щитовидна артерії - 2, зовнішня яремна вена - 5, зовнішня і внутрішня яремні вени – 1, хребетної артерії - 1. При пораненнях магістральних судин шиї перевага надавалася реконструктивним операціям. При пораненнях загальної та внутрішньої сонної артерій захист мозку від ішемії проводили штучною гіпертензією та призначення в післяопераційному періоді плазмозамінників. При невеликих пошкодженнях, відновлення анатомії загальної сонної артерії було досягнуто накладанням судинного шва, використання аутовени, синтетичного протеза. Особливо несприятливий прогноз для одужання у пацієнтів з пошкодженням трахеї (5) і стравоходу (6). Поранення щитоподібної залози виявлено у 9 пацієнтів, привушної залози - 5, з подальшим ушиванням. З приводу рясного кровотечі з середостіння, у 4 хворих виконано стернотомію. При ревізії виявлено пошкодження безіменної артерії, що відходить від дуги аорти, з подальшою її перев'язкою. Всього померло 2 пацієнта, серед основних причин смерті - геморагічний шок (1), гостре порушення мозкового кровообігу (1). Широким дренуванням рани і антибактеріальною терапією вдалось призупинити гнійно-деструктивний процес.

Висновки: Поранення в область шиї надзвичайно небезпечні за рахунок сконцентрованих тут великих кровоносних судин, нервових стовбурів, порожнистих органів. В даному дослідженні, у 42,0 % хворих з проникаючими пораненнями шиї діагностуються пошкодження великих судин, в ряді випадків вони поєднуються з пошкодженням глотки, трахеї, стравоходу, органів середостіння і грудей. Активна хірургічна тактика з ретельної ревізією ранового каналу, раціональним застосуванням інструментальних методів дослідження до операції, в ході оперативного втручання є абсолютно виправданими. Саме така тактика, дозволяє своєчасно діагностувати пошкодження життєво важливих глибоких структур шиї провести раціональне оперативне втручання, запобігти фатальним ускладненням і поліпшити результати лікування.

Прокопенко К.А, Сикал Н.А.

УСКЛАДНЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ГЕРНІОПЛАСТИК

Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургії №2
Харків, Україна

Проблема хірургічного лікування черевних гриж залишається досить актуальною через високу частоту рецидивів, особливо при операціях з приводу післяопераційних рецидивних гриж. Нові перспективи в хірургії гриж відкриває лапароскопічна техніка, яка дозволяє уникнути багатьох недоліків традиційної хірургії.

Мета: аналіз результатів оперативного лікування черевних гриж за допомогою лапароскопічних методів.

Матеріали і методи: За період з 2011 р у 129 пацієнтів з вентральними грижами (пупкові, білої лінії і серединні післяопераційні) виконали лапароскопічну герніопластику (ІРОМ). Вік хворих коливався від 18 до 84 років. Для визначення форми і розмірів грижових воріт використовували УЗД та КТ. У післяопераційному періоді проводилася профілактика місцевих запальних ускладнень і профілактика легеневих та тромбоемболічних ускладнень за загальноприйнятими в хірургії методиками.

Результати та обговорення: При виконанні ІРОМ інтраопераційних ускладнень не було. У найближчому післяопераційному періоді спостерігали сіроми (11), які були ліквідовані консервативно пункціями. Двоє хворих потребували негайної релапароскопії у зв'язку з кровотечею з місць фіксації сітки такерами. З ускладнень, пов'язаних з використанням карбоперитонеуму, відзначимо розвиток підшкірної емфіземи у 2 пацієнтів.

Висновки. Необхідно відзначити специфічні гідності лапароскопічної герніоаллопластіки перед традиційними методами - це можливість огляду черевної порожнини, одночасне закриття трансплантатом всіх слабких місць передньої черевної стінки.

Рєзнік М.А., Гуляєв О.В.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯЛАПАРОСКОПІЧНОГО УШИВАННЯ ПЕРФОРАТИВНОЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургії №2
Харків, Україна
Науковий керівник: к.мед.н. Свірепо П.В.

Актуальність: Лікування перфоративної гастродуоденальної виразки (ПГДВ) на сьогодні залишається важким завданням невідкладної хірургії. ПГДВ розвивається у 10-15% хворих на виразкову хворобу (NasirH., 2003). В ургентній абдомінальній хірургії широко застосовуютьлапароскопічні операції, у тому числі ушивання перфоративних виразок. Лапароскопічне ушивання ПГДВ можливо виконати в 50-70% випадків (Єрмолова А.С., 2010).

Мета дослідження: Оцінка можливості лапароскопічного ушивання ПГДВ.

Матеріали та методи: Нами було вивчено досвід застосування лапароскопічного ушивання ПГДВ у 35 хворих середнім віком 37,5+5,5 роківпротягом 2011 – 2017 рр. Середній час з моменту перфорації до госпіталізації – 6,5±2,3 год.За поширеністю спостерігали перитоніт: місцевий – у 23 (65,7%) хворих, поширений – у 12 (34,3%); за характером ексудату: серозний у 25 (71,4%) хворих, гнійнийу 8 (22,9%), та фіброзно-гнійний у 2 (5,7%). Усі хворі були обстежені відповідно з Наказом МОЗ України №297 від 2.04.2010. Показанням до лапароскопічного ушивання були такі критерії: перфорація гострої виразки, діаметр перфоративного отвору виразки менш ніж 1 см, відсутність тривалого виразкового анамнезу, рубцово-виразкової деформації дуоденальної зони такровотечі.Усім пацієнтам було проведено фіброгастродуоденоскопію (ФГДС) з метою візуалізації виразки дванадцятипалої кишки, взначення розмірів перфоративної виразки та інфільтративного запалення, виявлення «дзеркальноївиразки» і ускладнень: кровотечі, стенозу.Ушивання перфоративного отвору здійснювали окремими швами з використанням монофіламентної нитки на атравматичній голці. Пасмо великого сальника підшивали поверх накладених швів. Операція завершувалася промиванням черевної порожнини розчином декасана й дренуванням трубковим дренажем, залежно від поширеності перитоніту. Лапароскопічне ушивання у середньому тривало 89,5 хвилин. Після операції усі хворі отримували сучасні антисекреторні та антихелікобактерні препарати, антибіотики широкого спектру дії. Пацієнти знаходились в загальній палаті, больовий синдром був невираженим, наркотичні анальгетики були не потрібні. Усі хворі відзначались ранньою фізичною активністю (2 доба) й відновленням перистальтики (2 доба). Пероральне харчування було відновлено через 3 доби. Летальних випадків не було. Ранні післяопераційні ускладнення, а саме пневмонія, спостерігалися у 2 (5,7%) пацієнтів. Середній час перебування у стаціонарі – 8,2 к/д. Усі

хворі продовжували противовиразкове лікування після виписки. Через 2 роки після операції обстежено 22 (62,9%) пацієнта. За шкалою Visick добрі результати були отримані у 27 (77,1%) хворих та задовільні (ерозивний гастрит, дуоденіт) – у 8 (22,9%).

Висновки: 1. Лапароскопічне ушивання ПГДВ є ефективним та безпечними способом лікування, який дозволяє повноцінно провести ревізію черевної порожнини, адекватно її санувати та уникнути ускладнень оперативного втручання. 2. ФГДС не погіршує стан хворих з перфоративною виразкою, не сприяє розвитку перитоніту, та дозволяє виявити виразкові ураження пілородуоденальної зони, визначити розміри виразки, її локалізацію, розмір зони перифокального запалення, та інші можливі ускладнення виразкової хвороби.

Сидорова А.А.

ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ РАН БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра хирургии №2
Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н. Свирепо П.В.

Актуальность. В настоящее время применение метода управляемого отрицательного давления в области гнойного очага является популярным методом лечения (Козлов Ю.А., Новожилов В.А., 2014; Morykwas MJ, Argenta L, Shelton-Brown EI, McGuirt W., 1997). Он используется в качестве дополнения в комплексной терапии для лечения хронических и осложненных ран. Данный метод лечения применяет отрицательное давление для удаления экссудата из раны через герметическую повязку в контейнер.

Цель исследования. Оценка ранних результатов вакуум-терапии (ВТ) в комплексном лечении гнойно-некротических ран у больных сахарным диабетом (СД).

Материалы и методы. Нами проведен анализ непосредственных результатов лечения 105 больных СД с гнойно-некротическими ранами в хирургическом отделении клиники с 2007 г. по 2017 г. Больные разделены на две группы: первая группа (основная) - 35 пациентов, к которым применена методика создания управляемого уровня отрицательного давления в ране; вторая группа (контрольная) - 70 пациентов, у которых не применяли данный метод.

В первой группе у 14 (40%) больных - синдром диабетической стопы (СДС) с гнойными ранами, во второй группе – у 27 (38,6%). Пролежни пояснично-крестцовой области имелись в первой группе – у 1 (2,9%) пациента, во второй – у 2 (2,9%). Трофические язвы голени на фоне хронической венозной недостаточности встретились в первой группе у 3 (8,6%) больных, во второй группе – у 5 (7,1%). Гнойно-некротические раны верхних конечностей наблюдали у 4 (11,4%) пациентов в первой группе, и во второй группе – у 6 (8,6%) пациентов. Гнойно-некротические раны голени, бедра имели у 13 (37,1%) больных в первой группе, во второй группе – у 30 (42,8%).

В обеих группах первым этапом лечение проводилась хирургическая санация гнойно-некротического очага (некрэктомия) и проведение микробиологического исследования содержимого ран. После очищения раны от нежизнеспособных тканей в основной группе проводили контроль на гемостаз и ВТ с мониторингом состояния раны каждые 48 часов. В зависимости от результата проводимой терапии и динамики заживления принимали решение о необходимости выполнения этапных некрэктомий, в продолжении или прекращении ВТ. Курс лечения вакуумом составил от 3 до 6 суток. В качестве источника отрицательного давления использовали систему вакуумной терапии ран WaterLily производства компании Eurosets (Италия). В первые сутки ВТ установили постоянный уровень отрицательного давления в 100-140 мм рт. ст., со вторых суток режим работы аппарата был переменным с чередованием уровня отрицательного давления в 65-70 и 120-130 мм рт. ст. по 5 минут.

Результаты обсуждения. Осложнений применения ВТ и летальных исходов не отмечено в обеих группах. Сроки появления «зрелой» грануляционной ткани в ране

составили в первой группе - 13,5±0,3 дня, во второй группе - 21,3±0,5 дня. В первой группе отмечено уменьшение площади раны и ее глубины в среднем в первые 3 суток на 11%. Во второй группе данный эффект в эти сроки не наблюдали. Средние сроки пребывания в стационаре в первой группе 17,5±3,7 дня, во второй группе - 23,5±4,7 дня.

Выводы. 1. Применение метода создания управляемого отрицательного давления в комплексном лечении гнойно-некротических ран у больных СД способствует раннему очищению ран, ускоряет репаративные процессы.

2. Данный метод позволяет уменьшить количество перевязок, сократить сроки лечения пациентов данной группы.

Ситникова Н.Ю.

ВЛИЯНИЕ ОРТОКЕРАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛИНЗ PARAGON НА СОСТОЯНИЕ РОГОВИЦЫ У ПАЦИЕНТОВ С БЛИЗОРУКОСТЬЮ СРЕДНЕЙ И ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра офтальмологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Добрица Я.В.

Актуальность темы: В настоящее время новые конструкции и материалы ночных газонепроницаемых контактных линз позволяют получить более стойкий эффект в контроле миопии. В этом исследовании мы изучили влияние ОК-линз на проницаемость эпителия роговицы и биомеханические свойства роговицы (показатель гистерезиса и коэффициент устойчивости роговицы) после одного месяца применения ОК-линз Paragon.

Задачи и цель исследования: целью данной работы является определение влияния ортокератологических линз Paragon на состояние роговицы (показатель гистерезиса и коэффициент устойчивости) у пациентов с миопией средней степени (3-6 D) и высокой степени (6-9 D).

Материал и методы исследования: В исследовании брали участие 15 пациентов в возрасте от 10 до 20 лет, которые наблюдались в различных частных офтальмологических клиниках Украины. Анализировались результаты исследований, фиксированных в амбулаторных картах. Контрольную группу составили 6 пациентов, которые проходили подготовительное обследование перед применением ОК-линз Paragon. Исследуемая группа состояла из 9 пациентов (близорукость средней степени имела место у 7 пациентов; высокой степени – у 2), которые использовали ОК-линзы Paragon от -3 до -8D. Обследования проводились на 10, 20 и 30 день лечения в обеих группах. Проницаемость эпителия роговицы измеряли с помощью оптической когерентной томографии (ОКТ) при первом посещении и на 30-й день исследования. Исследования биомеханических свойств роговицы (показатель гистерезиса и коэффициент устойчивости роговицы) производились на анализаторе биомеханических свойств роговицы. Острота зрения измерялась во время каждого посещения с помощью визометрии.

Результат исследования: Результаты исследование в контрольной группе показали, что: 1) проницаемость эпителия роговицы (Pdc) составила: ln [Pdc] [95% доверительный интервал (ДИ)] = -2,77 [-2,98-2,56]; 2) показатели гистерезиса роговицы (CH) и коэффициент устойчивости роговицы (CRF) составляли: CH [ДИ] = 11,23 [10,84-11,61] мм рт. ст., CRF = 10,86 [10,37-11,36] мм рт. ст. Обследование пациентов в исследуемой группе показало: 1) проницаемость эпителия роговицы (Pdc) составила: ln [Pdc] [ДИ] = -2.80 [-3.00 до -2,59]; 2) показатели гистерезиса роговицы (CH) и коэффициент устойчивости роговицы (CRF) составляли: CH [ДИ] = 10,93 [10,56-11,29] мм рт. ст., CRF [ДИ] = 10,09 [9,64-10,53] мм рт. ст.; 3) острота зрения в начале обследования составляла V = 0,3 ± 0,02 и через 30 дней V = 0,4 ± 0,05. Распределение по степеням близорукости в течение 30 дней наблюдения сохранилось прежнее.

Вывод: на основании полученных данных можно сделать вывод, что показатели проницаемости эпителия роговицы и функция корнеального эпителиального барьера после 30 ночей использования ОК-линз не изменились. Эти результаты свидетельствуют о том, что каждый вечер перед использованием линзы целостность плотных контактов корнеального эпителия и окклюдин-секретирующих эпителиальных клеток роговицы не нарушаются, несмотря на изменения морфологии роговицы, и биомеханических свойств, при лечении ортокератологическими линзами (Paragon).

Сучкова Н. В.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ СЕЗЕЛЕНКИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра хирургии №2
Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н. Свирепо П.В.

Актуальность. Кистозные образования селезенки (КОС) составляют от 0,5 % до 2 % от всех заболеваний селезенки. Отсутствие единых диагностических и тактических критериев, определяющих хирургический подход в лечении больных непаразитарными кистами селезенки (НКС), свидетельствует об актуальности данной проблемы (Имаев А. Б., 2010 г.; Ширяев А. А. и соавторы, 2012 г.; Васильченко М. И. и соавторы).

Цель исследования – оценка эффективности лапароскопического лечения НКС.

Материалы и методы. Нами изучены результаты лечения 22 пациентов с НКС, которые находились на лечении с 2010 г. по 2017 г. в хирургических клиниках города Харькова. Средний возраст пациентов – 35,1 ± 9,8 года, из них мужчин было 7 (31,8 %), женщин – 15 (68,2 %). Размеры кист в диаметре составили: до 5 см – у 1 (4,5 %) больного, от 5 до 15 см – у 19 (86,4 %) больных, более 15 см – у 2 (9,1 %) больных. По локализации кист распределение пациентов было следующим: в верхнем полюсе – у 12 (54,5 %), в нижнем полюсе – у 6 (27,3 %), на переднем крае – у 4 (18,2 %). Всем пациентам выполняли ультразвуковое исследование и мультиспиральную КТ-ангиографию органов брюшной полости. Макропрепарат, удаленной во время операции, селезенки и стенки кисты подвергался морфологическому исследованию. Также с целью лабораторной дооперационной диагностики патологии селезенки и послеоперационного мониторинга использовались клинический анализ крови, коагулограмма, биохимическое исследование крови.

Результаты и их обсуждение. Абсолютными показаниями к операции явилось: нагноение – 2 (9,1 %) пациента, разрыв кисты с кровотечением – 2 (9,1 %). Остальные больные – 18 (81,8 %) оперированы по относительным показаниям. У всех пациентов операция начиналась с помощью видеолапароскопии. У 8 (36,4 %) больных была выполнена конверсия на лапаротомию в связи с кровотечением и необходимостью спленэктомии. Лапароскопическая фенестрация кисты с деэпительзацией при помощи аргонового коагулятора выполнена 10 (45,4 %) пациентам. Лапароскопическая спленэктомия выполнена 4 (18,2 %) пациентам с наличием кисты в воротах селезенки диаметром от 10 см. У 14 (63,6 %) больных кисты были ложными, у 8 (36,4 %) – истинными. Летальных исходов не было. Аутотрансплантация фрагментов селезенки не делалась.

Выводы. 1. Показания к органосохраняющим видеоэндоскопическим вмешательствам на селезенке определяются на основании комплексного дооперационного обследования пациентов с определением размера и локализации кисты. 2. Лапароскопическое лечение НКС с применением аргонусиленной плазмы позволяет сохранить селезенку, выполнить малотравматичную операцию с хорошим косметическим эффектом и избежать послеоперационных осложнений.

Татьянко Л.С., Іванашко К.А.

АКТИВНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ ПЕРИКУЛЬТЬОВИМИ АБСЦЕСАМИ, ВИНИКАЮЧИМИ ЯК УСКЛАДНЕННЯ АПЕНДЕКТОМІЇ

Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургії №2
Харків, Україна
Науковий керівник: Александров М.А.

Актуальність. Серед ускладнень після апендектомії найбільшу складність для діагностики та лікування являються абсцеси з локалізацією в області культі червоподібного відростку. Відомо, що загоєння культі червоподібного відростку проходить через утворення абсцесу, який, при звичайному протіканні, розрішується шляхом розкриття в просвіт сліпої кишки. Причинами утворення абсцесу в замкнутій порожнині можуть бути: накладання дуже широкого шва коло культі відростка, залишена довга культя відростку з продовжуючим або виникшим повторно запальним процесом в ній.

Мета роботи. Показати, що успіх лікування гнійних ускладнень апендектомії знаходиться у прямій залежності від застосованої хірургічної тактики.

Матеріали і методи. Наше дослідження було ретроспективним, за останні два роки у хірургічному відділенні КЗОЗ"ОКЛ-ЦЄМД та МК" знаходилося на лікуванні 20 хворих з діагнозом хронічний абсцес культі червоподібного відростку. У плані обстеження усім хворим проводилася фістулографія.

Результати та їх обговорення. У 15 з 20 хворих свищ був поєднаний з порожниною сліпої кишки, у 5 хворих свищевий хід закінчувався замкнутою порожниною, але це їх поєднання було виявлено у ході операції. Усім хворим було проведено оперативне лікування. Післяопераційний рубець висікали зі свищевим ходом та ділянкою стінки сліпої кишки. Обов'язковим елементом операції являлося видалення нежиттєздатних тканин та лігатур після минулої операції. Після видалення патологічного вогнища рану ушивали з'ємними швами з створенням дуплікатури апоневроза та застосуванням проточного дренажу для діаліза рани в післяопераційному періоді. Дренаж видаляли на 5-7 день після операції. Шви знімали на 7-10 день. У результаті застосування запропонованого способа активної хірургічної тактики були отримані гарні результати-загоєння рани по типу первинного натягу у 18 хворих із 20. Післяопераційні рубці були лінійні с гарними функціональними та косметичними результатами у короткі строки, що говорить о високій ефективності метода.

Висновки. Рекомендований нами метод активної хірургічної тактики при лікуванні гнійних ускладнень після апендектомії патогенетично обумовлен, на що вказують такі критерії: найбільш інформативна у діагностіці -фістулографія, проведення повноцінної хірургічної обробки гнійного вогнища можливе, закриття рани з'ємними швами, застосування проточного дренування рани. Усе це сприяє загоєнню рани с гарними функціональними і косметичними результатами, скороченню строків лікування і можливості ведення таких хворих в будь-якому хірургічному стаціонарі.

Ткачёва А.В.

ВЫБОР УРОВНЯ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра общей хирургии №1
Харьков, Украина

Выбор уровня ампутации нижней конечности у больных сахарным диабетом, осложнённом синдромом диабетической стопы, остаётся нерешённым вопросом. До недавнего времени основным хирургическим пособием при данной патологии являлась ампутация нижней конечности на уровне бедра, что приводит к глубокой инвалидизации больного. Около 30% пациентов, перенесших указанную операцию, используют протез. При

использовании оперативных методов, сохраняющих коленный сустав, аналогичный показатель составляет – 56-69%.

Цель исследования: Объективизировать выполнение ампутации нижней конечности на уровне в/3 голени у больных сахарным диабетом, осложнённым синдромом диабетической стопы.

Материалы и методы. В качестве предиктора, определяющего уровень ампутации нижней конечности, использовали данные допплеровской флоуметрии артерий нижних конечностей: общей бедренной артерии, поверхностной и глубокой бедренной артерий, подколенной артерии, а также артерий голени. Окончательно вопрос об уровне ампутации решался интраоперационно по состоянию мышц: цвет, кровоточивость, сократимость.

Для исследования были отобраны 15 пациентов с синдромом диабетической стопы, смешанной формы, степенью трофических расстройств по Вагнеру IV-V, у которых, по данным допплеровского исследования сосудов нижних конечностей, был сохранён магистральный или коллатеральный кровоток на уровне подколенной артерии, а также 3 пациента у которых выявлен магистральный кровоток на уровне глубокой бедренной артерии, но при этом конечность в в/3 голени была тёплая, интраоперационно мышцы были природного цвета, хорошо сокращались и кровоточили при пересечении.

Вышеуказанным больным была выполнена ампутация нижней конечности на уровне в/3 голени.

Результаты. В 16 наблюдениях послеоперационный период протекал благоприятно. Рана зажила первичным натяжением. Средний койко-день после оперативного вмешательства составил 12±2 дня. В 2 случаях имело место нагноение послеоперационной раны, с которым удалось справиться консервативными мероприятиями. У этих пациентов имелся сохранённый кровоток в бассейне глубокой бедренной артерии.

Выводы. 1. При наличии кровотока в бассейне подколенной артерии у больных сахарным диабетом с синдромом диабетической стопы следует выполнять оперативное вмешательство с сохранением коленного сустава 2. Возможность выполнения операции с сохранением коленного сустава при сохранённом кровотоке в бассейне глубокой бедренной артерии требует дальнейшего изучения.

Тяжлова Н.Н., Долгова Т.С.

ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра хирургии №2
Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н. Свирепо П.В.

Актуальность. Ретроперитонеальное расположение аппендикса (РРА) наблюдается у 2,5 – 11,5% больных с острым аппендицитом (ОА). Поздняя диагностика ОА, забрюшинная локализация аппендикса приводят к тяжелым осложнениям и техническим трудностям аппендэктомии. При этом летальность может достигать 1,2%. (Кригер А.Г. и соавторы, 2002, Савельев В.С. и соавторы, 2005, Wilharm A. G. et all., 2010, Wane N.A. et all., 2010)

Цель исследования. Углубленное изучение результатов применения видеолапороскопии у больных ОА при РРА.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе хирургических отделений г. Харькова. Проанализированы результаты лечения 105 больных с ОА при РРА, которым выполнена аппендэктомия с 2000 по 2017 г. Все больные разделены на две группы: 1 гр. (контрольная) – 45 (42,85%) пациентов оперированные через лапаротомию, 2 гр. (основная) – 60 (57,15%) оперированные видеолапароскопически. Средний возраст пациентов в обеих группах составил 47,5 (+/-1) лет, мужчин – 46 (43,3%), женщин – 59 (56,7%).

Результаты и их обсуждение. По степени деструкции червеобразного отростка в 1 гр. следующие формы: катаральный – у 29 (48%) больных, флегмонозный – у 15 (26%), гангренозный – у 10 (17%), перфоративный – у 6 (9%). Во 2 гр.: катаральный – у 21 (45%) пациентов, флегмонозный – у 11 (24%), гангренозный – у 6 (15%), перфоративный – у 7 (16%).

Полное РРА отмечено в 1 гр. у 14 (30%) больных, во 2 гр. - у 15 (25%). Неполное РРА встретилось в 1 гр. у 31 (70%) пациентов, во 2 гр. - у 45 (75%). ОА, осложненный абсцессом с местным перитонитом, наблюдали в 1 гр. у 9 (20%) больных, во 2 гр. - у 45 (75%). Распространенный перитонит в 1 гр. диагностирован у 10 (21%) пациентов, во 2 гр. – у 48 (80%).

В 1 гр. операция аппендэктомия выполнялась через косой переменный разрез по Мак-Бурнею у 30 (67, 5%) пациентов. Срединная лапаротомия в этой группе требовалась 15 (32,5%) больным. Все операции в 1 гр. завершены дренированием брюшной полости через контрапертуру. Во 2 гр. все пациенты оперированы с помощью видеолапароскопии. Культя червеобразного отростка при этом обрабатывалась наложением двойной лигатуры с электрокоагуляцией. Техника лапароскопической аппендэтомии (ЛАЭ) при РРА отличалась от стандартной ЛАЭ. Дополнительно к стандартным трем троакарам при возникновении трудностей с целью дополнительного смещения органов вводили четвертый (5 мм) троакар в зоне операции. После рассечения брюшины червеобразный отросток выделяли из окружающих тканей тупым и острым путем, применяя предварительную биполярную коагуляцию брыжейки отростка. Средняя длительность операции в 1 гр. составила 75 (+/-10,5) мин., во 2 гр. - 35 (+/-3). В обеих группах летальных исходов не наблюдали. Со стороны органов брюшной полости послеоперационных осложнений не отмечено. Местные осложнения наблюдались в виде инфильтрата и нагноения послеоперационной раны: в 1 гр. у 8 (18%) пациентов, во 2 гр. – у 5 (7,5%). Средний койко-день в 1 гр. составил 9,1, во 2 гр. – 5,5.

Выводы. 1. Видеолапароскопия позволяет объективно оценить морфологические изменения в червеобразном отростке при его ретроперитонеальном расположении и выполнить аппендэктомию.

2. Применение ЛАЭ позволяет значимо уменьшить частоту раневых послеоперационных осложнений и сократить срок пребывания пациента на койке.

Хартанович М.В.

ЛЕВОСИМЕНДАН В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ АОРТОКОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра медицины неотложных состояний, анестезиологии и интенсивной терапии
Харьков, Украина
Научный руководитель: професор Хижняк А.А.

Актуальность. Операции с искусственным кровообращением, предполагающие кардиоплегическую остановку сердца, усугубляют существовавшую ранее ишемию миокарда, которая является ведущей причиной острой недостаточности миокарда.

Цель – оценка эффективности инотропного эффекта левосимендана при выполнении аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материалы и методы. 85 пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) было выполнено АКШ. в 1 группе (n = 40) использовали локальный протокол анестезии и интенсивной терапии, во 2 группе (n = 45) дополнительно вводили левосимендан. Фиксировали ударный и сердечный индексы (УИ, СИ), фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), уровни КФК МВ, TnI, NT proBNP, лактата, доставку, потребление и коэффициент экстракции кислорода и дозу добутамина.

Результаты. С момента перевода пациентов в отделение интенсивной терапии (ОИТ) во 2 группе достоверно повышались ФВ, УИ, СИ. Применение левосимендана позволяло поддерживать уровень доставки кислорода на исходном уровне. Влияние левосимендана на уровень маркёров повреждения миокарда сказывалось только к моменту перевода больных из ОИТ.

Выводы. Левосимендан позволяет снизить дозу добутамина, улучшает коронарное кровообращение на фоне общей оптимизации гемодинамики, улучшает состояние кислородного бюджета, имеет замедленное влияние на уровень маркёров повреждения миокарда.

Черемська Д. Я.

ВИБІР ОПТИМАЛЬНОГО ШЛЯХУ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ З ОБТУРАЦІЙНОЮ ТОВСТОКИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургії №2
Харків, Україна
Науковий керівник: к.мед.н. Свірепо П.В.

Актуальність. Найчастішим ускладненням раку товстої кишки (ТК) є кишкова непрохідність, яка зустрічається у 20-40% пацієнтів цієї групи. (Пугаєв А.В., Ачкасов Є.Є., 2005р.) Питання вибору раціональної хірургічної тактики при обтураційнійтовстокишечній непрохідності (ОТКН) у наш час залишаються актуальними і сучасні досягнення хірургії дозволяють покращити результати лікування цих пацієнтів.

Мета дослідження. Визначити оптимальні методи діагностики та лікування ОТКН.

Матеріали та методи. Проаналізовані результати лікування 88 хворих з ОТКН за період 2006-2017рр., оперованих в хірургічних клініках м. Харкова. Середній вік пацієнтів становив 66,5±4,5 років. З нихжінок було–52 (59%), чоловіків –36 (41%). У першу добу від початку захворювання госпіталізовано 13 (14,8%) хворих, на 2-3 добу – 44 (50%). В більш пізні терміни захворювання – 31 (35,2%) хворих. У 69 (78,4%)хворих виявлені захворювання серцево-судинної системи: ішемічна хвороба серця – у50 (72,4%), гіпертонічна хвороба –у 16 (23,2%). Цукровий діабет виявлено у 9 (10,2%) пацієнтів. ХОЗЛ діагностовано у 30 (34%) хворих. У 39 (44,3%) хворих відзначено поєднання 2-х і більше захворювань. Вкрай важкий стан з явищами декомпенсації функцій життєво важливих органів виявлено у 4 (4,5%) хворих, важкий– у 30 (34%), середньої важкості– у 54 (61,5%). Ліва половина ТКбула переважною локалізацією пухлини у 61 (71,5%) хворих, права у 12 (13,6%), поперечна ободова кишка у 4 (4,5%), пряма у 10 (11,3%). В 2 (2,27%) випадках діагностований первинно-множинний рак ТК. За даними гістологічного дослідження аденокарцинома ТКвиявлена у 76 (86,3%) випадках, персневидно-клітинний рак – у 4 (4,5%), недиференційований рак – у 8 (9,2%). За класифікацією НДІ колонопроктології РАМН (1994р.) розрізняють 3 ступені важкості ОТКН:I ст. (компенсована) встановлена у 15 (17%), II ст. (субкомпенсована)–у 54 (61,5%), III ст. (декомпенсована)– у 19 (21,5%) хворих. В 10 (11,3%) випадках ОТКН ускладнилася розвитком перитоніту. Всім хворим проводили комплексне клініко-лабораторне, рентгенологічне та ультразвукове дослідження. Після підготовки ТКколоноскопія була проведена 53 (60,2%) хворим.

Результати. Середня тривалість стаціонарного лікування становила 23,5 ліжко-дня. Післяопераційна летальність – 6 (6,81%) пацієнтів. Причинами летального результату стали: прогесуючаполіорганна недостатність, тромбоемболія, інфаркт міокарда. Усі хворі оперовані на тлі перитоніту. Усі 10 (11,3%) хворих с перитонітом оперовані в екстреному порядку. При відсутності ефекту від проводимої консервативної терапії у перші 6 год. оперовані 7 (7,95%) хворих. Через 7-12 год. оперовані 16 (18,2%) пацієнтів, через 13-24 год. – 9 (10,2%), після 24 год. –46 (52,3%). Фіброколоноскопія у 100% випадків дозволила ввести зонд діаметром 5 мм вище пухлинної обструкції для передопераційної підготовки та провести біопсію пухлини. Цим пацієнтам здійснена відстрочена операція впродовж 3-5 діб.

При непрохідності правої половини ТКілеостомія була виконана у 3 (25%) хворих, цекостомія – у 1 (8,33%), обхідний ілеотрансверзоанастомоз – у 4 (33,3%). Правостороння геміколєктомія без анастомозу здійснена 3-м (25%) пацієнтам, з анастомозом – 1 (8,33%). При локалізації пухлини у лівій половині ТКтрансверзостомія виконана у 3 (4,2%)

хворих,сігмостомія – у 10 (14%). Операція типу Гартмана виконана у 5 (7%) хворих. Лівостороння геміколєктомія без анастомозу виконана у 12 (16,9%), з анастомозом – у 41 (51,7%). У випадку первинно-множинного раку здійснена субтотальнаколектомія. При локалізації пухлини у поперечно-ободовій кишці у 100% випадків виконана обструктивна резекція з накладанням анастомозу. Всім хворим із II та III ступенем важкості ОТКН 73 (83%) здійснена інтубація проксимального відділу кишки, лаваж черевної порожнини.

Висновки. 1.Екстрена колоноскопія після підготовки товстої кишки хворим з ОТКН дозволяє встановити причину кишкової непрохідності та забезпечити адекватну передопераційну підготовку. 2. Об'єм оперативного втручання при ОТКН необхідно визначати диференційовано, в залежності від ступеня кишкової непрохідності, наявності перитоніту, розповсюдженості пухлинного процесу, тяжкості стану хворого та супутньої патології.

Шарлай К.Ю.

РІЗНІ СХЕМИ АНАЛГОСЕДАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ТЯЖКОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

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

Метою роботи було порівняння різних методів аналгоседації з використанням дексмедетомідина у пацієнтів з тяжкою черепно-мозковою травмою (ЧМТ).

Материали і методи. Були обстежені 80 пацієнтів з діагнозом тяжка черепно-мозкова травма. У хворих 1 ї групи (n=40) аналгоседацію здійснювали за допомогою морфіну та натрію оксибутирату (ГОМК), у хворих 2 ї групи (n=40) додатково застосовували α2 адреноміметик дексмедетомідин. Визначали динаміку концентрації маркерів стресу (інсуліну, кортизолу, глюкози), індексу HOMA, аутоантитіл до мозкових антигенів, а також швидкість відновлення свідомості за шкалою ком Глазго (ШКГ), тривалість штучної вентиляції легень (ШВЛ).

Результати. Було виявлено, що у пацієнтів 2 групи зниження напруженості стресорних реакцій відбувається на 3-4 доби раніше. Виявлено, що проведення аналгоседації з використанням дексмедетомідину дозволяє знизити пік концентрації аутоантитіл до білку S-100, нейроспецифічної енолази та загального мозкового антигену ($p < 0,05$). У пацієнтів 2 групи відновлення свідомості за ШКГ відбувалося на 24,3% швидше ($p < 0,05$), тривалість ШВЛ була на 21,2% менше ($p < 0,05$), а частота розвитку пневмоній у них на була 14,3% менше, ніж у пацієнтів1 групи.

Висновки. Використання дексмедетомідину може знижувати напруженість стресорних та аутоімунних реакцій у хворих з тяжкою ЧМТ, прискорювати відновлення свідомості за ШКГ та зменшувати тривалість ШВЛ.

Юревич Н.А., Алексеева В.В., Кольцова Л.В.

ДИСКОМФОРТ В ГЛОТКЕ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра отоларингологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Лупырь А.В.

Практически все инфекционно-воспалительные заболевания глотки, гортаноглотки или гортани сопровождаются такими симптомами, как различной степени дискомфорт или боль, что являются одними из самых частых жалоб среди больных врача-отоларинголога.

Существует множество причин боли и дискомфорта в горле, как инфекционных, так и неинфекционных. Среди всего этого разнообразия можно выделить основные:

1. Неспецифические острые заболевания глотки и гортани, возникающие, как следствие острых респираторных заболеваний (тонзиллиты, фарингиты, ларингиты);

2. Специфические заболевания (туберкулез, сифилис);

3. Доброкачественные и злокачественные новообразования указанной локализации;

4. Заболевания, обуславливающие иррадиацию в глотку (новообразования других локализаций, например, околоушной слюнной железы);

5. Заболевания нервной системы;

6. Другие заболевания (различные аллергические реакции, заболевания желудочно-кишечного тракта, смежных органов, например, щитовидной железы).

Хотелось бы обратить внимание на более редкие, казуистические причины, влекущие развитие данного симптомокомплекса на примере двух клинических случаев.

Больная Ч., 62 года обратилась к врачу-отоларингологу по месту жительства с жалобой на дискомфорт, давящие и сжимающие боли в области глотки, беспокоящие только на улице. Считает себя больной в течение 2-3 недель без видимой причины. При сборе анамнеза отметила, что впервые описанные выше симптомы отметила, находясь в помещении. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно не лечилась. При осмотре ЛОР-статус без особенностей.

Таким образом, данных за острую ЛОР-патологию на момент осмотра выявлено не было. Больной было рекомендовано дообследование, в том числе электрокардиография. При проведении последней был выявлен инфаркт миокарда и больная в ургентном порядке направлена в кардиологическое отделение областной клинической больницы.

Больной Ф., 39 лет направлен семейным врачом к отоларингологу с жалобами на дискомфорт в глотке, усиливающийся ночью, периодическую одышку экспираторного характера. При сборе анамнеза отмечалась сезонность описанных симптомов. Также больной указывал на то, что дискомфорт и одышка усиливаются при надавливании на область проекции средней трети трахеи. При осмотре ЛОР-статус без особенностей.

При дообследовании в клиническом анализе крови определялась эозинофилия (8%), при исследовании крови на гельминты выявлено повышение уровня IgG к аскаридам (2,7), что подтверждает диагноз гельминтоза (аскаридоза) в описанном случае.

Таким образом, можно сделать выводы, даже такой частый симптом, как дискомфорт в горле заслуживает чрезвычайного внимания как практикующего врача-отоларинголога, так и врача любой другой специальности ведь иногда за ним скрываются довольно грозные заболевания, что могут повлечь осложнения или даже смертельный исход для пациента. Единого стандарта диагностики для всех не существует, а подход к диагностике, лечению каждого отдельного пациента должен быть строго индивидуальным.

Акушерство та гінекологія

МЕДИЦИНА ТИСЯЧОЛІТТЯ

ФЕСТИВАЛЬ ХАРКІВ НАУКИ

МОЛОДІЖНОЇ

Afanasieva V.A.

INFLUENCE OF HYPOKINESIA ON THE MENSTRUAL FUNCTION STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITY AND METHODS OF TREATMENT OF THESE DISTURBANCES

Kharkiv National Medical University
Department of obstetrics and gynecology №2
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Starkova I.V.

Hypokinesia is a modern medical problem that concerns many people and exerts a diverse influence on virtually all organs and systems of the body. Particular attention is paid to partial hypokinesia, when a multi-hour stay in conditions of limiting the volume of muscle activity is combined with short-term active movements.

Hypokinesia has a great effect on the female body and its reproductive system, which eventually leads to an increase in the incidence of the organic pathology of female genital organs.

The aim of the study was to determine the effect of partial hypokinesia on menstrual function in female students of the Kharkiv National Medical University, to develop and design interventions aimed at the prevention and treatment of functional disorders in the reproductive system.

40 students of the fifth year of medical university at the age of 20-22 years, who are divided into two groups of the same number of observations, were examined. The first (main) group included 20 girls who were in conditions of partial hypokinesia and used the methods we proposed. The second (control) group included students who were trained without using any additional methods of influencing the muscular system.

All the girls were under partial hypokinesia eight hours a day for four years, had a sex life using barrier methods of contraception. In the history of the examined students there were no inflammatory processes of the organs of the reproductive and urinary systems, the gastrointestinal tract, they did not have any operative interventions in the pelvic and abdominal region.

We developed a complex of physical exercises involving large joints of hands and feet, which was performed in the morning for ten minutes and in breaks (twice for 5 minutes) during the training process for six months. The exercises suggested by us do not require preliminary physical training and do not cause discomfort in their use.

The results of the studies showed that in 20 girls of the control group (100%) each menstrual cycle was observed to have algodismenorea, requiring periodic use of analgesics. In the girls of the main group, painful menstruation was noted in five observations (25%) and had a periodic character.

Thus, partial hypokinesia affecting students during the educational process leads to a functional disorder in the reproductive system, the main manifestation of which is algodismenorea. An effective therapeutic and prophylactic measure aimed at the prevention and treatment of identified disorders is the regular use of physical exercises with movements in the large joints of the hands and feet.

Yakubbekova S.S., Muhtarjanova X.N.,Mamarasulova D.Z.

VALUE ANALYSIS ONKOMARKERY CA 125 IN THE DIAGNOSIS OF TUMORS GENITAL

Andizhan State Medical Institute

Relevance of the topic. Endometriosis, uterine fibroids, benign tumors and tumor-like formations of ovaries are common – by diseases that violate women's menstrual and generative functions, and often accompanied by a deterioration of health, reduction of disability. At the same time, the early stages of these pathological processes can be asymptomatic.

Purpose of the study. To determine the usefulness of Cancer marker CA 125 in the serum in the diagnosis, differential diagnosis and evaluation of the effectiveness of the treatment of benign and malignant tumors and tumor-like formations of ovaries and uterus.

Materials and Methods. In basis of work on the analysis of survey clnical -, surgical treatment, and monitor the effectiveness of treatment of 429 patients with various diseases of the genitals, nosology forms of the disease, patients were distributed as follows: 27 - inflammatory diseases, 16 - malignant tumors, 78 - uterine fibroids 82 - benign tumors and tumor-like formations of ovaries, 175 - endometriosis.

Results and its discussion. The study included 429 patients with different pathologies have been screened in the genital organs in the Andizhan regional oncologic dispensary in 2008-2015. All patients determination of tumor CA 125 in serum markers were produced. On the basis of statistical data it found that in 16 patients with malignant tumors CA 125 was higher than 35 U / ml, which is (3.72%), in 27 patients with inflammatory diseases of the genital CA 125 was normal (<35ed / ml) that is (6.29%). In 78 (18.1%) patients with uterine myoma, 82 (19.1%) patients with benign tumors and tumor-like formations of ovaries and 175 (40.79%) patients with endometriosis CA 125 revealed a decrease in the level of the antigen in the successful treatment and improvement in relapse that It allows the definition of CA 125 for evaluating the effectiveness of drug treatment and early diagnosis of recurrence.

Conclusions. Determining the level of tumor marker CA 125 increases twice the accuracy of the diagnosis of gynecological diseases, and allows the differential diagnosis of benign and malignant tumors of the genitals.

Аралова В.О.

ЕТІОЛОГІЧНИЙ ЗВ'ЯЗОК ЕКТОПІЇ ШИЙКИ МАТКИ З UREOPLASMAUREALITICUM I HUMANPAPILLOMAVIRUS

Харківський національний медичний університет
Кафедра акушерства та гінекології №1
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Ліпко О.П.

Ектопія шийки матки - атипове розташування циліндричного (кубічного) епітелію, що вистилає цервікальний канал зсередини, на вагінальній порції шийки матки, в нормі покритої плоским епітелієм.

Ектопія шийки матки виявляється у 40% жінок. Максимальна частота цієї патології (40-50%) спостерігається у жінок молодше 30 років. Сама по собі ектопія ніколи не переходить у рак шийки матки, проте на її тлі ймовірність розвитку злоякісного процесу підвищується. Не дивлячись на поширеність, етіологія даного захворювання до цього часу остаточно не з'ясована і продовжує бути актуальною темою для досліджень.

З огляду на вищесказане, метою нашого дослідження стало визначення наявності етіологічної зв'язку ектопії шийки матки з Ureoplasma urealiticum і Human papillomavirus.

В даному дослідженні брали участь 37 пацієнток у віці від 25 до 30 років, які склали дві групи. До першої контрольної групи були віднесені 19 (51,4%) жінок без ознак зміни епітелію вагінальної частини шийки матки (ектоцервіксу). А другу групу склали 18 (48,6%) жінок, у яких було діагностовано ектопію шийки матки.

Всім жінкам нами було проведено кольпоскопічне дослідження кольпоскопом МК-300, з програмним забезпеченням MEDVisor v3.0, бактеріоскопія виділень з піхви, цитологічне дослідження зіскрібка епітелію вагінальної частини шийки матки і цервікального каналу, ПЛР діагностика із застосуванням специфічних тест-систем.

В ході кольпоскопічного дослідження змін епітелію у жінок першої групи виявлено не було. У всіх (100%) жінок другої групи визначалися ділянки незакінченої зони трансформації різної величини. При цитологічному дослідженні зіскрібка екто- і ендоцервікса у жінок першої та другої груп ознак атипії виявлено не було. У першій групі у 100% жінок у зіскрібку з ектоцервіксу визначався багатошаровий плоский епітелій. У (72,2%) 13 жінок другої групи поряд з багатошаровим плоским епітелієм визначалися клітини циліндричного епітелію.

При бактеріоскопії вагінальних виділень перша ступінь чистоти піхви не визначалась ні в однієї з жінок, у 15 (78,9%) жінок першої групи визначався друга ступінь чистоти піхви, третя ступінь чистоти піхви визначалася у 4 (21,1%) жінок. У другій групі 2 ступінь чистоти піхви визначалася у 8 (44,4%) жінок, а третя ступінь у 10 (55,6%).

При ПЛР-дослідженні у жінок контрольної групи Ureoplasma urealiticum виявлена у 3 жінок (15,7%), а Human papillomavirus - у 2 (10,5%). У групі жінок з ектопіями Ureoplasma urealiticum визначалася у 9 (50%) жінок, а у 7 (38,8%) було виявлено Human papillomavirus, при цьому у 2 (11,1%) виявлено mix-інфекція.

Виходячи з даного дослідження можна зробити висновок, що Humanpapillomavirus і Ureoplasmaurealiticum підвищують ризик розвитку ектопії шийки матки.

Арсентьева А.В., Гнатенко О.В

ХАРАКТЕРИСТИКА БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА С КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Тучкина И.А

Актуальность: Кисты яичников являются наиболее распространенными доброкачественных опухолевидных заболеваний женской половой системы. Они негативно влияет на общее состояние репродуктивного и соматического здоровья. Кисты яичника чаще всего возникают в период полового созревания и в репродуктивном возрасте. Причинами возникновения могут быть нарушения в работе эндокринной системы, воспалительные заболевания органов малого таза, хирургические вмешательства на половых органах.

Цель работы: Изучить биоценоз влагалища у женщин с кистами яичников.

Материал и методы исследования: Исследование проводились на базе кафедры акушерства и гинекологии и детской гинекологии в КУОЗ Харьковский городской родильный дом №1.Для проведения исследования были отобраны истории болезни за 2017 год с диагнозом кисты яичника. В группу вошли 62 женщины в возрасте 26± 5лет. 47 женщины обратились с жалобами на резкие интенсивные боли внизу живота, нарушение меструально-овариального цикла, частое мочеиспускание, повышение температуры тела до 38-39 С. У 15 женщины процесс протекал бессимптомно и выявлено при проведение планового медосмотра. Пациенткам проведено полное клинико-лабораторное и ультразвуковое обследования.

Результаты исследование и их обсуждение: Гинекологическое обследование женщин выявило наличие следующих заболеваний: у 25 (40,3%) пациенток наблюдался кольпит, у 27 (43,5%) - хронический сальпингоофорит, у 7 (11,2%) -миома матки.

Обследование выявило наличие специфического воспалительного процесса у 43 (69,3%) женщин, кандидоз – 26 (41,9%), гарднереллез 17 (27%).

При проведении бактериоскопического исследования влагалищного отделяемого у пациенток преобладало большое количество лейкоцитов, смешанная флора, определялся мицелий дрожжевых грибов, отдельные ключевые клетки, что соответствовало III-IV степени чистоты влагалища. Бактериологическое исследование выявило различные комбинации микроорганизмов (стрептококки, стафилококки, энтеробактерии, дрожжевые грибы). Кроме того, наблюдалось резкое снижение количества лактобактерий.

Выводы: В результате гинекологического и лабораторного обследований было выявлено наличие воспалительного процесса во влагалище. У пациенток наблюдался кольпит, сальпингоофорит.

При проведении бактериоскопического исследования влагалищного отделяемого у пациенток преобладало большое количество лейкоцитов, смешанная флора, определялся мицелий дрожжевых грибов, отдельные ключевые клетки, что соответствовало III- IV степени чистоты влагалища.

Бактериоскопическое исследование выявило различные комбинации микроорганизмов (стрептококки, стафилококки, энтеробактерии, дрожжевые грибы)

Арутюнян А. Ю., Градиль О. Г.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии №2
Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Калиновская О.И.

Актуальность. Рак молочной железы является наиболее часто встречающейся неоплазмой у женщин с распространенностью 67,1 на 100000 женщин. Ежечасно в мире у двух женщин диагностируется рак молочной железы, а одна женщина умирает от этого заболевания. Все чаще данный патологический процесс поражает женщин фертильного возраста, желающих в дальнейшем иметь детей.

Цель. Оптимизация ведения беременности у женщин с раком молочной железы в стадии ремиссии.

Материалы и методы. Анализ 98 случаев аденокарциномы молочной железы (T1-3, N0-1, M0) у женщин фертильного возраста (до 45 лет) с 2010 по 2015 гг.

Результаты. У 98 пациенток после комплексной терапии аденокарциномы молочной железы наблюдалось 24 беременности. Шесть (25%) беременностей наблюдалось менее, чем через 2 года после диагноза рака молочной железы (четыре аборта (66,7%) и два живорожденных (33,7%) и у 17 (75%) беременности происходили через два года (три аборта (17,6%), три выкидыша (17,6%), одна внематочная беременность (5,8%) и 10 (58,8%) живорождений). У двух пациенток (8,3%) развились отдаленные метастазы после беременности (менее одного года и более пяти лет после постановки диагноза соответственно). Одна пациента (4,1%) с диагнозом рак легкого и метастазами в головной мозг, беременность которой произошла через три года после установления диагноза. Одна пациентка (4,1%) лечилась от местного рецидива рака молочной железы. У 20 пациенток (83,5%) был относительно благоприятный исход со средним сроком наблюдения 105 месяцев.

Вывод. Прогноз материнства в основном связан с начальной стратификацией рака молочной железы, а не с его гормонозависимостью. На благоприятность исхода влияют сроки наступления беременности после окончания комбинированной терапии аденокарциномы грудной железы: чем раньше наступает беременность, тем неблагоприятнее ее исход. Пациенткам, решившимся на беременность, для получения максимально положительного результата акушерами-гинекологами совместно с онкологами рекомендована отсрочка беременности на 2 года и более.

Благовещенский Р.Е., Мельник К.А.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТЕРАТОДЕРМОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства, гинекологиии детской гинекологии
Харьков, Украина
Научный руководительпрофессор Тучкина И.А.

Актуальность. В настоящее время, наличие объемных образований яичников, к которым относятся тератодермоидные кисты, являються одной из наиболее частых причин обращения женщин репродуктивного возраста в гинекологические стационары.В структуре новообразований внутренних половых органов доля доброкачественных образований яичников имеет четкую тенденцию к росту и за последние годы возросла от 6 до 25%. Необходимость поиска критериев диагностики тератодермоидных образований связана не столько с трудностью первичного выявления, сколько со сложностью их дифференциальной диагностики со злокачественными новообразованиями.

Цель. Определить диагностические критерии тератодермоидных образований (ТО) у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Исследование проводилось на кафедре акушерства, гинекологии и детской гинекологии ХНМУ (клиническая база КУОЗ «Харьковский городской родильный дом №1»). Под наблюдением находилось 30 женщин по поводу кистозных образований яичников (тератодермоидных). Средний вораст пациенток составил 30±7 лет. Проведено полное клинико-лабораторное и ультразвуковое исследования (УЗИ). Дополнительно в сыворотке крови определялись онкомаркеры: СА-125, НЕ-4. Все женщины были прооперированы по поводу выявленных образований яичников, с дальнейшим гистологическим исследованием.

Результаты и их обсуждение. По данням УЗИ, в проекции яичников, визуализировались округле жидкостные образования с четкими ровными контурами. Основную часть образований занимало гиперэхогенное возвышение в виде «бугорка». «Бугорок» распологался на различных стенках кисты, имел неправильную округлую или овальную форму. 35% случав структура его была однородная и по данным гистологического исследования состояла из жировой ткани, в 45% случав в нем набладались эхопозитивные включения, которые давали акустическую тень по задней поверхности (по данням гистологического исследования это были зубы, костные фрагменты и участки обызвествления), в 20% - в структуре бугра визуализировались эхонегативные участки, которые по данным гистологического исследования возникали вследствие отека, ослизнення и дегенеративно-дистрофических процессов (кровоизлияние, некрозы). Онкомаркеры находились в пределах нормы. СА-125 - 11,0-13,0 ед./мл, НЕ-4 - 32,4- 45 пмоль/л.

Выводы. Основным диагностическим критерием тератодермоидных образований является наличие в полости кистозного образования возвышения в виде «бугорка» различных размеров, формы и эхоструктуры.

Верба Я.В. Нестерук А.В.

ВЛИЯНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ИЗМЕНЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Тучкина И.А.

Актуальность. По статистике, 70 - 75 % женщин с диагнозом миома матки и 50 -52 % женщин с внутренним эндометриозом требуют хирургического вмешательства. 80 % опухолей и опухолевидных образований также требуют оперативного лечения.

Хирургическое вмешательство влияет на реактивность врожденного и приобретенного иммунитета, причем сила реакции зависит от основного заболевания, требующего хирургического лечения, сопутствующих инфекций и хронических экстрагенитальных заболеваний. Баланс иммунитета у больных с неопластическими процессами связан с активацией про- и противовоспалительных реакций, определяемых, как системный воспалительный иммунный ответ, так и компенсаторный противовоспалительный иммунный ответ. В связи с этим, актуальным является изучение особенностей развития иммунного ответа при оперативном вмешательстве у гинекологических больных по поводу доброкачественных новообразований и возможности его регулирования с помощью современных иммуномодуляторов.

Цель. Определить влияние препарата, который содержит глутамил-цистеинил-глицин динатрий на характер иммунного ответа у женщин после оперативного вмешательства по поводу тубовариальных образований.

Материалы и методы. Исследование проводилось на клинической базе КУОЗ «Харьковский городской родильный дом №1» кафедры акушерства, гинекологии и детской гинекологии ХНМУ.

В исследовании приняли участие 16 пациенток. Из них 7 – с лейомиомой матки, 1 – с фибромиомой матки, 8 – с кистой правого или левого яичников. Всем женщинам было проведено полное клинико-лабораторное обследование и ультразвуковое исследование органов малого таза (УЗИ ОМТ) с использованием УЗ сканера Midray 7. Все пациентки были прооперированы по поводу основного заболевания.

Результаты и обсуждения. В послеоперационном периоде наблюдали 16 пациенток. Они были разделены на 2 группы. Первая группа (10 человек) получила послеоперационную противовоспалительную и антибактериальную терапию в течение 10 дней. Вторая группа (6 человек) кроме стандартной терапии, получала дополнительно препарат, в состав которого входит глутамил-цистеинил-глицин динатрий по 1 мл 1%-го по следующей схеме: 1 раз/сутки в/м через день в течение 10 дней.

До операции у 85% пациенток с фибро- и лейомиомами отмечалось количество лейкоцитов в пределах 7,2 –8,8 х109/л (42 % женщин) и 12,4–14 х109/л (43% женщин). У пациенток с кистозными образованиями уровень лейкоцитов выше нормы (15 х109/л) наблюдался у 10%, на верхней границе нормы – у 30% (8,6–10 х109/л), ниже – у 50%.

После оперативного вмешательства у 70% женщин первой группы наблюдалось снижение уровня лейкоцитов до 3,8–5,5 х109/л. Во второй группе на фоне приема глутамил-цистеинил-глицин динатрий уровень лейкоцитов соответствовал физиологической норме 7,0 - 8,2 х109/л.

Выводы. Хирургическое вмешательство сопровождается уменьшением уровня лейкоцитов до нижней границы нормы, что, вероятно, связано с активацией противовоспалительных процессов и послеоперационной иммуносупрессией. Прием препарата в состав которого входит глутамил-цистеинил-глицин динатрий в послеоперационном периоде способствует нормализации иммунного ответа после оперативных вмешательств при тубоовариальных образованиях .

Галашко К.Ю., Голубева А.О.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНИХ ВАГІНОЗІВ У ВАГІТНИХ ЖІНОК

Харківський національний медичний університет
Кафедра акушерства та гінекології №1
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Салтовський О.В.

Актуальність. Бактеріальний вагіноз (БВ) - розповсюджена патологія при вагітності. Клінічне значення цієї нозологічної форми визначається тим, що вона в декілька разів збільшує ризик розвитку таких ускладнень як мимовільні викидні, передчасні пологи, передчасний розрив плодових оболонок, хоріоамніоніт, внутрішньоутробне інфікування плода, а також післяпологових запальних процесів. На сьогоднішній день, існує велика кількість алгоритмів лікування, кожний з яких має недоліки. Тому дослідження різних напрямів лікування надасть змогу визначити оптимальну методику виявлення, корекції та профілактики бактеріального вагінозу серед вагітних жінок.

Матеріали та методи. У ході дослідження було обстежено 20 пацієнток віком від 19 до 33 років, у терміні вагітності 28-36 тижнів. Діагноз БВ поставлений при мікроскопії вагінальних виділень на підставі таких показників, як масивна загальна кількість бактерій з домінуванням серед них грамнегативних бактерій морфологічно подібних з бактероїдами, мобілункус, гарднерелла, наявність "ключових" клітин, невелика кількість лейкоцитів, а також значне зниження кількості або відсутність лактобактерій.

Було сформовано 2 однорідних групи по 10 жінок, яким впродовж 5 днів застосовувалася терапія після чого порівнювалися результати. Пацієнткам І групи було

призначено кліндаміцину фосфат 100 мг у суппозиторіях інтравагінально. Пацієнткам ІІ групи було запропоновано застосовувати препарати, що містять лакто- та біфідобактерії перорально та інтравагінально.

Результати. За даними першого контрольного дослідження клінічне одужання і нормалізацію лабораторних показників в І групі спостерігали у 8 жінок (80%), у 2 пацієнток - виявлено кандидоз, у всіх жінок спостерігалася відсутність лактофлори. У ІІ групі нормальні лабораторні показники отримали 9 жінок (90%), у 1 жінки, не дивлячись на регресування, зберігалися прояви БВ.

Висновки. Таким чином, комплексна терапія пробіотиками не поступається ефективністю антибактеріальній терапії та є більш безпечною. У випадках бактеріального вагінозу у вагітних жінок терапію слід починати саме з призначення пробіотиків.

Журба Є.П.

ЗАЛЕЖНІСТЬ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ І ЧАСТОТИ РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ ВІД ПЛОЩІ ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра акушерства та гінекології №1
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Аралов О.М.

Актуальність: Наявність декількох плодів є одним з найважливіших предикторів розвитку гестозів на пізніх термінах, що вимагає ще більшої уваги в питаннях ранньої діагностики ускладнень і застосування раціональних профілактичних заходів для їх запобігання. Відомо, що величина плацентарної площадки, а отже, і площа плацентарного кровотоку, більше при багатоплідній вагітності, ніж при одноплідній, і збільшується при біхоріальній біамніотичній двійні в порівнянні з монохоріальною моноамніотічною.

Мета: Вивчення залежності ступеня тяжкості і частоти розвитку прееклампсії від площі плацентарного кровотоку.

Матеріали і методи: Для досягнення мети ретроспективно вивчено 40 історій пологів за 2016 рік. Середній вік вагітних становив 30,2 ± 1,5 року. Пацієнтки були розділені на 3 групи: в 1 групу увійшло 10 жінок з біхоріальною діамніотично. двійнею, 2 групу склали 10 пацієнток з монохоріальною діамніотіичною двійнею відповідно. Також була створена контрольна група з 20-ти жінок з одноплідною вагітністю. Критерієм включення в дослідження був термін гестації не менше 22 тижнів на момент початку дослідження. Критерієм виключення була наявність онкозахворювань, ВІЛ-інфекції, важкої екстрагенітальної патології, яка могла б значно погіршити перебіг вагітності. Для заключення діагнозу згідно МКБ 10 оцінювалися такі показники: артеріальний тиск (АТ) в стані спокою, наявність і поширеність набряків, кількість білка в сечі.

В 1 групі відзначалося підвищення артеріального тиску вище 140 \ 90 мм.рт.ст, але не більше 160 \ 110 мм.рт.ст, а також наявність протеїнурії більше 0,3 г, але менш 5 на добу в комбінації з набряками у 4 (40%) жінок, що відповідає критеріям прееклампсії середнього ступеня тяжкості. Ізольоване підвищення АТ без протеїнурії і набряків зазначалося у 2 (20%) вагітних даної групи. У 1 (10%) жінок було зафіксовано підвищення артеріального тиску вище 160/110 мм.рт.ст. і протеїнурія склала понад 5 г на добу, що відповідає клінічній картині прееклампсії важкого ступеня, в зв'язку з чим жінки були негайно розроджені шляхом операції кесаревого розтину. У 2 групі прееклампсія середнього ступеня була виявлена у 3 (30%) пацієнток, ізольована гіпертензія викликана вагітністю у 1 (10%), прееклампсія тяжкого ступеня була виявлена лише у 1 (10%) вагітної. Найбільш кращі показники виявилися в контрольній групі: прееклампсія середнього ступеня діагностована у 4 (20%) пацієнток, тяжкого ступеня у 2 (10%,), гіпертензія викликана вагітністю у 3 (15%).

Висновки: Виходячи з проведеного дослідження можна зробити висновок про те, що з формуванням більшої площі плацентарного кровотоку у жінок з біхоріальною діамніотічнею

двійнею збільшуються шанси розвитку ендотеліальної дисфункції, що в подальшому може призвести до прееклампсії різного ступеня тяжкості.

Кебашвили С.В., Добровольская Л.А.

ПЕРЕКРУТ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Тучкина И.А.

Введение. Ведущее место в структуре гинекологической патологии девушек-подростков занимают нарушения менструальной функции (НМФ), которые, в большинстве случаев, возникают вторично и могут быть обусловлены наличием кист яичников, значительная часть которых представлена ретенционными (70%). При этом одним из наиболее частых и грозных осложнений является их перекрут, вызывающий картину острого живота.

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости и клинических проявлений НМФ у пациенток пубертатного возраста с перекрутом придатков матки и оптимизация хирургической тактики их лечения.

Материал и методы исследования. На клинических базах кафедры акушерства, гинекологии и детской гинекологии ХНМУ обследовано 25 девушек-подростков 14-17 лет, которым было проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование с глубоким изучением анамнеза. В 1 группу (основную) вошли 16 пациенток с перекрутом придатков матки на фоне кисты яичника(в том числе ретенционной), 2 группу (сравнения) составили 9 больных с перекрутом интактных придатков матки.

Результаты и их обсуждение. Пациентки были госпитализированы с явлениями острого живота. В процессе обследования и проведения дифференциальной диагностики всем больным был установлен окончательный диагноз «перекрут придатков матки». Основными жалобами, предъявляемыми девушками-подростками при поступлении, были интенсивные боли в нижних отделах живота (100%), тошнота (60%), рвота (40%), субфебрильная температура (30%). Анализ анамнестических данных показал, что у пациенток 1 группы менструальная функция была нарушена. Отмечались дисменорея, олиго-опсоменорея, вторичная аменорея. Средний возраст менархе у большинства девушек находился в пределах 12 - 14 лет, раннее менархе было у 3 пациенток, позднее – у 2 девочек. Продолжительность периодов между менструациями составила от 1,5 до 2-3 месяцев. Статистически значимых различий в продолжительности менструации выявлено не было. Болевому синдрому с явлениями острого живота, как правило, предшествовала задержка менструации, обусловленная наличием ретенционного образования яичника, чаще справа.

У пациенток 2 группы НМФ, как правило, не отмечалось, за исключением одной больной 15 лет с сопутствующим диагнозом «сахарный диабет I типа», у которой было позднее менархе и НМФ по типу олигоменореи. Патогенетические механизмы репродуктивных нарушений при сахарном диабете заключаются в подавлении импульсной генерации гонадотропин-рилизинг-гормона (Гн-РГ) за счет снижения концентрации инсулиновых рецепторов на нейронах, продуцирующих Гн-РГ. Перекрут интактных придатков матки у этой больной мог быть обусловлен анатомическими особенностями внутренних половых органов и более подвижным образом жизни.

Больным обеих групп выполнено 25 оперативных вмешательств посредством лапароскопии с проведением органосохраняющих операций. При отсутствии некроза проведена деторсия (в двух случаях при перекруте на 720 градусов).

Выводы. Перекрут придатков матки – ургентное состояние, требующее оказания неотложной гинекологической помощи, основными клиническими симптомами которого являются острая интенсивная боль в нижних отделах живота, тошнота, рвота. Нарушения

менструальной функции в роли «предвестников» данного состояния могут наблюдаться у пациенток со скомпрометированными яичниками, что диктует необходимость своевременной диагностики кист яичников и предупредить их осложненное течение, сопровождающееся явлениями острого живота.

Ковальчук В.Н., Кормилец Д.А.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии № 1
Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Бобрицкая В.В.

Актуальность. Гиалуроновая кислота является одним из компонентов внеклеточного матрикса, входящая в состав соединительной, эпителиальной, нервной ткани и участвует в поддержке гидродинамики и регенерации тканей.В гинекологии комплексные препараты, содержащие гиалуроновую кислоту, применяются для лечения воспалительных заболеваний влагалища, так как она угнетает секрецию медиаторов воспаления за счет взаимодействия с рецепторами CD44, а также ограничивает движение нейтрофилов при воспалительном процессе, снижает проницаемость сосудистой стенки. Кроме того, препараты гиалуроновой кислоты помогают восстановить целостность плоского эпителия влагалища, нормализовать естественное увлажнение тканей, снять остаточные проявления воспалительной реакции, предотвратить повторное инфицирование. Данные свойства препаратов гиалуроновой кислоты позволяют с успехом использовать их для улучшения процессов репарации после малых и больших гинекологических операций.

Препараты, содержащие в своем составе гиалуроновую кислоту, ускоряют восстановление родовых путей у женщин после родов, хирургических вмешательств, стимулируя образование коллагена, способствуют заживлению ран без образования рубцов. Данные свойства гиалуроновой кислоты могут быть использованы для улучшения заживления раневой поверхности шейки матки после проведения электрохирургическоголечения (ЭХЛ) шейки матки по поводу дисплазии.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 20 пациенток после электрохирургического лечения (ЭХЛ) шейки матки, которые разделены на группы в соответствии с ведением периода реабилитации. 10 пациенток с 7-х суток применяли влагалищные суппозитории с гиалуроновой кислотой - по 1 в сутки в течении 10 дней. 10 пациенток группы сравнения использовали суппозитории с метилурацилом. Через 30 дней после ЭХЛ проводили кольпоскопию с оценкой результатов заживления в обеих группах. Также оценивали наличие жалоб пациенток в процессе применения различных препаратов.

Результаты. В результате проведенной терапии у пациенток основной группы наблюдалась полная эпителизация раны к 30 суткам периода реабилитации, в то время, как у 5 из 10 (50,0%) пациеток группы сравнения рана после ЭХЛ полностью не эпителизировалась. Кроме того, в группе сравнения присутствовали элементы рубцовой ткани в области канала шейки матки, в то время как у пациенток, получавших суппозитории с гиалуроновой кислотой, заживление было равномерным, соответствующим здоровой ткани. Пациентки основной группы отмечали хорошую переносимость препарата, отсутствие каких-либо побочных эффектов, в то время как 2 пациентки группы сравнения, получавших суппозитории с метилурацилом, отмечали жжение в течение первых двух суток применения.

Выводы. Применение суппозиториев с гиалуроновой кислотой улучшает результаты реабилитации после ЭХЛ лечения шейки матки, нормализует эпителизацию раны, сокращает период реабилитации. Учитывая широкий спектр положительного действия данного лекарственного средства, дальнейшее изучение эффективности новых методик применения препаратов гиалуроновой кислоты является актуальным и перспективным, и может служит основой дальнейших исследований.

Колотилов А.В.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии № 1
Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н. Куричёва Н.Ю.

Актуальность темы: Одной из актуальных в современной гинекологии является проблема аномальных маточных кровотечений (АМК). В Украине данные о заболеваемости и распространенности тяжелых маточных кровотечений отсутствуют. В официальной статистике учитываются общие данные о нарушениях менструального цикла, которые в определенной степени отражают проблему АМК. Большое количество женщин вынуждено сталкиваться с АМК, при этом не имея патологий органов малого таза, системных расстройств. АМК составляют около 11% от общего количества гинекологических заболеваний среди женщин репродуктивного возраста. Этот показатель ежегодно имеет тенденцию к росту.

Цель: Проанализировать статистические данные о возникновении АМК у женщин репродуктивного возраста, которые имеются в официальных медицинских источниках за последние пять лет.

Материалы и методы: Клинический протокол, утвержденный МЗ Украины «Аномальные маточные кровотечения», данные Центра медицинской статистики МЗ Украины, научные публикации в периодических изданиях Украины и мира.

Результаты исследований: По данным Центра медицинской статистики МЗ Украины в период 2013 года с жалобами на нарушения менструального цикла впервые обратилось 116 182 женщины репродуктивного возраста (11,02 на 1000 женщин) и 17833 девочек подросткового возраста (29,11 на 1000 девушек-подростков). За представленный в статистических данных период частота расстройств менструальной функции у женщин репродуктивного возраста увеличилась на 4,5%.

Выводы: Согласно анализа литературных данных, наблюдается рост частоты АМК среди женщин репродуктивного возраста на 4,5%. В унифицированном клиническом протоколе представлен обзор существующих методов диагностики и лечения аномальных маточных кровотечений и предложены алгоритмы диагностики и лечения данной патологии в Украине.

Кука А.С.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Тучкина И.А.

Актуальность. Синдромом задержки роста (развития) плода (СЗРП) является одной из серьезных проблем современной медицины. Частота данной патологии составляет 67,4 на 1000 родившихся детей, что и определяет значимость данного патологического состояния.

Цель исследования. Определить этиологические факторы, способствующие развитию синдрома задержки развития плода.

Материалы и методы. На клинической базе кафедры акушерства, гинекологии и детской гинекологии ХНМУ в КУОЗ «Харьковский городской родильный дом №1» ретроспективно проведено обследование 20 беременных женщин, у которых был диагностирован синдром задержки развития плода. Всем беременным проведено полное клинико-лабораторное, комплексное эхографическое и допплерометрическое обследование.

Результаты и их обсуждения. Анализ полученных результатов показал, что во второй половине беременности у 3 (15%) женщин была клиника угрожающих преждевременных родов; у 6 (30%) пациенток диагностирована преэклампсия средней степени тяжести; у 2 (10%) – преэклампсия тяжелой степени, у 4 (20%) беременных установлена артериальная гипертензия, у 3 (15%) – инфекция мочевыделительной системы и у 2 (10%)- анемия тяжелой степени. Проведенное исследование показало, что СЗРП часто сочетается с клиникой угрозы прерывания беременности, высокой частотой гестоза II половины беременности средней и тяжелой степени тяжести, хронической инфекцией мочевыделительной системы, гипертонической болезнью и анемией.

Выводы. Таким образом, в ходе проведенного обследования были выявлены основные факторы, способствующие развитию синдрома задержки роста плода у беременных.

Лесная А.С.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н. Шарашидзе К.З.

Актуальность. Ранняя диагностика и современное лечение эктопической беременности (ЭБ) имеет большое значение в предупреждении серьезных последствий, угрожающих жизни (геморрагический шок) и репродуктивной функции (бесплодие) женщины.

Цель исследования. Определение оптимального метода лечения неразвивающейся ЭБ.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы 21 истории болезни пациенток, госпитализированных в ургентном порядке в гинекологическое отделение с диагнозом: неразвивающаяся внематочная беременность. Всем пациенткам произведено определение уровня хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в динамике трансвагинальное ультразвуковое исследование (Vivid E9, GE Vingmed Ultrasound).

Для сравнительного анализа больные были разделены на 2 группы. У больных I гр. (7 пациенток) - группа сравнения, в анамнезе имел место перенесенный острый сальпингоофорит, и им был применен консервативный метод лечения (мифепристон, препараты простагландинов и метотрексат). II гр. (14 пациенток) составили пациентки с аппендэктомией или хроническими рецидивирующими сальпингоофоритами в анамнезе, которым было произведено оперативное лечение лапароскопическим доступом с последующим висцеролизом.

Результаты исследования и их обсуждение. На момент госпитализации больные предъявляли жалобы на тошноту, задержку менструации, кровянистые выделения из половых путей, боли внизу живота. Средний возраст составил 27 ± 2,6лет.

Проведение консервативного лечения в I гр. основывалось на ранней диагностике неразвивающейся ЭБ (при УЗИ, отсутствие плодного яйца в полости матки, уровень ХГЧ < 1500 МЕ/мл) в сроке от 3-5 недель беременности на фоне регулярного менструального цикла. После эффективного консервативного лечения всем женщинам было рекомендовано дальнейшее наблюдение у гинеколога, метросальпингография, обследование на TORCH – комплекс.

Во II гр., в связи с высокой вероятностью наличия спаечного процесса в малом тазу, был выбран оперативный метод лечения поскольку он дает возможность не только произвести лечение ЭБ, но и спаечного процесса. Интраоперационно было выявлено, что у 10 женщин беременность локализовалась в правой маточной трубе, у 4 – в левой, что, возможно, связано со спаечным процессом в следствии перенесенной аппендэктомией.

Вывод. Основными этапами диагностики ЭБ остаются анамнез, общеклинические исследования, УЗИ и определение уровня ХГЧ в крови. Консервативное ведение пациенток с

неразвивающейся ЭБ возможно при отсутствии спаечных процессов в малом тазу. Лапароскопический метод имеют преимущества в лечении ЭБ – точная диагностика, полноценная ревизия брюшной полости, ранняя реабилитация. Дифференцированный подход к выбору тактики лечения позволит сохранить репродуктивное здоровье женщин.

Луцький А.С., Кудін І.Д.

ЗНАЧЕННЯ ПРЕІМПЛАТАЦІЙНОЇ ГЕНЕТИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ В ПІДВИЩЕННІ ЕФЕКТИВНОСТІ ЦИКЛІВ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ

Харківський національний медичний університет
Кафедра акушерства та гінекології №2
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Паращук Ю.С.

Преімплантаційна генетична діагностика (ПГД) - сучасний метод виявлення хромосомних порушень у ембріонів. Це дозволяє не тільки запобігти народженню дитини з хромосомними захворюваннями, а й підвищити ефективність екстракорпорального запліднення (ЕКЗ).

Мета дослідження. Визначення доцільності проведення ПГД до перенесення ембріонів в порожнину матки для підвищення результативності лікування безпліддя методом ЕКЗ.

Матеріали і методи дослідження. У клініці репродуктивної медицини імені академіка В.І. Грищенко впроваджений метод ПГД. При цьому, виконання кріопротоколу проводиться з перенесенням в порожнину матки не більше 2 протестованих ембріонів.

Проведено обстеження 65 пацієнток, які були розділені на 2 групи. В 1 групу увійшло 35 жінок, яким був проведений кріопротокол з перенесенням вітрифікованних бластоцист без ПГД. Другу групу склали 30 пацієнток, яким переносили вітрифіковані бластоцисти після ПГД. Всім жінкам кріопротокол проводився у природному циклі.

Групи були однорідні за віком, зрістом, масою і масо-ростовим індексом. Всі пацієнтки мали регулярний овуляторний менструальний цикл. Репродуктивний анамнез не мав достовірних відмінностей в досліджуваних групах.

Після трансвагінальної пункції (ТВП) фолікулів проводили запліднення зрілих ооцитів за стандартною методикою інтрацитоплазматичної ін'єкції спермія (ІКСІ) , з оцінкою результатів через 16-18 годин і культивуванням нормально запліднених ооцитів. Вітрифікацію проводили на 5 добу культивування, при досягненні ембріона стадії бластоцисти. У другій групі спостереження виконували біопсію трофектодерми, після формування отвору у блискучій оболонці ембріона за допомогою 3D механічного хетчингу, після чого бластоцисти кріоконсервували. ПГД здійснювали методом секвенування наступного покоління (NGS). Перенесення ембріонів в порожнину матки виконували під ультразвуковим контролем в асептичних умовах. Визначення рівня в - субодиниці хоріонічного гормону людини в сироватці крові здійснювали через 14 діб після перенесення ембріонів з наступним ультразвуковим дослідженням через 10 днів у разі отримання позитивного результату.

Результати та їх обговорення. Незважаючи на дані літератури про деяке зниження частоти настання вагітності після ПГД, в нашому спос-тереженні виконання ПГД у пацієнток 2 групи дозволило значно підвищити ймовірність виношування вагітності. Так, частота імплантації в першій групі склала 43,5%, а у пацієнток 2-ї групи, після виконання ПГД - 87% (Р <0,001). Крім цього, у всіх випадках спостереження, у пацієнток 2 групи було виконано ІКСІ з коефіцієнтом правильного запліднення (КПЗ) 89,4%, в порівнянні з 1-ю групою, в якій КПЗ склав всього 56% (Р <0,05).

Необхідно відзначити, що у жінок 2-ї групи в жодному випадку не було відмічено спонтанного переривання вагітності на ранніх термінах. У зв'язку з чим, кількість пологів у 2-й групі (64%) достовірно перевищувала показники 1-ї групи (44%), що підтверджує доцільність проведення ПГД перед переносом ембріонів.

Висновок. Проведення ПГД у фертильних пацієнток дозволяє значно підвищити ймовірність настання вагітності в програмах ЕКЗ, знизити частоту переривання вагітності і поліпшити показники сприятливого її остаточного результату, завдяки більш ефективному проведенню генетичного етапу тестування.

Луцький А.С., Кудін І.Д.

ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОГРАМ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ ШЛЯХОМ ВИБОРА ТРИГЕРА ФІНАЛЬНОГО ДОЗРІВАННЯ ООЦИТІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра акушерства та гінекології №2
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Паращук Ю.С.

Широке впровадження в клінічну практику методів допоміжних репродуктивних технологій обумовлює неминучість виникнення такого грізного ускладнення, як синдром гіперстимуляції яєчників (СГЯ). В основі клінічних проявів СГЯ лежить різке підвищення судинної проникності, що приводить до масивного виходу рідини в "третій простір". В особливо важких випадках СГЯ супроводжується тромбоемболією магістральних судин, гострою нирковою недостатністю, печінковою дисфункцією, гострим респіраторним дистрес-синдромом дорослих, що може стати причиною летального результату.

Мета дослідження. Удосконалення програм екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) у пацієнток з високим ризиком розвитку СГЯ, шляхом вибора тригера фінального дозрівання ооцитів.

Матеріал і методи дослідження. Проведений ретроспективний аналіз концентрації естрадіолу в день призначення тригера фінального дозрівання ооцитів у 60 пацієнток у віці від 26 до 39 років з високим ризиком розвитку СГЯ. Всі пацієнтки мали регулярний овуляторний менструальний цикл, репродуктивний анамнез не мав достовірних відмінностей в досліджуваних групах. Стимуляцію суперовуляції у всіх жінок проводили за загальноприйнятим протоколам з антагоністами гонадотропін-рилізинг гормону.

У день тригера фінального дозрівання ооцитів у всіх пацієнток, що спостерігалися, визначали концентрацію естрадіолу в крові. У зв'язку з чим, жінки були розділені на 2 групи з урахуванням рівня естрадіолу в крові натще.

1-у групу склали 24 жінки, у яких концентрація естрадіолу в день ТВП становила більше 3000 пг / мл, у 2-у - увійшли 36 пацієнток, з показниками естрадіолу менш 3000пг/мл.

З метою профілактики СГЯ в I групі пацієнток, в якості тригера овуляції був призначений агоніст гонадотропін-рилізинг гормону (а-ГнРГ) в дозі 0,2 мг. У пацієнток 1 групи ембріони піддавалися кріоконсервації. У 2 групі, у якості тригера овуляції вводили 10000 МО хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ). У пацієнток цієї групи здійснювали ЕКЗ шляхом перенесення в маткову порожнину нативних ембріонів. Підтримку лютеїнової фази здійснювали вагінальною формою прогестерона у вигляді гелю (90 мг прогестерону) двічі.

Результати та їх обговорення. В результаті проведеного дослідження виявлено, що у пацієнток 1-ї і 2-їгруп не було зареєстровано жодного випадку розвитку важкого СГЯ. Хоча, за даними різних авторів, частота розвитку СГЯ при введенні ХГЛ в якості тригера овуляції в протоколах ЕКЗ у пацієнток з високим ризиком розвитку СГЯ коливається від 3 до 18,8%.

З урахуванням початку клінічних проявів виділяють ранню і пізню форми СГЯ, які за критерієм ряду факторів і пов'язаних з ними особливостями патогенезу розглядаються як два різних стани.

Ранній СГЯ виникає в перші 9 днів після ТВП фолікулів і пов'язаний з запровадженням екзогенного ХГЛ. Діагноз пізнього СГЯ прийнято підтверджувати при розвитку даного синдрому на терміні понад 9 днів після пункції фолікулів, як наслідок підйому рівня ендогенного ХГЛ в плазмі крові при настанні вагітності.

Висновки. Диференційований підхід до вибору тригера овуляції з урахуванням концентрації естрадіолу в крові напередодні ТВП має велике значення для профілактики розвитку СГЯ при проведенні ЕКЗ. Заміна тригера овуляції на а-ГнРГ у пацієнток з високим ризиком СГЯ ефективно знижує частоту даного ускладнення.

Мелихова Т.В.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОМИОЗА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии №2
Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Паращук Ю.С.

Актуальность. В последние годы аденомиоз принято рассматривать, как отдельное заболевание, существенно отличающееся от наружного эндометриоза по патогенезу и клинической картине. При этом в толщу мышечной стенки матки прогрессивно врастают железы эндометрия и строма.

Известно, что имплантация эндометриоидных клеток и их пролиферация происходит при условии нарушения гуморального и клеточного иммунитета. Значительное внимание уделяется изучению роли цитокинов, как основных межклеточных медиаторов в развитии иммунного ответа.

Актуальными представляются сведения о возможном участии в развитии аденомиоза переходной зоны, поскольку имеется патогенетический фактор, связанный с абнормальной функцией внутреннего слоя миометрия под воздействием межклеточных медиаторов. Вместе с тем, данные о структурной организации переходной зоны в литературе весьма скудны и нуждаются в дальнейшем изучении.

Цель. Повышение уровня диагностики аденомиоза на ранних стадиях проявления заболевания у пациенток репродуктивного возраста и определение критериев эффективности лечения.

Задачи. Изучение структуры переходной зоны при помощи комплекса морфологических, морфометрических и иммуногистохимических методов. Определение воздействия провоспалительных межклеточных медиаторов – цитокинов на структурные изменения переходной зоны и установление корреляционной взаимосвязи с данными показателями в сыворотке крови.

Материалы и методы. Было проанализировано 70 случаев аденомиоза, подтвержденного по данным общеклинических и ультразвукового методов обследования, которые были разделены на 2 групп: А – включены пациентки раннего (n=34) и Б – включены пациентки позднего (n=36) репродуктивного возраста с I-II стадией аденомиоза. Группу контроля составили 35 женщин репродуктивного возраста без признаков воспалительного процесса с полипами эндометрия. Проводилось исследование гормонального статуса, а именно уровней ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрадиола и прогестерона. Определяли цитокины сыворотки крови: интерлейкин-1β, интерлейкин-4, интерлейкин-6 и фактор некроза опухолей-α иммунохимическим методом. Исследование биоптата эндометрия и прилежащей части миометрия для морфологического изучения стенки матки проводилось при помощи комплекса стандартных гистологических реакций.

Результаты исследования. Во время изучения структуры переходной зоны было установлено, что у 94% пациенток группы А (n=32) и 91% пациенток группы Б (n=33) иммуногистохимический профиль стромы участка эндометрия, характеризуется присутствием преимущественно коллагена III типа, а в зоне экстрацеллюлярного матрикса, вокруг эндометриальных желез - коллагена I типа. Выявлено достоверное повышение уровня ИЛ-6 (у 88% (n=30) пациенток группы А и у 91% (n=32) группы В) и ФНО-α (у 91% (n=31) пациенток группы А и у 94% (n=33) группы В) в исследуемом материале при сопоставлении с группой контроля. При дальнейшей статистической обработке данных была установлена

корреляционная взаимосвязь, между показателями ИЛ-6 и ФНО-α, выявленными в биопсийном материале и показателями сыворотки крови.

Выводы. Описана переходная зона матки в норме и при аденомиозе, определена роль коллагена I и III типов, ИЛ-6 и ФНО-α в развитии данной патологии. Установлено, что данные показатели могут являться маркерами диагностики в выявлении аденомиоза на ранних стадиях развития патологического процесса.

Нагорный И.А.

ЭФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА САЛЬПИНГОТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии № 1
Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Капустник Н.В.

Бесплодный брак является важной медико-демографической и социальной проблемой современного общества, несмотря на значительные успехи, достигнутые в лечении бесплодных пар. Согласно данным ВОЗ (2015), от 8 до 15 % супружеских пар не может самостоятельно зачать ребенка. В Украине 20 % супружкских пар, т.е. каждая пятая, в силу тех или иных причин является бесплодной. Одна из ведущих причин женского бесплодия — патология маточных труб, частота которой составляет от 29,5 % до 83 %. Главными причинами трубно-перитонеального фактора бесплодия являются воспалительные заболевания гениталий и оперативные вмешательства на органах малого таза и брюшной полости.

Цель: оценить эффективность сальпингостомии, как метода хирургического лечения трубно-перитонеального бесплодия.

Материалы и методы: ретроспективно оценивалось 40 историй болезни пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием. В качестве критериев оценки трубно-перитонеального бесплодия были взяты: тазовые спайки, морфология труб, структура и проходимость маточных труб.

Результаты исследования. При хирургическом лечении трубно-перитонеального бесплодия легкой степени маточная беременность наступала в 70,9 % случаев, при умеренной степени непроходимости — 66,0 %, при тяжелой — 41,8 % ($P \leq 0,001$). Повторная эктопическая беременность наблюдалась в 2,8 % случаев легкой степени трубно-перитонеального бесплодия, 4,2% — умеренной, 10,9% — тяжелой ($P = 0,047$).

Вывод. Таким образом, метод сальпингостомии является эффективным методом хирургического лечения трубно-перитонеального бесплодия и восстановления репродуктивной функции. Однако операции на маточных трубах в ряде случаев могут стать причиной развития эктопической беременности.

Острягина О.А.

ПРОФИЛАКТИКА ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ГЕНОМ MC1R В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии №2
Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н. Градиль О.Г.

Актуальность. Проблема гипотонических кровотечений и геморрагических осложнений в послеродовом периоде у родильниц составляет 23,3% от общей акушерско-гинекологической патологии. MC1R - ген, кодирующего рецептор к меланокортину-1, имеющий два вариантанаследования. Проведенные исследования показывают, что более 80 % людей с рыжими имеют дисфункциональный вариант гена MC1R. Рыжие волосы появляются чаще всего у людей с двумя копиями рецессивных аллелей на 16-й хромосоме,

которая производит изменённую версию MC1R белка. Преобладание гранул феомеланина придаёт волосам рыжий цвет. Он красит волосы в рыжий цвет и при этом относится к группе рецепторов, включающих болевые рецепторы в мозгу, что приводит к повышенной чувствительности организма к боли. Также, было замечено образование гематом после незначительных ушибов, носовое кровотечение, кровоточивость десен при чистке зубов у носителей гена MC1R. Все чаще акушеры-гинекологи сталкиваются с внезапным развитием геморрагических осложнений в послеродовом периоде у женщин с геном MC1R.

Цель и задачи. Усовершенствование алгоритма ведения пациенток с геном MC1R в послеродовом периоде. Изучение структуры послеродовых осложнений у пациенток с геном MC1R.

Материалы и методы: Проанализировано 40 историй родов, среди которых 20 историй - женщины с геном MC1R, которые составили основную группу, 20 историй - женщины, не имеющих ген, которые составили контрольную группу. Проведено определение лабораторных показателей коагулограммы.

Результаты исследования: В основной группе (рыжеволосые женщины, носители гена MC1R,n=20) наблюдались осложнения в послеродовом периоде 38 % (n=7). Из них 22% нарушения системы гемостаза (n=4), 11% - гипотонические маточные кровотечения (n=2) в раннем послеродовом периоде периоде (n=1) и позднем послеродовом периоде (n=1), 5% - септические осложнения (n=1).

В контрольной группе у 2,5% (n=1) наблюдались осложнения в послеродовом периоде, обусловленные гипотонической деятельностью матки. При анализе коагулограммы, у 60% женщин (с геном MC1R) показатели несколько отклонялись от нормы: ПТВ (протромбиновое время) 14-17 секунд (N=9-12секунд); ПТИ (протромбиновый индекс) 55-69% (N=70-100%); АЧТВ (активированное частичное тробмопластиновое время) 32 сек. (N=22-31 сек); Тромбиновое время (N=22-31 сек).

Исходя из данных коагулограммы, теста агрегации тромбоцитов можем увидеть незначительные колебания показателей свертывающей системы крови, что говорит о возможном риске возникновения осложнений как во время родов, так и в послеродовом периоде.

Выводы: Частота послеродовых осложнений у женщин, имеющих ген MC1R, превышает частоту осложнений у женщин без гена MC1R. Наибольший процент осложнений составляют нарушения системы гемостаза (22%), что может быть использовано для ранней диагностики геморрагических осложнений в послеродовом периоде у рыжеволосых женщин.

Петрик А.И.

ПРОФИЛАКТИКА ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Весич Т.Л.

Невынашивание беременности наиболее часто встречаемая проблема в акушерской практике. К основным причинам прерывания беременности относятся врожденные аномалии развития женских половых органов, инфекционные заболевания, эндокринопатии, иммунологический конфликт. Частота встречаемости эндокринных факторов невынашивания беременности составляет 8-15%.

Гиперпролактинемия – один из доминирующих факторов потери беременности и бесплодия эндокринного происхождения, который встречается чаще у женщин 25-40 лет. Гиперпролактинемия способствует гиперсекреции ЛГ, приводит к секреторной недостаточности эндометрия, что приводит к имплантационным потерям.

Цель исследования: Разработать тактику лечения и профилактики самопроизвольных абортов у женщин с гиперпролактинемией и привычным невынашиванием в анамнезе.

Методы исследования: Под наблюдением находилось 38 беременных женщин с гиперпролактинемией, в анамнезе которых было самопрозвольное прерывание беременности до 12 недель. Группу контроля составили 14 здоровых беременных женщин. Всем женщинам были проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, определение уровня пролактина в динамике. На этапе прегравидарной подготовки все женщины с гиперпролактинемией получали терапию, направленную на нормализацию уровня пролактина (каберголин 0,5 мг). При проведении дальнейшего исследования, в зависимости от используемого метода профилактики и лечения невынашивания основная группа была разделена на две подгруппы. В первой подгруппе (18 беременных) применялись общепринятые методы сохраняющей терапии (седативные препараты, спазмолитики, микронизированный прогестерон 200 мг 2 раза в сутки – вагинально). Во второй подгруппе (20 беременных) комплекс профилактичкских мероприятий включал терапию агонистами допаминовых D2-рецепторов – каберголин 0,5 мг в индивидуально подобранной дозировке.

Результаты и их обсуждение: Анализируя полученные результаты в 1 подгруппе беременных уровень пролактина колебался в пределах 56 – 120 мг/мл, тогда как во 2 подгруппе уровень пролактина был в пределах нормы (21 – 23,5 мг/мл). В 56% случаев (10 беременных) первой подгруппы была установлена неразвивающаяся беременность в сроках 5-9 недель. При этом во второй подгруппе только у 2% (1 беременная), зарегистрирована неразвивающаяся беременность в сроке 5 недель.

Выводы: Таким образом предварительная подготовка женщин с гиперпролактинемией и привычным невынашиванием беременности с последующим ведением беременности на фоне терапии агонистами допаминовых D2-рецепторов – каберголином способствует благоприятному течению беременности, устраняя, по-видимому, нарушения гемодинамики, что способствует профилактике невынашивания беременности.

Плехова О.А.

ПРЕДИКТОРЫ ГИПОТОНИЧЕСКИКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н. Дынник А.А.

Актуальность: По данным ВОЗ, ежегодно кровотечения, связанные с беременностью и родами, развиваются у 14 млн. женщин, из них 125-150 тыс. заканчиваются летально. Материнская смертность, обусловленная послеродовыми кровотечениями, составляет 25 % всех случаев смертей, связанных с беременностью и родами, половина из которых обусловлена нарушением тонуса матки.

Послеродовое гипотоническое кровотечение чаще всего возникает в первые часы после родов и, в основном, обусловлено недостаточной сократительной активностью матки вследствие аномалий родовой деятельности, перерастяжения матки (крупный плод, многоплодие, многоводие и др.), инфантилизма, предшествующих воспалительных заболеваний (метроэндометрит), наличия опухолей матки (лейомиома).

Цель: изучить особенности течения беременности и родов у женщин с гипотоническими кровотечениями в раннем послеродовом периоде.

Материалы и методы: ретроспективный анализ течения беременности, родов и послеродового периода у 10 женщин с гипотоническими кровотечениями в раннем послеродовом периоде (I гр.) и 20 женщин с физиологическим течением беременности и родов (II гр.).

Результаты: У женщин I гр. после родов через естественные родовые пути первая половина беременности характеризуется снижением количества гемоглобина на 0,18г/л, уменьшением количества общего белка на 2,70 г/л, уменьшением уровня общего билирубина - 1,75 мкмоль/л, ПТИ - 1,75%, АЧТВ - 1,75 сек. Во второй половине беременности у женщин

с кровотечениями на 25,22% чаще диагностирована анемия (R=2,30, ДИ (0,06-0,06)), койко-день дородовой госпитализации увеличен на 1,75; у них на 10% чаще были программированные роды, многоводие регистрировалось на 10% чаще, уровень гемоглобина снизился на 3,68 г/л, повысился уровень билирубина на 6,34 мкмоль/л и фибриногена на 0,77 г/л. У женщин с кесаревым сечением, осложненным гипотоническим кровотечением в раннем послеоперационном периоде, на 20% чаще отмечены аномалии расположения плаценты по данным II УЗИ-скрининга.

В 70% случаев объем гипотонического кровотечения составил 500-650мл. и возникало кровотечение в первые 30 минут после родов. Во всех случаях оказание медицинской помощи при кровотечении соответствовало акушерскому протоколу, и включало введение утеротоников, аналога простагландинов (мизопростол), транексамовой кислоты, инфузионную терапию. В 30% случаях потребовалось введение препаратов крови (эритроцитарной массы).

В послеродовом периоде наиболее 50% встречалась постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести. При гистологическом исследовании последа у 7 женщин выявлены признаки хронической плацентарной недостаточности, у 3 – признаки воспаления. Во II группе все диагностически значимые показатели были в пределах нормы.

Выводы. Установлено, что возраст женщин, антропометрические данные, менструальная функция и акушерско-гинекологические анамнез достоверно не различались между женщинами, роды которых осложнились ранним послеродовым кровотечением, и без данного осложнения. Нарушения ряда лабораторных показателей (гемоглобин, общий билирубин, общий белок, фибриноген, ПТИ и АЧТВ), являются прогностически значимыми в отношении возникновения кровотечения в раннем послеродовом периоде, и могут быть использованы для выработки плана родоразрешения.

Полякова В.В.

ОЦЕНКА ДАННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ДИСТРЕССЕ ПЛОДА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н. Скорбач Е.И.

Дистресс плода – патология, характеризующаяся комплексом изменений, возникших в условиях недостаточного обеспечения кислородом тканей и органов. Причинами являются хронические сердечно-сосудистые, бронхолегочные и гематологические заболевания беременной, нарушения маточно-плодово-плацентарного кровотока различного генеза, а также непосредственно аномалии развития плода.

Цель работы – проанализировать данные основных методов диагностики и маркерных показателей дистресса плода.

Материалы и методы. Был проведен анализ историй беременности и родов 30 женщин. В зависимости от состояния новорожденных все женщины были разделены на следующие группы: в I группу вошли 15 пациенток, родивших здоровых новорожденных с массой тела 3450±478 г и ростом 51,1±1,7 см, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов, которые находились в палате совместного пребывания. II группу составили 15 пациенток, родивших новорожденных с массой 2570±32 г и ростом 46±1,7см, состояние новорожденных которых оценивалось в 5-6 баллов по шкале Апгар и находились в палате интенсивной терапии.

Результаты. В результате проведенного анализа было установлено, что при дистрессе плода снижается уровень плацентарного лактогена (3,5±0,53 мкг/мл) у 13 (86%) женщин II группы, что достоверно отличалось от I группы (выше 4) ($p<0,05$). При проведении амниоскопии отмечалось наличие вод, окрашенных меконием у 12 (80%) женщин 2-й группы в отличие от женщин I группы, где околоплодные воды были светлые, прозрачные ($p<0,05$). При проведении кардиотокографии у 13 (86%) женщин II группы констатирован монотонный ритм в отличие от женщин I группы, где наблюдались показатели, которые

соотвествовали нормативным (p<0,05). При допплерометрии у 14 (93%) женщин II группы наблюдалось снижения показателей маточно-плацентарно-плодового кровотока, а у женщин I группы показатели были в пределах нормы (p<0,05).

Выводы. При совокупности данных можно достоверно верифицировать дистесс плода при наличии данных амниоскопии, кардиотокографии, показателей плацентарного лактогена и допплерометрии, что позволяет адекватно оценить состояние плода и предпринять меры по сохранению его жизни и здоровья.

Попович О.О.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ПЕРВО- И ПОВТОРНО РОДЯЩИХ ЖЕНЩИН

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии №2
Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н. ГрадильО.Г.

Актуальность: Все чаще встречаются случаи преждевременных родов как у первородящих, так и у повторнородящих женщин.

Цель исследования: был проведен ретроспективный анализ историй 82 преждевременных родов.

Материалы и методы: В первую группу вошли 49 первородящих женщин. Родоразрешение проводилось в 34-36 недель беременности у 30 женщин (61,2%) через естественные родовые пути, у 17 девушек (34.7%) методом кесарева сечения. Масса новорожденных была от 2600 до 3000г. Оценка по шкале Апгар - 8-9 баллов. Развитие позднего гестоза наблюдалось у 2 пациенток (4,1%).

Вторую группу составили 33 женщины. Родоразрешение проводилось в сроке 30-36 недель гестации, из них 20 (60.6%) произвелось через естественные родовые пути, а у 11 (33,3%) было проведено кесарево сечение. Масса новорожденных колебалась от 2200 до 3000 г. Оценка по шкале Апгар на первой минуте жизни составляла 7-8 баллов. Во всех случаях роды прошли без осложнений. Поздний гестоз наблюдался у 2 (6,1%) беременных.

Масса тела новорожденных, оценка по шкале Апгар, развитие позднего гестоза наблюдалось как у первородящих, так и у повторнородящих в одинаковом проценте случаев. Во всех случаях кесарево сечение проводилось по медицинским показаниям.

Вывод: проведение данной работы показало, что преждевременные роды у перво- и повторнородящих девушек никак не зависят между собой. Судя по показателям, которые были получены в ходе анализа историй 82 преждевременных родов, можно сделать вывод, что данная особенность никак не зависит от репродуктивного здоровья, возраста и наличия в анамнезе предыдущей беременности.

Ракитянський І.Ю., Резник М.А., Лунева М.С.

ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ШИЙКИ МАТКИ, АСОЦІЙОВАНИХ З ВІРУСОМ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра акушерства, гінекології та дитячої гінекології
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Тучкіна І.О., доцент Вигівська Л.А.

Патологічні стани шийки матки посідають п'яте місце в структурі загальної онкологічної захворюваності та смертності жіночого населення в Україні та друге місце серед онкогінекологічної патології. За даними ВООЗ в економічно розвинених країнах за останні 5 років відзначено зростання дисплазій і омолодження раку шийки матки (РШМ), в тому числі й у вагітних: захворюваність у молодих жінок зросла вдвічі. У світі щорічно реєструються близько 500 тис. випадків РШМ, кожний другий із яких закінчується смертю пацієнтки протягом першого року після встановлення діагнозу (Прилепская В.Н., 2006,

Белокриницкая Т.Е.,2007, Суханова А.А., 2012). Поширеність папіломо вірусної інфекції, її негативний вплив на стан епітелію шийки матки, підвищення ризику малігнізації при тривалій персистуючій інфекції потребує і нових підходів до лікування цієї інфекції.

Мета дослідження: підвищити ефективність лікування дисплазій епітелію шийки матки (ШМ), асоційованих з вірусом папіломи людини (ВПЛ), шляхом використання комплексного терапевтичного підходу, який передбачає застосування лікувальної схеми, до складу якої входять препарат, що містить флавоноїди з трави Щучки дернистої (Herba Deschampsia caespitosa L.) та трави Війника наземного (Herba Calamagrostis epigeios L.), та препарат, що містить гіалуронову кислоту, екстракт календули, екстракт алое, екстракт масла чайного дерева, масляний екстракт центеллії азіатської.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на клінічній базі в жіночій консультації КЗОЗ «Харківський міський пологовий будинок №1» кафедри акушерства, гінекології та дитячої гінекології ХНМУ. Під спостереженням знаходилося 60 жінок фертильного віку. Жінки були обстежені у відповідності з клінічними протоколами з акушерської та гінекологічної допомоги (Наказ МОЗУ №417). У всіх обстежених була виявлена дисплазія епітелію шийки матки (ДЕШМ), асоційована з онкогенними штамами ВПЛ, виявленим шляхом ПЦР. Пацієнтки були поділені на 2 групи: I (основна група) – 30 жінок з патологією шийки матки, пролікованих за допомогою загальноприйнятої методики та запропонованої схеми з використанням флавоноїдів з трави Щучки дернистої (Herba Deschampsia caespitosa L.) та трави Війника наземного (Herba Calamagrostis epigeios L.), по 1 вагінальному супозиторію – 2 рази на день, 14 днів з метою елімінації ВПЛ та гіалуронової кислоти, екстракту календули, екстракту алое, екстракту масла чайного дерева, масляного екстракту центеллії азіатської по 1 вагінальному супозиторію 1 раз на добу, 5 днів для покращення процесів епітелізації слизової оболонки шийки матки, II (контрольна група) – пацієнтки, отримали лікування патології шийки матки за загальноприйнятою методикою.

Результати та їх обговорення. Після проведеного комплексного лікування ДЕШМ з використанням зазначеної схеми в основній групі відзначена позитивна динаміка зміни ступеня тяжкості дисплазії за даними цитологічних мазків: CIN II перейшла в CIN I в 12 (40%) випадках, CIN III в CIN II – в 10 (33,3%) випадках, повне виліковування при CIN I відбулося у (26,7%), ($p<0,05$). Зміну ступеня тяжкості дисплазії спостерігали у 7 жінок контрольної групи - CIN II перейшла в CIN I в 23,3% випадках ($p<0,05$). Зміна ступеня тяжкості ДЕМШ у жінок основної групи обумовлена використанням флавоноїдів з трави Щучки дернистої (Herba Deschampsia caespitosa L.) та трави Війника наземного (Herba Calamagrostis epigeios L.) з противірусною дією та гіалуронової кислоти, екстракту календули, екстракту алое, екстракту масла чайного дерева, масляного екстракту центеллії азіатської з регенеративним ефектом. Підчас лікування запропонованою схемою ускладнень та небажаних побічних реакцій не було. При проведенні ПЦР-контролю відзначено, що елімінація ВПЛ відбулася у 21 (70%) пацієнток основної групи ($p<0,05$).

Висновки. При інфікуванні ВПЛ переважають диспластичні процеси епітелію шийки матки. Використання запропонованого комплексу лікуванні патології шийки матки сприяє зниженню ступеня тяжкості дисплазії епітелію та швидкій епітелізації слизової оболонки шийки матки.

Строгая Е.А.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО КОНФЛИКТА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Тучкина И.А.

Тяжелые нарушения состояния плода и новорожденного, возникающие вследствие иммунологической несовместимости между организмом матери и плода, являеюся актуальной проблемой современного акушерства

Цель: определить основные ультразвуковые признаки иммунологического конфликта у беременных.

Материалы и методы: на клинической базе кафедры акушерства, гинекологии и детской гинекологии ХНМУ в КУОЗ «Харьковский городской родильный дом №1» обследовано 25 беременных, у которых в крови были выявлены антирезус-антитела.

Результаты и их обсуждения: при ультразвуковом исследовании были выявлены основные признаки иммунологического конфликта: гиперплазия плаценты (94%), многоводие (83%), гепатоспленомегалия плода (56%), отек кожи плода (водянка плода) (37%). При повышении титра Rh-антител до 1:32 у плода отмечалось: повышенная эхогенность кишечника (68%), кардиомегалия (38%), снижение динамической активности плода (78%). При повышении титра антител до 1:64 была выявлена «поза Будды».

Вывод: ультразвуковая диагностика является одним из методов раннего выявления иммунологического конфликта у беременных с Rh-отрицательной кровью.

Чехунова А.О.

МАТЕРИНСЬКО-ПЛОДОВИЙ ТРАВМАТИЗМ ПРИ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРІВ РОЗТИН

Харківський національний медичний університет
Кафедра акушерства,гінекології та дитячої гінекології
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Тучкіна І.О.

Кесарів розтин - найпоширеніше в акушерстві хірургічне втручання, яке проводиться на користь плоду. При цьому існує глобальна проблема, пов'язана з тенденцією збільшення кількості кесаревих розтинів, що спонукала ВОЗ прийти до висновку, що на сьогодні немає ніяких переваг для перинатальних показників, пов'язаних із збільшенням відсотка кесаревих розтинів. Частота виконання кесарева розтину продовжує зростати і в багатьох родопомічних установах досягає 15-20%.

Метою нашого дослідження з'явився аналіз основних причин материнсько-плодового травматизму при оперативному родорозрішенні і оптимізація шляхів їх профілактики.

Матеріали і методи: Нами проаналізовано історії пологів 30 вагітних, яким було проведено оперативне родорозрішення. Показаннями до кесаревого розтину з'явилися: у 10 (33,3%) пацієнток слабкість пологової діяльності, у 12 (40,0%) - тазове передлежання, у 8 (26,7%) - рубець на матці. Робота проведена на кафедрі акушерства, гінекології та дитячої гінекології.

Результати і їх обговорення: Проведений аналіз показав, що найбільш часто інтраопераційні материнські травматичні ускладнення, які виникають під час лапаротомії, це - порушення цілісності судин a.epigastria superficialis, поранення маткових судинних пучків з пошкодженням маткових венозних сплетінь, гіпо- або атонічний стан матки, формування міхурово-маткових гематом і травм суміжних органів (сечового міхура, сечоводів, кишківника).

Проаналізована частота травматичних пошкоджень плоду залежно від техніки проведення операції кесарева розтину: часу вилучення плоду, виду оперативного доступу (лапаротомія, утеротомія). Встановлено, що частота пошкоджень плоду залежить від тривалості операції до його вилучення. Залежно від часу вилучення за 3 хвилини і менш - травма плоду зустрічалася у 6 (20,0%) породіль, за 4-5 хв. - у 4 (13,3%), за 6-10 хв. – у 3 (10,0%), більше 15 хв. - у 7 (23,3%). Залежності частоти травматизації плоду від виду розтину на матці немає. Частота травматизації плоду збільшується, якщо операцію проводять в кінці другого періоду пологів.

Висновки: Таким чином, кесарів розтин слід відносити до розряду складних оперативних втручань, з високою частотою інтра- і післяопераційних ускладнень (3,3%-54,4%), які, в основному, пов'язані з технікою втручання, що вимагає її індивідуалізації.

Шакирова О.О.

АСПЕКТЫ КОНТРАЦЕПЦИИ В УКРАИНЕ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н. Куричёва Н.Ю.

В Украине, так и за ее пределами, проблема планировании семьи и репродуктивного здоровья населения остается актуальной по сегодняшний день. Основным показателем репродуктивного здоровья, четко коррелируемым с охватом населения эффективными методами планирования семьи, является уровень искусственного прерывания беременности среди женщин фертильного возраста. Украина является лидером среди искусственного прерывания беременности до 12 недель беременности. Показатель абортов в Украине составляет 21,1 на 1000 женщин фертильного возраста. В связи с чем, поиск оптимальных методов контрацепции остается актуальным по данному вопросу.

Целью данного исследования является: определение и анализ уровня знаний у студентов о сути и способах контрацепции.

В нашем исследовании мы провели анонимный интернет-опрос анонимный интернет-опрос. В опросе приняли участие 34 студента, возрастом до 25 лет, 26 (76,5%) из которых – женского пола и 8 (23,5 %) – мужского.

По результатам опроса на вопрос о том, чьей прерогативой является контрацепция, 29 (85,3%) ответили, что и мужчины, и женщины, 3 (8,8%) ответили, что это прерогатива женщины, и лишь 2 (5,9%) - мужчины. При этом, большинство мужчин, считает, что это прерогатива женщины, а большинство женщин, что ответственны оба. На вопрос, стоит ли предохраняться в браке, 27 (79,4%) ответили, что стоит, а 7 (20,6%), что не нужно. Относительно вопроса о лучшем средстве контрацепции 18 (53%) сошлись на том, что это мужской презерватив, а 16 (47%) разделили календарный способ – 2 (5,9%), прерванный половой акт – 2 (5,9%), оральные женские контрацептивы – 8 (23,5%), метод лактационной аменореи – 1 (2,9%), мини-пили – 1 (2,9%), химическая контрацепция – 1 (2,9%), народные способы – 1 (2,9%), гормональный пластырь – 0%. К сожалению, никто из опрошенных студентов не смог полностью и правильно отметить из предложенных женские способы контрацепции.

Таким образом, исходя из нашего исследования можно сделать вывод, что большинство студентов не различают способы планирования семьи и методы контрацепции. Это указывает на то, что необходимо проводить массовое информирование населения о правилах контрацепции, достоинствах и недостатках наиболее распространенных контрацептивов, чтобы каждый мог выбрать более удобный и надежный способ, ссылаясь на точные данные, а не рекламу или недостоверную информацию.

Шатунова Ю.И.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Тучкина И.А.

Актуальность. Эктопическая (внематочная) беременность, по прежнему является серьезной медико-социальной проблемой. Данные научной литературы свидетельствуют об увеличении частоты эктопической беременности. Эта патология встречается в возрасте18-40 лет.Причины этой патологи разнообразные: хронические сальпингиты и спаечные процессы в малом тазу, аномалии развития и хирургические вмешательства на маточных трубах, аборты в анамнезе.

Цель. Изучить факторы, способствующие развитию внематочной беременности.

Материалы и методы. На базе гинекологического отделения ЦРБ г.Лозовая в течение 2017 года проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни стационарных больных. Изучены: жалобы пациенток, менструальная функция, перенесенные гинекологические вмешательства и заболевания различных органов и систем; результаты ультразвукового, лабораторного и гистологического исследований.

Результаты и их обсуждение. У всех женщин, пролеченных по поводу эктопической беременности, отмечались: у 50 % пациенток в анамнезе имели место искусственные аборты; 30% - замершую беременность; 20% женщин – эндометриоз матки. В 75% случаев эктопическая беременность встречалась в осеннее-зимний период.

Выводы. В ходе исследования, были установлены факторы риска развития эктопической беременности. Патология носит сезонный характер и имеет тенденцию к росту.

Эллазова А.О.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГОСТИКА МАЛЫХ ФОРМ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Тучкина И.А.

Актуальность. Эндометриоз – распространенная гинекологическая патология женщин репродуктивного возраста. 60% пациенток с эндометриозом страдают бесплодием и хроническим рецидивирующим болевым синдром. Эндометриоз является одной из причин снижения трудоспособности и качества жизни. В связи с чем проблема своевременной диагностики малых форм эндометриоза яичников является актуальной.

Цель. Определить основне ультразвуковые признаки малых форм эндометриоза яичников.

Материалы и методы. Исследование проводилось на клинической базе КУОЗ «Харьковский город ской родильный дом №1» кафедры акушерства, гинекологии и детской гинекологии ХНМУ. Обследовано 20 женщин репродуктивного возраста с подозрением на эндометриоз яичников. Из них 18 (90%) женщин пред’являли жалобы на боли внизу живота, 13 (65%) женщин - на мажущиеся темно – коричневе выделения из половых путей до и после менструаций. Проведено полное клинико – лабораторное обследование, с исследованием онкомаркера СА 125.

Результаты и их обсуждение. При проведении ультразвукового исследования органов малого таза в яичниках были выявлены образования размерами 18 – 29 мм, толщиной капсулы 2 - 6 мм, с четкими ровными контурами,с множественными эхопозитивными включениями дифузного характера, за сет чего формировалась мелко-ячеистая структура образования. При определении СА 125 у всех женщин было виявлено неспецифическо повышение данного показателя от 35 до 65. Все женщины были прооперированы лапароскопически. Диагноз эндометриоза был подтвержден при проведении гистологического исследования.

Выводы. Выявление по данням ультразвукового исследования образований размерами 18 – 29 мм с множественными эхопозитивными включениями дифузного характера можно расценивать как малую форму эндометриоза яичников.

Педіатрія та медична генетика

МЕДИЦИНА ТИСЯЧОЛІТТЯ

ФЕСТИВАЛЬ ХАРКІВ НАУКИ

МОЛОДІЖНОЇ

Potikhenska Khrystyna

HENOCH SCHONLEIN PURPURA IN CHILDREN: CLINICAL CHARACTERISTICS

Kharkiv National Medical University
Department of Pediatric №2
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Makieieva N.

Actuality. Henoch–Schönlein purpura (HSP) is the commonest vasculitis of childhood. In general, HSP is acute and self-limited. Annually it affects 10 to 20 children per 100,000 population. Although HSP is seen in infancy through adulthood, most documented cases affect children; more than 75% of those diagnosed as having HSP are younger than 10 years, with a peak incidence at 4 to 6 years.

Objectives. To study the clinical characteristics of HSP in children.

Materials and methods. The research was conducted in CHPI «Kharkiv Municipal Children's Clinical Hospital №16».We analyzed case histories and laboratory data of 50 children with HSP aged 1 to 18 years old with skin, joint, abdominal, renal and mixed forms of I, II, III degrees of activity. The data were subjected to statistical analysis using statistical software "EXCEL FOR WINDOWS" and "STATISTICA 7.0. FOR WINDOWS.

Results. Males were affected more than the females (Ratio M:F=2.3:1) Henoch–Schönlein purpura is presented in all age groups, mean age is 7,3 ±1, 4 years. All of children had complaints on hemorrhagic rash, which later accompanied by abdominal pain -in 19 children (38%) and pains in the joints -18 children (36%). Burdened allergic history was fixed in 19 children (38%), in 27 children (54, 0%) acute infectious disease preceded the development of HSP, in 7 children (14,0 %) disease began after the initiation of the diet and 7 children (14%) had chronic sites of infection such as chronic tonsillitis, sinusitis. Skin manifestations is a major diagnostic feature of HSP and had been registered in 100% of cases. The purpura lesions of most patients were concentrated on the lower extremities and buttocks. Joint syndrome was fixed in 18 children (36%). Mixed form of HSP was registered in 14 patients (28%) and mixed form with renal disease - in 5 children (10%).

Conclusion. We considered that there were gender difference – boys prevailed, HSP patients could have different clinical symptoms, but the rush was fixed in all cases. Knowing good the main clinical features of the HSP could help us to make the correct diagnosis and give the right treatment to patients.

Sanina Iryna

DIASTOLIC FUNCTION OF THE LEFT VENTRICLE IN CHILDREN WITH A DISTURBANCE OF THE PROCESSES OF MYOCARDIAL REPOLARIZATION

Kharkiv National Medical University
Department of Pediatrics No. 1 and Neonatology
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Senatorova G.S.

Disorders of repolarization processes (DRP) of the ventricular myocardium are often recorded in various pathologies, and in certain cases are considered a variant of the norm. Dysfunction of autonomic nervous system, including hypersympathicotonia, which may be due to primary enhancement of the functioning of the sympathetic adrenal system, as well as an increase in its reactivity due to exercise, is the most common cause of violations of repolarization processes during electrocardiographic examination in children and adolescents. Diastolic dysfunction of the ventricular myocardium precedes the development of heart failure.

Purpose: to improve the early diagnosis of heart failure in children with myocardial damage.

Materials and methods. The functional state of the cardiovascular system was studied in 65 children with secondary cardiomyopathies aged 9 to 17 years. Patients are divided into 2 groups. 1st group - 42 children with nonspecific DRP on the ECG (decrease in the amplitude or inversion of the T wave, prolongation of the QT interval more than 0.05 ms from the normative values, depression or ST segment elevation relative to the isoline by 2 mm and more). The second group consists of 23

children with the syndrome of early repolarization of the ventricular myocardium (SER). The control group consisted of 14 practically healthy children who did not have cardiac complaints and ECG changes.

Results. In 47.62±7.8% of children of the 1st group DRP were registered against a background of autonomic dysfunction, in 30.95±7.2% - against a background of metabolic disturbances. In 40±10.4% of children (2 groups of SER) were registered against a background of autonomic dysfunction, in 25±9.2% of children - against connective tissue dysplasia, in 15±7.6% of children - against metabolic disturbances. The parameters of the transmittal flow in children of the 1st group were characterized by the following types of diastolic dysfunction: 37.5±8.7% of the examined has restrictive type, in 31.25±8.32% - pseudonormal type. In children of 2 groups: 33.33±11.43% of patients has a restrictive type and in 38.89±11.82% - type of pseudo-normalization. In both groups, there was a significant decrease in the speed parameters in comparison with the control group: the rate of early filling of the LV in atrial systole (E1 = 0.78±0.024 m/s, E2 = 0.807±0.029 m/s, Ek = 0.970±0.06 m/s, $p<0,05$) and the rate of late filling (A1 = 0,380±0,014 m/s, A2 = 0.377±0.216 m/s, Ak = 0.46±0.01, $p<0,01$) . There was an increase in the ratio of the speed indicators (E1/A1 = 2.117±0.082, E2/A2 = 2.222±0.144, E/Ak = 0.141±0.05) and the time of isovolumetric relaxation (IVRT1 = 0.056±0.003 s, IVRT2 = 0.055±0.003 s, IVRTk = 0.061±0.01 s). These changes indicate the severity of metabolic disorders and lead to an increase in left ventricular myocardial stiffness with marked disturbances in its relaxation. Frequency of diastolic LV dysfunction increases in children with increased adrenergic organism ($p<0,05$), especially in children with nonspecific DRP on the ECG. Thus, the development of diastolic dysfunction in children with DRP is associated with an increase of adrenergic organism. 71.24 ± 7.3% of children with DRP have diastolic dysfunction, which indicates the pathology of the myocardium and may be an early marker of heart failure.

Антоненко Я.М., Панова В.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ДИТИНИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №2
Харків, Україна
Науковий керівник Морозова О.О.

Актуальність: Цукровий діабет (ЦД) 1-го типу — хронічне ендокринно-обмінне захворювання, зумовлене абсолютною недостатністю інсуліну внаслідок поєднаного впливу різних ендогенних (генетичних) та екзогенних чинників, що призводить до порушення практично всіх видів обміну. ЦД 1-го типу посідає особливе місце серед дитячої ендокринної патології та складає близько 10 % від загальної захворюваності на ЦД. Захворюваність дітей на ЦД збільшується у світі стрімкими темпами. За даними Міжнародної діабетичної федерації 2016 р., в Україні кількість дітей із ЦД віком від 0 до 14 років склала 440 000 осіб. ЦД 1-го типу маніфестує в дитячому та підлітковому віці та має тяжкий перебіг і ранню появу ускладнень, які призводять до інвалідизації . Як відомо, перебіг ЦД 1-го типу визначається наявністю та ступенем виразності діабетичної нефропатії (ДН). ДН — специфічне ураження судин нирок внаслідок ЦД, що супроводжується формуванням вузликового або дифузного гломерулосклерозу, з розвитком на термінальній стадії хронічної ниркової недостатності. За даними Європейської діабетичної асоціації 2017р. ДН спостерігається в середньому у 15% дітей.

Матеріали та методи: Наводимо власні клінічні спостереження. Хлопець 17 років доставлений до стаціонару машиною швидкої допомоги зі скаргами на болі в животі та попереку, набряки на нижніх кінцівках, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр. З анамнезу відомо, що хлопець спостерігається ендокринологом з приводу діабету з 2013 р., коли відзначався дебют ЦД. На амбулаторному етапі рівень цукру в крові коливався в межах від 4,0 до 19,0 ммоль/л. Лікувався самостійно, не дотримувався рекомендацій ендокринолога. Стан дитини погіршився за 2 тижні до госпіталізації після перенесеної

ангіни, коли з'явилися набряки. Об'єктивно: блідість шкіряного покрову, пастозність обличчя, повік, передньої черевної стінки, нижніх кінцівок, збільшення об'єму живота. АТ 140/95 мм.рт.ст. При аускультації послаблення легеневого звуку, тони серця приглушені, систолічний шум на верхівці. Живіт збільшений у розмірах, пальпації не доступний із-за асциту. Печінка на 1,5 см. нижче краю реберної дуги. При обстеженні рівень цукру в крові коливався від 3,0 до 20,0 ммоль/л. з епізодами гіпоглікемії у нічний час. У разовій сечі - протеїнурія 1,07 г/л, глюкозурія 5% (277,6 ммоль/л), у добовій сечі - протеїнурія до 2 г/л., глюкозурія 1,75% (97,5 ммоль/л). У біохімічному аналізі крові диспротеїнемія за рахунок гіпоальбумінемії (33г/л) та гіпер-ɣ-глобулінемії (37%) та гіпер-β-ліпопротеїдемія (62 од.). Азотовидільна функція нирок не порушена, але визначалася гіперфільтрація (сечовина крові 3,3 ммоль/л, креатінін крові 73 мкмоль/л, ШКФ 148,5 мм/год). HbA1c - 9,88%. Ехоскопічно визначався асцит, вільна рідина у порожнині малого тазу. Встановлено заключний діагноз: Цукровий діабет 1 тип, важка форма, глікемічний контроль з високим ризиком для життя. Діабетична нефропатія (IV стадія, протеїнурична). Пацієнту було проведено корекцію дієтичного харчування та інсулінотерапії, призначено інгібітори АПФ та БРА з антипротеїнуричною та нефропротекторною метою, антибактеріальна терапія, сечогінні препарати (Тріфас, Верошпірон), Дипірідомол, проводилася інфузійна терапія – гекадез, сорбілакт, ліпін. На фоні проведення терапії стан хлопця поліпшився, зникли набряки, нормалізувався АТ, стабілізувалися показники цукру в крові. Протеїнурія в разовій та добовій сечі зберігалася на тому ж рівні.

Висновки: Не зважаючи на нетривалий час перебігу ЦД (4 роки) неконтрольована гіперглікемія, на фоні недотримання рекомендацій лікарів, відсутність належного лікування призвели до формування у дитини протеїнуричної стадії ДН. Наведений клінічний приклад демонструє тяжкий перебіг ЦД 1-го типу з розвитком протеїнуричної стадії ДН та доводить, що на ранніх стадіях діагностика має певні труднощі, а поява протеїнурії свідчить про незворотнє ураження нирок.

Бабичева К.А., Бугайова Ю.О., Луб'янова Є.-О.Є., Вєрємєй Д.А., Ніколенко В.В.

ІМУННА ВІДПОВІДЬ У ДІТЕЙ З НОСІЙСТВОМ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСА

Харківський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики педіатрії №2
Харків, Україна
Науковий керівник: к.мед.н Лупальцова О.С.

Дискутабельними залишаються питання прогнозу інфекції, спричиненої вірусом Епштейна-Барр (ВЕБ), що залежить від наявності та ступеня вираженості імунної дисфункції, генетичної схильності до тих чи інших ВЕБ-асоційованих захворювань, а також від наявності ряду зовнішніх чинників, що ушкоджують імунну систему.

Мета. Оцінити клітинний та гуморальний імунітет у дітей з носійством Епштейна-Барр віруса.

Матеріали і методи. В Обласній дитячій клінічній лікарні №1, м. Харків було досліджено 43 пацієнта, віком від 3 до 14 років, з лімфаденопатією та 3-х і 4-х кратним збільшенням титрів антитіл до капсідного протеїну VCA IgG, ядерного антигену NA IgG при дослідженні сироватки методом ІФА. Проводилось клінічне обстеження, імунологічне дослідження крові, статистичний аналіз.

Результати дослідження. При аналізі даних виявлено зміни клітинного імунітету: збільшена кількість лейкоцитів – у 9,5 %, зменшена – у 59,5%, лімфоцитів у 14,2% і 40,4%, CD3+-лімфоцитів – у 26 і 9,5%, CD22+-клітин – у 12 і 2,3%, CD4+-лімфоцитів – у 26,1 і 4,7%, CD8+-лімфоцитів – у 19 і 7%, CD16+-лімфоцитів – у 26 і 4,7%, CD16+-лімфоцитів – у 26 і 4,7%, CD25+-лімфоцитів – у 5 і 20% хворих. Показники гуморального імунітету становили: підвищений рівень IgA - у 4 (9,3%), IgM - у 8 (18,6%), Ig G - у 1 (2,3%), фагоцитуючих нейтрофілів - у 10 (23,2%), НСТ - у 39 (90,6%); знижений рівень IgA - у 26 (65,5%), IgM - у 3 (7%), IgG - у 19 (44,2%), НСТ - у 2 (4,7%); підвищений ЦИК - у 6 (14%) дітей.

Висновки. Отримані дані показали зміни клітинної та гуморальної ланки імунітету, активацію цитотоксичних компонентів.

Венжега А.В., Дрокін А.В.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ

Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №2
Харків, Україна
Науковий керівник: к.мед.н. Васильченко Ю.В.

Актуальність теми. Хвороби органів дихання за офіційними статистичними даними в структурі загальної захворюваності дітей стабільно займають одне з перших місць. Синдром бронхіальної обструкції у дітей протягом багатьох років приковує увагу дослідників і практичних лікарів, що пов'язано з почастішанням епізодів бронхообструкції, гетерогенністю генезу.

Мета. Визначення клінічних особливостей гострого обструктивного бронхіту у дітей.

Матеріали та методи. Проаналізовано 35 історій хвороб дітей (23 хлопчиків та 12 дівчаток), віком від 6 міс. до 4 років, які знаходились на обстеженні та лікуванні у КЗОЗ «Харківська міська дитяча клінічна лікарня №16» з діагнозом гострий обструктивний бронхіт. Статистичний аналіз даних проводили з використанням статистичних пакетів „EXCELL FOR WINDOWS".

Результати дослідження. Серед пацієнтів встановлено статистичне значуще переважання хлопчиків ($p<0,001$). Зазначено, що в 68,5% матерів відзначався патологічний перебіг вагітності (гестоз, загроза переривання вагітності, ГРВІ та інші захворювання). Ці обставини, можливо, негативно впливало на процеси формування, дозрівання легенів та стан імунної системи дитини. Грудне вигодовування дотримане тільки у 25,4% обстежених дітей. Більшість (74,6%, $p<0,001$) пацієнтів знаходились на штучному вигодовуванні, з них 8,7% обстежених отримували штучне вигодовування з народження, майже половина дітей (44,8%) знаходились на ранньому (з 1 місяця життя) штучному вигодовуванні.

Один з вагомих ендогенних чинників, які впливають на формування бронхообструктивного синдрому може бути і обтяжений сімейний алергоанамнез. Майже в половини пацієнтів (49,2%) найближчі родичі (мати, батько, брати, сестри) мали алергічні захворювання. Це вказує на необхідність більш ретельного обстеження вказаних пацієнтів для своєчасної діагностики формування респіраторного алергозу. Окрім основного захворювання у значної частини пацієнтів (60,3%) мають місце супутні патологічні стани, а саме: алергійний риніт - у 15,9% обстежених, ознаки дизморфогенезу сполучної тканини - у 46,2% пацієнтів, малі структурні аномалії серця (пролапс мітрального клапану, аномально розташовані хорди порожнини лівого шлуночка, пролапс атріовентрикулярних клапанів та ін.) - у 29,6% дітей.

Висновки. Таким чином, відмічено, що у дітей, хворих на гострий обструктивний бронхіт, чималий вплив у формуванні патологічного процесу здійснюють чинники, які хоч і не є визначальними і, можливо, не пов'язані із захворюванням безпосередньо (стать дитини, обтяжений перинатальний анамнез, алергічна налаштованість, раннє штучне вигодовування та супутні захворювання), проте їх сукупність безперечно може впливати на перебіг захворювання.

Дегтяр К. О., Нечипорук А.І.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВОДНОГО БАЛАНСУ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики педіатрії № 1
Харків, Україна

Потреба в рідині кожної людини залежить від ряду параметрів - статі, віку, клімату, виду роботи, фізіологічного та навіть емоційного стану. Надходження недостатньої кількості

рідини в організм може сприяти зменшенню ваги, збільшенню в'язкості крові, розвитку гіпоксії, підвищенню температури тіла. Як відомо, добова потреба дорослої людини в рідині становить 30-40 мл на 1 кг маси тіла, при цьому приблизно 40% надходить з їжею, решту людина повинна отримувати у вигляді різних напоїв. Досить часто для втамування спраги студенти використовують енергетичні напої, проте їх повна безпечність не доведена досі. В листопаді 2016 року FDA оголосила про 21 інцидент через вживання енергетичних напоїв RedBull, що призвело до інфарктів, судом та випадку спонтанного викидня у вагітної. Тому для запобігання таких випадків у багатьох країнах світу продаж енергетичних напоїв підлягає суворому контролю. У країнах де вони дозволені рекомендують не зловживати та випивати не більше 250 - 500 мл за день (в залежності від виду напою). Також відомо, що при постійному вживанні енергетиків збільшується толерантність до тонізуючих речовин і підвищення вживання, або спостерігаються негативні ефекти у вигляді депресії, сонливості та слабкості через виснаження нервової системи.

Мета роботи: визначити особливості режиму вживання рідини та енергетичних напоїв у іноземних студентів.

У дослідженні брали участь 38 іноземних студентів у віці 19-25 років. Було проведено анкетування за спеціально розробленою комплексною анкетою. За результатами нашого опитування 10,0 % іноземних студентів п’ють менше 1 літру води на день, 53,0 % студентів - 1,5 літри на день, а 37,0 % опитуваних - більше 2 літрів на день. На основні прийоми їжі студенти зазвичай вживають різні напої, після опитування ми отримали таку картину: 7up та енергетичні напої вживають 0,9 % студентів, Pepsi – 3,5 % студентів, Coca-cola – 9,6 % студентів, а чай, каву та молоко – 10,5 %, 11,4 %, 12,3 % опитуваних відповідно, але найбільш популярні виявились сік та негазована вода – 22,9 % та 28,0 % відповідно. Бренди енергетичних напоїв розподілилися таким чином: перше місце зайняв Redbull – 63 % опитуваних, на другому BluDay – 21 % та останнє XL –16 %. Частота вживання була порівну для варіантів декілька разів на день, один раз на місяць та один раз на три місяці і дорівнювалась 21,0 %, один раз на тиждень енергетичні напої вживають 26,0 % опитуваних та один раз на день 11,0 % студентів. Серед 37,0 % осіб, які споживають напої, будуть рекомендувати їх через причини гарного смаку, для 63,0 % студентів, які не рекомендуватимуть енергетичні напої, причина вживання вказана двома варіантами: для збільшення годин бадьорості або як звичайний напій для тамування спраги.

Таким чином, більше половини студентів (63%) не вживають свою норму води в день, споживаючи також замість звичайної мінеральної води енергетичні напої. У деяких студентів енергетичні та солодкі напої ввійшли у повсякденний раціон харчування, що може негативно вплинути на стан їх здоров'я та потребує проведення санітарно - освітньої роботи серед молоді.

Долгова Т. С., Малюченко А. Ю., Якименко І. В.

ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ДИСМЕТАБОЛІЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ДІТЕЙ З ПІЄЛОНЕФРИТОМ

Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №2
Харків, Україна
Науковий керівник Морозова О.О.

Актуальність. Дисметаболічні нефропатії — це група захворювань, що характеризується інтерстиціальним процесом у нирках внаслідок порушення обміну речовин [Сукало А.В. 2012]. Останнім часом кількість хворих з обмінними нефропатіями значно зросла і становить близько 64% від усіх захворювань сечостатевої системи у дітей. До факторів, що сприяють утворенню кристалів у полосній системі нирок, відносять високу концентрацію каменеутворюючих солей у сечі, недостатній водний режим, рідке сечовипускання, тривале використання медикаментів, наявність інфекції сечових шляхів, порушення травлення та ін. Також суттєву роль у формуванні нефропатій у дітей відіграють

спадкові чинники. Дисметаболічні нефропатії, які дебютують у дитячому віці, через деякий час реалізуються у сечокам'яну хворобу та подагричні ураження суглобів.

Мета дослідження. Визначити вплив характеру харчування та факторів спадковості на розвиток порушень обміну пуринів у дітей з пієлонефритом.

Матеріали та методи. Обстежено 30 дітей з пієлонефритом та дисметаболічною нефропатією (уратурією) та порушенням пуринового обміну, гіперурікемією у віці від 2 до 16 років. Пацієнти були розділені на дві групи: 10 пацієнтів з дисметаболічною нефропатією та ознаками нефролітіазу за даними ехоскопічного дослідження (1-а група) та 20 хворих з дисметаболічною нефропатією без ознак нефролітіазу (2-а група). Групу порівняння склали 10 дітей з пієлонефритом без ознак дисметаболічної нефропатії. Проведено опитування пацієнтів та/або їх батьків щодо харчування та спадковості. Проаналізовані результати даних нефрологічного обстеження, зокрема рівнів екскреції уратів з сечею, сечової кислоти крові, ультразвукового дослідження нирок.

Результати. У 8 дітей (80%) 1-ї групи та 12 пацієнтів (60%) 2-ї групи батьки та/або близькі родичі мали сечокам'яну хворобу або подагру на відміну від групи порівняння. Виявлено вірогідне підвищення рівню сечової кислоти у крові хворих 1-ї (0,42 (0,41; 0,49) мг/дл) та 2-ї (0,36 (0,35; 0,39) мг/дл) груп відповідно до групи порівняння (0,31 (0,23; 0,32) мг/дл) (p <0,001). Медіана сечової кислоти у крові була вище у дітей 1-ї групи, ніж у дітей 2-ї групи ((0,42 проти 0,36), (P <0,001)). Рівні уратів у сечі дітей також були підвищені в пацієнтів обох досліджуваних груп, відповідно до групи порівняння ((4,25 (4,14; 4,44) і 3,45 (2,71; 4,31), в порівнянні з 2,60 (2,20; 3,60) ммоль/л, відповідно) (p <0,013)). Медіана показника рівню сечової екскреції уратів була вище у дітей 1-ї групи, ніж у дітей 2-ї групи ((4,25 проти 3,45), (P <0,013)).

Висновки. За результатами анкетування можна зробити висновки щодо генетичної схильності порушення обміну пуринів. У дітей з ознаками нефролітіазу батьки та/або близькі родичі частіше ніж у дітей без ознак нефролітіазу мали сечокам'яну хворобу та подагру. Було виявлено істотні відмінності рівню уратів у крові та рівню екскреції сечової кислоти з сечею у дітей з пієлонефритом та дисметаболічною нефропатією. У дітей з формуванням нефролітіазу за даними ультразвукового дослідження нирок рівні екскреції сечової кислоти з сечею та уратів у крові вірогідно вищі ніж у дітей без ознак нефролітіазу.

Дробова Н. М.

КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ, У ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики педіатрії №2
Харків, Україна
Науковий керівник: д. мед. н. Клименко В. А.

Муковісцидоз (МВ) є орфанним захворюванням, від якого ще у XIX сторіччі помирали діти у грудному віці. Зараз тривалість життя хворих на МВ прогресивно збільшується, але у кожному регіоні існують свої особливості генотипу, проявів та перебігу захворювання, алгоритмів спостереження хворих.

Мета: вивчити клініко-параклінічні особливості у дітей, хворих на МВ у Харківському регіоні.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на базі пульмонологічного відділення (завідувач – Пасічник О.В.) КЗОЗ «ОДКЛ №1» у 2015-2017 рр. Клініко-параклінічне обстеження хворих проводилося згідно наказів МОЗ України від 19.03.2007 №128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія» від 29.01.2013 №59 «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення».

Результати. Під спостереженням знаходилося 42 дитини, діагноз МВ встановлено на підставі клініко-параклінічних ознак та підтверджено результатами пілокарпінового тесту.

Усі хворі мають легенево-кишкову форму МВ. Серед хворих переважали хлопчики – 28 (66,7%), дівчаток 14 (33,3%). Проведено розподіл дітей за віком: 1- 3 рр. – 8 (19,1%), 3-6 рр.- 3 (7,1%) , 6-12 рр. – 14 (33,3%), 12 - 18 років – 17 (40,5%). Розподіл за тяжкістю перебігу: тяжкий 14 (33,3%), середньої тяжкості 23 (54,7%), легкий – 5 (11,9%). Маніфестація проявів МВ у 66,7% випадків була представлена кишковими ознаками, 33,3% – легеневими. Під час двократного проведення дослідження хлоридів поту у всіх хворих показники були вище норми та коливалися в межах від 64 до 197 ммоль/л. Середній показник хлоридів в потовій рідині склав 113,34 ммоль/л. Вік встановлення діагнозу МВ: на першому році життя - 26 дітей (61,9%), у 5 (19,2%) з них – під час проведення неонатального скринінгу, на 1-3 рр. – 11 (26,2%), 3-6 рр.- 3 (7,2%), 6-12 рр. – 2 (4,7%) пацієнтам. Мутації гена CFTR визначено у 32 дітей. Спектр мутацій гену CFTR: delF508 – 26 (81,2%), N1303K – 1 (3,1%), S1196X – 1 (3,1%), del21kb – 1(3,1%), 711+1G>A,Ratio132,721 – 1(3,1%), Arg334Trp – 1(3,1%), W1282X – 1 (3,1%). При бактеріологічному дослідженні мазка з слизової оболонки зіву/носу, мокротиння, промивних вод бронхів виявлено наступні патогени; Staphylococcus aureus – 21 (50 %), Pseudomonas. aeroginosae - 17 (41 %), Pseudomonas alcaligenes – 2 (4,7 %), Stenotrophomonas maltrophilia – 1 (2,4 %), Acinetobacter lwofii – 6 (14,2 %), Alcaligenes xylosoxidans - 2 (4,7 %), Bulkholderia cepacia complex – 3 (7,1 %), Candida albicans – 19 (45,2 %). У 12 (28,5%) пацієнтів має місце хронічна синьогнійна інфекція. За даними ультразвукового дослідження органів брюшної порожнини найбільш часто були зареєстровані зміни з боку печінки – у 32 (76,1%) (серед них - фіброз печінки у 11,9%, цироз – 4,7%) та панкреатопатії – 29 (69,1 %) хворих. Дослідження стану функції зовнішнього дихання проведене у 32 дітей старше 5 років. Результати дослідження показали, що більша частина дітей (71,8 %) мають рестриктивні зміни функції зовнішнього дихання різного ступеня, 6,3% – обструктивні порушення, 21,9% – в межах вікової норми. Під час проведення комп'ютерної томографії органів грудної клітини було виявлено, що 32 (76,2%) дитини основної групи мають патологічні зміни, які здебільшого представлені ознаками пневмофіброзу різного ступеня вираженості (28 хворих) та бронхоектазами (18 пацієнтів), у 10 дітей патології не виявлено. Виявлено наступну супутню патологію: целіакія – 2 (4,7%), непереносимість лактози 1 (2,3%), вторинна кардіоміопатія 23 (54,7%), хронічний поліпозний риносинусит – 5 (11,9%), цукровий діабет 3 (7,1%), тромбоцитопатія 3 (7,1%).

Висновок. Встановлені клініко-параклінічні особливості дітей, хворих на МВ, допоможуть удосконалити медичну допомогу хворим в Харківському регіоні.

Зубко А.С., Стребуль Н.В.

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЦЕЛЬВЕГЕРА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра педиатрии № 1 и неонатологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: д.мед.н. Логвинова О.Л.

Пероксисомные болезни – группа заболеваний, обусловленных нарушением ферментативных реакций внутри органелл, процессов транспорта белков через мембраны. Традиционно принято выделять три основные формы заболевания: гепато-церебро-ренальный синдром Цельвегера, неонатальная Х-сцепленная адренолейкодистрофия и инфантильная болезнь Рефсума. Глобальная фундация пероксисомных заболеваний эту группу болезней рекомендует обозначать как пероксисомные биогенные нарушения в спектре синдрома Цельвегера, частота которых составляет 1: 50 000 новорожденных, и рекомендует проводить скрининг всех новорожденных для исключения Х-сцепленной адренолейкодистрофии.

Особенностью спектра синдрома Цельвегера является схожесть клинической картины с врожденной патологией нервной системы (гипотония, снижение слуха и зрения, судороги). У данной категории детей заболевание часто дебютирует с врожденной недостаточности надпочечников, кардиомиопатии, гепатитов. Таким образом, манифестация пероксисомных

заболеваний часто не диагностируется, скрининга новорожденных в Украине не существует, что приводит к ранней летальности больных без использования возможности лечения заболевания.

Материалы и методы: усовершенствование диагностики пероксисомных биогенных нарушений в спектре синдрома Цельвегера, путем клинического наблюдения за ребенком, изучения и фенотипических особенностей, биохимических, цитохимических, комплементационных и молекулярно-генетических тестов.

Результаты. Мальчик К., 2 месяцев 19 дней. Поступил впервые в стационар тяжелом состоянии с жалобами на плохую прибавку массы тела, срыгивания и рвоту «фонтаном». Сестра ребенка страдает фенилкетонурией, у тети и дяди ребенка рассеянный склероз, двоюродная сестра имеет трисомию по 21 хромосоме. У прабабушки двое детей умерли в возрасте 2 и 4 недели, 1 ребенок родился мертворождённым.

При осмотре ребенка выявлен характерный фенотип: сплюснутое лицо, увеличенный большой родничок, короткий вздернутый нос, широкая переносица, высокий лоб, уплощенный затылок, монголоидный разрез глаз, эпикантальные складки, избыточные кожные складки на шее. Отмечалась стагнация физического развития, гипотония, гепатомегалия. В биохимическом исследовании крови выявлено снижение уровня холестерина, глюкозы, мочевой кислоты, гипофосфатурия, гипопротеинемия; щелочная фосфатаза и билирубин были повышены. Обращало внимание повышение 17- ОН-прогестерон и К крови; уровень Na был снижен. При анализе мочи методом газовой хроматографии и масс-спектрометрии выявлены признаки лактат-ацидоза, изменения метаболитов жирных кислот. В крови уровень жирных кислот с очень длинными цепями был повышен. Кариотипирование крови (анализ 15 метафаз культуры лимфоцитов периферической крови) определил нормальный мужской кариотип с увеличением гетерохроматина в длинном плече Y хромосомы. Полученные данные дали основание диагностировать пероксисомные биогенные нарушенияв спектре синдрома Цельвегера

Выводы. Фенотипические признаки, а именно: сплюснутое лицо, короткий вздернутый нос, широкая переносица, высокий лоб, уплощенный затылок, монголоидный разрез глаз, избыточные кожные складки, в сочетании со стагнацией физического развития, гипотонией, гепатомегалией, дисфункцией надпочечников обуславливают необходимость проведения биохимических, цитохимических, комплементационных и молекулярно-генетических тестов с целью углубленной диагностики пероксисомных биогенных нарушений в спектре синдрома Цельвегера.

Зюзіна М.С.

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №2
Харків, Україна
Науковий керівник: к.мед.н. Васильченко Ю.В.

Актуальність. Бронхіальна астма (БА) є найбільш поширеним хронічним захворюванням у дитячому віці. У світовому рейтингу БА є одним з топ-20 хронічних станів, а у віці 5-14 років вона є однією з топ-10 причин, що призводять до інвалідизації дітей.

Мета. Визначення факторів ризику розвитку тяжкого перебігу БА у дітей.

Матеріали та методи. Проаналізовано 55 історій хвороб дітей, віком від 6 до 17 років, з персистуючою БА, які знаходились на обстеженні та лікуванні у пульмонологічному відділенні КЗОЗ «Харківська міська дитяча клінічна лікарня №16». У залежності від тяжкості БА діти розподілені на 3 групи: до 1-ої групи увійшли хворі з легким персистуючим перебігом БА (n=18), до 2-ої групи – з середньотяжким перебігом (n=23), до 3-ої групи – з тяжким перебігом захворювання (n=14). Проводили статистичний аналіз даних з

використанням статистичних пакетів „STATISTICA 7.0. FOR WINDOWS” та „EXCELL FOR WINDOWS”..

Результати. Аналізуючи особливості перебігу вагітності та перинатального періоду зазначено, що у третини матерів хворих мав місце обтяжений акушерський анамнез. 27,0% пацієнтів народжені шляхом кесаревого розтину, а 2 дітей отримували інгаляції кисню у перші 7 днів життя. Грудне вигодовування до 1 року дотримане лише у 21,3% обстежених. При аналізі сімейного алергоанамнезу встановлено, що у більшості (68,1%, $p<0,001$) хворих на БА найближчі родичі (перший та другий ступень спорідненості - мати, батько, брати, сестри) мали алергічні захворювання. Аналіз спадкового алергоанамнезу показав, що у дітей з тяжким перебігом захворювання ($p1-3<0,01$, $p2-3<0,01$) маються більш часті випадки обтяженого сімейного алергоанамнезу. Визначено наявність зв’язку між тяжкістю перебігу захворювання та обтяженим сімейним алергоанамнезом ($\chi2 =5,081$ ($p<0,05$)), а ризик формування тяжкого перебігу захворювання у 5 разів вище (RR=5,018 [ДІ 95% 1,825-48,061], $p<0,05$. Також відмічена наявність зв’язку між тяжкістю перебігу БА та частими гострими респіраторними захворюваннями (ГРЗ) ($\chi2 = 10,198$, $p<0,01$), що може опосередковано вказувати на неостанню роль частих респіраторних захворювань у формуванні алергічного процесу. Ризик виникнення тяжкого перебігу БА у дітей з частими ГРЗ захворюваннями у 7,1 раз вище (RR=7,1 [ДІ 95% 1,957-40,132], $p<0,01$). Це може вказувати на зміни імунної реактивності організму. Також визначений зв’язок між тяжкістю перебігу БА у дітей та наявною алергопатологією ($\chi2=4,381$, $p<0,05$), а ризик формування тяжкого перебігу БА у вказаних пацієнтів у 2,4 рази вищий (RR=2,40 [ДІ 2,010-12,547] $p<0,05$).

Висновки. Встановлено, що на формування тяжкого перебігу БА значний вплив відіграє не тільки високий рівень сенсибілізації організму, а і наявність респіраторних інфекцій. Відмічено, що велике значення у формуванні тяжкого перебігу БА відіграють різноманітні патологічні стани в періоді новонародженості та недотримання рекомендацій щодо природного вигодовування. У розвитку тяжкої БА неостаннє місце належить обтяженому алергоанамнезу та супутнім алергічним станам.

Іванова Є. В., Пашков О.О.

НЕОНАТАЛЬНІ АРИТМІЇ ТА ПОКАЗНИКИ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ДОНОШЕНИХ ТА НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №1 та неонатології
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Гончарь М.О.

Сьогодні актуальною залишається проблема адаптації серцево-судинної системи в постнатальному періоді, одними з проявів якої є порушення серцевого ритму. Останні, в свою чергу, можуть бути як транзиторними і доброякісними, так й загрозливими щодо до стану здоров'я новонародженої дитини.

Мета. Вдосконалення діагностики порушень серцевого ритму у новонароджених в ранньому неонатальному періоді шляхом проведення добового моніторування електрокардіограми та допплерехокардіографіческого дослідження.

Завдання. Уточнити наявність та варіанти порушень серцевого ритму, визначити тип центральної гемодинаміки, охарактеризувати показники варіабельності серцевого ритму в групах доношених та недоношених новонароджених.

Матеріали та методи. Обстежено 59 новонароджених; проведено аналіз даних анамнезу, результатів холтерівського моніторування ЕКГ (ХМ-ЕКГ), даних доплерехокардіографії (ДЕХОКГ), статистичний аналіз отриманих результатів.

Результати. Обстежено 79 новонароджених, у яких при фізикальному обстеженні виявлено порушення серцевого ритму. До I групи увійшли 55 передчасно народжених дітей (69,6%) в терміні гестації 32,06 + 2,81 тижні, до II групи - 24 доношених новонароджених (30,4%) в терміні гестації 38,07 + 1,02 тижні. Гіпоксично - ішемічне ураження ЦНС

середнього та тяжкого ступеня тяжкості в I групі виявлено у 29 (52,7%), в II групі - у 4 дітей (29,2%) (t = 3,13, p<0,05).

За даними ДЕХОКГ в обстежених передчасно народжених немовлят I групи відзначалося переважання гіперкінетичного та гіпокінетичного типу гемодинаміки, у доношених пацієнтів II групи - нормокінетічного типу гемодинаміки (t = 5,5, p <0,05).

За результатами ХМ-ЕКГ в обох групах виявлено наступні варіанти неонатальних аритмій: передсердна екстрасистолія (ПЕС) - у 40,5%, шлуночкова екстрасистолія (ШЕС) - у 13,9%, епізоди транзиторної АВ-блокади 1 ступеня - у 10,1 %, епізоди АВ-блокади 2 ступеня - у 5,06%, long QT - у 10,1%, міграція водія ритму - у 16,4%. Виявлено достовірні відмінності між групами за частотою АВ-блокади 2 ступеня за типом Мобіц 1 (t = 3,13, p <0,05).

При аналізі показників варіабельності серцевого ритму в I групі виявлено зниження показника стандартного відхилення від середніх тривалостей усіх синусових інтервалів SDNN (p <0,05). SDNN відображає зменшення сумарного ефекту автономної регуляції кровообігу, яке пов'язане з посиленням впливу симпатичної нервової регуляції у передчасно народжених немовлят, яка пригнічує активність автономного контуру.

Висновки. Розвиток неонатальних аритмій у передчасно народжених немовлят частіше пов'язано з впливом перенесеної асфіксії. Зниження показників SDNN у недоношених новонароджених відображає незрілість центральних та вегетативних регуляторних систем, що також сприяє розвитку порушень серцевого ритму в даній групі обстежених.

Івахненко Д. А.

ДЕЛЕЦІЯ 22Q11.2 ХРОМОСОМИ: ХАРАКТЕРНІ ТА РІДКІ ФЕНОТИПОВІ ПРОЯВИ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №1 та неонатології
Харків, Україна
Науковий керівник: д.мед.н. Логвінова О.Л.

Синдром делеції 22q11.2 хромосоми є найбільш поширеним синдромом мікроделеції з поліорганною дисфункцією. Більшість новонароджених з синдромом 22q11.2 делеції мають природжену ваду серця, рідше – мальформації твердого піднебіння, затримку розвитку і шизофренію. Сьогодні різноманітні фенотипи делеції 22q11.2 хромосоми асоціюються з шістьма синдромами, найбільш відомий з них - синдром Ді Джорджі. За даними популяційних досліджень 1990-2000 рр. частота синдрому делеції 22q11.2 коливається в межах 1:3000 – 1:6000 новонароджених. В Україні синдром діагностується рідко, що на нашу думку, обумовлено відсутністю пренатального неонатального скринінгу і недостатньою обізнаністю лікарів в клінічних особливостях хвороби. Водночас, ймовірність захворювання може визначатися за фенотиповими ознаками.

Мета: удосконалити діагностику синдрому делеції 22q11.2 шляхом висвітлення і доповнення бази фенотипових ознак захворювання на прикладі клінічного спостереження.

Проаналізовано анамнез і проведене клінічне спостереження хлопчика Л., який знаходився на диспансерному спостережені в кардіологічному відділенні. Із анамнезу життя дитина від I вагітності, що перебігала на тлі еклампсії у матері. Множині вади розвитку пренатально не діагностовано. Дитина народилась передчасно (36 тижнів гестації), з масою тіла 2600 г. На момент пологів матері було 26 років, батьку – 27 років. Природжена вада серця (дефект міжшлуночкової перетинки, відкрита артеріальна протока) та вроджені вади кістково-м’язової системи (природжена розщелина верхньої губи зліва, повне розщеплення твердого і м’якого піднебіння, викривлення носової перетинки) діагностовано в ранньому неонатальному періоді. Рівень іонізованого кальцію сироватки крові був в нормі.

У віці 2 місяці проведена радикальна операція природженої вади серця. Післяопераційний період ускладнився пневмонією, яка супроводжувалась торпідним перебігом тастійким синдромом бронхіальної обструкції, що дало підставу для проведення

поглибленого діагностичного пошуку аномалії будови трахеобронхіального дерева і первинного імунодефіцита.

Припущення бронхомаляції підтверджено при бронхоскопічному дослідженні. Окрім виявлених мальформацій у дитини спостерігалися асиметрія обличчя під час посмішки або плачу, аурикулярні аномалії та характерні риси обличчя, такі як нависання повік і широке перенісся. При ультразвуковій діагностиці тімус не візуалізувався, за даними імунограми виявлений Т-клітинний імунодефіцит. Отримані дані дали підставу припустити наявність синдрому делеції 22q11.2, що було підтверджено методом FISH: виявлена типова делеція 22q11.2 – LCR22A.

Згодом дитині проведені поетапні радикальні операції краніофаціальних аномалій в один та два роки. Для моніторингу дитини залучена методика «система за системою» та «багатопрофільний командний підхід». При черговому огляді в 4 роки дитина затримується психічному розвитку, водночас має прогрес в елементарному навчанні. Хлопчик здатний вимовляти лише деякі звуки, проте з успіхом проходить спеціалізоване навчання у логопеда. Вакцинація проводиться за індивідуально розробленим графіком, оминаючи живі вакцини; 1 раз на 6 місяців проводиться оцінка імунної реактивності з її корекцією. Сім'я хлопчика обізнана в необхідності консультації генетика при плануванні наступних вагітностей.

Таким чином, клінічне спостереження демонструє класичний фенотип синдрому делеції 22q11.2, який включає краніофасціальні аномалії, природжену ваду серця, аплазію тімусу та характерні риси обличчя. Водночас, унікальність випадку демонструє наявність бронхомаляції, яка спостерігається рідко і може поповнити базу фенотипових ознак синдрому делеції 22q11.2.

Кожина О.С., Власова А.С., Татаренко О.В., Воробйова М.В.

ПОПЕРЕДНІ ДАНІ IV ФАЗИ ISAAC (INTERNATIONAL STUDY OF ASTHMA AND ALLERGY IN CHILDHOOD) У М. ХАРКОВІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики педіатрії №2
Харків, Україна
Науковий керівник: д.мед.н. Клименко В.А.

Актуальність. Бронхіальна астма (БА) — одне з найпоширеніших хронічних захворювань дихальної системи у дітей, що є частою причиною інвалідності, значно знижує якість життя, є суттєвим економічним тягарем не тільки для родини, але і для суспільства. Більшість хворих не виявляються своєчасно, що обумовлює несприятливий прогноз. Для своєчасного виявлення хворих, встановлення статистики щодо реальної розповсюдженості алергічних хвороб, порівняння ситуації в різних країнах світу у 1991 р. була створена програма Міжнародного дослідження астми та алергії у дітей - ISAAC (International Study of Asthma and Allergy in Childhood). За роки досліджень створено 306 центрів у 105 країнах, опитано 1,96 мільйонів дітей на 53 мовах і опубліковано більше 500 публікацій. Єдиний центр в Україні створено проф. Огневим В.А. на базі ХНМУ у 1997 році. Дана наукова робота – продовження вивчення епідеміології БА в рамках програми ISAAC.

Задачі дослідження: Встановити поширеність симптомів бронхіальної астми у дітей м. Харкова та виявити динаміку розповсюдженості з 1998 року.

Матеріали та методи. З урахуванням кількості дитячого населення та розповсюдженості БА, розраховано обсяг вибірки для дослідження за формулою визначення обсягу вибіркової сукупності, що забезпечує репрезентативність отриманих даних (Лісіцин Ю.П., 1987), що склало 5434 дітей. Протягом 2016-17 учбового року за допомогою стандартизованих анкет ISAAC було опитано вибірковим методом у школах всіх районів міста 5926 учнів. Отримані дані зберігалися в базі даних Sqlite/MySql, підрахунок проводився методом варіаційної статистики. Для виявлення тенденцій щодо розповсюдженості БА проведено порівняння з результатами I та III фаз дослідження ISAAC (Огнєв В.А., 1998, 2002). Дослідження проведено відповідно міжнародним етичним вимогам.

Результати. Анкетовано 3374 батьків дітей 6 - 7 років та 2552 дітей віком 13-14 років; всього - 5926 учнів, що склало 97 % від загальної кількості розданих анкет (178 – відмовились від участі в опитуванні). Анкета містить 8 питань стосовно симптоматичних проявів БА. Проаналізовано процент позитивних відповідей дітей 6-7 років – результати представлено за 2017, 2002 та 1998 рр. відповідно. 1. Наявність коли-небудь свистячого або хриплячого дихання ("wheezing") в минулому (перше запитання анкети ISAAC) - виявлено у 41,1 %; 19,4 % та 24,1 % дітей. 2. "Wheezing" протягом останніх 12 місяців спостерігався у 38,83 %; 12,5 %; 12,2 %. 3. Більше трьох епізодів "wheezing" протягом останніх 12 місяців - у 5,44 %; 2,5 % та 2,3 %. 4. Порушення сну від wheezing один чи більше ночей на тиждень протягом останніх 12 місяців мадо місце - у 11,43 %; 1,3 % та 1,4 %. 5. Мова обмежувалася хрипами протягом останніх 12 місяців – у 3,26 % ; 1,7% та 1,5 %. 6. Наявність астми в анамнезі відмітили – 8,7 % ; 6,8% та 5,5 %. 7. "Wheezing" у грудях під час або після фізичного навантаження протягом останніх 12 місяців було - у 11,8 %; 10,4 % та 4,6 %. 8. Сухий кашель вночі (не пов'язаний із застудою або запальними захворюваннями) за останні 12 місяців відмітили - 40,65 %; 13,7% та 11,9 % дітей. Проаналізовано процент позитивних відповідей на 8 запитань анкети ISAAC у дітей 13-14 років. Результати представлено по запитанням за 2017, 2002 та 1998 рр. відповідно: 1. - 49,4%; 29,6%; та 25,3%. 2. - 23,88%; 20,9% та 12,9%. 3. - 11,46% ; 2,5% та 1,2% . 4. - 4,14% ; 1,1% та 0,8%. 5. - 3,5% ; 2,3% та 1,9%. 6. - 11,78% ; 5,5% та 6,1 %. 7. - 19,74 % ; 20,6 % та 13,2 %. 8. - 32,8 % ; 19,3% та 12,1%.

Висновки. 1. Сучасна поширеність респіраторних симптомів, що патогномонічні для бронхіальної астми в дитячій популяції м. Харкова - 14,59 %: в молодшому шкільному віці - 16,3 %; в підлітковому - 12,3 %. 2. За останні 19 років розповсюдженість респіраторних симптомів зросла в 3,18 рази у дітей 6-7 років та в 1,85 рази – в підлітковому віці.

Королькова А. О., Корчак Я. В., Тиханський Д. С.

СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ ВРОДЖЕНОЇ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ АСОЦІЙОВАНОЇ З ГОСТРИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ ТА КАНДИДОЗОМ КИШКІВНИКА

Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії № 1 та неонатології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Уриваєва М. К.

Актуальність. Діагностика та лікування внутрішньоутробних інфекцій є складною проблемою у сучасній педіатрії. Наявність інформативних методів діагностики стадії захворювання та можливість виявлення маркерів інфекції поліпшують діагностику, але залишають відкритим питання вибору адекватної етіопатогенетичної терапії для практикуючого лікаря-педіатра, особливо у дітей раннього віку. При відсутності реплікації вірусу (низький рівень авідності) є доцільним призначення Цитотекту. Цитотект – препарат групи специфічних імуноглобулінів, який назначається у дозі 2 мл/кг через кожні 2 дні до зникнення симптомів. При вивченні сучасної вітчизняної та зарубіжної літератури досвід використання антицитомегаловірусного імуноглобуліна людини мало висвітлений.

Мета: Підвищення ефективності терапії генералізованої цитомегаловірусної інфекції (ЦМВІ) шляхом аналізу власного клінічного досвіду лікування препаратом Цитотект (антитіла IgG до збудника ЦМВІ).

Матеріали та методи: Курація та аналіз перебігу хвороби та ефективності лікування дівчинки 5 місяців, яка знаходилася в неврологічному відділенні КЗОЗ ХОДКЛ.

Результати та їх обговорення. Дівчинка 5 місяців госпіталізована до клініки зі скаргами на затримку психомоторного розвитку: слабко виражена реакція орієнтування, голосова реакція знижена, безумовні рефлекси знижені, м’язова дистонія, неможливість перевертання, слабке утримання голівки, зниження реакцій сенсомоторної поведінки, незначно виражена косоокість, помірне збільшення розмірів живота.

При вивченні анамнезу хвороби та життя виявлено наступне: обтяженість у перинатальному періоді – вагітність на фоні куріння та інфікування герпесвірусною

інфекцію з епізодом лихоманки у третьому триместрі у матері дитини. Народилась у термін 37 тижнів з ознаками затримки внутрішньоутробного розвитку.

З трьох тижнів відмічались епізоди підвищення температури до фебрильних цифр, зміни в клінічному аналізі крові, клінічному аналізі сечі, ускладнений перебіг гострого бронхіту з використанням трьох курсів антибактеріальної терапії. При обстеженні в Харківській обласній дитячій клінічній інфекційній лікарні виявлена вроджена ЦМВІ без реплікації вірусу (атиповий гепатит, вентрикуломегалія, ознаки перинатального ураження центральної нервової системи, синдром внутрішньої гідроцефалії), асоційована з гострим неускладненим пієлонефритом і кандидозом кишківника. Дитині проведено лікування препаратом Цитотект у дозі 2мл/кг (12,8 мл) через кожні 2 дні курсом 5 внутрішньовенних інфузій. При динамічному нагляді впродовж трьох тижнів помічається позитивна неврологічна динаміка у вигляді покращення з боку психомоторних показників: реагує на голос матері, зорове зосередження – слідкує за іграшкою, утримує голівку, перевертається; нормалізації функціонального стану печінки та нирок: зменшення розмірів живота, зниження рівня печінкових трансаміназ до 1,5 нормативів (до початку лікування рівень – 3 норми), нормалізація клінічного аналізу мочі.

Висновок. Проаналізувавши даний клінічний випадок, можна сказати, що своєчасне етіотропне лікування генералізованої ЦМВІ виступає фактором, що призводить до нормалізації показників життєдіяльності, підвищення подальшого рівня життя, та зниження інвалідізації.

Корчак Я.В.

ПЕРЕБІГ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ НОВОНАРОДЖЕНИХ, НАРОДЖЕНИХ ВІД ЖІНОК ГРУП ВИСОКОГО РИЗИКУ

Харківський національный медичний університет
Кафедра педіатрії №1 та неонатології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Маліч Т.С.

Актуальність: У теперішній час внутрішньоутробні інфекції займають провідне місце серед причин перинатальної смертності та смертності немовлят. У структурі перинатальної смертності вага внутрішньоутробних інфекцій складає майже 25% (Є.Є. Шунько). Наявність хронічної інфекції у вагітної, відсутність адекватного лікування або санації вогнищ інфекції часто стають причиною розвитку фетоплацентарної недостатності, що призводить до ураження важливих органів життєдіяльності, та, нерідко, до загибелі плода.

Мета: Метою роботи було вивчення стану здоров'я новонароджених дітей, народжених від жінок з перебігом вагітності, обтяженим інфекційною патологією.

Матеріали і методи: Для вивчення поставленої мети було досліджено стан здоров'я 21 новонародженої дитини, що знаходилися у відділенні реанімації новонароджених - 1 група. 2 групу склали 10 здорових новонароджених, народжених від жінок без інфекційної патології.

Обговорення результатів: При вивченні особливостей антенатального анамнезу новонароджених 1 групи мало місце: гестози 1 половини вагітності – 76 ± 1,2%, гестози 2 половини вагітності – 43 ± 1,3%, загроза переривання вагітності – 81% ± 2,2%, викидні в анамнезі – 57 ± 2,1%, паління під час вагітності – 57 ± 4%. Перебіг вагітності у жінок 2 групи був неускладненим. На TORCH – антигени під час вагітності жінки 1 групи обстежені не були. Дослідження перебігу вагітності жінок 1 групи виявило: урогенітальні інфекції – 76 ± 2,6%, поєднані інфекції – 47 ± 2,1%, ГРВІ під час вагітності – 43 ± 1,5%, загострення хронічних захворювань – 40 ± 2,6%, матково - плодова інфекція за даними УЗД – 52 ± 3,3%. У всіх жінок 2 групи перебіг вагітності був фізіологічним. У жінок 1 групи мали місце різноманітні ускладнення під час пологів: 33 ± 1,9% - передчасні роди, 30 ± 1,8% - кесарів розтин, стан навколоплідних вод: маловоддя – 25 ± 1,7%, многоводдя – 38 ± 2,1%, води з меконієм – 32 ± 0,7%. В асфіксії помірного ступеня народилось 67 ± 1,5% новонароджених, з тяжкою асфіксією – 24 ± 1,3%. Перебіг вагітності у жінок 2 групи був фізіологічним. При

клінічному обстеженні новонароджених 1 групи прояви гіпоксично – ішемічної енцефалопатії мали місце у 82 ± 1,7% новонароджених, внутрішньоутробна пневмонія відзначалася у 48 ± 2,1%, передчасно народжених – 38 ± 1,9%, локалізовані гнійні інфекції шкіри – 22 ± 2,5%, діти із затримкою темпів розвитку – 8 ± 2,9%. Перебіг періоду адаптації дітей 2 групи був без ускладнень. При вивченні бактеріального моніторингу новонароджених 1 групи, народжених від жінок групи високого ризику, було виявлено певну патогенну флору, а саме: Ps.aeroginosa – 42%, Kl.pneumoniae – 33%, St.epidermidis – 18%, Enterobacter – 7%, що з'явилося фактором реалізації внутрішньоутробної інфекції.

Висновки: Жінки із загостренням хронічної та урогенітальної інфекції під час вагітності потребують ретельного обстеження на TORCH комплекс та лікування для профілактики внутрішньоутробного інфікування плода та новонародженого. У 70% новонароджених, народжених від жінок груп високого ризику, відбувається реалізація інфекційного процесу в ранньому неонатальному періоді. За наявності інфекційного анамнезу у матері необхідний ретельний бактеріальний моніторинг новонародженого з моменту нарождення для вирішення питань, стосовно своєчасного призначення адекватного лікування.

Кузнєцова Д.О., Ткачук Л.І.

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ЕПІЛЕПСІЮ

Харківський національный медичний університет
Кафедра педіатрії №1 та неонатології
Харків, Україна
Науковий керівник: к.мед.н. Уриваєва М.К.

Актуальність. Одним з найбільш поширюваних захворювань центральної нервової системи серед дітей обґрунтовано вважається епілепсія. Частота, з якою зустрічається ця патологія в молодшому віці, сягає 1%. Останнім часом медична наука зробила великий крок у діагностиці і купіруванні проявів захворювання. Але, незважаючи на сучасний арсенал протисудомних препаратів, у 15-30% пацієнтів епілепсія контролюється недостатньо, що призводить до виникнення ускладнень з боку органів і систем. У зв'язку з викладеним вище, дослідження функції серцево-судинної системи у пацієнтів, які перебувають на протисудомній терапії, набуває все більшого значення. Згідно з результатами досліджень D. Ficker (2000), у дорослих, які страждають важкими формами епілепсії, досить часто зустрічаються порушення ритму і провідності серця не тільки в момент епілептичного нападу, а й у періоді поза нападами. Проте, до теперішнього часу в дитячій епілептології не приділялося достатньої уваги вивченню стану серцево-судинної системи у таких пацієнтів.

Мета. Вивчити стан серцево-судинної системи у дітей з різними формами епілепсії в залежності від виду протисудомного засобу.

Матеріали і методи. В рамках виконання дослідження з липня по грудень 2017 року в КЗОЗ ОДКЛ нами було обстежено 27 дітей, з них 14 дівчат і 13 хлопців у віці від 7 місяців до 5 років, що страждають на епілепсію. Уся група отримує підібрану протиепілептичну терапію. Монотерапію отримувало 23 дитини (85%), з них вальпроат натрію отримували 18 дітей (67%), карбамазепін – 5 дітей (18,5%). Комбіновану терапію отримували – 4 дитини (15%). Окрім цього, пацієнтів було розділено на групи за типом нападів, 11 (40,7%) дітей з генералізованими нападами і 16 (59,3%) дітей з парціальними нападами. Обстеження складалось з клінічного дослідження стану серцево-судинної системи та оцінки неврологічного статусу. Пацієнтам проведено інструментальне обстеження: електрокардіограма (ЕКГ) та доплерехокардіографія (ДопЕхоКГ), з підрахунком центральної гемодинаміки. Контрольну групу склала 31 дитина зіставна за віковим та статевим розподілом, що були обстежені на базі ОДКЛ та ХМДП№2.

Результати та їх обговорення. В період між нападами порушення самопочуття діти не відмічали. За даними ДопЕхоКГ, малі аномалії розвитку серця були виявлені у 16 пацієнтів

(59%), зміни здебільшого представлені аномальною хордою лівого шлуночка, функціонуючим овальним вікном. Інших порушень не знайдено. Порушень центральної гемодинаміки не зафіксовано. Величина фракції викиду – 70-75% (±1,6), середній тиск в легеневій артерії – 13 мм.рт.ст, що вкладається в межі вікової норми.

За результатами ЕКГ синусова тахікардія була зареєстрована у 3 (11 %) пацієнтів, синусова брадикардія і міграція водія ритму була відмічена в 3 (11%), пацієнтів порушення реполяризації – 2 (7,4%) дітей та синусова аритмія в однієї дитини (3,7%).

Достовірних даних щодо зв'язку між варіантом терапії і розвитку порушень в роботі серцево-судинної системи не виявлено.

Висновки. Ми прослідкували можливий вплив протисудомних препаратів на роботу серцево-судинної системи. Відхилення, що виявлені під час дослідження в групі дітей з діагнозом епілепсія не були значними і порівняні із групою здорових дітей. Але, враховуючи наявність ознак біоелектричної нестабільності міокарду, не виключено, що ці зміни можуть бути прогностично несприятливими з часом призводитимуть до життєзагрожуючих порушень ритму. В подальшому пацієнти, що піддаються впливу протиепілептичних препаратів, мають пройти поглиблене обстеження роботи серцево-судинної системи, з використанням холтеровського моніторування. Всім хворим на епілепсію рекомендовано спостереження у дитячого кардіолога.

Малахова В.М.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ РІВНІВ ЗАГАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ У ДІТЕЙ З БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ

Харківський національный медичний університет
Кафедра педіатрії №2
Харків, Україна
Науковий керівник професор Макєєва Н.І.

Актуальність. Бронхообструктивний синдром (БОС) – головна ознака, яка супроводжує гострі, рецидивуючи та хронічні захворювання легень. Від 30 до 50% дітей перших трьох років життя мають прояви БОС. Прояви БОС можуть бути обумовлені багатьма причинами, та, насамперед, формуванням хронічних алергійних захворювань.

Мета дослідження: оцінити клінічне значення рівнів загальних фосфоліпідів (ЗФЛ) у конденсаті повітря, що видихається (КПВ) дітей з БОС.

Матеріали та методи: Обстежено 70 дітей (39 хлопчиків та 31 дівчинки), хворих на гострий обструктивний бронхіт із повторними епізодами БОС та БА, у віці від 1 до 7 років, які проходили лікування у КЗОЗ «ХМКДЛ № 16». Обстеження проводилося в перші 2 дні БОС та загострення БА. Крім стандартизованих протокольних методик обстеження дітей проведені біохімічні дослідження рівнів фосфоліпідів у КПВ спектрофотометрично, методом тонкошарової хроматографії. Проводили статистичний аналіз даних з використанням статистичних пакетів „EXCELL FOR WINDOWS" та „STATISTICA 7.0. FOR WINDOWS". Діагноз встановлено з урахуванням відповідного протоколу.

Результати. У залежності від нозологічної форми та кількості епізодів БОС хворі були розділені на групи. До 1-ої групи увійшли пацієнти, у яких повторні епізоди БОС спостерігалися не більше двох за життя (n = 18). До 2-ої групи –пацієнти, у яких відмічалися 3 та більше епізодів БОС (n = 25). До 3-ої групи увійшли пацієнти із легким та середньо – тяжким персистуючим перебігом БА (n = 27). До групи контролю увійшли соматично здорові діти, які не мали ознак хронічних захворювань та протягом останніх трьох місяців ознак гострих захворювань (n = 30). При вивченні рівнів ЗФЛ в КПВ у дітей, що мали повторні епізоди БОС та хворих на БА, встановлено достовірне зростання рівнів даного показника у порівнянні з відповідними показниками дітей групи контролю (відповідно pk-1 = 0,0001, pk-2 = 0,0000, pk-3 = 0,0000). Найбільш значні підвищення рівнів ЗФЛ зафіксовано у пацієнтів 3-ої групи (Me (Lq;Uq) 1-ша гр. 78,88 (77,68; 80,45); 2-а група 91,36 (86,41; 94,61); 3-тя група 97,87 (95,15; 101,48)). Таким чином, максимальний рівень рівнів ЗФЛ, як

показника пошкодження мембран клітин бронхо – легеневої системи було виявлено в КПВ дітей з частими БОС та дітей з БА. Дослідження рівнів ЗФЛ в КПВ, при множинному порівнянні встановлено, що є статистично значущі відмінності при зрівнянні показників усіх груп (H = 84,99533, p1-2= 0,0000; p1-3 = 0,0000; p2-3 = 0,0007).

Висновки: 1. Рівень ЗФЛ в періоді клінічних проявів бронхообструкції підвищується у всіх обстежених хворих, відображаючи наявність походження мембрани клітин бронхів за рахунок запалення. 2. Діти з тривалим перебігом захворювання мають значне підвищення рівня ЗФЛ в КПВ, що може розцінюватися як хронічне запалення в бронхо – легеневій системі. 3. Визначення рівнів ЗФЛ в КПВ може надати додаткову інформацію, щодо стану бронхо – легеневої системи та рівня пошкодження мембран клітин, що може бути використано для прогнозування прогресування запалення в бронхо-легеневій системі.

Махаєва А.В.

ОСОБЛИВОСТІ СЕКСУАЛЬНОЇ ОСВІТИ ДІТЕЙ СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики педіатрії № 1
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Атаманова О.В.

На тепер досить часто зустрічаються випадки незапланованих вагітностей, абортів та венеричних захворювань серед дівчаток старшого шкільного віку. Цій тенденції сприяє стрімкий розвиток інформаційних технологій, що надають підліткам необмежений доступ до будь-якої негативної інформації, особливо сексуального змісту. Як наслідок, школярі завчасно дізнаються про статеве життя, не маючи при цьому достатнього психологічного ґрунту для формування правильного уявлення щодо статевих відносин між чоловіком та жінкою. Одну з провідних ролей в ранній статевій зрілості сучасного покоління відіграє акселерація.

Значну роль в становленні у школярів зрілого мислення про статеві відносини відіграє їх спілкування з батьками та викладачами, адже вони закладають необхідні знання та уявлення про базисні аспекти статевого життя, а саме: контрацепцію, можливість виникнення венеричних захворювань та вагітності.

Метою роботи є дослідження рівня освіченості дітей старшого шкільного віку щодо контрацепції, найпоширеніших захворювань, які передаються статевим шляхом, а також вивчення суб'єктивного ставлення підлітків до доцільності порушених питань.

У дослідженні брали участь 48 учнів 10 та 11 класів, віком від 15 до 17 років (32 дівчини та 16 хлопців). Було проведено анкетування учнів загальноосвітньої школи з подальшим аналізом отриманих результатів.

У ході аналізу анкет було виявлено: 100 % респондентів знають, що таке контрацепція, з них 41,6 % отримали знання від батьків, стільки ж від друзів, 43,7 % від викладачів, 60,4 % із світової мережі Інтернет; 54,1 % з телебачення та 12,5 % з книг. Щодо призначення, 87,5 % школярів знають, що контрацепція потрібна для захисту від венеричних захворювань, 54,0 % також відмітили, що контрацепція запобігає небажаній вагітності. Серед видів контрацептивів 95,0 % підлітків виділили презервативи, 56,0 % - пігулки, а 6,3 % знають навіть про внутрішньо-маткові спіралі та гормональні пластирі. Про наслідки незахищеного статевого контакту ніколи не думали 23,0 % опитуваних школярів. Що стосуються венеричних захворювань: 98,0 % школярів знають про ВІЛ, 77,0 % – про сифіліс, 31,2 % – про хламідіоз та гонорею, а 2,0 % опитуваних не знають ніяких венеричних захворювань. Джерела, з яких підлітки отримали інформацію про ці хвороби: 35,4 % – від батьків, 56,3 % – від вчителів, 18,7 % – від друзів, 23,0 % – з книг та 79,0 % з Інтернету.

Що ВІЛ – це причина СНІДу знають 85,0 % респондентів, що ВІЛ та СНІД – це одне й те саме вважають 12,5 %, а 2,0 % школярів відповіли, що ці терміні між собою не пов'язані. Щодо шляхів передачі ВІЛ – 96,0 % школярів відмітили контакт з інфікованою кров'ю, 93,7% – статевий шлях, 14,5% – трансмісивний шлях, 2,0 % вважають, що ВІЛом можна

заразитися через поцілунки, а також слину та інші рідини інфікованої людини. Показово, що 100 % школярів знають про неможливість бути інфікованим через рукостискання та постільну білизну. Що ВІЛ-інфікована людина не може виглядати абсолютно здоровою вважають 10,4 % підлітків. Таким чином, 100 % опитаних підлітків знають про існування контрацепції, але її призначення розуміють не всі. Майже кожен третій учень (37,3%) не має уявлення про найпоширеніші венеричні захворювання, особливо про можливі шляхи передачі ВІЛ та характерні особливості інфікованих людей. Важливим є те, що найбільше інформації про контрацепцію та захворювання, які передаються статевим шляхом, школярі отримують з Інтернету, а спілкування з батьками та вчителями грають другорядну роль у формуванні уявлення про статеве життя.

Михайлова А. В., Хмиль О. Б., Елисеев В. М.

КОМОРБИДНОСТЬ (ГЕНО - И ФЕНОТИПИЧЕСКАЯ СИНТРОПИЯ) КАК ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра медицинской генетики
Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Гречанина Ю.Б.

Введение. Коморбидность – это наличие дополнительной клинической картины, которая может проявляться самостоятельно, вне зависимости от текущего заболевания, и всегда отличается от него. Причины возникновения могут быть схожее течение болезни, близость расположения пораженных органов; одна болезнь как осложнение второй, взаимосвязь между заболеваниями. В наше время все чаще можно наблюдать случаи сочетания заболеваний, которые ранее не описывались. Причинами этого явления может быть перенесенные ранее заболевания и инфекции, вредные привычки, лекарственные препараты, стресс, генетический груз и др.

Цель и задачи. Изучить возможность ранней диагностики вариантов хромосомной и генной синтропии для разработки адекватных подходов к лечению и реабилитации.

Материалы и методы. В ХСМГЦ-ЦР(О)З за 2016-2017 гг. первично проконсультировано 24549 пациентов, проведено 6632 цитогенетических исследования, среди которых встречаются пациенты с феноменом коморбидности. Нами впервые было показано, что при мозаичных формах хромосомных болезней имеют место метаболические нарушения. У одного из наших пациентов были выявлены редкие клинические сочетания хромосомной и моногенной патологии, что само по себе подчеркивает сложность генетических событий лежащих в основе изучаемой патологии.

Результаты исследования и обсуждение. Ребенок Д. 2013 г.р. был направлен с резидуальной энцефалопатией, задержкой речевого и физического развития с целью обследования и уточнения диагноза. Родители ребенка жаловались на задержку в речевом развитии – в речи несколько слов, периодические боли в животе, периодические ацетонемические состояния, избирательность в еде, ребенок плохо прибавляет в весе и росте. Из анамнеза заболевания было установлено, что задержка речового развития отмечается с 1,5 лет. В возрасте 2,5 года, после консультации невропатолога, был поставлен диагноз задержка речевого развития. Кроме того, после клинико-генеалогического обследования было выявлено отягощение родословной по сердечно-сосудистым и мультифакториальным заболеваниям, онкопатологии.

Основываясь на результатах обследования, ребенку был установлен диагноз: Синдром Клайнфельтера, мозаичная форма mos 47,XXY[28]/46,XY[5] G-,C-окраска, 2% хромосомной нестабильности. Недостаточность метилентетрагидрофолат-редуктазы MTHFR:677 T/T (самостоятельная эпигенетическая болезнь), недостаточность метионин-синтазыредуктазы MTRR:66 G/G (недостаточность кобаламини, тип Е). Вторичная митохондриальная дисфункция Было проведено лечение, направленное на снижение уровня гомоцистеина и метаболический курс стимулирующей неврологической терапии. На фоне проводимого

лечения отмечается положительная динамика: мальчик набрал в весе, охотнее идет на контакт, начал взаимодействовать со сверстниками. В данном наблюдении отчетливо прослеживается феномен синтропии – одновременной манифестации трех самостоятельных заболеваний – синдрома Клайнфельтера (хромосомная мутация), недостаточность етилентетрагидрофолат-редуктазы MTHFR:677 T/T (моногенная мутация), недостаточность кобаламини, тип Е. Такую коморбидность можно считать фено- и генотипической синтропией и строит лечение на основании биохимических нарушений метаболома в сочетании с неспецифической терапией.

Выводы: Наличие коморбидных заболеваний у пациентов создает индивидуальную картину клинических проявлений заболевания, и требует индивидуальный подход к диагностике и лечению этих заболеваний. Особенно важна диагностика в раннем возрасте, поскольку без должной терапии с течением времени состояние пациента может ухудшаться, а своевременно оказанная помощь позволяет значительно улучшить качество жизни. Именно этот факт заставил нас внедрить массовый скрининг указанной патологии.

Муратова К.Г., Петренко Є.К., Шульга А.А.

ВРАХУВАННЯ АНАМНЕСТИЧНИХ ДАНИХ ПОШУКУ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ З ПІЄЛОНЕФРИТОМ

Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №1 та неонатології
Харків, Україна
Науковий керівник: к.мед.н. Дриль І.С.

Пієлонефрит (ПН) є найбільш поширеною запальною патологією нирок у дітей раннього віку. Постійна увага до вдосконалення ранньої діагностики, та раннього початку адекватної медикаментозної терапії ПН підтверджує актуальність теми. Під час обстеження пацієнта доцільно приділити достатню увагу анамнестичним даним, не тільки стосовно початку запального захворювання нирок, а й загальним відомостям про стан здоров'я батьків, обтяженість анамнезу стосовно неблагоприємних подій з боку інших органів та систем. Детальне вивчення анамнестичної інформації дітей з ПН дає змогу виключити або діагностувати коморбідну патологію у тому числі – серецево-судинні розлади.

Мета роботи полягала у пошуку передикторів до схильності винекнення кардіальних ускладнень у дітей з ПН на основі вивчення сімейного анамнезу.

Проведено обстеження 21 дитини віком від 6 міс до 4 років з пієлонефритом, що знаходилися на стаціонарному лікуванні чи плановому обстеженні в нефрологічному центрі ОДКЛ. Середній вік обстежених дітей становить 2,2 ±1,3 роки. Серед обстежених дітей було 14 дівчаток (66,7±10,5%) та 7 хлопчиків (33,3±10,5%), що відповідає загальновідомим даним про статевий розподіл пацієнтів з ПН. Серед обстежених дітей виявлено 80,9±8,7% з активними проявами пієлонефриту, четверо дітей були госпіталізовані для контрольного обстеження в періоді ремісії ПН. Середня тривалість захворювання нирок становила 9 місяців. Найбільш довготривалий анамнез щодо захворювання понад (4 роки) мали 5 дітей з рецидивуючим перебігом хронічного пієлонефриту, в яких ще в неонатальному віці було виявлено аномалію розвитку сечовидільної системи у вигляді сечовідно-міхурового рефлюксу. При проведенні анкетування та визначенні анамнестичних відомостей встановлено, що 13 дітей (61,9±10,8%) були госпіталізовані у зв'язку з наявністю скарг, найчастіше у вигляді підвищення температури, погіршення самопочуття, наявністю абдомінального болю, або виявлені зміни в аналізах сечі. 8 (38,1±10,8%) дітей були госпіталізовані для обстеження без скарг, але у половини з них було виявлено зміни при лабораторному обстеженні.

При вивченні сімейного анамнезу з використанням оригінальних опитувальників кардіологічного профілю 23±9,5% дітей були народжені від 3-6 вагітності, 1-2 пологів. Середній вік батьків на момент вагітності матерів був 29±5,4 років, батьків – 33±6,2 роки. Таким чином, діти були народжені від досить зрілих батьків, бажаних вагітностей. Поряд з

тим, у половини матерів данній вагітності передували медичні аборти або спонтанні викидні. У 23±9,5% матерів відмічалася загроза переривання вагітності, інфекційні захворювання у вигляді пієлонефриту, уреаплазмозу та ГРВІ. Більшість дітей 15 (71±10,1%) були народжені фізіологічно, 6 пацієнтів - шляхом Кесаріва розтину. Маса тіла при народжені у всіх дітей була в межах норми та в середньому становила 3300±460гр. Всі діти перебували на природному вигодовуванні, 66% дітей понад 1 рік, тільки одна дитина до 2 міс, (у зв'язку з гіпогалактією у матері).

Встановлено, що батьки всіх дітей вважають добрим свій стан здоров'я, мають нормальну вагу задовільний руховий режим. У родичів другої лінії споріднення з боку матері виявлено 7 хворих з артеріальною гіпертензією, з боку батька - 3 родича з гіпертензією. 33±10% матерів періодично мали неприємні відчуття або біль в області серця після фізичного навантаження чи емоціонального стресу, але не обстежувалися.

На час обстеження дітей в середньому віці 2,2±1,3 роки у 57,5±11,1% дітей встановлено супутню патологію у вигляді малих аномалій розвитку серцево-судинної системи, а саме 33,3±10% мали функціонуючий овальний отвір у поєднанні з аномальною хордою лівого шлуночку, 23,8±9,5% - аномальну хорду лівого шлуночка.

Отримана інформація дає підстави вважати, що близько чверті дітей з ПН можуть мати зміни з боку серцево-судинної системи, для чого потрібно на всіх етапах медичного спостереження за дитиною приділяти достатню увагу оцінці анамнезу серцево-судинних подій в родині.

Олейник Д.В., Забелина А.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра медицинской генетики
Харьков, Украина
Научный руководитель: член-кор. НАМНУ, профессор Гречанина Е.Я.

Введение. Среди редких наследственных заболеваний — нейромышечные заболевания (НМЗ) занимают особое место, так как могут манифистировать в разные периоды онтогенеза и поэтому нередко выпадать из поля своевременной диагностики, в настоящее время эволюционных перемен — это проявляется в изменении времени манифестации вплоть, до внутриутробной. Поэтому ранняя адекватная диагностика чрезвычайно важна. Она важна еще и потому, что все чаще проявляется в виде легких форм клинически скрытых, но уже манифистирующих. Среди множества форм НМЗ большинство относится к категории редких заболеваний. Одна из таких сопровождается первичным дефицитом мерозина. Эта мутация гена LAMA 2, кодирует α^2-цепь ламинина, одну из цепей, формирующих ламинин-2 (мерозин). Характер наследования аутосомно-рецессивный.

Цель: Изучить подходы к уточняющей дифференциальной диагностике - нейромышечной дистрофии

Материалы и методы: В работе применены как класический клинико-генетические подходы, так и современные высоко разрешающие технологии (клинико-генетические исследования с синдромологическим анализом, ВЭЖХ аминокислот, газовая хроматография, масспектрометрия органических кислот, полноэкзомное секвенирование, миография и другие электрофизиологические методы.

Результаты и их обсуждение: Современная наследственная патология отличается высокой суммарной частотой редких болезней их ранней манифестацией, обязательным наличием триггерных (провоцирующих) факторов и наличием фено- и генотипических признаков (коморбидность), высокой генетической гетерогенностью.

Для иллюстрации сложности и необходимости уточняющей диагностики, нами проанализировано наблюдение случая когда такая диагностика оказалась эффективной.

Семья ребенка А обратилась в ХМСМГЦ — ЦР(О)З в связи с задержкой стато-кинетического и моторного развития (самостоятельно не садится и не ходит) не удерживает голову, не садиться.

При осмотре ребенка: бледность кожных покровов, тонкие волосы, долихоцефалия, выступающий лоб, длинное узкое лицо, голубые склеры, широкая спинка носа, длинный фильтр, эквиноварусная установка стоп, контрактуры тазобедренных и коленных суставов.

В неврологическом статусе: задержка речевого развития; грубая задержка моторного развития; синдром «вялого ребенка»; в положении лежа «поза лягушки»; выраженная диффузная мышечная гипотония.

Полученные данные позволили включать в поле дифференциальной диагностики: лейкодистрофию, митохондриальную патологию с миопатическим симптомокомплексом и мышечные дистрофии. Для уточнения характера патологии проведены: газовая хроматография органических кислот, ВЭЖХ, молекулярно-генетическое исследование.

При молекулярно-генетическом исследовании делеций 7-го, 8-го экзонов гена SMN1, NAIP, SMN2 не выявлено. При секвенирование гена LAMA2 (NM_000426.3) выявлены гетерозиготный вариант c.6919_6920del p.(Tyr2307Leufs*2) и гетерозиготный вариант c.7732C>T p.(Arg2578*), что подтвердило генетический диагноз врожденной (мерозин дефицитной) мышечной дистрофии. Интерпретация полученных результатов объясняет указанное генетическое событие: вариант LAMA 2 c.6919_6920del, создает сдвиг рамки считывания, начиная с кодона 2307, новая рамка считывания заканчивается в положении стоп-кодона 1↓. Этот вариант был подтвержден секвенсором Sanger согластно HGMD Professional 2017.1, был описан как заболевание, вызывающее муриновую дистрофию мерозина Guicheney et al. 1997 (PMID: 9185182). Он классифицируется, как патогенный (класс 1) в соответствии с рекомендацией Centogene и ACMG. Вариант LAMA 2 c.7732C>T, создает преждевременный стоп-кодон. Таким образом молекулярно-генетическое исследование позволило обнаружить два варианта в гене LAMA2, которые связаны с мерозин-дефицитной врожденной мышечной дистрофией—аутосомно-рецессивным нарушением, которое вызвано дефицитом α^2 ламинина.

Заключение: Углубленный анализ пациентов с нейромышечными дистрофиями позволил не только обнаружить мишень поражения - мутацию в гене LAMA2, но и понять взаимоотношение генома и метаболома, в процессе прогредиентного течения заболевания. Ген LAMA2 определяет функцию мерозина. Дефицит мерозина характеризуется мышечной дистрофией мышечной гипотонией, отсутствием сосательного рефлекса, задержкой двигательного развития. Обнаруженные биохимические изменения (гипергомоцистеинемия, цитрулинемия, лизинемия, повышения уровня трансаминаз, снижение показателя креатинина) подтверждают тесную гено- и фенотипическую корреляцию признаков и их взаимозависимость.

Орлова Н.В.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЮ НЕВРОПАТИЧНОГО БОЛЮ У ДІТЕЙ(КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії № 1 та неонатології
Харків, Україна
Науковий керівник:професор Ріга О.О.

Актуальність. Згідно з рекомендаціями ВООЗ (2012 р.) використання протисудомних засобів, наприклад габапентину, в послабленні невропатичного болю у дітей з неврологічними порушеннями, часто може бути ефективним, оскільки лікування спрямоване на вісцеральні гіпералгезії і центральний невропатичний біль.

Окрім цього, інтегративна медицина використовує всі терапевтичні підходи, які впливають на дитину в цілому, та доповнює стандартну медичну допомогу, використовуючи

холістичний підхід до лікуванню болю: психотерапія, ігротерапія, фізична та окупаційна терапія, музикотерапія, аромотерапія.

Клінічний випадок. Дівчинка Ж., 3 р. 1 міс., с діагнозом: Аноксичне ураження головного мозку в результаті утоплення в прісній воді, вегетативний стан, спастичний тетрапарез, симптоматична епілепсія, гіпоталамічний синдром, когнітивні порушення. Кіфосколіоз грудного відділу хребта, привідна контрактура в тазостегновий суглобах D>S, еквіноварус правої стопи та еквіновальгус лівої стопи. Гіпотрофія центрального генезу.

Із анамнезу життя відомо, що дитина від 2 вагітності, 2 пологів 38 неділь. Росла та розвивалася відповідно віку.

Із анамнезу захворювання: 10.08.2017 року о 14 годин 30 хвилин дівчинка знайдена під водою надувного басейну, де знаходилась протягом 3-х хвилин, було зафіксовано відсутність дихання та ціаноз кожних покровів. Першу медичну допомогу надав батько. Після відновлення самостійного дихання та зменшення ціанозу, батьки доставили дитину до ВІТ МДЛ м. Слов'янська, де знаходилася на лікуванні до 14.10.2017 р. ШВЛ не проводилася. Рівень свідомості – сопор. В зв'язку з тяжкістю стану дівчинка переведена для лікування в ОДКЛ № 1 (14.10.17-31.10.17) м. Харкова, далі до ХОСБД №1 (31.10.17 – 24.11.17). Загальний стан дитини важкий. Контакту не доступна, на огляд реагує моторним плачем та наростанням м'язового тонусу. Виділяє маму, заспокоюється на руках у мами, пізнавальний інтерес різко знижений, іграшку не захоплює та не утримує в руках. Оцінювання за шкалою FLACC дало 7 балів (сильний біль). Кожні покрови та слизові блідо-рожевого кольору, вільні від висипання. Фізичний розвиток дисгармонічний, нижче середнього. Підшкірно-жировий прошарок розвинений недостатньо, загострені риси обличчя. Грубий спастичний тетрапарез, множинні контрактури суглобів верхніх та нижніх кінцівок: руки зігнуті в ліктьових суглобах та приведені до тулуба, кулачкова форма кісті; ноги зігнуті в суглобах та приведені до живота. Дівчинка самостійно положення не змінює, вимушене положення на спині, на боку, голова закинута назад. Сухожильні рефлекси торпідні. Патологічні ступневі знаки с-м Бабінського. Язик по середній лінії, напружений біля кореня, тризм жувальної мускулатури. Глотковий рефлекс знижений, вигодовується через зонд. Аускультативно в легенях везикулярне дихання. Тони серця ясні, ритмічні. Живіт м'який, доступний глибокій пальпації. Фізіологічні відправлення в нормі.

Дівчинка консультована педіатром, неврологом, психологом, лікарем ЛФК, дитячим ортопедом. Було призначено індивідуальну програму реабілітації. Дитина отримала через 7 днів габапентин (нейралгін), проведена оцінка болю за шкалою FLACC в динаміці зменшення больового синдрому (5 балів - помірний біль), тризму жувальної мускулатури та зменшення спастичності м'язів.

Висновки. Основним завданням управляння дитячим болем є його скорочення, контроль і запобігання, яке варіюється залежно від типу, джерела, тяжкості й тривалості болю.

[1]Пальчик С.М., [2]Грузкова М.Б.

РОЛЬ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ У ДІТЕЙ З ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

[1]Харківська медична академія післядипломної освіти
Кафедра рентгенології та дитячої рентгенології
Харків, Україна
[2]Харківський міжобласний спеціалізований медико-генетичний центр – центр рідкісних (орфанних) захворювань
Харків, Україна
Науковий керівник професор Вороньжев І.О.

Мета. Встановити роль променевих методів візуалізації в діагностиці захворювань легень у дітей з дисплазією сполучної тканини (ДСТ).

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний та проспективний аналіз 22 рентгенограм органів грудної клітки у дітей з ДСТ віком від 1 до 18 років із затяжним та/або рецидивним перебігом пневмонії в анамнезі. За показаннями частині дітей (7 дітей) була виконана нативна спіральна комп'ютерна томографія (СКТ) та СКТ з болюсним контрастним підсиленням.

Результати. У більшості спостережень спостерігалось двобічне ураження легень - у 13 хворих (59,0%). У 6 дітей (27,2%) візуалізувалась правобічна пневмонія, у 3 (13,8%) - лівобічна локалізація запального процесу. За клініко-рентгенологічними даними було діагностовано вогнищеві та вогнищево-зливні (54,5%), сегментарні форми пневмонії (31,8%), у 4 дітей (13,7%) – плевропневмонію. На СКТ-сканах візуалізувались субплеврально та/або перибронховаскулярно розташовані ділянки ущільнення легеневої тканини у вигляді поліморфних вогнищ та ділянок консолідації або «матового скла», симптом «повітряної бронхограми». Синдром бронхіальної обструкції (БОС) був діагностований у 12 дітей (54,5%), на рентгенограмах та СКТ характеризувався підвищеною пневматизацією легеневої тканини, розширенням міжреберних проміжків, сплощенням куполів діафрагми, посиленням та деформацією легеневого рисунка і розширенням судин коренів легень. Встановлена залежність між ступенем вираженості гіперпневматозу та патологічними змінами в легенях у дітей з дисплазією сполучної тканини дозволила виділити три ступені тяжкості БОС (Патент України на корисну модель № 109586 від 25.08.2016, бюлетень № 16): 1 ступінь (41,7%) - діафрагма розміщена на рівні 7 ребра, кут нахилу склепіння до 25º, посилення легеневого малюнка з обох боків за ретикулярним типом переважно в базальних відділах, підвищення прозорості легеневих полів - легкий ступінь тяжкості БОС. 2 ступінь (33,3%) - діафрагма на рівні 8 ребра, кут нахилу склепіння 26-29º, посилення та деформація легеневого малюнка за дрібночарунковим типом, підвищення прозорості легеневих полів - середній ступінь тяжкості БОС. 3 ступінь – діафрагма нижче 8 ребра, кут нахилу склепіння 30 º і більше, деформація легеневого малюнка за великочарунковим типом, наявність бул, пневмофіброз та формування легеневого серця – різко виражений ступінь тяжкості бронхообструктивного синдрому (25%). Також на СКТ виявлялись різні типи емфіземи, ділянки мозаїчної перфузії за рахунок експіраторних «повітряних пасток», розширення і деформація сегментарних і субсегментарних бронхів, потовщення стінок бронхів та ознаки бронхоектазів.

Висновок. Променеві методи візуалізації дозволяють своєчасно діагностувати патологію легень у дітей з дисплазією сполучної тканини, визначити наявність ускладнень та провести диференційну діагностику.

Підкова А.І.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОТІКАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ ФЕТОПАТІЇ У НОВОНАРОДЖЕНОГО

Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №1 та неонатології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Маліч Т.С.

Актуальність: На сучасному етапі спостерігається зростання частоти розвитку гестаційного цукрового діабету (ГЦД) у вагітних. Наявний прямий взаємозв'язок між частотою ГЦД і розвитком діабетичної фетопатії(ДФ) у новонароджених призводить до зростання останньої від 20% до 60%, в залежності від джерел.

ДФ у новонароджених перш за все характеризується порушенням процесів адаптації , можливими неврологічними наслідками (у 20,0% - 58,0% випадках), що можуть зберігатись і після періоду новонародженості. Протягом останніх років на базах кафедри, якими являються Харківський обласний клінічний перинатальний центр та Регіональний перинатальний центр, спостерігається зростання породіль з гестаційним цукровим діабетом, відповідно і новонароджених з діабетичною фетопатією. Стан цих новонароджених після

пологів завжди порушений і потребує ретельного нагляду та корекції в умовах палат інтенсивної терапії.

Мета дослідження:покращення діагностики діабетичної фетопатії у новонароджених, шляхом аналізу клінічного випадку діабетичної фетопатії у новонародженого, визначити провідний симптомокомплекс діабетичної фетопатії та особливості адаптації .

Матеріали і методи: в відділенні інтенсивної терапії новонароджених Харківського обласного клінічного перинатального центру було здійснено курацію новонародженої з ДФ, проведена робота з історією хвороби данного пацієнта.Анамнестичні данні: дитина народилась від третьої вагітності, що протікала на фоні анемії середнього ступеню, гестаційного цукрового діабету, ожиріння, загрози переривання вагітності у третьому триместрі. Родорозрішення шляхом кесаревого розтину. Дитина народилась з помірною асфіксією, по Апгар за 1хв – 6б., за 5хв – 7б.

При огляді доношеної новонародженої спостерігалась: макросомія (вага 4200 г), червоно-синюшний відтінок шкіри, акроцианоз. Відзначався гіпотонус м'язів, знижена рухова активність, яка при додатковій стимуляції змінювалась гіперзбудливістю, фізіологічні рефлекси були знижені. З боку дихальної системи – тахіпное, помірна участь допоміжної мускулатури в акті дихання; серцево-судинної системи – тахікардія, приглушення серцевих тонів. Пальпаторно печінка та селезінка не збільшені. Фізіологічні випорожнення не змінені.

У динаміці спостереження за дитиною після народження відзначалось порушення періоду адаптації у вигляді гіпоксично-ішемічної енцефалопатії, метаболічні порушення, з другої доби з'явились прояви кон'югаційної жовтяниці. При лабораторному дослідженні відмічалися: гіпоглікемія, гіпербілірубінемія за рахунок непрямої фракції, гіпокальціємія, гіпомагніємія, декомпенсований ацидоз. В процесі лікування стан дитини нормалізувався, спостерігалась позитивна динаміка з боку порушень центральної нервової системи, метаболічні порушення були компенсовані. Дитина виписана з пологового будинку в задовільному стані з рекомендаціями по спостереженню.

Висновки: Клінічний випадок представляє класичні прояви діабетичної фетопатії у дитини, народженої від матері з гестаційним цукровим діабетом: макросомія, порушення загального стану та процесів адаптації після народження. Метаболічні порушення та розвиток дезадаптаційного синдрому у новонародженого з діабетичною фетопатією пов'язані з наявністю гіпоглікемії, гіпербілірубінемії за рахунок непрямої фракції, гіпокальціємії, гіпомагніємії та декомпенсованим ацидозом.

Пільгуй І.В., Шульга А.А.

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІО-ЕМОЦІЙНОГО РОЗВИТКУ ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №1 та неонатології
Харків, Україна
Науковий керівник професор Ріга О.О.

Мета роботи – оцінити соціо-емоційний розвиток здорових дітей 2-4,5 річного віку, які відвідують дитячі дошкільні заклади та їх однолітків, які відвідують спортивні секції.

Матеріли і методи дослідження. Проведено анкетування батьків 323 дітей у м.Харкові віком від 2 до 4,5 упродовж 2016 року. Дизайн дослідження включав розробку анкети на основі інформаційних матеріалів щодо розвитку дитини Government of Western Australia, Department of Health, опитування батьків дітей, створення бази даних та статистична обробка отриманого матеріалу. Метод відбору батьків для опитування - випадковий. Опитування батьків 115 дітей проводили у дитячих дошкільних закладах м.Харкова за згодою батьків (основна група), окремо опитували батьків 208 дітей, які відвідували спортивну секцію. Анкета включала питання щодо соціо-емоціного розвитку дітей відповідного віку та питання, які випереджають розвитк дітей. Для порівняння вибіркових часток використовували метод кутового перетворення з оцінкою F-критерія.

Результати. Середній вік дітей основної групи – 3,6 (min – 2,9; max – 4,8) не відрізнявся від середнього віку дітей групи порівняння - 3,7 (min – 2,5; max – 4,8) років (p>0,05). Респондентами здебільше були матері. У дитячих садках на анкету відповіли 94% матерів, 3,4% батьків та 2,6% бабусь та дідусь. Респонденти спортивної секції розподілилися наступним чином: матері - 88% (p=0,0843), тата -10,5%, бабусі та няні – 1,5%. Отже, можна стверджувати, що в нашому суспільстві виховання дітей раннього та дошкільного віку більш притаманно матерям. Навіть у таку «чоловічу» спортивну секцію, як футбольну, дітей приводять матусі.

Результатами питань для навичок відповідного віку в залежності від групи спостереження були: «прагне допомагати батькам в щоденних простих справах (підмести, зібрати іграшки в коробку)» -108 (93,9%) та 201 (96,6%), p=0,240; «розуміє, що таке "моє" і "його / її"» - 111 (96,5%) та 190 (91,3%), p=0,0974; «наслідує батькам і друзям» - 109 (94,7%) та 171 (82%), p=0,0029; «приміряє на себе соціальні ролі в іграх (імітація в іграх дій дорослих)» - 86 (74,7%) та 198 (95%), p=0,0001; «здатний відчувати такі складні емоції, як образа, розчарування, сором, смуток» - 109 (94,7%) та 188 (90,3%), p=0,1182; «любить похвалу, прагне до того, щоб його хвалили» - 106 (92,1%) та 128 (61,5%), p=0,0001.

Результатами питань для навичок, які випереджають вік в залежності від групи спостереження були: «під час ігор проявляє себе як частину команди, домовляється з членами своєї команди» - 74 (64,3%) та 194 (93,2%), p=0,0001; «знайомий з поняттям статі» - 104 (90,4%) та 169 (81,2%), p=0,0345; знає, що таке правила (зокрема, правила гри) - 76 (66%) та 26 (12,5%), p=0,0001.

Висновки. Серед здорових дітей віком від 2-х до 4, 5 років випередження соціо-емоційного розвитку було у дітей, які відвідували дитячі садочки. Перспективами подальших досліджень мають бути вивчення основних доменів розвитку дітей раннього та дошкільного віку в залежності від терміну та частоти відвідування спортивних секцій.

Пугачова К.А.

ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ КАТЕЛЕЦИДИНУ LL37 ТА 25-ГІДРОКСИВІТАМІНУ D У ПЕРЕБІГУ РЕАКТИВНИХ АРТРИТІВ У ДІТЕЙ

Харківський національний медичниий університет
Кафедра педіатрії № 1 та неонатології
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Сенаторова Г.С.

Розвиток та хронізація реактивних артритів (РеА) залишається на сьогодні складним, недостатньо вивченим процесом, що обумовлює актуальність пошуку прогностично значущих факторів, що визначають перебіг РеА у дітей.

Мета: покращення прогнозування РеА у дітей шляхом дослідження вмісту кателецидину LL37 та 25-гідроксивітаміну D. Поряд із загальноприйнятими методами обстеження за допомогою ІФА визначено вміст кателецидину LL37 та 25-гідроксивітаміну D у крові 82 дітей віком 2-17 років, що хворіють на РеА, та проведено множинний логістичний регресійний аналіз окремих факторів.

У 72,7±8,1% дітей з гострим перебігом РеА, вміст 25-гідроксивітаміну D мав тенденцію до збільшення порівняно з первинним його рівнем. У дітей з хронічним та рецидивуючим перебігом захворювання при катамнестичному визначенні вітаміну D у 63,6±7,6% відмічалося зниження його вмісту порівняно із вихідним рівнем,а вміст 25-гідроксивітаміну D при контрольному дослідженні коливався від 10,50 до 32,16 нмоль/л з Me 23,56 (14,00;27,94) нмоль/л. У дітей з РеА зареєстровано зворотній кореляційний зв’язок між рівнем сироваткового 25-гідроксивітаміну D та рівнем гаптоглобіну (p<0,05).

Предикторами прогнозування переходу гострого перебігу РеА до хронічного та рецидивуючого є такі лабораторні показники, як рівень 2 фракції глікозаміногліканів крові менше 3,5 Од., рівень 25-гідроксивітаміну D менше 20 нмоль/л в крові, рівень каталецидину LL37 крові > 15,6 нг/мл.

Таким чином, предикторами неблагоприємного перебігу РеА у дітей являються дефіцит вітаміну D та підвищення рівню каталецидину LL37 у плазмі крові.

Рибка О.С., Голуб К.І., Труш А.М.

ПРОФІЛІ ГЛІКЕМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПІСЛЯ СТАНДАРТНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ГЛЮКОЗОЮ В СВІТЛІ ДІАГНОСТИЧНО ЗНАЧУЩИХ РІВНІВ ГЛІКОВАНОГО ГЕМОГЛОБІНУ У ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ

Харківський національний медичниий університет
Кафедра педіатрії № 1 та неонатології
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Чайченко Т.В.

На сучасному етапі розвитку ендокринології й інших галузей медичної науки проблема ожиріння привертає увагу великого числа вчених і практичних лікарів через асоційоване формування діабету 2 типу. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, число немовлят і дітей віком до 5 років котрі мають ожиріння збільшилося з 32 мільйонів у 1990 до 42 мільйонів в 2013. Якщо дані тенденції збережуться і на далі то число дітей з надлишковою вагою або ожирінням, в тому числі дітей молодшого віку досягне 70 мільйонів до 2025 року. Більшість дітей з дебютом ЦД2 мають ожиріння (80-92%), на відміну від дорослих (56%).

HbA1c відображає середній рівень глюкози в плазмі протягом попередніх 2-3 місяців за один вимір, яке може бути виконане в будь-який час доби і не потребує спеціальної підготовки, такий як стан натще. Ці властивості роблять його золотим стандартом для оцінки глікемічного контролю у людей з діабетом і привели до розгляду його в якості критерію цукрового діабету 2 типу як у дорослих, так і у дітей.

Об'єкт та методи дослідження: обстежено 64 дитини з нормальною, надлишковою і недостатньою масою тіла, (середній вік 13,56+2,47 років). Було досліджено рівні глюкози крові та інсуліну під час проведення стандартного орального глюкозо толерантного тесту, оцінка антропометричних показників, визначення глікованого гемоглобіну. Рівень глікованого гемоглобіну вище 6,5% був використаний для розподілу обстежених на 2 групи на HbA1C "негативні" та HbA1C "позитивні" .

Результати: За рівнем HbA1C негативні становили 5,75%, а HbA1C позитивні – 7,29%. У HbA1C позитивних осіб індекс маси тіла та абдомінальний жиророзподіл, а також показник HOMA-IR значно вищий ніж у HbA1C негативних. Діагностично значимі концентрації HbA1C виявлялись навіть у осіб з нормальним результатам ОГТТ. Незважаючи на те, що дисглікемії були виявлені лише у осіб з надлишковою масою та ожирінням, у яких мала місце прогресуюча інсулінорезистентність.

Висновки: Рівень HbA1C свідчить про значно порушений глікемічний статус. Причому значення вище 6,5% асоціюється з порушенням динаміки інсуліну. Вимірювання HbA1C повинно бути обов’язковим для усіх осіб з надлишком ваги будь-якого ступеню, оскільки валідно відбиває погіршення інсуліносенситивності і є менш коштовним та травматичним для пацієнта, ніж проведення ОГТТ з вимірюванням інсуліну та глюкози в усіх точках.

Сіліна М.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СИНДРОМА ВІСЛЕРА ФАНКОНІ У ДІТЕЙ

Харківський національный медичний університет
Кафедра педіатрії №2
Харків, Україна
Науковий керівник: к.мед.н. Сергієнко К.В.

Ревматологічні захворювання мають широке розповсюдження у сучасному світі, та частота виникнення клінічних випадків невпинно росте. Вважаємо за необхідне звернути увагу медичного товариства на один із можливих діагнозів, а саме синдром Вислера-Фанконі частота якого зросла в останні роки. Ми спостерігали за 4 дітьми від 2 до років із даним діагнозом. Основні скарги при вступі до стаціонару - фебрильна лихоманка, біль у великих

суглобах. Висип плямистий, еритематозний переважно над ділянкою суглобів кінцівок з позитивним симптомом Кебнера мав нестійкий характер та посилювалася при підвищенні температури тіла. Артралгії мали непостійний характер, але виражені, мігруючі (переважно гомілковостопні та колінні). У всіх хворих були виявлені абсолютний лейкоцитоз, прискорення ШОЕ, високий рівень показників гострої фази запалення, транзиторне підвищення АЛТ, АСТ, підвищення ЦІК та рівня імуноглобуліну М. Пацієнти отримували протизапальну терапію преднізолоном в дозі 2мг/кг, в якості базисної терапії – метотрексат. Середній срок катамнестичного спостереження – 8 років. 3 дітей мали стійку клініко – лабораторну ремісію. 1 дитина дала рецидив захворювання на 4 році спостереження після перенесеної ГРВІ.

Таким чином, аналіз даного клінічного матеріалу дає підставу розглядати синдром за результатами нашого дослідження рецидив данного захворювання підтверджує, що синдром Віслера – Фаншоні, очевидно, може бути самостійним захворюванням із різними виходами та мати рецидивуючий перебіг.

Стрелкова М.І, Проненко І.Ю., Шатохіна А.Ю.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ У ДІТЕЙ

Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії № 1 та неонатології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Омельченко О.В.

Хронічні вірусні гепатити (ХВГ), що займають лідуючі позиції в структурі захворювань печінки, є однією з найбільш важливих і складних проблем світової охорони здоров'я. Найважливішою особливістю ХВГ є їх переважно прихований перебіг. В даний час в світі налічується більше 500 млн. носіїв вірусних гепатитів з парентеральним шляхом зараження, які в більшості випадків набувають хронічного перебігу з формуванням важких наслідків - цирозу печінки і гепатоцелюлярної карциноми. Актуальність захворювань печінки пов'язана з високим рівнем захворюваності, а також істотними економічними витратами на діагностичний та лікувальний процеси.

У 2017 році на обліку в гастроцентрі КЗОЗ ОДКЛ знаходилося 200 дітей у віці від 5 до 11 років – 72%, від 12 до 18 – 28%; з них хворих на хронічний вірусний гепатит В – 119 дітей, С – 81 дитина, хронічний вірусний гепатит В+Д – 1 дитина, хронічний вірусний гепатит В+С – 7 дітей. За гендерним розподілом переважали хлопчики. У структурі захворюваності хронічними вірусними гепатитами у дітей переважав гепатит В. У місті Харків зареєстровано 122 хворих, в районах Харківській області – 78 дітей.

Найчастішими в анамнезі пацієнтів з хронічними гепатитами виявлені: перинатальний шлях зараження – 27,5%, гемотрансфузії – 55%, хірургічні втручання – 14,5%, після проведення татуювань – 3%. Встановлено, що ХВГ характеризується високим ризиком внутрішньсімейного зараження, тому що зараження вірусом між дітьми з однієї сім`ї складає 31%, а від матері до дитини – 23%.

У 83% дітей констатували стан середньої тяжкості. Основними клінічними проявами були: синдром хронічної неспецифічної інтоксикації (89,5%), диспептичний синдром (65%), синдром абдомінального болю (43,5%), гепатолієнальний синдром (41,5%). При лабораторному обстеженні виявленно синдром цитолізу (77,5%), синдром холестазу (45%), мезинхимально-запальний (38%) та синдром печінково-клітинної недостатності (21%). Підвищення рівня АлАТ в 1,5-2 рази відносно нормальних значень було виявлено у 30 дітей, 3-5 разів - у 44. Високий рівень АлАТ (більш ніж в 7 разів вище норми) виявлено під час надходження у 17 дітей. У 30% хворих відзначалося підвищення лужної фосфатази, що є показником холестазу.

Серед супутніх захворювань виявлено: онкогематологічні захворювання - 12,5%, солідні новоутворення - 3,5%, гемофілії - 13,5%, множинні вади розвитку (вродженні вади

серця, вродженні захворювання ЦНС, вади розвитку сечостатевої системи) - 12,5%, трисомія за 21 хромосомою – 6%.

Висновки: 1. У структурі захворюваності на хронічні вірусні гепатити у дітей переважає хронічний вірусний гепатит В, який характеризуються тривалим латентним перебігом.

2. Діти надходять до гастроентерологічного стаціонару у фазі реплікації, але з наявністю вираженого цитолізу.

3. У 48% дітей, обстежених в репликативну фазу ХВГ, виявлено тяжкі коморбідні стани.

4. Високий ризик внутрішньсімейного зараження пов`язаний з більш тісними побутовими контактами у межах однієї сім`ї та генетично детермінованими особливостями імунної відповіді на інфекцію.

Ткаченко О.Д.

PANDAS СИНДРОМ У СТРУКТУРІ СУЧАСНИХ РЕВМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

Харківський національный медичний університет
Кафедра педіатрії №2
Харків, Україна
Науковий керівник к.мед.н. Сергієнко К.В.

«Педіатричний аутоіммунний нейропсихіатричний розлад, ассоційований зі стрептококковою інфекцією», або PANDAS – це відносно нове захворювання, яке не було включене до Міжнародної класифікації хвороб X перегляду. Основні клінічні прояви – неврологічні порушення, які нагадують хорею, інфікування β – гемолітичним стрептококком, відсутність класичних клінічних проявів ревматизму (артрит, кардит, ураження шкіри).

Ми маємо досвід лікування цього захворювання на підставі клінічного спостереження протягом 2 років за хлопчиком К., 8 років. Основні скарги при госпіталізації – «шмаркання», спастичні скорочення м'язів передньої черевної стінки, порушення почерку, ходи, роздратованість, запальність, покашлювання, плаксивість. Перші прояви захворювання з'явилися після перенесеної ГРВІ за 3 роки до госпіталізації в нашу клініку. Лабораторним підтвердженням діагнозу був виявлений бета гемолітичний стрептококк групи А та підищений рівень АСЛО до 400 МО. Лікування проводилося антібактеріальними препаратами пеніцилінового ряду, нестероїдними протизапальними засобами, вітамінами групи В. Стійкість клінічних проявів та наявність вогнища хронічної інфекції визначили необхідність проведення тонзилектомії з послідуючим курсом імуномоделюючої терапії біовеном моно №10 із розраху 0,2 г/кг. Після проведеного курсу лікування ми спостерігали ремісію захворювання протягом 8 місяців. Восени цього року після перенесеної ГРВІ симптоми захворювання поновилися, що може бути пов'язано з сімейним носійством даного збудника та реінфікуванням.

Федорцова В.В. Сенаторова А.В.

ДІАГНОСТИКА ФЕТО-ПУПОВИННОГО КРОВООБІГУ ТА РАННЬОГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ В НОВОНАРОДЖЕНИХ

Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатріі №1 та неонатології
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Гночарь М.О.

Все найчастіше в Україні застосовуються сучасні допоміжні репродуктивні технологій, а саме, екстракорпорального запліднення (ЕКЗ), з одного боку вирішує демографічні, родинні та етичні проблеми, з іншого, викликає суто медичні проблеми: велику частоту багатоплідних вагітностей, а слідом, й передчасне народжування дітей та ускладнення з цим пов'язані. За даним іноземних дослідників, серед вагітностей після ЕКЗ

пологи до 32 тижнів роди відбуваються у 2,2 % при одноплідній вагітності, у 7,8 % — при двійні, у 27% — при трійні; до 37 тижнів — у 3,3; 43,5 і 32 % відповідно

Мета дослідження: оцінити фетальний кровообіг та перебігу раннього неонатального періоду у новонароджених від біхораільній біамніотичній двійні внаслідок екстракорпорального запліднення.

Матеріали і методи. В дослідження увійшло 26 жінок з багатоплідною вагітністю та їх 52 дитини. Вивчалися особливості перебігу анте-, інтра- та раннього неонатального періодів, антропометричні дані новонароджених. Першу групу склали 22 новонароджені дитини з ЕКЗ, другу - 30 новонароджених від звичайної багатоплідної вагітності біхоріальною біамніотичною двійнею. Третю, контрольну групу, склали 27 жінок з одноплідною вагітністю та їх 27 новонароджених. Допплерометричне дослідження проводили в артерії пуповини та в середні мозковій артерії плоду проведено в терміні гестації 37(36;38) тижнів на апараті Philips HD7 XE (Италія). Різницю значень визначали за критерієм Манна-Уітні на рівні $p<0,05$.

Результати. Гестаційний вік при багатоплідній вагітності в 1-ій групі був 35(35;37), в 2-ій - 38 (36; 38) тижнів, в 3-ій – 39 (38; 40) тижнів. Передчасні пологи відбувалися у 9 (81,8±11,6%) матерів 1-ої групи, у 6 (40±12,6%) матерів 2-ої групи ($p_{1,2}=0,0003$).

Допплерометричні ознаки плацентарної дисфункції в терміни 32-34 тижнів вагітності спостерігалися у 9 (81,8±9,0%) матерів дітей 1-ої групи, у 7 (46,6±12,8%) матерів дітей 2-ої групи та у 6 (22,2±7,9%) матерів 3-ої групи ($p_{1,2}=0,0111$; $p_{1,3}=0,0001$; $p_{2,3}=0,1734$). До особливостей церебральної гемодинаміки у новонароджених від матерів з ЕКЗ слід віднести підвищення Vmax 47,7 (42,9; 61,9) см\с у порівнянні з дітьми від матерів без ЕКЗ - Vmax 38,2 (33,8; 43,7) см\с, ($p=0,0069$), та підвищення IR 0,75 (0,66; 0,82) та 0,67 (0,62;0,71) відповідно ($p=0,0153$). Ми припускаємо, що на тлі збільшення плацентарної дисфункції при ЕКЗ у плодів відбуваються процеси перерозподілу кровообігу, що направлені на підтримку мозкової циркуляції.

Оцінка за Апгар < 7 на 5-й хвилині зафіксована у 5 (22,7±8,9%) дітей 1-ої групи, у 6 (19,3±7,0%) дітей 2-ої групи та не реєструвалася у дітей 3-ої групи ($p_{1,2}=0,7245$; $p_{1,3}=0,0176$; $p_{2,3}=0,0305$). Респіраторний дистрес синдром в ранній неонатальний період набував у 5 (22,7±8,9%) дітей 1-ої групи, у 10 (32,2±8,3%) дітей 2-ої групи та не спостерігався у дітей 3-ої групи ($p_{1,2}=0,4767$; $p_{1,3}=0,0176$; $p_{2,3}=0,0031$).

Висновки:

1. Плацентарна дисфункція частіше відбувається у жінок з багатоплідною вагітністю при екстракорпоральному заплідненні ніж при звичайній багатоплідній вагітності та передчасне народження немовлят.

2. У плодів з багатоплідною вагітностью від есктракорпорального запліднення зареєстровані процеси, збільшення кровотоку в середній магістральній артерії.

Фесенко І.В., Махаєва А.В.

СТАН ІНФОРМУВАННЯ ДІТЕЙ СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЩОДО СУЧАСНИХ КОНТРАЦЕПТИВНИХ ЗАХОДІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики педіатрії №1
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Атаманова О.В.

Широка поширеність інфекційних хвороб що передається статевим шляхом (ІПСШ) є причиною підвищення розвитку безпліддя у жінок і чоловіків, а також смертності серед людей різного віку. Багато людей є носіями небезпечних хвороб, таких як ВІЛ, сифіліс, герпес, гонорея, трихомоніоз, уреаплазмоз, хламідіоз, гепатит В, С та ін. Та нажаль, необізнаність дітей старшого шкільного віку щодо засобів контрацепції також становить вагомий відсоток у збільшенні вагітностей та народженні дітей підлітками у віці до 18 років.

МОЗ України стурбоване не лише поширенням інфекцій, що передаються статевим шляхом, а й збільшенням народження дітей у неповнолітніх матерів, тому проводить активну соціальну роботу для інформування населення про ризики ігнорування контрацепції і сприяє поширенню профілактивних заходів по попередженню захворюванності на ІПСШ та незапланованих вагітностей серед дівчат старшого шкільного віку.

Мета роботи: проаналізувати обізнаність дітей старшого шкільного віку щодо заходів контрацепції.

Проведено опитування 61 студента економічного коледжу, серед яких 16 хлопців та 45 дівчат віком від 16 до 17 років.

Встановлено, що 3,3 % учнів зовсім не знають, що таке контрацепція; у 56,6 % учнів джерелом інформації про контрацепцію є батьки, інші 43,3 % розділилися серед друзів, школи, Інтернету та книжок. Слід зазначити, що 62,7 % підлітків знають, що контрацепція потрібна для захисту від венеричних захворювань та ВІЛ; 45,8 % учнів інформовані про значення контрацептивів для попередження небажаної вагітності; 11,9 % учнів проігнорували запитання. Найпоширенішим видом контрацепції 71,2% учнів вважають презервативи. Про наслідки незахищеного статевого акту замислювалися 93,3 % підлітків; знають, що серед інфекційних хвороб вагомий відсоток займає ВІЛ – 91,8 %, сифіліс – 75,4 %, герпес – 32,78 %, гонорея – 22,9 % , хламідіоз – 14,8 %. Нажаль, але 1,6 % учнів мала особистий досвід у венеричних захворюваннях; 6,6 % учнів вважає, що ВІЛ – інфекція передається через поцілунок з інфікованою людиною, 4,9 % дітей вважає, що один з способів передачі ВІЛ-інфекції є рукостискання, 22,9 % дітей вбачають небезпеку в укусах комах, 4,9 % учнів - в спільному використанні постільної білизни чи посуду хворої людини; 83,6 % та 85,2 % згодні, що статевий шлях і контакт з інфікованою кров'ю займає провідне місце у розповсюдженні хвороби відповідно; 14,8% дітей припускають поширення інфекції через піт, слину та сльози. Вважають, що «ВІЛ причина СНІДу» - 72,1 % дітей, «ВІЛ і СНІД одне й те ж саме» - 13,1 % дітей, «Не пов'язанні між собою» -14,8 % дітей; на питання «Чи може ВІЛ-позитивна людина виглядати абсолютно здоровою?» «Так» відповіли 83,6 % учнів і «Ні» - 16, 4 % дітей. За подальшим отриманням інформації про безпечне статтеве життя і контрацепцію 77 % дітей звернуться до батьків, 11,5 % дітей будуть обговорювати з друзями, 54,1 % учнів використають консультацію лікаря, 29,5 % дітей звернуться за допомогою до Інтернету або книжки.

Таким чином, на сьогоднішній день діти старшого шкільного віку, що навчаються на 2-3 курсі економічного коледжу проінформовані про контрацепцію.

Опираючи на отримані результати опитування можливо зробити висновок, що велике значення мають атмосфера взаємної довіри дітей ї батьків, виховна робота викладача і освітня робота медичних працівників щодо профілактики ІПСШ і незапланованих вагітностей.

Хаустов Д.С.

РАННИЕ ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ БОЛЕЗНИ ХАНТЕРА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра педиатрии №1 и неонатологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н. Помазуновская Е.П.

Мукополисахаридоз (МПС) — лизосомальная болезнь накопления, в основе которой лежит дефицит ферментов генетически детерменированных дефектов ферментного расщепления углеводной части молекулы мукополисахаридов (гликозаминогликанов), при этом в тканях (преимущественно в фибробластах и мезенхимальных клетках) накапливаются хондроитинсульфаты В и/или гепаранмоносульфаты, что в свою очередь приводит к патологическому строению соединительной ткани. Известно 14 типов мукополисахаридозов, и каждому из них соответствуют нарушения определенного фермента. МПС II типа связан с

дефицитом фермента альфа-идуроносульфат сульфатазы, в результате чего в соединительной ткани накапливается гликозаминогликан дерматансульфат и гепарансульфат.

Цель работы: усовершенствование диагностики лизосомальных болезней накопления путем определения ранних фенотипических маркеров заболевания.

Материалы и методы: собственное клиническое наблюдение. Мальчик З., до 4 лет 6 месяцев находился на диспансерном учете с диагнозом: сбалансированная перестройка хромосом, врожденной патологии ЦНС (микроцефалия), содружественного косоглазия. Из анамнеза жизни и заболевания выяснено, что ребенок задерживался в психо-физическом и речевом развитии, частые респираторные заболевания, ринорея.

При анализе фенотипа обращали на себя внимание характерные грубые черты лица (широкая переносица, макроглоссия, утолщенные ноздрей и губ, глубоко посажены глаза, низкая линия роста волос, жесткие волосы, дизморфичные ушные раковины, аномальное расположение зубного ряда, короткая шея), гипертелоризм сосков, сколиоз, тугоподвижность суставов кистей, а также пупочная грыжа. В соматическом статусе выявлена заложенность носа, шумное дыхание, грубый голос. Мышечная дистония. Живот был увеличен в объеме. Обращала на себя внимание гепатомегалия. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, двусторонний крипторхизм. В возрасте 4 года 6 месяцев ребенка когнитивная функция соответствовала 1,5 -2 годам.

Особенности фенотипического и соматического статуса дали основание заподозрить наследственную болезнь обмена веществ, в частности, мукополисахаридоз. Для подтверждения диагноза определен уровень гликозаминогликанов крови, который был снижен во всех фракциях. Активность лизосомальных ферментов: идуронат-2-сульфатазы 1,51 (норма 400-3300) nmol/spot*21h, альфа ирудонидазы (MSMS) 1009,82 (норма 200-2614) nmol/spot*21h, N- ацетилгалактозамин-4-сульфатазы (ARSB) 0,17 (норма 0,17—0,9) nmol/spot*21h, β-галактозидазы 1,15 (норма 0,5-3,2) nmol/spot*21h. При повторном мониторинге идуронат-2-сульфатазы выявлено практически полное отсутствие фермента (показатель 0,001 при норме 400-3300). На основании жалоб, данных анамнеза, особенностей фенотипа, неврологического статуса, лабораторно-инстументальных методов обследования был установлен диагноз мукополисахаридоз 2 типа (болезнь Хантера). Ребенку планируется назначение пожизненной патогенетической фермент заместительной терапии.

Выводы. Данный случай демонстрирует позднюю диагностику болезни Хантера, обусловленную наличием коморбидной патологии (микроцефалии, сбалансированной перестройки хромосом). У детей раннего возраста с симтомокомплексом, включающим сколиоз, пупочную грыжу и тугоподвижность суставов кистей важно обращать внимание на фенотипические трансформации в пользу более грубых черт лица, прогрессирующую задержку психо-физического и речевого развития, что позволит своевременно диагностировать мукополисахаридоз и проводить ферментзаместительную терапию.

Черненко Л.М., Криворотько Є.І.

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУЗ ПАТОЛОГІЄЮ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №1 та неонатології
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Гончарь М.О.

Завдяки тісному морфофункціональному взаємозв’язку, обструктивні чи рестриктивні зміни при патології органів дихання призводять до ранніх порушень легенево-серцевих відносин, результатом чого є гіпоксична легенева вазоконстрикція, механічне звуження судин і обструкція судинного легеневого ложа, що, в свою чергу, призводить до легеневої гіпертензії та формування хронічної серцевої недостатності. Відомо, що наявність патологічної геометрії правих камер та діастолічної дисфункції міокарда у подальшому будуть визначати стан серцево-судинної системи хворих, тому під час спостереження за

дітьми із патологією дихальної системи стає важливим прогнозувати формування цих станів та попереджати їх появлення.

Мета. Оцінити стан серцево-судинної системи у дітей раннього віку з патологією дихальної системи.

Матеріали й методи. Для вивчення особливостей біоелектричної активності серця у обстежених дітей проводився аналіз результатів електрокардіографії. Оцінювали показники, відображаючи лінійні розміри порожнин серця та магістральних судин з послідуючим розрахунком центральної гемодинаміки, діастолічного трансмітрального кровоточу за методом L.K.Hattle, B.Angelsen, середній тиск в легеневій артерії оцінювали за методом Citabataky за допомогою ехокардіографії серця з доплеровським ефектом.

Було обстежено 14 дітей, які знаходилися на лікуванні в пульмонологічному відділенні віком від 2-х до 5 років. Серед яких у 6 (42,8%) діагностовано гострий обструктивний бронхіт, у 3-х дітей (21,4%) – бронхіальну астму, у 5 пацієнтів пневмонію (35,8%). Серед обстежених дітей було 5 хлопчиків (35,7%) та 9 дівчат (64,3%).

Результати. Аналіз результатів ЕКГ показав, що порушення ритму та провідності було діагностовано у 57,2% дітей. Серед номотопних порушень ритму превалювала синусова тахікардія (87,5%). У 14,3% обстежених дітей з бронхіальною астмою було зареєстровано зниження вольтажу, що, на нашу думку, пов'язано з емфіземою легеневої тканини, яка виповнює в цьому випадку роль електроізолюючого матеріалу. Порушення процесів реполяризації міокарда шлуночків у вигляді високого двофазного зубця Т в грудних відведеннях зареєстровано у 42,8% обстежених дітей.

Результати доплероехокардіографічного дослідження з'ясували, що у 6 пацієнтів було виявлено наявність малих аномалій розвитку серця, а саме: у 4 (28,6%) дітей – пролапс передньої стулки мітрального клапану, у 9 (64,3%) – аномальна хорда лівого шлуночка. У 3-х дітей (21,4%) виявлено відкрите овальне вікно. Асинергію скорочень міокарда виявлено у 28,6% обстежених дітей в поєднанні з порушенням реполяризації міокарда за даними електрокардіографії може бути обумовлено наявністю гіпоксії.

Висновок. Поглиблене кардіологічне обстеження з використанням ЕКГ, допплерехокардіографії серця дозволило виявити формування кардіоваскулярної патології в дітей із патологією дихальної системи. Тому діти з патологією дихальної системи потребують ретельного обстеження та пропонується використовувати в ролі діагностичних маркерів майбутніх віддалених серцево-судинних ускладнень. Наведені дані потрібно враховуватися під час клінічного моніторингу за дітьми із бронхолегеневою патологією з метою попередження виникнення кардіоваскулярних ускладнень.

Шубина М.В.

ГЛИЦИНОВАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра педиатрии №1 и неонатологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н. Помазуновская Е.П.

Глициновая энцефалопатия (некетотическая гиперглицинемия, nonketotic hyperglycinemia, NKH) – редкое генетическое метаболическое заболевание, с аутосомно-рецессивным типом наследования, характеризуется дефицитом активности фермента расщепления глицина и, как следствие, накоплением его во всех тканях и жидкостях организма, в т.ч. головном мозге. Наибольшей диагностической информативностью обладают оценка психомоторного, физического, речевого развития, неврологического статуса, магнитно - резонансная томография головного мозга, электроэнцефалография.

Цель: усовершенствование профилактики инвалидизации и летальности больных с глициновой энцефалопатией путем своевременной диагностики на основании анализа клинико-фенотипических особенностей и лабораторных маркеров у детей с инфантильными спазмами и назначения ранней специфической терапии.

Материалы и методы. Проведено собственное клиническое наблюдение больной У., 2,5 лет, родители которой обратились в стационар для подбора антиконвульсантов. Из особенностей анамнеза отмечено, что ребенок рожден доношенным от разнорасового брака. С рождения обращал на себя внимание синдром угнетения ЦНС, требующий респираторной поддержки в условиях отделения интенсивной терапии. С 3-х месяцев ребенок начал утрачивать приобретенные навыки, впервые появились эквиваленты судорог. В возрасте 6 месяцев приступы участились на фоне приема вальпроатов. Данные семейного анамнеза: по материнской линии троюродный брат пробанда умер в возрасте 12 лет на фоне прогрессирующего неврологического заболевания, троюродная сестра пробанда родилась с врожденными аномалиями кисти (троепалость) и патология органов зрения.

У наблюдаемого ребенка имел место характерный фенотип: близко расположенные глаза, дизморфичные ушные раковины, низкий уровень роста волос, узкая нижняя челюсть, «кукольное лицо», гипертелоризм сосков, пупочная грыжа, на передней брюшной стенке выявлено пятно кофейного цвета в диаметре 0,5-0,7см. Физическое развитие было патологически низким, дисгармоничным; кожа сухая, тургор и эластичность тканей снижены; крик слабый; клонус стоп; умеренная гепатомегалия. Ребенок самостоятельно не сидел, не переворачивался, не брал и не удерживал игрушку, за предметом не следил, обращали на себя внимание единичные хаотические движения в ручках. Речевое развитие отсутствовало. На электроэнцефалографии выявлены грубые нарушения паттерна, выраженное диффузное снижение биоэлектрической активности, снижение тормозных корковых влияний. Пароксизмальная активность в виде нечастых волн низкой амплитуды, признаки нижнестволовой дисфункции. С целью исключения гиперглицинемии был проведен контроль содержания вальпроатов в крови и глицина крови (могут обратимо увеличить концентрацию глицина в спиномозговой жидкости до ≥ 60 мкмоль / л у лиц). Уровень глицина крови методом тандемной масс-спектрометрии был повышенным в 2 раза. Полученные данные дали основание установить диагноз некетотической гиперглицинемии и назначить патогенетическую терапию (бензоат натрия, перорально, в дозе 250 мг/кг/сут). В динамике отмечена стабилизация состояния ребенка в виде уменьшения частоты эпиприступов.

Выводы. У детей с несоответствием тяжести состояния со степенью гипоксически-ишемического поражения ЦНС в неонатальном периоде, ранними фармакорезистентными инфантильными спазмами на фоне краниофасциальных дизморфий, рекомендовано проведение электроэнцефалографии и масс-спектрометрии, для диагностики глициновой энцефалопатии и своевременного назначения патогенетичекой терапии в профилактике инвалидизации и летальности.

Інфекційні хвороби, епідеміологія, дерматологія

МЕДИЦИНА ТИСЯЧОЛІТТЯ

ФЕСТИВАЛЬ ХАРКІВ НАУКИ

МОЛОДІЖНОЇ

Hvozdetska M.G.

LEVEL OF URIC ACID IN CEREBROSPINAL FLUID OF HIV-INFECTED PATIENTS WITH MENINGOENCEPHALITIS

Kharkiv National Medical University
Department of infectious diseases
Kharkiv, Ukraine
Scientific supervisor: professor Kozko V.M.

The nervous system is involved in the pathological process in 50-90% of patients with HIV / AIDS. The central nervous system affects HIV as a direct action of HIV on the brain, as well as due to opportunistic infections, among which the most common are toxoplasmosis, cryptococcosis and herpesvirus. An increase in the uric acid concentration occurs with increased metabolism of nucleic acids and brain atrophy. The amount of uric acid in cerebrospinal fluid increases as well with severe forms of bacterial meningitis, uremia, liver diseases, gout.

Aim of study: Evaluate the uric acid level in cerebrospinal fluid of HIV-infected patients with meningoencephalitis depending on severity of the disease.

Materials and methods: Under supervision were 15 patients diagnosed with HIV infection IV clinical stage, meningoencephalitis moderate to severe course. Uric acid level in cerebrospinal fluid was determinated by using the set of reagents Uric acid («СпЛ», Russia) in accordance with the manufacturer's instructions. Blood samples were taken from the elbow vein in the morning on an empty stomach in the laboratory of the Central Research Laboratory at KNMU. The control group consisted of 15 persons with respiratory viral infection with meningismus. Statistical processing of the results was carried out using Student t-criterion for small choices.

Results: Among the examined patients, men were 9, and women 6. The average age was 39±2,85 years (min - 28, max - 47). In 5 patients in the cerebrospinal fluid EBV DNA was found, in 4 -cryptococci, in 5 – mixed of EBV and T. gondii DNA, and in 1 - HSV DNA. Uric acid level in cerebrospinal fluid of examined patients with moderate severity was 64,12±1,8mkmol/l that was higher than at control group (44,7±2,5 mkmol/l, $p<0,001$), but lower than in patients with severe course of disease (89,25±1,2 mkmol/l, $p<0,001$).

Conclusions: In HIV-infected patients with meningoencephalitis, an increase in cerebrospinal fluid of uric acid is observed, indicating severity of illness.

Iliukha S.

LOW MEAT CONSUMPTION AS A RISK FACTOR OF HIGH TUBERCULOSIS INCIDENCE

Kharkiv National Medical University
Department of Epidemiology
Kharkiv, Ukraine
Supervisor: Chumachenko T.

Background: Tuberculosis (TB) is as much a social disease as an infectious disease. In 2015, 10.4 million newTB cases were estimated worldwide. The World Health Organization (WHO) has declared TB to be a global emergency and has called for urgent and extraordinary action.

In addition to that TB is known as a disease of poverty. It is widely recognized that the poorer the community, the greater the risk of being infected with the TB germ. Globally, low and lower-middle income countries account for more than 90% of TB cases and deaths. 76% of the world’s population lives in these countries.

Our aim was to estimate the impact of average annual meat consumption per person (kg)on TB spreading around the world.

Materials and methods: we studied association of average annual meat consumption per person (kg) with TB incidence. MS Excel was used for statistical analysis of the data. The relationship between the signs were assessed with the Pearson correlation coefficient. Strength of the correlation was described using the guide that Evans (1996) suggests for the absolute value of r.

To study the relationship between TB incidence and average annual meat consumption per person (kg) 20 countries were chosen with the highest and the lowest meat consumption rate.

The BCG World Atlas 2nd Edition (Updated in 2017), map of meat consumption around the world by CARTO (2017), WHO, United Nations and PubMED resources were used.

Results of study: a strong negative correlation between TB incidence and average annual meat consumption per person (kg) was found (r_{xy}=-0.67; $p<0.01$). This increasing consumption of meat could lead to the decrease of the incidence of TB in countries with high TB burden and famine. So, the nutrition of population in these countriesshould be improved to overcome high TB burden there.

Conclusion: Obtained results showed that the average annual meat consumption per person (kg) has influence on TB spreading. The most important thing is that this factor is controllable. Therefore, implementation of social programs to decrease the poverty and famine are in high demand to achieve the goal “End the global TB epidemic”, defined as around 10 new cases per 100 000 population per year.

Tatuzyan E.G., Ovcharenko L.V.

HAIRYPART OF THE HEAD PLASMATHERAPY IN THE TREATMENT OF ALOPECIA

Kharkiv National Medical University
Department of dermatology, venerology and medical cosmetology
Kharkiv, Ukraine

Purpose of research: The use of new therapy methods in the treatment of alopecia.

Task: The role of plasma therapy analysis in the treatment of alopecia.

Materials and methods: 22 women within the age of 25 to 37 were kept under our observation. Patients claimed to have dry, fragile, dull hair, which fell. Each patient was tested for hepatitis and HIV before procedure courses were prescribed.

Between 10 ml to 30 ml of blood was taken from each patient`s elbow vein. Test-tubes with blood were placed into special centrifugal machine. After, blood plasma was separated and injected into problem areas of head skin with mesotherapymethods (with papules, in a linear form). With the aim of solving individual problems in each case, the treatment included 8-10 procedures of hairy part of the head plasma therapy once every 14 days. Special biotech test – tubes with anticoagulant and distribution gel were used. All materials used during procedure were certified, sterile and disposable.

Results: 100% of women remained satisfied with the result of the procedure. Each one mentioned that herhair looked more dense and “healthier”, became easier to comb and silky by touch, while its growth improved considerably at the same time.

Conclusion: Plasma therapy is a unique injection method which helps to restore lost hair andmaintain its beauty. The method described is completely safe and hypoallergenic. Plasma therapy procedure can easily be combined with other cosmetology techniques. This method requires very little invasion and can be performed on an outpatient basis. The plasma therapy method can be recommended to thegeneral public.

Безвербний В.І., Донцова Є.В., Погорєлова О.О.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РОЗВИТКУ РАКУ ГОРТАНІ НА ФОНІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ГОРТАНІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра фтизіатрії та пульмонології
Харків, Україна
Науковий керівник: к.мед.н. Степаненко Г.Л.

Актуальність. Нерідко туберкульоз легенів ускладнюється розвитком туберкульозу гортані. Іноді такі випадки утруднюють диференційну діагностику з іншими причинами ураження гортані, зокрема онкологічними.

Мета. Дослідити клінічний випадок поєднання туберкульозу та раку гортані.

Матеріали та методи. Нами був обстежений чоловік хворий на туберкульоз, віком 58 років, який мав великий стаж куріння (протягом 32 років приблизно по 20 сигарет на день), який проходив лікування на базі обласного протитуберкульозного диспансера № 3 м. Зміїв, Харківської області. Центральною лікарсько-консультативною комісією було затверджено діагноз вперше діагностованого дисемінованого туберкульозу легень з розпадом і бактеріовиділенням. Ураження гортані розвивалося на фоні прогресування туберкульозу в легенях. При об'єктивному обстеженні були виявлені осиплість голосу, біль при ковтанні. При мікроскопічному та культуральному дослідженні мокротиння пацієнта були виявлені мікобактерії туберкульозу зі збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів. Пацієнту була призначена стандартна схема протитуберкульозної терапії за 1 категорією. Але стан пацієнта не покращувався – наростали прояви інтоксикації, порушення зовнішнього дихання. При проведенні спірографії були виявлені порушення вентиляції за змішаним типом тяжкого ступеня. У зв'язку з зазначеним пацієнту були призначені консультація оториноларинголога та бронхоскопія. Під час дообстеження у пацієнта були виявлені патологічні зміни в гортані, зокрема пухлина з екзофітним ростом, розташована у грушоподібному синусі. При дослідженні біопсійного матеріалу були виявлені епітеліоїдні, гігантські клітини, казеозні зміни характерні для туберкульозного процесу, а також плоскоклітинний рак гортані. Подальше дообстеження виявило множинне метастазування пухлини. Була призначена консультація онколога, призначена хіміотерапія, але не зважаючи на проведене лікування пацієнт помер.

Висновок. Нами був досліджений клінічний випадок поєднання туберкульозу і раку гортані. На жаль, у даного пацієнта через труднощі диференційної діагностики не вдалося вчасно встановити діагноз та розпочати лікування, що призвело до летального результату. Описаний випадок ще раз дозволив нам переконатися у важливості раннього виявлення лікарями загальної лікарської мережі як онкологічних процесів, так і туберкульозу.

Бережна А.В.

РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ДО ПРЕПАРАТІВ ГРУПИ ЦЕФАЛОСПОРИНІВ МІКРООРГАНІЗМІВ, ВИДІЛЕНИХ ВІДХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ

Харківський національний медичний університет
Кафедра епідеміології
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Чумаченко Т.О.

З другої половини XX сторіччя і по сьогоднішній час антибактеріальні препарати цефалоспоринової групи займають провідне місце в клінічній практиці за частотою використання. Науково-технічний прогрес, реклама лікарських засобів у мас-медіа та доступність антибіотиків у вільному продажі без лікарських рецептів стимулюють населення до самолікування, що часто обумовлює недоцільне їх використання та формування антибіотикорезистентності, в тому числі і до цефалоспоринів.

Мета роботи. Оцінити рівень резистентності ізолятів різних груп мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів цефалоспоринового ряду.

Матеріали та методи. За даними мікробіологічного моніторингу проведено порівняльний аналіз рівня резистентності до антибактеріальних препаратів групи цефалоспоринів 2 275 ізолятів різних груп мікроорганізмів, виділених від хворих хірургічних стаціонарів в Харківській області в 2014 р.

Результати та їх обговорення. Резистентність ізолятів золотистого стафілококку до цефалоспоринів першого покоління варіювала від 4,46 % (цефазолін) до 40,60 % (цефалексин). Майже чверть виділених ізолятів була резистентною до цефалоспорину другого покоління цефуроксиму. Серед ізолятів Staphylococcusaureus резистентність до цефалоспоринових препаратів третього покоління в середньому склала 17,34 %, причому найбільша частка виділених ізолятів була резистентною до цефтриаксону (30,26 %), а

найменша – до цефотаксиму (10,17%). Резистентність ізолятів до препарату четвертого покоління цефепіму склала 22,86 %. При аналізі резистентності ізолятів Staphylococcusepidermidis до препаратів цефалоспоринового ряду максимальну стійкість, як і у випадку з Staphylococcusaureus, відмічено до препарату першого покоління цефалексину (60,00 %). Стійкість ізолятів Staphylococcusepidermidis до інших представників цефалоспоринів була невисокою та в середньому склала 9,75 %. Резистентність ізолятів Streptococcusspp. до препаратів цефалоспоринового ряду в середньому склала 21,84 %.

Резистентність ізолятів Klebsiella до цефалоспоринів варіювала в межах 4,76 % - 47,62 % (до цефазоліну та цефоперазону відповідно) та в середньому скалала 32,62 %. Найменша частка ізолятів Escherichiacoli була резистентною до препарату третього покоління цефтриаксону (13,37 %), найбільша – до препарату другого покоління цефуроксиму (64,37 %). Також виявлена висока питома вага резистентних ізолятів Escherichiacoli до препарату першого покоління цефалоспоринів – цефалексину (61,54 %). Резистентність ізолятів Enterobacterspp. до препаратів цефалоспоринового ряду коливалась від 23,33 % (цефоперазон) до 52,87 % (цефепім) та в середньому склала 41,79 %.

Резистентність ізолятів Pseudomonas aeruginosa та Enterococcusfaecalis до препаратів цефалоспорнового ряду була дуже високою та варіювала в межах 25,00 % - 100,00 % та 75,00 % - 94,08 % відповідно.

Висновки. Мікроорганізми різних видів мають неоднакову резистентність до препаратів цефалоспоринового ряду. Найменшу стійкість мали стафілококи (золотистий та епідермальний) та стрептококи, а найбільшу – ізоляти Pseudomonas aeruginosa та Enterococcusfaecalis.

З метою попередження зростання рівня антибіотикорезистентності штамів в клінічній практиці необхідно раціонально застосовувати антибіотики: тільки за призначенням лікаря, з дотриманням правильного дозування, схем використання та під лабораторним контролем чутливості збудників. Також в лікувально-профілактичних закладах на державному та регіональному рівнях необхідно проводити постійний мікробіологічний та епідеміологічний моніторинг інфекцій, які спричинені антибіотикорезистентними штамами збудників. Слід створити регіональні реєстри антибіотикорезистентності мікроорганізмів, які циркулюють на певній території.

Букій С.М.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ШИГЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ, ІНФІКОВАНИХ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСОМ

Харківський національний медичний університет
Кафедра дитячих інфекційних хвороб
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Кузнєцов С.В.

В останній час проблема шигельозу у всьому світі є актуальною, що зумовлено високими показниками захворюваності на нього. Особливе значення шигельоз має в педіатричній практиці. Сучасні дослідження встановили що, серед дитячого населення зростає кількість інфікованих вірусом герпесу, а саме, цитомегаловірусом (ЦМВ). Інфікування ЦМВ призводить до змін імунної відповіді, що не може не вплинути на перебіг супутніх захворювань, в тому числі і шигельозу.

Метою дослідження було вивчення особливості клінічно-лабораторних проявів шигельозу у дітей, інфікованих цитомегаловірусом.

Був проведений порівняльний аналіз клінічних симптомів шигельозу у 63 дітей віком від трьох місяців до п’яти років. Першу групу склали 33 дитини, хворих на шигельоз, другу – 30 на шигельоз, який протікав на фоні інфікування хворих цитомегаловірусом.

Групи хворих були рівнозначними за віком та статтю. У всіх дітей захворювання протікало в середньотяжкій формі.

Для всіх дітей характерними були гострий початок захворювання, підвищення

температури тіла, розвиток діарейного синдрому і симптомів загальної інтоксикації. При моно шигельозній інфекції прояви загальної інтоксикації зростали швидкими темпами в перші дві доби, а у дітей, інфікованих ЦМВ відмічався послідовний розвиток інтоксікаційного синдрому на протязі 3-4 діб. Перебіг лихоманки був на 2-3 дні більш тривалим у дітей з фоновою інфекцією ніж у дітей першої групи. Період зберігання діарейного синдрому також відрізнявся: у дітей з моноетіологічним захворюванням дисфункція кишківника зберігалась до – 4,84+-1,18 діб, а у дітей з наявністю (ЦМВ) – 7,41+-1,08 (P<0,05). Розбіжність була і в нормалізації показників копрограми : у дітей другої групи покозники копрограми не відрізнилась від норми з 9,24+-1,32 доби, а у дітей першої групи – з 6,58+-1,12 (P<0,05).

Таким чином, шигельоз у дітей, інфікованих цитомегаловірусом характеризується більш повільними проявами токсичного і діарейного синдрому і, в той же час, більш тривалим їх перебігом.

На нашу думку, виявлені клінічно-параклінічні особливості можуть стати достатньо аргументованими показниками створення діагностичного алгоритма фонового інфікування дітей, хворих на шигельоз, що без сумніву, вплине, на наш погляд, на шляхи удосконалення терапії хворих на шигельоз.

Бутов Д.А., Скорый Д.А., Юшкевич М.К.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Харьков, Украина

Целью нашего исследования было изучение особенностей туберкулезного менингита (ТМ) у больных с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Нами было обследовано 52 пациента с ТМ. Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа пациенты с ТМ и ВИЧ (n=32) и 2-я группа пациенты с ТМ (n=20). Возраст больных 1-ой группы был (38,12±1,42) лет, а 2-ой (41,38±1,06) лет (p>0,05). В группах статистически не достоверно преобладали мужчины (1-я группа 19 (59,38±8,68) и 2-я группа 12 (60,00±11,24)) нежели женщины (1-я группа 13 (40,63±8,68) и 2-я группа 8 (40,00±11,24)) (p>0,05). У всех больных был диагностирован туберкулез легких: у 10 больных был диагностированный диссеминированный туберкулез (ТБ) (1-я группа 6 (18,75±6,90%) больных, 2-я группа 4 (20,00±9,18%) больных), 12 пациентов инфильтративный ТБ легких (1-я группа 8 (25,00±7,65%) больных, 2-я группа 4 (20,00±9,18%) больных) и 30 милиарный ТБ (1-я группа 18 (56,25±8,77%) больных, 2-я группа 12 (60,00±11,24%) больных) (p>0,05). Все больные получали стандартную противотуберкулезную и антиретровирусную терапию в зависимости от случая ТБ и ВИЧ.

Результаты исследования. У исследованных больных мы наблюдали выраженные общемозговые симптомы, в меньшей степени очаговые, ликворологические и ликвородинамические сдвиги на фоне выраженного интоксикационного синдрома в виде повышения температуры тела до фебрильных цифр, ночные профузные поты, прогрессирующая общая слабость, понижение аппетита и похудения. Стоить отметить тот факт, что у больных 1-ой группы приведенная симптоматика была более выраженной, нежели у 2-ой группы как за счет общемозговые, очаговой так и интоксикационной симптоматики, показатели между группами были достоверны (p<0.05). Изучая ликвородинамический сдвиг, то обращает на себя внимания тот факт, что показатель белка в спино-церебральной житкости (СЦЖ) был достоверно выше у пациентов 2-й группы (0,75±0,11) г\л нежели 1-ой (0,35±0,03) г\л (p<0.05), глюкоза была достоверно выше у больных 1-ой группы (2,04±0,12) млмоль\л – 2-ой (1,21±0,9) млмоль\л (p<0.05), более выраженный цитоз наблюдался у больных 2-ой группы (53,46±11,47) лейкоцитов – 1-ой

(26,22±5,22) лейкоцитов, в основном за счет лимфоцитов ($p<0.05$). Кислотоустойчивые бациллы в ЦСЖ были выявлены у 3 больных.

Выводы. Течение ТМ у больных с ВИЧ проявляется более выраженной как очаговой, общемозговой и интоксикационной симптоматикой, нежели у пациентов с ТМ. Кроме того, у больных с ТМ и ВИЧ наблюдается достоверно большее количество глюкозы и меньшее количества белка в СЦЖ, чем при ТМ на фоне выраженной клинической симптоматики. Также более выраженный цитоз в СЦЖ характерный для больных с ТМ нежели для больных с ТМ и ВИЧ.

Великий А.П.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ХОПТД №1 ЗА 6 МЕСЯЦЕВ 2017 ГОДА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н. Чопорова А.И.

Актуальность: В настоящее время, в связи с эпидемией туберкулеза в Украине, все чаще возникает потребность в помощи фтизиохирурга для лечения данной патологии. Данное исследование поможет проследить эффективность хирургического лечения туберкулеза ХОПД№1.

Цель: Оценить хирургическую активность хирургического отделения и эффективность лечения в отношении легочных и костных форм туберкулеза за 6 месяцев 2017 года в сравнении с этим же промежутком времени за 2016 год.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов хирургического отделения ХОПТД №1 за 6 месяцев 2017 года в сравнении с 2016 годом.

Результаты: За 6 месяцев 2017 года из хирургического отделения выбыло 69 человек – 49 с легочными формами и 20 с костными, при этом больных с ВДТБ 33 человека: 20 легочных и 13 костных форм. Бактериовыделение отмечалось у 11 человек, процент абацилирования наступило у 21,8%. Деструкция в легких наблюдалась у 8 человек, закрытие каверн достигнуто у 75%. За 6 месяцев 2016 года в 2 раза меньше больных. Бактериовыделителей было у 9 человек, процент абацилирования – 66,6%. Деструкция у 7 человек, процент закрытия каверн – 71,4%. За 6 месяцев 2017 года пролечено по 2 категории 12 человек, из них с рецидивом туберкулеза (РТБ) – 7 человек, (3 легочных и 4 костных). С неудачно леченным туберкулезом (НЛТБ) 3 легочных больных, леченным после перерыва (ЛПП) – 2 человека. Бактериовыделение наблюдалось у 5 человек, деструкция – у 5 человек. За этот период 2016 года пролечено 9 больных по 2 категории. Абацилирование и закрытие каверн достигнуто у всех. За 2016 год с мультирезистентным туберкулезом (МРТБ) 19 больных (16 легочных и 3 костных). Больных с (МРТБ) за 6 месяцев 2017 года 16 человек, у всех легочные формы туберкулеза. Процент абацилирования на 8% меньше, закрытие каверн – на 27,5% меньше. Больных с остаточными изменениями после туберкулеза (ОИТБ) за 6 месяцев 2017 года 4 человека (1 костный и 3 легочных), за 2016 год 2 человека – 1 легочной и 1 костный. Средний койко-день уменьшился на 20,2 дня. С нетуберкулезной патологией за 6 месяцев 2017 года наблюдалось 4 человека, а за 2016 – 1 человек. За 6 месяцев 2017 года с ко-инфекцией (ВИЧ/ТБ) – 5 человек, а за 2016 год – 4. Средний койко-день увеличился на 37,6 дня. При этом процент летальности снизился на 1,9%.

Выводы: Таким образом за 6 месяцев 2017 года в сравнении с аналогичным периодом 2016 года снизилась активность хирургического лечения; ухудшилась эффективность лечения больных с МРТБ, возросло количество больных с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ; снизилось среднее пребывание на койке во всех группах больных; снизился процент летальности на 1,9%.

Гасанова А.Р., Абдуллаева С.И.

ЭНЦЕФАЛИТ СМЕШАННОЙ ЭТИОЛОГИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней
Харьков, Украина

Актуальность: поражение ЦНС токсоплазмой и вирусом Эпштейн-Барра занимает ведущее место среди оппортунистических инфекций у больных СПИДом. В силу особенностей иммунного ответа у ВИЧ-инфицированных, антитела к возбудителям оппортунистических инфекций могут не определяться, что усложняет их диагностику и делает важным учет клинико-инструментальных проявлений энцефалита у ВИЧ-инфицированных.

Цель: изучить клинико-инструментальные проявления энцефалита смешанной этиологии у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Результаты: Пациентка Н., 35 лет, была переведена из нейрохирургического отделения Областной клинической больницы (ОКБ) с диагнозом полифокальная лейкоэнцефалопатия. Диагноз ВИЧ-инфекции установлен путем выявления специфических антител. Выполнены: общеклинические анализы, рентгенография ОГК, спинномозговая пункция, ликворологические исследования, МРТ головного мозга (выявлена умеренная наружно внутренняя гидроцефалия, ретроцеребеллярная ликворная киста, полисинуит, а после усиления контрастом — множественные гранулематозные образования головного мозга), полимеразная цепная реакция (ПЦР), УЗИ молочных желез, органов брюшной полости, малого таза и сердца.

Из анамнеза: за последние два года у пациентки отмечается слабость, снижение массы тела; год назад была уволена с работы из-за онихомикоза; с марта 2017 стала чаще болеть респираторными заболеваниями, а с октября 2017 г. возникло нарушение речи, периодически повышалась температура. В связи с впервые развившимся эпиприступом лечилась в ЦРБ по месту жительства. 24.11.17 переведена в ОКБ, где от 28.11.17 выявлены антитела к ВИЧ. При осмотре: контакту труднодоступна в связи с афазией, оглушением (ШКГ 13 баллов). Общее состояние тяжелое, кахексия, творожистый налет на слизистой щек, языка и десен; онихомикоз кистей и стоп, сомнительная ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига, левосторонний гемипарез. В ликворе методом ПЦР выявлены ДНК Toxoplasma gondii и вируса Эпштейн-Барра. Клинический анализ ликвора в пределах нормы, при его прямой бактериоскопии микрофлора не обнаружена. Установлен диагноз: ВИЧ-инфекция, IV клиническая стадия, многоочаговый энцефалит смешанной этиологии (токсоплазменный и обусловленный вирусом Эпштейн-Барра), орофарингеальный кандидоз, гипохромная анемия, кахексия, онихомикоз кистей и стоп. Начата терапия бисептолом, клиндамицином и валавиром. В настоящее время пациентка находится под наблюдением и продолжает терапию, ее состояние остаётся стабильным и без значимой динамики.

Заключение: у пациентов с ВИЧ-инфекцией встречается энцефалит смешанной этиологии, например токсоплазменный и обусловленный вирусом Эпштейн-Барра. Морфологическим субстратом указанного поражения по данным МРТ, у пациентки, которая находилась под нашим наблюдением, оказались множественные гранулематозные образования головного мозга.

Дурсунова Г.М., Лукашук Ю.М., Виноградов Б.О., Михайлова К.А.

СТАН ПОКАЗНИКІВ ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Харківський національний медичний університет
Кафедра інфекційних хвороб
Харків, Україна

Найважливішою складовою патогенезу хронічних вірусних захворювань печінки є порушення в системі фібринолізу. Відомо, що в хворих на хронічний гепатит і цироз печінки

спостерігають підвищення активності та вмісту низки регуляторів фібринолітичної системи, зокрема тканинного урокіназного активатора плазміногену, інгібітору активатору плазміногену 1 типу. Компоненти плазмінового каскаду беруть участь у процесах запалення, регенерації та фіброзу печінки, стимулюючи, з одного боку проліферацію і регенерацію гепатоцитів, деградацію колагену і відновлення архітектоніки печінки або, навпаки, інгібуючі матриксні металопротеїнази та посилюючі накопичення внутрішньоклітинного матриксу, сприяють тканинному ре моделюванню. Це дає підставу вважати що коливання активності плазміногену, який синтезується у печінці, може відбивати функціональний стан печінки та морфологічні зміни в ній.

Мета дослідження – оцінити активність плазміногену в плазмі крові хворих на ХГС залежно від ступеня запально-некротичних змін у печінці та стадії фіброзу.

Матеріал та методи. Під спостереженням перебувало 29 (100 %) хворих на ХГС. З них чоловіків було 10 (34,48 %), жінок – 19 (65,52 %). Середній вік пацієнтів склав 36,28±1,65 років. Крім стандартних рутинних біохімічних показників і показників гемограми, хворим визначали активність плазміногену в плазмі крові хромогенним методом за допомогою набору реактивів («Реахром-плазміноген», НВО «Ренам»), а також проводили оцінку запально-некротичних змін і стадії фіброзу печінки за системою FibroMax. Контрольну групу склали 18 здорових донорів. Для статистичної обробки отриманих даних використовували критерій t Ст'юдента для малих вибірок та коефіцієнт кореляції r.

Результати. У клінічній картині обстежених хворих домінували прояви астено-вегетативного (65,52%), диспепсичного (31,03%), абдомінально-больового (27,59%) синдромів, гепатомегалія (89,65%), спленомегалія (31,03%). Активність плазміногену в плазмі крові склала 86,41±2,26 %, що було нижче ніж у контролі (106,5±6,29 %; $p<0,01$), активність АлАТ – 93,08±21,54 МО/л, що було вище ніж у контролі ($p<0,05$). Ступінь активності запально-некротичних змін А0 визначено у 7 (24,17 %), А1 – у 10 (34,78 %), А2 – у 6 (20,69 %), А3 – у 6 (20,69 %) хворих. Стадію фіброзу F0 діагностовано у 17 (58,62 %), F1 – у 4 (13,79 %), F2 – у 6 (20,69 %), F3 – у 1 (3,45 %), F4 – у 1 (3,45 %) осіб. Встановлено кореляційний зв'язок між активністю плазміногену в плазмі крові обстежених хворих і ступенем запально-некротичної активності ($r=0,54$; $p<0,01$), стадією фіброзу печінки ($r=0,81$; $p<0,001$) і віком хворих ($r=0,46$; $p<0,05$).

Висновки. Активність плазміногену в плазмі крові хворих на ХГС знаходиться у зворотній залежності від ступеня запально-некротичної активності процесу та стадії фіброзу. Тому визначення активності плазміногену в плазмі крові може бути використано як додатковий критерій діагностики морфологічних змін у печінці хворих на ХГС.

Жидков Е.В.

ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ХИМИОРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н. Чопорова А.И.

Актуальность. Плохая переносимость лечения больными химиорезистентным туберкулезом признана источником нерешенных проблем фтизиатрии, является основной причиной перерывов лечения, что способствует увеличению затрат на лечение и ведет к росту распространенности химиорезистентного туберкулеза.

Цель исследования. Оценить частоту возникновения побочных реакций (ПР) у больных с химиорезистентным тубёркулезом.

Материалы и методы. Под наблюдением было 58 больных, которые находились на стационарном лечении в ХОПТД №1. Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа - пациенты с туберкулёзом без резистентности к ПТЛС (n=51), 2-я группа - пациенты с химиорезистентым теберкулёзом (n=27). Частоту, характер и сроки возникновения побочных

реакций оценивали с помощью стандартных клинико-лабораторных исследований, проводимых в ходе противотуберкулезной терапии.

Результаты исследования. В ходе исследования было установлено, что хотя бы одна ПР у пациентов 1-ой группы возникала в 39,2% случаях, тогда как у пациентов 2-ой группы в 55,5% случаях. При этом стоит заметить, что большинство ПР в обеих группах возникали в первые два месяца химиотерапии (55,1%). Во 2-ой группе количевство больных с ПР было выше нежели чем в 1-ой группе: тошнота – 65,6 % и 45,1 %, диарея – 32.8% и 22,45%, ототоксичность – 15,2 % и 11,7%, гипокалиемия – 14,8 % и 13,8%, лекарственный гепатит 25,9% и 17,6 % соответственно. Наиболее часто к возникновению ПР причастны капреомицин - 44,5%, а также ПАСК -25,6%.

Выводы. При лечении химиорезистентного туберкулёза частота возникновения ПР выше, чем у пациентов с сохраненной чувствительностью к ПТЛС, так как полихимиотерапия, включающая разные комбинации из 5 и больше ПТЛС, увеличение дозировки и длительности лечения оказывает негативное действие на функцию многих внутренних органов. Проведение постоянного мониторинга возникновения ПР, оценка безопасности ПТЛС служит обязательным условием улучшения приверженности больного к лечению и обеспечению его психического и физического комфорта на весь срок химиотерапии.

Зоц Я.В., Нгуєн Х.І.

ДІГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ АДРЕНОКОРТИКОТРОПНОГО ГОРМОНУ У ЦЕРЕБРОСПІНАЛЬНІЙ РІДИНІ ХВОРИХ НА ГОСТРІ БАКТЕРІАЛЬНІ МЕНІНГІТИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра інфекційних хвороб
Харків, Україна
Науковий керівник: професор В.М. Козько

Актуальність. У даний час проблема гострих бактеріальних менінгітів залишається актуальною, враховуючи тяжкість перебігу, високий ризик ускладнень, а також формування стійких резидуальних наслідків. Бактеріальне ураження центральної нервової системи (ЦНС) пов’язане з факторами самого мікроорганізму, а також із патологічною активацією катаболічних процесів, основою яких є гіпоксичний стрес і підвищення в тканинах мозку концентрації речовин з властивостями ендотоксинів.

Мета – оцінити діагностичне значення рівня адренокортикотропного гормону (АКТГ) у цереброспінальній рідині (ЦСР) хворих на гострі бактеріальні менінгіти залежно від ступеня тяжкості та етіології захворювання.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 66 пацієнтів з гострими бактеріальними менінгітами, з яких чоловіків було 32 (48,5 %), жінок – 34 (51,5 %). Середній ступінь тяжкості хвороби спостерігали в 26 (39,4 %), тяжкий ступень тяжкості – 40 (60,6 %) хворих. На підставі бактеріологічного та молекулярно-генетичного (полімеразна-ланцюгова реакція) досліджень ЦСР у 33 (50 %) пацієнтів було встановлено менінгококову етіологію менінгіту, у 33 (50 %) – пневмококову. Вміст АКТГ визначали методом твердофазного імуноферментного аналізу за допомогою тест-системи фірми «BIOMERICA» (США). Контрольну групу склали 30 хворих з діагнозом гостра респіраторна вірусна інфекція та явищами менінгізму. Отримані результати обробляли методом варіаційної статистики з використанням критерію t Ст’юдента, зокрема для малих вибірок, коефіцієнту кореляції r.

Результати дослідження. У хворих на гострі бактеріальні менінгіти виявлено підвищення вмісту АКТГ у ЦСР порівняно з контрольною групою (32,83±2,04 пг/мл; $p<0,01$). Проведення кореляційного аналізу дозволило встановити наявність прямого помірного зв’язоку між ступенем тяжкості бактеріальних менінгітів і вмістом у ЦСР АКТГ ($r=0,67$; $p<0,001$). Залежності цього показника від етіології встановлено не було ($p>0,05$). Порівняльний аналіз вмісту АКТГ у ЦСР окремо у хворих на пневмококові менінгіти середнього та тяжкого ступеня тяжкості та у хворих на менінгококові менінгіти середнього

та тяжкого ступеня тяжкості виявив зниження цього показника у ЦСР хворих на пневмококові менінгіти середнього ступеня тяжкості (14,75±1,25 пг/мл; p<0,02).

Висновки. У хворих на гострі бактеріальні менінгіти відбувається підвищення у ЦСР вмісту АКТГ (p<0,001), яке корелює зі ступенем тяжкості хвороби (p<0,001), та не залежить від його етіології (p>0,05). Зниження вмісту АКТГ у ЦСР хворих на пневмококові менінгіти середнього ступеня тяжкості є сприятливою прогностичною ознакою.

Крывуля А.Д.

ИЗУЧЕНИЕ КОМПЛАЕНСА У БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ПО ТЕСТУ МОРИСКИ-ГРИНА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н Чопорова А.И

Актуальность: На сегодняшний день подход к лечению больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом заключается в проведении контролируемого курса химиотерапии в течение длительного периода времени. При этом в процессе лечения у больных могут возникать трудности социально-психологического характера, которые снижают эффективность проводимой терапии. Поэтому процесс лечения должен основываться на взаимодействии между пациентом и врачом, в частности на приверженности больного к лечению.

Цель: исследовать уровень комплаенса у больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких и влияние на него различных факторов.

Материалы и методы исследования: 50 больных с лекарственго-устойчивым туберкулезом легких, средний возраст которых составил 21-53 года.

Больным было предложено анонимное анкетирование по специально разработанной анкете - опроснику с целью выявления факторов, влияющих на комплаенс. Были рассмотрены такие показатели как: 1) Пол: 51,8% мужчин и 48,2% женщин. 2) сахарный диабет (26,6%) , болезни нервной системы (30%) , болезни печени (30%). 3) Уровень образования: 3,4% респондентов имели начальное , неполное среднее - 9,1%, высшее - 13,8% больных. 4) Категория занятости: 56,4% - имеют место работы, 43,6% - безработные по разным причинам: 16,2% больных были на пенсии, 12,8% - безработные без причин, 12,0% - учащимися, 2,5% - имели инвалидность.

Тест Мориски — Грина включал в себя 4 вопроса: 1.Забывали ли Вы когда-либо принимать лекарства? 2. Не относитесь ли Вы, иногда, невнимательно к часам приема лекарств? 3. Пропускали ли Вы когда-либо прием препаратов, если себя хорошо чувствовали? 4. Если Вы когда-либо плохо чувствовали себя после приема лекарств, пропускали ли вы следующий прием препаратов?

Результаты: в ходе исследования установлено, что 76,5% больных соблюдают все врачебные рекомендации, 19,7% следуют им частично, 19,7% ответили, что они практически не соблюдают врачебные рекомендации, 1,7% - не смогли дать четкий ответ. Все врачебные рекомендации соблюдают чаще женщины - 82%, нежели мужчины - 74,7%, при этом из них 81,7% пациентов имеют высшее и 75,5% среднее образование. Частично придерживались врачебным рекомендациям пациенты мужского пола - в 21,4% случаев, а женского - в 15,3%, получившие среднее образование в 21,1% случаев, а высшее в 12,2% случаев. Среди работающих пациентов приверженность к лечению составило 70 %, а вот среди безработных 44 %.

Выводы: в ходе работы были выявлены факторы, влияющие на комплаенс, среди которых можно выделить: половую принадлежность, социальный статус , трудовую деятельность, а также самоконтроль и мотивацию самого пациента.

Крывуля Н.Д.

ДЕПРЕССИЯ У БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н.Чопорова А.И.

Актуальность: На сегодняшний день частота возникновения депрессий у больных с лекарственно-устойчивым туберкулёзом на фоне терапии составляет 13.3% из всех возможных побочных эффектов противотуберкулёзных препаратов. При этом в последнее время этот процент неуклонно растёт, что требует проведения дополнительной терапии.

Цель: оценить депрессивное действие противотуберкулёзных препаратов и проанализировать эффективность включения глутаминовой кислоты, нейромультивита и амитриптиллина на фоне химиотерапии у больных с лекарственно-устойчивым туберкулёзом.

Материал и методы исследования: Под наблюдением было 30 больных с лекарственно-устойчивым туберкулёзом лёгких, которые находились на лечении в Харьковском областном противотуберкулезном диспансере №1. Основную группу составили 16 пациентов, которым на фоне химиотерапии применяли схему: глутаминовая кислота (по 1 табл 3 раза в день), нейромультивит (по 1 таблетке 2 раза в день), амитриптилин (25 мг 2 раза в день). 14 пациентам группы контроля химиотерапия поводилась без указанной схемы. Всем больным назначена индивидуальная химиотерапия согласно результата антибиотикорезистентности с включением препаратов II ряда, которые способны вызвать психо-неврологические расстройства (левофлоксацин, канамицин, амикацин, капреомицин, этионамид, протионамид, циклосерин).

Результаты: При этом на фоне проводимой терапии с применением циклосерина, этионамида, протионамида, фторхинолонов примерно 64% больных отмечали депрессивное состояние в виде подавленного состояния, потеря интереса к любимым занятиям, упадка сил, снижения психомоторных реакций, нарушения сна и аппетита, появления чувства вины, невозможности сосредоточиться. Если вначале лечения с применением только противотуберкулёзных препаратов у (64±10,7)% больных была отмечена депрессия лёгкой степени, то в процессе комплексного лечения было отмечено достоверное уменьшение количества больных с депрессией в 2,4 раза ($p<0,05$). Нарушение сна на момент начала лечения не отмечалось лишь у 40% пациентов, а в процессе комплексного лечения этот процент увеличился до 74%.

Вывод. При назначении комбинированной схемы лечения (ПТП с применением глутаминовой кислоты, нейромультивита и амитриптиллина) у больных была отмечена удовлетворительная переносимость резервных ПТП с отсутствием их нежелательного влияния на ЦНС, что способствует повышению эффективности проводимой химиотерапии у больных с лекарственно-устойчивым туберкулёзом.

Кузьминова В.В., Малахова Д.А.

РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ У БОЛЬНЫХ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней
Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Меркулова Н.Ф.

Актуальность. Малярия (М) является распространённой трансмиссивной протозойной болезнью в мире имеющей тяжелые последствия. Ежегодно она угрожает жизни около 40% планеты. М чаще всего регистрируется в странах Азии, Африки, Центральной и Южной Америки. В Украине ежегодно выявляются случаи завозных форм заболевания, летальность составила 7% в период с 2014г. по 2017г. Обращает на себя внимание тропическая малярия

(ТМ), возбудителем которой является Plazmodiumfalciparum, характеризующаяся наиболее тяжелым течением. Нередко поздняя диагностика ТМ влечёт за собой развитие ряда осложнений, таких как малярийная кома, гепатит, отек и набухание головного мозга (ОНГМ) что приводит к увеличению летальных исходов.

Цель: раннее выявление клинических симптомов, применение паразитоскопии для подтверждения диагноза ТМ.

Материалы и методы. Проанализированы архивные истории болезни 23 пациентов с диагнозом ТМ, находившихся на лечении в Областной клинической инфекционной больнице г. Харькова за период с 2014г. по 2017г. Мужчин - 19 (82%), женщин – 4 (18%). Средний возраст составил 30 ± 2,2 лет. Среди больных преобладали студенты из Африки и Индии – 17 (74%), жители Украины, которые пребывали в эндемичной зоне – 6 (26%). Диагноз ТМ был установлен на основании клинических данных, результатов стандартных и дополнительных лабораторных методов обследования согласно общепринятым в клинической практике критериям. Для подтверждения диагноза ТМ проводилась паразитоскопия (толстая капля и мазок). Всем больным проводилось ультразвуковая диагностика (УЗД) органов брюшной полости (ОБП) на аппарате Toshiba AplioMX.

Результаты. Больные поступали в стационар на 4 день болезни с жалобами на повышение температуры тела от субфебрильных цифр (38С`) до высоких (40С`) у 23 пациентов (100%). Озноб наблюдался у 11 – (47%), сильная головная боль у 14 – (61%), тошнота и рвота у 8 – (34%), снижение аппетита и слабость у 16 – (69%), боли в мышцах у 18 – (78%), дискомфорт, боль в эпигастрии, жидкий стул у 9 – (39%), боли в пояснице у 4 – (17%), сухость во рту у 21- (92%). Объективно у 20 пациентов (87%) отмечалось среднетяжёлое течение заболевания, тяжелое течение наблюдалось у 3 – (13%). Сухость каймы губ, гиперемия лица, инъекция сосудов склер у 15 - (65%). Выраженный интоксикационный синдром присутствовал у 21 пациента (92%). Со стороны сердечно сосудистой системы у 17 больных (74%) наблюдалась тахикардия, у 15 – (65%) гипотония. Сухой, обложенный белым налетом язык у 6 - (26%). Гепатолиенальный синдром был выявлен клинически и по данным УЗД ОБП у 20 пациентов (87%). Из анамнеза болезни известно, что заболевание начиналось остро с вышеперечисленных жалоб. Приступы лихорадки повторялись каждые 48 часов и заканчивались выраженной потливостью. В клиническом анализе крови у 16 больных (69%) наблюдалась анемия и умеренная тромбоцитопения. У 23 пациентов (100%) посредством паразитоскопии был выделен Plazmodiumfalciparum кольца ~ 89067 в 1 мкл (от 465 до 6960), высокая степень паразитемии. На фоне проводимой терапии состояние больных улучшалось, гематологические показатели нормализовались, количество колец Plazmodiumfalciparum снизилось, а через 5 ± 2,5 дней у 23 пациентов (100%) кольца не обнаруживались.

Выводы. Таким образом, выявление ранних клинических симптомов ТМ способствует правильной врачебной тактике, своевременной госпитализации, назначению специфической терапии и снижению летальности.

Макаренко Н.І., Пономарьова А.В.

ІНФОРМОВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ - ОДИН З АСПЕКТІВ ЗНИЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра фтизіатрії та пульмонології
Харків, Україна
Науковий керівник: Сенчева Т.В.

Актуальність. В Україні показники захворюваності падають з кожним роком, але досягти повного контролю над ситуацією не вдається. Профілактика туберкульозу є однією зі складових національних програм багатьох країн, спрямованих на зниження поширення цього захворювання. Первинна профілактика, вакцинація БЦЖ, призводить до зменшення

показників захворюваності та смертності серед населення країни. Однак в останні роки відзначаються випадки відмови батьків від проведення вакцинації і туберкулінодіагностики.

Метою нашої роботи є вивчення інформованості населення міста Харкова про туберкульоз.

Матеріали і методи. Методом проведення дослідження було обрано опитування за допомогою спеціально розробленої анкети, яка включала в себе 11 питань.

Предмет дослідження - 100 осіб 25 - 55 років. Для аналізу результатів ми згрупували анкетованих людей в три вікові групи: 25 - 35 років; 36- 45 років; 46 - 55 років.

Результати і обговорення. За даними анкетування ми визначили, що 100% респондентів чули хоч раз в житті про туберкульоз. 85% вважають, що туберкульоз є інфекційною нозологічною формою і заразний. 70% опитаних людей відповіли, що черпають інформацію про захворювання з Інтернету.

На питання, чи робили Вам вакцинацію БЦЖ в дитинстві, 100% респондентів відповіли «Так», але при цьому лише 83% групи 25 - 35 років; 88% групи 36 - 45 років; 100% - 46- 55 років погодилися на вакцинацію БЦЖ своїх дітей.

100% респондентів робили пробу Манту в дитячому віці, але 30% вікової групи 25 - 35 років; 42% групи 36 - 45 років і 15% групи 46 - 55 років відповіли, що відмовлялися робити своїй дитині пробу Манту.

На питання чи вважаєте Ви, що обстеження на туберкульоз обов'язково, 93% вікової групи від 25 до 35 років; 90% від 36 - 45 років; 85% від 46 - 55 років відповіли «Так».

Актуальним є питання етичної сторони взаємин оточуючих з хворими на туберкульоз. Часто люди з діагнозом "туберкульоз" мають труднощі спілкування в соціумі. 17% всіх анкетованих відповіли, що відчувають страх перед хворим на туберкульоз і навіть перед людиною, яка в минулому перенесла дане захворювання. 55% респондентів уникають контактів з людиною, яка перенесла туберкульоз і тільки 28% опитаних людей не відчувають негативних емоцій.

Висновки. Проведене дослідження ще раз підкреслює необхідність освітньої роботи медичними установами, ЗМІ серед дорослого та дитячого населення, щоб розвіяти міфи про туберкульоз, переконати населення у важливості профілактики туберкульозу та створити сприятливий соціальний клімат для хворих.

Мартыненко А.А.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра эпидемиологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Чумаченко Т. А.

Инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), вызывает значительный социальный, медицинский и экономический ущерб в глобальном масштабе. По данным Всемирной организации здравоохранения число смертей от причин, связанных с ВИЧ-инфекцией во всем мире, составило более 35 миллионов. Проявления эпидемического процесса этой инфекции различаются по территориям. В Украине также отмечается неравномерное распределение случаев по территориям. Вместе с тем, знание эпидемиологических особенностей ВИЧ-инфекции позволяет организовать и провести наиболее эффективные и целесообразные мероприятия, позволяющие рационально использовать имеющиеся ресурсы для борьбы с инфекцией и ее профилактики.

Цель работы: Оценка проявлений эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Харьковской области за 10 месяцев 2017 года для разработки и внедрения эффективных профилактических мероприятий.

Методы исследования: По официальным данным проведен ретроспективный эпидемиологический анализ ВИЧ/СПИД инфекции в Харьковской области за 10 месяцев 2017 года.

Результаты: В Харьковской области с 1987 г. по 1.10.2017 г. было зарегистрировано 9042 больных ВИЧ-инфекцией, 2331 больной СПИДом, 1078 смертей, связанных с ВИЧ-инфекцией. В настоящее время в Харьковской области на учёте состоит 4028 ВИЧ-инфицированных лиц, в том числе 228 детей, 980 больных СПИДом. При сравнении интенсивности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Харьковской области и Украине, установлено, что пораженность ВИЧ-инфекцией и СПИДом населения Харьковской области ниже, чем населения Украины, интенсивный показатель пораженности ВИЧ-инфекцией на 100 тыс. населения составил 150,2 в Харьковской области, 329,6 в Украине, интенсивный показатель пораженности СПИДом на 100 тысяч населения в Харьковской области составил 36,4; в Украине – 100,9. Среди впервые зарегистрированных ВИЧ-инфицированных в 2017 г. было 163 ребенка в возрасте до 18 месяцев с неподтверждённым диагнозом. Следует отметить, что большинство детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, в течение 18 месяцев жизни освободятся от материнских антител к ВИЧ и останутся здоровыми. На 1.10.2017 г. только у 3 детей был подтвержден диагноз ВИЧ-инфекции.

Основным путём заражения в Харьковской области, как и в Украине, является половой. За 10 месяцев 2017 года половым путем инфицировалось 352 человека (63,3% от общего количества случаев). Гомосексуальным путем заразились 6,3%, парентерально (при введении наркотических средств) – 24,1% (134 человека). Ключевыми группами риска, как и в прежние годы, были потребители инъекционных наркотиков; мужчины, практикующие секс с мужчинами; женщины, вовлеченные в проституцию. Однако оказание минимальных профилактических услуг лицам из групп поведенческого риска способствовало появлению тенденции снижения пораженности ВИЧ-инфекцией в этих группах населения по сравнению с биоповеденческими группами, не охваченными программами профилактики.

Выводы: Несмотря на более низкую по сравнению с Украиной интенсивность эпидемического процесса ВИЧ/СПИД инфекции, в Харьковской области отмечается высокий уровень пораженности ВИЧ-инфекцией и СПИДом. Преобладание полового пути передачи свидетельствует о риске перехода концентрированной стадии эпидемии в генерализованную, что диктует необходимость активизации профилактических мероприятий, в первую очередь путем повышения охвата профилактическими программами лиц из групп поведенческого риска.

Махмудов Ю.Ю.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МАЛЯРІЇ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра інфекційних хвороб
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Могиленець О.І.

Малярія є однією з найпоширеніших хвороб. За оцінками ВООЗ, близько 3,2 млрд. людей наражаються на небезпеку захворіти на малярію. Не зважаючи на те, що це захворювання не є ендемічним для Харківської області, дана проблема є актуальною, враховуючи зростання процесів міграції населення.

Мета роботи: дослідити епідеміологічні особливості малярії в Харківській області.

Матеріали та методи. Нами було вивчено дані 10 історій хвороб пацієнтів, що перебували на стаціонарному лікуванні в Обласній клінічній інфекційній лікарні м. Харкова в період з 2015 по 2017 роки з діагнозом «малярія». Діагноз було встановлено на підставі клініко-анамнестичних й епідеміологічних даних, підтверджено паразитоскопічним методом (товста крапля та мазок). У 6 випадках було виявлено P. falciparum, у 3 – мікст-інфекцію, зумовлену P. vivax та P. falciparum, у 1 – P. ovale. Усі хворі були чоловіками. Вік хворих варіював від 18до 70 років.

Результати. Серед хворих на малярію було 5 громадян України (50%) і 5 іноземців (50%). Серед останніх переважали студенти харківських вищих навчальних закладів (4 із 5). Причиною виникнення захворювання в усіх випадках було перебування в ендемічних країнах. Так, 1 хворий пов'язував розвиток захворювання з перебуванням у Конго та Уганді; 2 – в Індії; 1 – у Камеруні; 3 – у Гані; 1 – у Ємені; 2 – у Нігерії. Зараження P. falciparum відбулося під час перебування в Гані, Нігерії, Конго та Уганді; мікст-інфекція, зумовлена P. vivax та P. falciparum, спостерігалася після відвідування Індії та Ємену, P. ovale – Камеруну.

Висновки. 1. Найчастіше етіологічним чинником малярії був P. falciparum. 2. Захворювання зустрічалося з однаковою частотою в іноземців і харків'ян, що виїжджали в ендемічні країни. 3. Переважна більшість випадків була пов'язана з перебуванням у країнах Африки.

Нагієва А.Н., Швець О.М.

ТРУДНОЩІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНІВ У ХВОРИХ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ/СНІД

Харківський національний медичний університет
Кафедра фтизіатрії та пульмонології
Харків, Україна
Науковий керівник: Овчаренко І.А.

Актуальність.Україна залишається регіоном з високим рівнем поширення ВІЛ. На початок 2017 року в нашій країні мешкало 238 тисяч людей з ВІЛ-інфекцією/СНІДом. Відомо, що ризик захворіти на туберкульоз (ТБ) для таких людей у 30, а за іншими даними – у 100 разів вищий, ніж для неінфікованих. Тому питання діагностики ТБ у хворих з ВІЛ-інфекцією/СНІДом є надзвичайно актуальним на сьогоднішній день.

Мета. Дослідити клінічний випадок поєднання туберкульозу з ВІЛ-інфекцією та розглянути складнощі диференційної діагностики туберкульозу та інших опортуністичних захворювань.

Матеріали та методи. Проаналізовано історію хвороби хворого на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ-СНІД, який був госпіталізований до КЗОЗ Обласний протитуберкульозний диспансер №1 у вересні 2017 року.

Результати. Хворий А., 1993 року народження впродовж місяця, скаржився на виражену слабкість, підвищення температури тіла до 40^0С, діарею, біль в горлі під час ковтання, збільшені болючі підщелепні лімфатичні вузли, герпетичні висипання на крилах носа. За медичною допомогою звернувся до центральної районної лікарні за місцем проживання, де впродовж 2-х тижнів перебував на стаціонарному лікуванні з діагнозом: функціональний розлад травлення, лихоманка нез'ясованого ґенезу та отримував дезінтоксикаційну терапію, жарознижуючі та антибактеріальні препарати широкої дії, без ефекту. На оглядовій рентгенограмі органів грудної клітини (ОГК) від 29.08.17. – без патології. В клінічному аналізі крові: зниження рівня гемоглобіну (76 г/л) та еритроцитів ($2,6\times10^{12}$/л), прискорення ШОЕ (65 мм/год), помірний лейкоцитоз ($9,4\times10^9$/л) з токсогенною зернистістю нейтрофілів. В зв'язку з позитивним результатом тестування на ВІЛ/СНІД, 20.09.17. був переведений до Обласної клінічної інфекційної лікарні, де повторно проведено рентгенографію ОГК та виявлено ділянку перибронхіальної та периваскулярної інфільтрації в базально-медіальному відділі правої легені. З'явилися скарги на кашель з незначним виділенням мокротиння слизуватого характеру. Бактеріоскопічно у мокротинні кислотостійкі бактерії не виявлені. Методом полімеразної ланцюгової реакції в мокротинні виявлені мікобактерії тубберкульзу зі збереженою чутливістю до рифампіцину, що дало змогу встановити вперше діагностований туберкульоз (ТБ) нижньої частки правої легені без деструкції, з бактеріовиділенням, підтвердженим молекулярно-генетичним методом, ТБ шийних лімфатичних вузлів.

Висновок. Проаналізований клінічний випадок підтверджує складність діагностики ТБ легенів у ВІЛ-інфікованих хворих через атиповий перебіг хвороби на тлі ВІЛ-

інфекції/СНІДУ та вказує на необхідність проведення добровільного консультування та тестування на ВІЛ/СНІД, особливо у хворих з вираженим інтоксикаційним синдромом та відсутністю ефекту від неспецифічної антибактеріальної терапії.

Павликова А.А.

ДІАГНОСТИКА ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Харківський національний медичний університет
Кафедра інфекційних хвороб
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Бондар О.Є.

Вірусні гепатити з гемоконтактним механізмом передачі збудників є важливою проблемою сучасної медичної науки і практичної охорони здоров'я усіх країн світу. Це обумовлено широким поширенням, високим рівнем захворюваності, вираженим поліморфізмом клінічних проявів, численністю шляхів та факторів передачі збудників, а також надзвичайно несприятливими наслідками, до яких можуть призвести гепатити – формуванню хронічних уражень печінки, в тому числі цирозу і гепатоцелюлярної карциноми. Після розвитку цирозу у пацієнтів зберігається задовільний стан (стадія компенсації) продовж тривалого часу, однак приблизно у 5-7% хворих щорічно виникають ускладнення (перехід до стадії декомпенсації) та смертність складає 57% на рік. Тому існує необхідність раньої діагностики хронічних ураженнь печінки, що призводять до ускладнень і смерті.

Мета: удосконалення методів ранньої діагностики цирозу печінки (ЦП) вірусної етіології.

Об'єкт та методи дослідження: Проаналізовано амбулаторні карти 78 хворих на вперше встановлений діагноз ЦП вірусної етіології. Серед них чоловіків 36 (46,2%), жінок – 42 (53,8%). Середній вік склав 54,5 ± 1,64 роки. Діагноз встановлювали на підставі загально прийнятих клінічних, біохімічних та інструментальних методів дослідження. Вірусну етіологію захворювання підтверджували у всіх хворих виявленням маркерів HBV- та/або HCV-інфекції методами ІФА та ПЛР. Стадію фіброзу визначали за допомогою APRI тесту, соноеластографії печінки за допомогою прибора FibroScan (Echosens, Франція) та Ultrasound Diagnostic Scanner Hitachi Hivision Avius 2013 (Японія) за системою METAVIR. Клас ЦП визначали за шкалою Чайльд-П'ю.

Результати. Серед 1134 пацієнтів, у яких вперше діагностована хронічна HBV-інфекція (181 хворий), HCV-інфекція (853 хворих) та HBV/HCV-інфекція (21 хворий) кількість хворих на ЦП склала 78 (6,9%), зокрема на HBV-інфекцію – 7 (3,9%), HCV-інфекцію – 69 (8,1%), HBV/HCV-інфекцію – 2 (9,5%).

У 56 (66,8%) пацієнтів первинно визначалися маркери HBV- та/або HCV-інфекції, у 22 (28,2%) хворих ЦП діагностований до встановлення вірусної етіології захворювання.

Типові клінічні прояви, наявність специфічних ускладнень (асцит, кровотеча із варікозно розширених вен страховоду, гіперспленізм, хронічна печінкова енцефалопатія) на час обстеження чи анамнестично, загально клінічні методи досліджень, дані ультразвукового дослідження органів черевної порожнини дозволили діагностувати ЦП у 50 (64,1%) хворих. Застосування APRI тесту зі значенням > 2 підтвердило діагноз ЦП у 31 (62%) хворих.

У 28 (35,9%) хворих анамнестичні дані, відсутність специфічних ускладнень, використання загально клінічних та інструментальних методів обстеження та APRI тесту не дозволяло констатувати діагноз ЦП. Застосування соноеластографії печінки виявило у цієї групи хворих стадію фіброзу F4 (за METAVIR), що відповідає ЦП.

Таким чином, проведене комплексне обстеження дозволило розподілити хворих на ЦП за ступенем тяжкості: клас А за Чайльд-П'ю – 28 (35,9%), клас В – 17 (21,8%) та клас С – 33 (42,3%).

Висновки: Діагностика ЦП вірусної етіології відбувається на підставі первинного виявлення маркерів хронічної HBV- та/або HCV-інфекції (66,8%) або наявності клінічних ознак ЦП до підтвердження вірусної етіології (28,2%).

Застосування загально прийнятих клінічних, лабораторних та інструментальних методів обстеження дозволяє діагностувати ЦП класу В та С (за Чайльд-П'ю), діагностика ЦП класу А потребує застосування додаткових методів визначення стадії фіброзу печінки.

Парасочка О.С.

КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРОБІОТИКІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра дерматології, венерології та СНІДу
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Дащук А.М.

Вступ. На сьогодні вугрова хвороба є однією з актуальніших проблем серед захворювань шкіри людини. Вугрова хвороба частіше зустрічається у людей молодого і підліткового віку, що уражує сально-волосяні фолікули. За статистикою до 85% людей у віці 13-23 років схильні до цього захворювання. Спостереження останніх років засвідчують, що вугрі у більшості осіб характеризуються тривалим перебігом з частими загостреннями, а більш глибокі форми дерматозу зумовлюють розвиток стійких рубцевих змін шкіри (постакне), що стає причиною психоемоційних розладів пацієнтів, зниження якості їх життя, погіршення навчання, працездатності та соціальної активності, що визначає важливе медичне та соціальне значення вугрової хвороби. Добре відомі взаємовідношення між хворобами шкіри та станом шлунково-кишкового тракту. Вугрова хвороба представляє серйозну проблему у дерматології. Внаслідок неясності етіопатогенезу, складності терапії у хворих на вугрову хворобу представляє актуальну проблему. Роль мікрофлори, гормональних порушень у розвитку вугрової хвороби вивчена дуже добре, разом з тим захворювання шлунково-кишкового тракту, зокрема дисбактеріоз кишківника, вивчені недостатньо.

Мета і завдання: Вивчення ефективності комплексної терапії хворих на вугрову хворобу II-IV ступеня тяжкості з використанням пробіотиків.

Матеріали і методи: Визначали стан мікрофлори кишківника у хворих на вугрову хворобу традиційним способом (середовище Ендо, Плоскірева та ін.). Досліджувану групу становили 23 хворих на вугрову хворбу з різним ступенем тяжкості, 20 з них отримували антибіотикотерапію і відзначали тимчасовий успіх лікування. В результаті досліджень було виявлено: зниження кількості ферментативної активності кишкової палички (нижче 3-4х108 б/н), поява гемолізованих кишкових паличок, грам-варіабельних коків в 32-36% пацієнтів. У цій же групі хворих спостерігалося зниження кількості біфідобактерій (менше 107 б/г) і у 3 хворих (з 23), наростання колоній грибів кандида в асоціації з золотистим стафілококом, які тривалий час страждають висипом. Можна зробити висновок, що досягнення гарних результатів і тривалої ремісії у таких пацієнтів неможливо без включення в комплекс лікування препаратів, корегуючих дисбактеріоз кишечника. Таким чином, дисбактеріоз кишечника часто призводить до таких ускладнень у хворих на вугрову хворобу, як абсцедування, келоідізація, і істотно впливає на перебіг захворювання та одужання. З цією метою нами рекомендовано в процесі лікування антибіотиками хворих на вугрову хворобу застосовувати пробіотичні препарати, ентеросорбенти та протикандидозні препарати за показаннями.

Висновки: Запропоновані нами доповнення в комплексі лікування вугрової хвороби дали змогу розширити терапевтичний арсенал, наблизивши його до патогенетично обгрунтованного.

Писаренко Г.М.

ПОСТВАКЦИНАЛЬНІ БЦЖ-УСКЛАДНЕННЯ У ДІТЕЙ В МІСТІ ХАРКОВІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра фтизіатрії та пульмонології
Харків, Україна
Науковий керівник: прфесор Шевченко О.С.

Актуальність. Сьогодні в світі стоїть гостро питання про таке захворювання, як туберкульоз (ТБ). Він є медико-соціальною проблемою всього людства. За даними ВООЗ, щорічно в світі на туберкульоз захворюють в середньому 8 млн. чоловік. Одним з найбільш ефективних профілактичних заходів щодо туберкульозу є БЦЖ-вакцинація. БЦЖ - це вакцина, яка застосовується в усьому світі для специфічної профілактики ТБ. Найбільш часті ускладнення БЦЖ - це ураження регіонарних лімфовузлів, але в останні роки збільшується кількість БЦЖ-оститів і уражень всього організму (генералізованих форм). Ускладнення у дітей діагностують в різні терміни від моменту введення вакцини. За класифікацією, запропонованою Міжнародним союзом по боротьбі з туберкульозом ВООЗ розрізняють такі категорії: I - локальні шкірні ураження; II - персистуюча і дисемінована БЦЖ-інфекція з позитивним результатом; III - дисемінована БЦЖ-інфекція; IV - пост-БЦЖ-синдром - виникає відразу після вакцинації БЦЖ.

Метою цього дослідження було визначення частоти поствакцинальних БЦЖ-ускладнень в м. Харкові.

Матеріалами і методами стали статистичні дані міста Харкова по частоті БЦЖ-ускладнень за останні 5 років у дітей.

Результати. В результаті дослідження відзначено, що поствакцинальні ускладнення за останні 5 років спостерігалися у 142 (0,25%) дітей в м.Харкові. При чому в перші три роки ускладнень було менше, ніж в наступні: відповідно 31 (0,09%) і 111 (0,38%), $p < 0,05$. Консервативне лікування ускладнень виявилося ефективним тільки у 59 (41,5%) з 142 дітей. У 99 дітей з поствакцинальним лімфаденітом було застосовано хірургічне лікування, так як консервативне лікування було неефективним. Вік прооперованих дітей був від 1 місяця до 2,5 років. У 5% прооперованих дітей спостерігалися рецидиви. Відразу після операції призначалася антимікобактеріальна терапія.

Висновки. Таким чином, на підставі проведеного дослідження можна констатувати значну частоту (0,25%) поствакцинальних ускладнень, які обумовлені технічними помилками при проведенні вакцинації, неврахованими протипоказаннями до вакцинації, індивідуальними особливостями імунної відповіді дитячого організму. Ускладнення виникають вкрай рідко і вони не можуть бути приводом до відмови від застосування вакцини, яка є ефективним засобом профілактики туберкульозу.

Райлян М.В., Паніч Р.В., Павлічук Є.О.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА КІР В УКРАЇНІ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Харківський національний медичний університет
Кафедра епідеміології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Семішев В.І.

Актуальність. Широке впровадження вакцинопрофілактики дозволило значно знизити захворюваність та смертність, пов’язані з кором. Так, за даними Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ), з 2000 по 2015 рр. глобальна смертність від цієї інфекції знизилась на 79 %. Однак, незважаючи на наявність безпечної вакцини, кір залишається однією з найчастіших причин смертності дітей раннього віку.

Мета: Оцінити епідемічну ситуацію щодо кору в Україні в сучасних умовах.

Матеріали і методи дослідження. Проаналізована захворюваність на кір в Україні за 2000 - 2017 рр. за офіційними даними.

Результати домлідження. При аналізі багаторічної динаміки захворюваності на кір в Україні виявлені чотири значні епідемічні підйоми з циклічністю в 5-6 років: 2001, 2006, 2012 та 2017 рр. В 2001 р. в Україні було зареєстровано 17 тис. випадків кору, в 2006 р.– 42 тис. випадків, в 2012 р.– 13 тис. випадків. У міжепідемічний період зареєстровано 105 випадків у 2015 р. і 102 випадки у 2016 р., охоплення дитячого населення першою дозою вакцини проти кору в 2015 р. складало 56 %, в 2016 році– 45,5 %, другою дозою в 2015 р. – 57 %, 2016 р.– 30,2 %. Слід підкреслити, що в 2005 р. в Україні проти кору було вакциновано 95 % дитячого населення; в 2010 р. охоплення цільових груп дитячого населення імунізацією проти кору знизилось до 56,1 %, що сприяло накопиченню прошарку неімунних осіб. Аналіз вікової структури хворих показав, що у 2016 р. хворіли переважно діти до 17 років, що склало 56,8 % від числа зареєстрованих випадків кору, з яких 86,0 % осіб були невакциновані проти кору.

В даний час в західних і центральних регіонах України спостерігається епідемічний підйом захворюваності на кір, який може сприяти активізації епідемічного процесу в інших регіонах країни та в Україні в цілому. В 2016-2017 рр. високі рівні та зростання захворюваності відмічено у Івано-Франківській, Одеській, Київській, Закарпатській, Чернівецькій областях. Станом на 07.11.2017 р. в Івано-Франківській області зареєстровано 949 випадків кору, які виникли внаслідок завозу вірусу із-за кордону, хворіли переважно діти до 17 років, питома вага яких склала 77,5 % випадків, з них тільки 17,1 % осіб отримали 2 дози вакцини. В Закарпатській області за 11 місяців 2017 р. зареєстровано 416 випадків кору (33,0 на 100 тис. населення), невакцинованими проти кору були 82 % осіб. В Чернівецькій області станом на 29.12.2017 р. інцидентність випадків дорівнювала 38,7 на 100 тис. населення, за аналогічний період 2016 р. цей показник був 0,33 на 100 тис. населення. Аналіз вікової структури захворілих показав, що найбільша частка випадків кору серед дітей припадала на вікову групу 5-9 років і склала 42 %, серед дорослого населення переважали особи вікової групи 20 – 29 років, їх частка була серед дорослих 42 % випадків. Серед захворілих 71 % осіб були невакциновані проти кору або отримали тільки 1 дозу вакцини. В 2017 р. в Україні спостерігається висока частота відмов від проведення щеплень, частка яких склала 7,4 %, тобто понад 56 тис. відмов. Недостатня кількість препаратів для щеплень, відмови від вакцинації спричинили зменшення імунного прошарку серед дитячого населення, що сприяло епідемічному підйому захворюваності на кір. Для поліпшення епідемічної ситуації щодо кору необхідно удосконалити проведення програм імунізації проти кору в Україні.

Висновки: Таким чином, для забезпечення епідемічного благополуччя в Україні щодо кору, необхідно суворе дотримання термінів імунізації дитячого населення у відповідності до Календаря щеплень України, виконання програм імунізації, охоплення профілактичними щепленнями дитячого населення на рівні не менше 95,0 %.

Суходольская Е.И.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: Сенчева Т.В.

В современном мире туберкулез (ТБ) приобрел значение глобальной эпидемии. Выявление ТБ это комплекс мероприятий направленных на идентификацию случаев ТБ в обществе. Раннее и своевременное выявление влияет на результаты лечения и эпидемическую обстановку в целом. В Украине первым этапом выявления ТБ среди взрослого населения является флюорография (ФГ) органов грудной клетки, так как имеет короткий срок выполнения, высокую пропускную способность, экономическую доступность, кроме того позволяет обнаружить и другие серьезные заболевания органов грудной клетки.

Цель исследования. Проанализировать эффективность ФГ для выявления ТБ в Харьковской области за период 2014 – 2016 года.

Материалы и методы. Была проанализирована статистическая информация по ТБ за период 2014 – 2016 года по Харьковской области.

Результаты исследования. В 2014 г. в Харьковской области было ФГ методом обследовано 1554138 человек, выявлено новых 312 случаев ТБ, что составило 66,2% из зарегистрировано случаев ТБ (471); в 2015 г. – 1532131 человек обследовано, выявлено новых 307 случаев, что составило 64,6% из случаев ТБ (475); в 2016 г. – 1533595 человек обследовано, выявлено 322 случаев ТБ - 63,8% из зарегистрированных случаев ТБ (505). Таким образом, за 3 года с помощью ФГ было выявлено 941 случай ТБ. Также, с помощью ФГ за указанный период обследованы пациенты с другими патологиями: злокачественными образованиями – 817 случаев, хроническими обструктивными заболеваниями легких – 32341 случаев, другими заболеваниями органов грудной клетки – 61129 случаев.

Выводы. Флюорография является эффективным методом обследования, благодаря которому выявляются около 65% случаев ТБ, а также значительное количество других патологий органов грудной клетки. Данный показатель является стабильным в Харьковской области за исследуемый период. Повышение эффективности метода возможно при отборе контингентов и выполнении плана флюорографического обследования по области.

Філіпов О.А.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПОЄДНАНОЇ ТЕРАПІЇ ХОЗЛ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Харківський національний медичний університет
Кафедра фтизіатрії та пульмонології
Харків, Україна.
Науковий керівник: к.мед.н. Степаненко Г.Л.

Актуальність. Туберкульоз легень є досить поширеним захворюванням не тільки в Україні, але й у всьому світі. Наразі в нашій країни відмічається стрибок цього захворювання. За даними ВООЗ кількість хворих, які перебувають на обліку у протитуберкульозних та інших медичних закладах, становить майже 365 тисяч осіб. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) зустрічається при усіх формах туберкульозу легень.

Мета дослідження. Оцінка ефективності бронхолітичної терапії у лікування туберкульозу у хворих з ХОЗЛ. Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз історії хвороб 30 пацієнтів з вперше виявленим туберкульозом у поєднані з ХОЗЛ: 18 чоловіків (60%) та 12 жінок (40%), середній вік яких 39,2±1,2 роки. Хворі були розподілені на 2 групи. І група отримувала специфічне лікування туберкульозу, по стандартній схемі, у поєднанні з інгаляційними бронхолітиками: сальбутамолом та ізадрином (17 хворих), ІІ група, лише специфічне лікування (13 хворих).

Результати. Доведено, що лікування хворих в І групі було більш ефективним ніж в ІІ групі. Бациловиділення зникло у 72,4% хворих в І групі і у 41,7% в ІІ ($p<0,05$). Порожнини розпаду зникли у 81,2% в І групі, і у 40,2 хворих в ІІ групі ($p< 0,05$). Показники функції зовнішнього дихання (ФЗД) у хворих із низькими початковими показниками обсягу форсованого видиху (ОФВ1 – до 50%) в Ігрупі мали тенденцію до зростання у 66,6%, порівняно з Ігрупою – у 30,1% ($p<0,1$).

Висновки. Отримані в ході дослідження дані свідчать про те, що застосування бронхолітичної терапії в лікуванні хворих туберкульозом в поєднанні з ХОЗЛ сприяє підвищенню ефективності лікування даної категорії хворих.

Фомина Л.В.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ЭТИОЛОГИ И ПАТОГЕНЕЗЕ ЭКЗЕМЕ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра дерматологии, венерологии и СПИДа
Харьков, Украина
Научный руководитель: Дащук А.М.

Введение. Кожный покров — это не только мишень поражения, а также является активным участником развития типов различных иммунологических воспалительных заболеваний. Эпидермис является органом иммунной системы. Дерма относится к источнику клеточного компонентов, которые играют активную роль во всех типах реакций аллергического типа. Один из самых распространенных аллергодерматозов является экзема, встречается в 10-45% всех поражений кожи (острых и хронических) . В настоящее время большую роль в патогенезе экземы придаютзначение сенсибилизации к различным аллергенам (инфекционным и неинфекционным), иммунологическим нарушениям, в первую очередь, со стороны клеточного и гуморального звеньев иммунитета.

Цель и задачи исследования. Повышение эффективности терапии больных экземой с учетом особенностей иммунитета.

Материалы и методы. Проведено обследование 50 больных разными формами экземы. Было проведено клиническое обследование с учетом жалоб, данных анамнеза, генетических и конституциональных особенностей пациента (объективного и дополнительных: лабораторные, аллергические пробы, иммунограмма) методов исследования. Все больные получали базовую терапию в соответствии со стандартами лечения экземы: гипосенсибилизирующая терапия (специфическая и неспецифическая), антигистаминные и седативные препараты, ГКС препараты, анаболические гормоны, витамины, вазоактивные препараты, иммунокорректоры и антибиотики при наличии вторичной инфекции.

Выводы. У лиц трудоспособного возраста (68,2%) - средний возраст составлял 33,47 +/- 58 лет - клинически разделены на больных с микробной (76%) и истинной (22%) экземами; по характеру высыпаний диссеминированным (59%) и локализованный (41%) процессы. При наблюдении клеточного звена иммунитета установлено снижение CD3, CD4, повышение CD8, что свидетельствует о понижении активности Т-лимфоцитов; при наблюдении гуморального иммунитета установлено дисгаммаглобулинемию, которая характеризуется увеличением IgE и IgG и понижение IgM и IgA. Вследствие терапии больных экземой с применением иммунокорректоров (циклоферона) нормализовалось 6 из 7 измененных показателей иммунитета (клеточного и гуморального). Вследствие происходит повышение CD3, снижение CD8 и повышения, IgG, ЦИК, нормализация ФАЛ и ФЧ.

Хаустов Д.С.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПИЩЕВОГО БОТУЛИЗМА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней
Харьков, Украина
Научный руководитель: Кацапов Д.В.

Ботулизм - довольно редкое, но опасное заболевание, вызываемое нейротоксинами, продуцируемыми Clostridium Botulinum (типы токсинов A, B, E, F и H) и, редко, штаммами Clostridium butyricum, Clostridium baratii и Clostridium argentinense, продуцирующими токсины типа E, F и G соответственно.

В данном случае, рассмотрена женщина 22 лет, которая обратилась за помощью с жалобами на умеренную спазматическую боль в околопупочной зоне слева, тошноту, рвоту, головокружение, сухость во рту, двоение при попытке чтения, птоз и выраженную слабость. С подозрением на острый панкреатит она была направлена в хирургическое отделение. Был обнаружен повышенный уровень амилазы сыворотки - 40,1 мг / ч и лейкоцитоз. После

диагностических процедур был поставлен диагноз: обострение хронического панкреатита, но из-за выраженных неврологических симптомов пациентка была консультирована невропатологом. Заподозрен ботулизм, больная переведена в Харьковскую областную клиническую инфекционную больницу. За день до болезни пациентка употребляла вяленую рыбу. При неврологическом исследовании была обнаружена диплопия и горизонтальный нистагм, без признаков повреждения центральной нервной системы, офтальмоплегия, полный симметричный паралитический мидриаз, дизартрия, дисфония и глоссальный парез. Наблюдалась дистальная слабость мышц обеих рук. Рефлексы были сохранены. Пациентка оставалась в сознании. Наблюдалась тахипное - 28 уд/ мин.

В связи с развитием дыхательной недостаточности в течении последующих 4 часов состояние больной быстро ухудшилось, она переведена на искусственную вентиляцию легких. Состояние пациентки продолжало ухудшаться, и у нее развился вялый симметричный паралич. Так же, наблюдавшееся психомоторное возбуждение, вероятно, было проявлением хронического психоневрологического заболевания.

В качестве специфической терапии назначен Гептавалентный антиботулинический антитоксин (A, B, C, D, E, F, G). После введения состояние медленно улучшалось. Искуственная вентиляция легких проводилась еще 10 дней до восстановления спонтанного дыхания, интенсивная терапия - 20 дней. В результате исследования крови, фекалий и содержимого желудка C. Botulinum не выделена. Ботулинический токсин типа А был диагностирован с помощью реакции нейтрализации.

В данном случае трудности в диагностике были связаны с наличием сопутствующих заболеваний - хронического холецисто - панкреатита, которые проявлялись симптомами, сходными с симптомами начального периода ботулизма, такие как тошнота, рвота, дискомфорт в области живота. Кроме того, у данной пациентки в анамнезе было неустановленное психоневротическое расстройство, что также осложнило дифференциальную диагностику.

Выводы: 1. Трудности в диагностике случая пищевого ботулизма обусловлены редкостью заболевания и недостаточной информированностью практических врачей. Кроме того, хронические заболевания могут имитировать клинические симптомы ботулизма, как в описанном случае.

2. Впервые в Харьковской областной инфекционной больнице использовался гептавалентный ботулинический антитоксин (A, B, C, D, E, F, G), показавший эффективность в лечение тяжелого пищевого ботулизма.

Христенко Н.Є., Корнієнко В.В., Тимощук М.В.

ВМІСТ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА ХГС

Харківський національний медичний університет
Кафедра інфекційних хвороб
Харків, Україна
Науковий керівник: Юрко К.В.

Мета роботи – вивчення вмісту статевих гормонів у сироватці крові хворих на хронічний гепатит С (ХГС).

Матеріали і методи. Дослідження проведені на клінічній базі кафедри інфекційних хвороб ХНМУ – обласній клінічній інфекційній лікарні м. Харків протягом 2016-2017 рр. Під нашим спостереженням перебувало 33 хворих на ХГС, серед яких чоловіків було 24 (72,7 %), жінок – 9 (27,3 %). Середній вік хворих склав 39,27±1,53 років. Контрольна група представлена 30 здоровими особами віком від 19 до 60 років. Вивчення статевих гормонів (прогестерону, тестостерону та естрадіолу) у сироватці крові проводили на автоматичному імунохімічному аналізаторі TOSOH AIA-600 методом двохвильової флуоресцентної детекції.

Результати. У сироватці крові хворих на ХГС спостерігається підвищення вмісту прогестерону у сироватці крові чоловіків у 2,7 рази ($p<0,001$) та його зниження його вмісту у сироватці крові жінок у 1,86 рази ($p<0,05$). Уміст тестостерону у чоловіків, хворих на ХГС,

не мав достовірної різниці з аналогічним показником контрольної групи (p>0,05). У той час як у жінок визначається достовірне зменшення тестостерону у 2,98 рази порівняно з аналогічним показником у контролі (p<0,001). У хворих на ХГС встановлено зниження вмісту естрадіолу. Однак, якщо у чоловіків спостерігається лише тенденція до зменшення, яка не має достовірної різниці з контролем, то у жінок визначено достовірне зниження цього статевого гормону (p<0,01) порівняно з аналогічним показником контрольної групи. Отже, у досліджених хворих виявлено значні порушення з боку метаболізму статевих гормонів, які є більш вираженими у жінок.

Висновок. У хворих на ХГС виявлено порушення обміну статевих гормонів, а саме: зниження вмісту в сироватці крові жінок прогестерону (p<0,05), тестостерону (p<0,001), естрадіолу (p<0,01), підвищення в сироватці крові чоловіків прогестерону (p<0,001).

Юрко К.В., Івахненко Д.А., Шейко А.Г.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЕНТЕРОВІРУСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В СЕРПНІ-ЛИСТОПАДІ 2017 РОКУ В ХАРКІВСКІЙ ОБЛАСТІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра інфекційних хвороб
Харків, Україна
Науковий керівник: професор В.М. Козько

Ентеровіруси (ECHO і Коксакі) мають значне поширення, різноманітність клінічних проявів, високу контагіозність та стійкість у зовнішньому середовищі, що обумовлює їх високу спорадичну захворюваність і періодичне виникнення епідемічних спалахів.

Мета роботи – дослідження клініко-лабораторних показників хворих на ентеровірусні захворювання.

Матеріали і методи. Дослідження проведені на клінічній базі кафедри інфекційних хвороб ХНМУ Обласної клінічної інфекційної лікарні м Харкова протягом серпня-жовтня 2017 року. Всього обстежено 135 пацієнтів віком від 17 до 63 років. Серед обстежених пацієнтів чоловіків було 61,5 %, а жінок – 45,9 %.

Результати. У більшості випадків хворі надходили в лікарню на 2-3 день хвороби, середній вік склав 19,3±2,1 роки. Клінічна картина характеризувалася проявами загальної інтоксикації, а саме слабкість, міалгії, артралгії, підвищення температури тіла до 38-39°С, які спостерігалися майже в усіх пацієнтів. У 47,4 % визначалися диспепсичні прояви (діарея 5-10 разів в день без домішок, нудота, блювота), а у 83,7 % хворих спостерігалися респіраторні прояви, які характеризувалися серозними виділеннями з носа, гіперемією слизової оболонки ротоглотки, болем у горлі. Крім того, у обстежених пацієнтів спостерігався везикулезний висип з типовою локалізацією на долонях, ступнях і а слизовій оболонці рота, не супроводжувався болем і свербіжом. У клінічному дослідженні крові в більшості хворих спостерігали лімфомоноцитоз, помірно прискорену ШОЕ. При вірусологічному дослідженні було виділено ентеровірус Коксакі.

Висновок. Спалах ентеровірусних захворювань у м. Харків протягом серпня-листопада 2017 року був обумовлений вірусом Коксакі. Найчастішими клінічними проявами були ознаки синдрому загальної інтоксикації та екзантема; у 47,4 % хворих відзначалися розлади травного тракту; у 83,7 % – респіраторні прояви.

Яцына А.Г.

СИНДРОМ ФАВРА-РАКУШИ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра дерматологии, венерологии и СПИДа
Харьков, Украина

Актуальность. Вопрос о проявлении и течении данного синдрома уже изучался некоторыми учеными, однако, эти работы единичны и до конца не изучены. Изучение

данного вопроса позволит тщательно диагностировать болезнь и избегать проявлений новообразований.

Цель. Изучить особенности течения и методы лечения заболевания.

Материалы и методы. Были исследованы биоптаты кожи, взятых у больных с данным синдромом в возрастном диапазоне 50-65 лет. Окраска гемотоксилин-эозином.

Результаты. Синдром Фавра – Ракушо впервые описали французские дерматологи M.J. Favre (1932) и J. Racouchot (1937) –это повреждение эластической ткани в дерме вследствие длительного воздействия солнечных лучей, чаще встречается у пожилых, тучных мужчин и сопровождается образованием кист и комедонов.

Заболевание развивается вследствие фотоповреждений и возрастных изменений кожи. Для его возникновения необходимы следующие факторы: наличие на коже большого количества сальных желез и длительное воздействие ультрафиолетового облучения. Очаги расположены в области наиболее часто подвергающееся инсоляции, обычно в области глаз, подбородка, щек, височной и затылочной области. Согласно литературным данным, болезнь развивается после 50 лет, и среди заболеваний составляет 6%. (K.G. Lewis, L. Bercovitch, S.W. Dill, L. Robinson-Bostom // J. Am. Acad. Dermatol. – 2004.) При изучении анамнеза таких больных преобладают длительные периоды инсоляции, связанные с профессией (моряки, фермеры, строители, архитекторы).

При биопсии кожи: атрофия кожи, дегенерация верхних отделов соединительной ткани кожи по типу эластоидоза, истончение эластических волокон. Гиперкератоз и образование комедонов. Вокруг расширенных фолликулов обнаруживают инфильтраты, состоящие из фибробластов, гистиоцитов, лимфоцитов. Фолликул волоса, сальные и потовые железы окружены кистами.

Симптоматически проявляется потерей эластичности, упругости. Кожа становится сухой, утолщенной, приобретает ромбовидную исчерченность, множественные морщины. Развитием мелких и часто сливающихся между собой узелков умеренно тестоватой консистенции желто-коричневого цвета. Эти узелки соответствуют роговым кистам, наполненные кашицеподобной жировой массой.

Для лечения таких проявлений рекомендуют хирургическое лечение (лазерная коррекция, кюретаж, экстракция комедонов), консервативное лечение эффективно в приеме местных ретиноидов, инъекций лидазы, средств фотозащиты кожных покровов.

Заключение. Необходимо отметить важность изучения таких синдромов. Акне-формные дерматозы имеют достаточный широкий спектр проявлений. Необходимо вовремя диагностировать таких больных и назначать правильно подобранное лечение, рекомендаций по уходу за кожей, для избегания проявлений опасных осложнений: базалиомы, лентиго, новообразований кожи.

Нейронауки

МЕДИЦИНА ТИСЯЧОЛІТТЯ

ФЕСТИВАЛЬ ХАРКІВ НАУКИ

МОЛОДІЖНОЇ

Аскеров Р.Н.

ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ МАКІАВЕЛЛІЗМУ У СТУДЕНТІВ ХНМУ З УРАХУВАННЯМ СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Гайчук Л.М.

Актуальність. Як відомо, під терміном «макіавеллізм» мається на увазі комплекс рис, що включає в себе ворожість, недовіра, егоїзм, низький рівень альтруїзму, нехтування нормами моралі, схильність до маніпулювання іншими людьми, наполегливість в досягненні своєї мети, відсутність віри в людські ідеали, співчуття по відношенню до інших, використання лестощів і обману. Перераховані вище характеристики є неприпустимими для лікаря будь-якого фаху. Взаємовідносини між лікарем і пацієнтом будуть вкрай не продуктивними і навіть небезпечними для останніх, тому було прийнято рішення досліджувати рівень макіавеллізм у майбутніх лікарів, студентів ХНМУ, з урахуванням різних факторів.

Мета: дослідити рівні макіавеллізму у студентів ХНМУ з урахуванням соціальних факторів.

Матеріали і методи: нами було опитано 250 студентів ХНМУ обох статей (202 - жіночого, 48 - чоловічої) шляхом анкетування у вигляді тесту Мак-шкала, яка складається з 20 питань. З 250 студентів: працюють 60, не працюють - 190; 32 - I курс, 44 - II курс, 42 - III курс, 103 - IV курс, 22 - V курс, 7 - VI курс; середній бал 5,0 - у 29 чоловік, 4,0-4,9 у 177 осіб, середній бал нижче 4,0 у 44 осіб; в гуртожитку проживають 81, з батьками - 96, самі знімають житло - 37, з друзями знімають 17, проживають з чоловіком / дружиною - 18 осіб. Рівні макіавеллізму: високий - ВРМ (характерний даний комплекс рис), середній - СРМ, низький - НРМ (протилежність макіавеллізму).

Результати: ВРМ частіше реєструвався у трієчників, студентів, які, самі знімають собі житло або живуть у гуртожитку; які, крім навчання, працюють; у студентів у віці 20-22 років; жіночої статі; студентів IV і V курсів. При цьому НРМ дещо частіше реєструвалися у працюючих студентів (незважаючи на ВРМ), студентів IV курсу (незважаючи на ВРМ), відмінників, студентів чоловічої статі, студентів у віці 20-22 років (не дивлячись на ВРМ), студентів, які жили з чоловіком / дружиною, друзями.

Висновки: оскільки професія лікаря має на увазі протилежні якості ніж якості, виявлені за допомогою Мак-шкали. Згідно професіограми відповідно до професії лікаря - якості, що перешкоджають ефективній професійній діяльності: безвідповідальність, неуважність, егоїстичність емоційна нестриманість, жорстокість, гидливість, нетерпимість, неуважність. Саме ці якості були виявлені у деяких студентів. З огляду на отримані результати, студентам слід звернути увагу на корекцію свого стану. Ми рекомендуємо звернутися за консультацією до психолога, а також пройти комплекс занять, спрямованих на усвідомлення і корекцію своїх рис поведінки.

Безвербний В. І

ЕЛЕКТРОНЕЙРОМІОГРАФІЧНИЙ ПАТЕРН ПРИ БОКОВОМУ АМІОТРОФІЧНОМУ СКЛЕРОЗІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра неврології №1
Харків, Україна

Актуальність. Бічний аміотрофічний склероз (БАС) ще носить назву хвороби мотонейрона. Це хронічне невиліковне нейродегенеративне захворювання, яке прогресує повільно, але при ньому уражаються як кора головного мозку, спинний мозок, так і ядра черепно-мозкових нервів. Це закінчується поразкою рухових нейронів, паралічем і атрофією

м'язів, відмовою дихальної мускулатури, інфекцією дихальних шляхів, що приводять до летального результату. Кількість хворих у світі складає 60-70 тисяч. В наш час питання етіології та патогенезу залишаються нез'ясованими, у зв'язку з цим не розроблені специфічні методи діагностики та лікування цієї хвороби. В Україні досі відсутня статистика по БАС, однак, як і в розвинених країнах, відзначається тенденція до збільшення загального числа хворих на БАС у всіх вікових групах.

Мета дослідження: дослідити характерний електронейроміографічний патерн при БАС.

Матеріали та методи дослідження. Нами були обстежені 3 хворих на БАС – 1 жінка та 2 чоловіка віком 43-48 років. Усім пацієнтам проводилось нейрофізіологічне дослідження, яке передбачало включення голчастої електроміографії (ГЕНМГ). На ГЕНМГ у хворих було виявлено збільшення амплітуди осциляцій та гострі хвилі. На поверхневій ЕНМГ визначалися фасцикуляції в спокої, а при вираженому напруженні м'язів – так званий «ритм частокола» - потенціали з високою частотою та амплітудою. Ця активність пов'язана з тим, що при загибелі мотонейронів спинного мозку порушується інервація м'язових волокон, які підключені до них.

Висновки. По-перше, при діагностиці БАС електронейроміографія грає першорядну роль у підтвердженні цього діагнозу і проведенні диференціальної діагностики з іншими захворюваннями, які мають клінічно схожу симптоматику. По-друге, використання цього методу сприяє спостереженню за швидкістю розвитку патологічного процесу і дає можливість судити про прогноз захворювання у кожного конкретного хворого.

Бережний Г.Г.

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛАЄНСУ У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

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

Актуальність. Увага до проблеми недотримання терапевтичного режиму існувала на всіх етапах розвитку медичної науки, але лише в останнє десятиліття стала предметом самостійних досліджень. Огляд останніх досліджень в області лікування хронічних захворювань свідчить про те, що менше 30% пацієнтів неухильно дотримуються рекомендацій по лікуванню, третина - лише частково, а останні заперечують їх необхідність. У пацієнтів наркологічного профілю спостерігається низький рівень дотримання терапевтичних рекомендацій, оскільки відповідні захворювання істотно впливають на стабільність і критичні здатності хворого. Частота випадків порушення схеми прийому ліків серед пацієнтів даного профілю коливається в межах 11-80%. Висока медико-соціальна значимість проблеми і відсутність систематизованих уявлень про чинники формування комплаєнсу обумовлюють актуальність проведення даного дослідження.

Мета дослідження: визначення рівня комплаєнсу у пацієнтів з алкогольною залежністю, а також визначення видів комплаєнсу у хворих з цією залежністю

Матеріали та методи. На підставі проведеного анкетування серед 23 пацієнтів (12 чоловіків та 11 жінок) на базі Харківської обласної клінічної наркологічної лікарні у віці 35-39 років були отримані результати рівня комплаєнтності для подальшого аналізу.

Результати. За результатами анкетування високий рівень комплаєнсу характерний для 65,2% опитаних (з них 60% жінок, 40% чоловіків), що залишилися 34,8% мають середній (частковий) рівень комплаєнтності.

При оцінці видів комплаєнтності у пацієнтів з діагнозом алкогольна залежність було виявлено, що показники емоційної і поведінкової комплаєнтності у чоловіків є середньо-вираженими і значно вираженими у жінок. Це говорить про те, що опитані цієї групи, характеризуються невизначеною поведінкової позицією. Вони розсудливі, обережні, розважливі. Схильні до занепокоєння, неспокою про майбутнє, песимістично ставляться до

результатів лікування, стримані в прояві емоцій, іноді, схильні дотримуватися запропоновані лікарем рекомендації, іноді вони вагається в необхідності такого лікування. Не завжди готові йти на ризик, пов'язаний з лікуванням свого захворювання, тому що не впевнені в позитивному результаті. Однак впевнені в тому, що самостійно подолати хворобу вони не в змозі. Ці хворі не прагнуть точно дотримуватися режиму, так як постійно вагаються у відношенні до того – потрібне чи ні лікування.

Відносно соціальної комплаєнтності, то вона має високий рівень. На підставі чого можна припустити, що деяким опитаним властиве прагнення вступати в довірчі відносини з лікарем, спиратися на його думку, бути залежним від нього. Такі хворі потребують підтримки. Стурбовані враженням, яке вони справлять на оточуючих, зокрема у лікаря, який сприймається ними як значуща особа. Такі люди часто стурбовані тим, що здатні обтяжити когось зайвими турботами через свою хворобу.

Висновки. Ми можемо зробити висновок, що рівень комплаєнтності вище у жінок, ніж у чоловіків. Але слід звернути увагу, що жодна з груп не досягла максимальних показників. Тому опитаним пацієнтам з алкогольною залежністю рекомендується надання психологічної допомоги, у вигляді методик, спрямованих на підвищення рівня комплаєнтності, яку можна здійснити такими способами: консультування, яке дозволить виявити фактори, що негативно впливають на дотримання лікарських рекомендацій, надати необхідну інформацію, визначити конкретні цілі терапії, обговорити ставлення сім'ї людини до планованого лікування, сумніви і побоювання з цього приводу, а також оцінити готовність до терапії.

Буньо І.Б.

ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ І ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЛАКУНАРНИЙ ІНСУЛЬТ

Харківський національний медичний університет
Кафедра неврології №1
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Тихонова Л.В.

Актуальність: судинні захворювання головного мозку при прогресуванні супроводжуються розвитком не тільки різноманітних неврологічних синдромів, а й різних за ступенем вираженості інтелектуально-мнестичних та когнітивних порушень. Особливості емоційного стану і зниження якості життя підсилюють ступінь інвалідизації хворих, істотно ускладнюють процес реабілітації пацієнтів, які перенесли ішемічний інсульт. Лакунарні інфаркти мозку, що займають 25-34,5% в структурі ішемічних інсультів, грають важливу роль в розвитку когнітивних і емоційно-вольових порушень.

Мета дослідження: вивчення частоти виникнення і особливостей клінічних проявів депресивних порушень і якості життя у хворих з лакунарними інфарктами (ЛІ) мозку.

Матеріали та методи дослідження: було проведене опитування на групі людей (20 осіб) віком від 55 до 75 років, які перенесли ЛІ. Для визначення якості життя використовували опитувальник якості життя. З метою виявлення депресивних розладів використовували анкетну шкалу депресії Бека - Beck's Depression Inrentory (BDI). Для оцінки тяжкості депресії застосовували шкалу Гамільтона.

Отримані результати дослідження якості життя свідчать про те, що всі хворі, які перенесли ЛІ, мали більш низькі показники якості життя, особливо ті, які перенесли симптомний інсульт (7,8 ± 1,5), в порівнянні з хворими з асимптомним перебігом захворювання (8,2 ± 1,3). У обстежених хворих в більшій мірі були представлені порушення, пов'язані з фізичною активністю, зниженням працездатності і залежністю від сторонньої допомоги. Депресії у хворих з ЛІ зустрічалися в 64,3% з симптомними інфарктами мозку в порівнянні з пацієнтами з асимптомним протіканням ЛІ - 53,8%. Ступінь тяжкості депресивних порушень за шкалою Гамільтона у хворих з симптомними ЛІ склала (17,82 ± 1,30) балів і у хворих з асимптомним протіканням ЛІ - (15,46 ± 0,78) балів. Характерною ознакою депресії у хворих з ЛІ була стійкість симптомів, легкий або середній ступінь їх

вираженості, переважання соматовегетативної симптоматики, збереження критики до свого стану, відсутність суїцидальних намірів. Показано взаємозв'язок депресії з виразністю неврологічного дефіциту, локалізацією патологічного вогнища (симптоми депресії були більше виражені у хворих з локалізацією вогнища в правій гемісфері), а також з такими психосоціальними факторами як проживання на самоті, втрата роботи.

Висновок: таким чином, клініка ЛІ не обмежується відомими симптомами моторних, сенсорних, координаторних порушень. Захворювання пов'язане з порушеннями в емоційній сфері (депресія, тривога) і супроводжується прогресуючими порушеннями складних когнітивних функцій, що вважається однією з головних причин втрати працездатності, зниження якості життя і рівня соціального функціонування.

Волошин - Гапонов И.К.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО ДАННЫМ МРТ У БОЛЬНЫХ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Харьковский национальный университет имени В.Н.Каразина
ГУ «Институт неврологии психиатрии и наркологии НАМН Украины»
Харків, Україна

Болезнь Вильсона-Коновалова является наследственным, прогрессирующим аутосомно-рецессивным заболеванием, в основе которого лежат нарушения метаболизма меди. Развитие БВК определяет ген ATP7Bрасположенный на длинном плече 13 хромосомы, который кодирует трансмембранный белок АТФ-азу Р-типа. В результате мутации этого гена происходит нарушение выведения меди с желчью, что приводит к ее накоплению в печени, головном мозге**,** почках и других органах- мишенях.

Прижизненно у больных морфологические изменения в головном мозге определяются с помощью нейровизуализации. МРТ обследование наших больных проводилось на томографе с напряженностью магнитного поля 1,5 Тл, в режимах Т1, Т2 ви и Т2 Flair в сагитальной, аксиальной и фронтальной плоскостях. Обследовано 32 больных ГЦД. Женщин было 12 человек, а мужчин 20 человек. Наше исследование показало, что наиболее часто (87,5 %) в патологический процесс вовлекается бледный шар чечевицеобразного ядра. На втором месте по частоте (65,6 %) патологии стоит скорлупа чечевицеобразного ядра. Почти у половины больных (46,9 %) поражается средний мозг. Структуры мозжечка в патологический процесс вовлекается у 21,9 % больных.

Гендерный анализ показал, что структуры чечевицеобразного ядра (скорлупа и бледный шар) значительно чаще вовлечены в патологический процесс у женщин (83,3 % и 100%) чем у мужчин (55,0 % и 80,0 %). В то время как очаговое поражение коры больших полушарий головного мозга чаще встречается у мужчин (35,0 %) чем у женщин (25,0 %).

По данным классификации Н.В.Коновалова, у больных БВК с дрожательно-ригидной формой заболевания у 100 % случаев был поражен бледный шар. Скорлупа была поражена у 80,0 % больных. Зрительный бугор и мозжечок были вовлечены в патологический процесс у 40 % пациентов. Средний мозг был поражен у 80 % случаев, при этом, у половины из них отмечается специфическая для БВК патологическая картина в виде "морды панды". У больных с ригидно-аритмогиперкинетической формой заболевания наиболее часто в патологический процесс были вовлечены бледный шар и мозолистое тело (83,3 %).Для экстрапирамидно-корковой формы заболевания характерно то, что у всех больных имелись очаговые поражения коры больших полушарий головного мозга.При брюшной форме заболевания со стороны подкорковых структур головного мозга нет выраженных МР-томографических патологических изменений, однако у них во всех случаях отмечаются явления атрофических процессов головного мозга.

Таким образом, результаты проведенных нами исследований показали, что структурные изменения в головном мозге БВК имеют диффузный характер с преимущественным двусторонним поражением серого вещества подкорковых узлов и ствола

мозга. В меньшей степени поражается белое вещество головного мозга. У всех больных в фазе неврологического проявления болезни имеются различной степени выраженности атрофические процессы головного мозга. Следовательно, у больных БВК развивается своего рода мультисистемная атрофия головного мозга. МРТ позволяет повысить точность дифференциального диагноза БВК и определять время перехода болезни в неврологическую фазу и определять эффективность проводимой хелаторной терапии.

Дідова Т.В.

ВИВИЧЕННЯ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРДЦЕВОГО РИТМУ ПРИ РОЗСІЯННОМУ СКЛЕРОЗІ РІЗНОГО ТИПУ ПЕРЕБІГУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра неврології №2
Харків, Україна
Науковий керівник: к.мед.н. Некрасова Н.О.

Актуальність. В останні роки лікарі-невропатологи все частіше звертаються до дослідження варіабельності сердцевого ритму (ВСР) заради оцінки вегетативного статусу у пацієнтів з розсіяним склерозом (РС). За результатами дослідження К.П. Воробйова та Ю.М. Сорокіна (2006) відомо, що з віком збільшується середня величина кардіо-інтервалів, знижується ВСР і тонус обох відділів вегетативної нервової системи. Основна проблема, з нашої точки зору, що немає достовірних даних про те, як змінюється ВСР при різних типах перебігу РС.

Метою данної роботи є дослідження вегетативної нервової системи при РС різного типу перебігу.

Матеріали та методи. Для роботи був використання аппарат Cardiolab (XAI, Медика). Була зроблена вибірка з 29 хворих на розсіяний склероз у межах показника EDSS - від 2до 6,0, (середній вік - 41,6± 2,5 років): 11 осіб з ремитуюче-рецидивуючим перебігом, 8 з вторинно-прогресуючим.До контрольної групи було включено 15 молодого віку. Дослідження проводилось на момент ремісії.

Результати. Було виявлено значне зниження стандартного відхилення усіх NN-интервалів (інтервали між двома нормальними комплексами QRS) у групі з вторинно-прогресуючим перебігом відносно групи контролю: 83+/- 16 мс і 122+/- 21 мс , $p<0,05$. У той час як стабільні пацієнти з ремітуюче-рецидивуючим перебігом мало відрізнялись від контролю: 128+/-20 мс і 122+/-21 мс, $p<0,05$.

Висновки. Таким чином можна зробити висновки, що: Вегетативний статус і його характеристиказа даними показників ВСР знаходяться в залежності від типу перебігу РС та його тяжкості. Найбільш суттєва відмінність була відмічена у групі пацієнтів з вторинно-рецидивуючим перебігом. Відносно ремітуюче-рецидивуючого перебігу, дана форма захворювання є більш тяжкою, і за результатами ми бачимо значне зниження стандартних відхилень NN-интервалів.

Домбровська І. К., Багмут А. В.

РОЛЬ ОМЕГА-3-ПОЛІНЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ В ПЕРВИННІЙ ТА ВТОРИННІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ АТЕРОСКЛЕРОЗУ ТА ЙОГО УСКЛАДНЕНЬ

Харківський національний медичний університет
Кафедра неврології №1
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Григорова І.А.

Актуальність: частота виникнення інсульту в економічно розвинутих країнах становить у середньому 150 осіб на 100 тис. населення, в Україні захворюваність відзначена на рівні 278,2 випадків на 100 тис. населення. Основним етіопатогенетичним фактором, що обумовлює розвиток серцево-судинних захворювань, вважається атеросклероз (АС), який провокує і підтримує прогресію ішемічної хвороби серця та порушення мозкового

кровообігу. Однією з ланок патогенезу АС є зміна ліпідного спектра крові, підвищення рівня ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), дуже низької щільності (ЛПДНЩ) і тригліцеридів (ТГ), що складають так звану атерогенну ліпідну тріаду. Тому для корекції ліпідного спектру рекомендують в першу чергу скорегувати дієту: зменшити споживання насичених тваринних жирів у раціоні та збільшити кількість жирної морської риби, а також оливкових та інших рослинних олій. В жирі морських риб містяться речовини, які позитивно впливають на ліпідний спектр і не виробляються в людському організмі, - ейкозапентаєнова і докозагексаєнова омега-3-поліненасичені жирні кислоти. Основна функція омега-3-поліненасичених жирних кислот при дисліпідемії є гіполіпідемічна, вона виражається в зниженні синтезу ТГ та їх транспортного білка аполіпопротеїну в печінці, а також у підвищенні екскреції холестерину взагалі та ЛПДНЩ в зокрема.

Мета: Вивчити вплив омега-3-поліненасичених жирних кислот на ліпідний обмін та визначити їх ефективність у первинній та вторинній профілактиці цереброваскулярної патології.

Матеріали і методи: Нами протягом року було обстежено 8 пацієнтів, які перенесли кардіогенний ішемічний інсульт (ІІ), з них 4 чоловіків і 4 жінок у віці від 64 до 72 років. У 5 пацієнтів ІІ був в басейні середньої мозкової артерії і у 3 пацієнтів - в вертебро-базилярному басейні.

Результати. У всіх пацієнтів ліпідограма демонструвала високий рівень загального холестерину (ЗХ), ЛПНЩ і ЛПДНЩ. Всім пацієнтам в комплексній терапії був призначений препарат омега-3-поліненасичених жирних кислот - Епадол Нео (Київський вітамінний завод), який вони приймали протягом 3 місяців. При повторному обстеженні через 3 місяці у всіх хворих відзначалася позитивна динаміка - знизилися рівні ЗХ, ЛПНЩ та ЛПДНЩ.

Висновки: Таким чином, наше дослідження довело, що всім пацієнтам, що перенесли кардіогенний ішемічний інсульт, для профілактики атеросклерозу, а отже і розвитку повторного гострого порушення мозкового кровообігу в комплексну терапію необхідно включати препарати омега-3-поліненасичених жирних кислот, так як вони достовірно знижують рівень загального холестерину, ліпідів низької і дуже низької щільності.

Зеленська К.О.

БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ З СУЇЦИДЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Кожина Г.М.

Актуальність. За даними літератури, існують певні нейробіологічні механізми запам'ятовування емоційно значущих форм поведінки. На думку ряду авторів в даний час можна вважати встановленим наявність біологічної основи суїцидні поведінки. В процес його формування залучені серотонінергічна, допамінергічна, опіатна нейротрансміттерні системи.

Мета. Визначити роль серотоніну та мелатоніну в процесі розвитку суїцидальної поведінки.

Матеріали та методи. Нами на базі ХОКПЛ №3 було обстежено 147 хворих на депресивні розлади молодого віку. Основну групу склали 96 хворих з ознаками суїцидальної поведінки, контрольну – 51 хворий без ознак суїцидальної поведінки, групу порівняння склали 30 осіб без психічних порушень і ознак суїцидальної поведінки. Кількісне визначення серотоніну й мелатоніну проводилося методом імуноферментного аналізу (ELISA).

Результати. Показовим було значне зниження співвідношення мелатонін / серотонін в основній групі пацієнтів, яке статистично достовірно відрізнялося від аналогічного показника у здорових осіб. У групі порівняння рівні серотоніну й мелатоніну склали 137 ± 8 нг / мл і 14,6 ± 1,6 пг / мл відповідно. В основній групі дані показники склали 224,4 ± 16 нг /

мл і 13,9 ± 1,2 пг / мл, що вірогідно не відрізнялося від таких у контрольній групі, в якій дані показники серотоніну були 241 ± 21,6 нг / мл, а мелатоніну 14,6 ± 1,4 пг / мл.

Висновки. Отримані дані вказують, що на тлі практично однакових по відношенню до контрольної групи значень мелатоніну, рівень серотоніну в групах спостереження відрізнявся на 63% в основній групі і на 75% в групі порівняння. Такі результати свідчать про відсутність відповіді мелатонін-продукуючої системи, як антистресового фактора в цих групах. При цьому високі цифри серотоніну можуть свідчити на користь компенсаторної реакції внаслідок можливо довго низьких його рівнів до надходження хворих в стаціонар. З огляду на біохімічну ієрархію і послідовність перетворення даних агентів можна припустити порушення даного процесу на тлі накопичення серотоніну при незмінних рівнях мелатоніну.

Калюжка В.Ю.

ВИКОРИСТАННЯ СТЕРЕОТАКСИЧНИХ БІОПСІЙ З ВПРОВАДЖЕННЯМ ТЕХНОЛОГІЇ ФАНТОМНОГО МОДЕЛЮВАННЯ У ДІАГНОСТИЦІ ВНУТРІШНЬОМОЗКОВИХ НОВОУТВОРЕНЬ

Харківський національний медичний університет
Кафедра нейрохірургії
Харків, Україна
Наукові керівники: професор П'ятикоп В.О., доцент Кутовий І.О.

Мета. Аналіз і оцінка результатів стереотаксичної біопсії (СТБ) внутрімозкових новоутворень головного мозку за допомогою комп'ютерної навігації і використання тривимірного моделювання.

Матеріали та методи дослідження. Історії хвороб пацієнтів, яким на базі КЗОЗ «ОКЛ-ЦЕМПіМК» в період з 2000 по 2018 рік було проведено 107 СТБ внутрішньомозкових новоутворень. СТБ проводилася за допомогою безрамкового стереотаксичного апарату конструкції Канделя Е.І. під інтраопераційною КТ-навігацією, з внутрішньовенним контрастуванням. Для процедури були обрані пацієнти з тяжкістю стану не менше 40 балів за шкалою Карновского. Біопсія проводилась 107 пацієнтам: 47 чоловіки і 60 жінок, середній вік яких становив 41 рік. За локалізацією новоутворення зустрічалися в лобній долі - 20, в тім'яній ділянці - 19, в скроневій частці - 28, потиличній долі – 18, новоутворення підкоркової локалізації - 15, множинні ураження (від 2 до 4 вогнищ) - 7. Розміри пунктуємих утворень від 20 мм до 60 мм. В останні роки базуючись на данних КТ створювались тривимірні моделі головного мозку хворих з точною локалізацією новоутворень, що дало змогу проводити передопераційне планування більш детально та мінімізувати інтраопераційні ускладнення.

Результати. Всім хворим, через 2-4 години після СТБ, проводилася контрольна СКТ. Завжди зазначалося точне попадання в задану ділянку утворення головного мозку. Інтраопераційні ускладнення відзначалися лише в 7 (6,8%) випадках у вигляді внутрішньомозкового крововиливу. При цьому вдалося негайно аспірувати кров і встановити трубковий дренаж для контролю кровотечі. Випадків наростання неврологічного дефіциту не відзначено. Гістологічно верифіковані: гліома - 61 (59,8%) випадок; злоякісна лімфома - 21 (20,5%); менінгіома - 9 (8,8%); запальний процес - 7 (6,9%); ділянки некрозу речовини головного мозку - 4 (3,9%).

Висновки. Даний метод інвазивної діагностики є досить інформативним, малотравматичним і безпечним методом, який дозволяє з високою точністю проводити забір біоптату новоутворень головного мозку для гістологічної верифікації діагнозу та визначення оптимальної лікувальної тактики. А використання 3Д-моделювання у передопераційній підготовці дає можливість детально ознайомитись з анатомією головного мозку, спланувати хід операції, вибрати оптимальну траєкторію руху інструменту, знизити кількість операційних ускладнень.

Книгин М.В., Арциленко К.Ю.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ЇЖІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Самардакова Г.О.

Актуальність. У наш час психологічна залежність може бути будь від чого: від наркотиків, від алкоголю, від азартних ігор, від інтернету та навіть від їжі. Справа в тому, що їжа для людини– не тільки базова потреба. Вона приносить задоволення та сприяє спілкуванню. Однак для великої кількості людей їжа стає шкідливою звичкою.

Харчова залежність має ті ж психологічні корені та мало чим відрізняється від алкоголізму. При харчовій залежності людина їсть, набагато більше, ніж потрібно організму. Постійне неминуче переїдання викликає неприємні для здоров'я наслідки: діабет, ожиріння, гіпертонію, набряки, проблеми зі шлунком і серцево-судинною системою – це ще неповний перелік можливих наслідків харчової залежності.

Мета: виявити прояви залежності від їжі у лікарів-інтернів

Матеріали та методи: нами було обстежено 68 лікарів-інтернів різних спеціальностей, середній вік 25,1±2,5 роки обох статей. Анкетовані пройшли психопатологічне та психодіагностичне обстеження (тест FOOD-UDIT (Food Use Disorders Identification Test) та WORKING (EDU)-UDIT (Working's Usage Disorders Identification Test)).

Результати дослідження: за шкалою FOOD-UDIT були отримані наступні результати: сформована залежність від їжі за результатами тесту була у 5,9% інтернів, пристрасть до їжі на етапі формування залежності спостерігалась у 44,1% лікарів-інтернів, 35,3% інтернів мали пристрасть до їжі та захопленість їжею спостерігається у 14,7% анкетованих; за шкалою WORKING (EDU)-UDIT: сформована залежність від роботи (навчання) за результатами тесту була у 1,5% інтернів, пристрасть до праці на етапі формування залежності спостерігалась у 18,35% лікарів, 61,8% інтернів мали пристрасть до навчання та захопленість працею спостерігається у 18,35% анкетованих.

Висновки. Приймаючи до уваги результати дослідження можемо зробите висновок про те, що більшість майбутніх лікарів мають залежність від їжі різного ступеня. Так бачимо, що майже 6% мають вже сформовану залежність, а 44,1% належать до групи з формуванням залежності.

Ми можемо припустити, що ці показники є слідством того, що майже всі майбутні лікарі під час навчання у Вишу недотримувались денного розкладу та найчастіше вживали легкі вуглеводи. Тому ми вважаємо, що необхідно проводити дні здоров'я та пізнавальні лекції про здоровий спосіб життя серед студентів всіх курсів та інтернів.

Комар В.А.

ЭТИЛМЕТИЛГИДРОКСИПИРИДИНА СУКЦИНАТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра неврологии №1
Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Резниченко Е.К.

Актуальность. Больше чем у половины больных с диагнозом эпилепсия наблюдаются осложнения в виде нарушения когнитивных функций. Для улучшения метаболических процессов в головном мозге рекомендуется назначение в комплексной терапии данного заболевания антиоксидантов. Примером таких веществ может быть этилметилгидроксипиридинасукцинат – вещество, обладающее ингибирующим воздействием на свободно-радикальное окисление. В результате он обладает мембраностабилизирующим, антиоксидантным, гиполипидемическим, ноотропным и

противоэпилептическим действием. Препарат способствует увеличению продолжительности жизни нейронов, их пластичности, а также усиливает метаболические процессы в них.

Материалы и методы. Было обследовано 10 больных с диагнозом эпилепсия. Все они получали в составе комплексной терапии препараты этилметилгидросипиридинасукцината в дозировке 450 мг, разделенное на 3 дозы в сутки на протяжении 25 дней.

Результаты. Отмечено положительное влияние лекарственного средства на организм пациентов – появление бодрости, улучшение общего самочувствия, настроения, а также повышение активности больных, уменьшение количества больших и малых судорожных припадков. У 8 пациентов из 10 наблюдались улучшение памяти, внимания, снижение тревожности и напряженности. У 2 других больных положительные эффекты от лечения были менее выражены. Переносимость препарата у пациентов очень хорошая. Побочные эффекты у рассматриваемой выборки больных не проявлялись.

Выводы: этилметилгидроксипиридинасукцинат – это лекарственное вещество, которое рекомендуется назначать одним из препаратов в составе комплексной терапии эпилепсии в связи с его выраженным антиоксидантным, ноотропным, церебропротекторным действием, а также в связи с усилением противосудорожного эффекта основной терапии. Он не влияет на артериальное давление, уменьшает биоэлектрическую активность мозга, а также практически не имеет побочных эффектов, что способствует широкому назначению данного препарата. Длительное назначение этилметилгидроксипиридинасукцината не вызывает хронической интоксикации и/или привыкания к препарату. Также препарат способствует улучшению когнитивных функций, общего самочувствия больных с эпилепсией, что делает его препаратом выбора при подборе антиоксиданта для комплексной терапии данного заболевания.

Коровіна Л.Д., Кондратено А.П.

ОСОБЛИВОСТІ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ У МОЛОДИХ ЖІНОК ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ.

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Харьков, Україна
Науковий керівник: професор Сінайко В.М.

Актуальність. Лікуванню шизофренії традиційно приділяють багато уваги. З появою антипсихотиків другої генерації ми можемо уникнути таких небезпечних побічних ефектів, як нейролептичний синдром, ранні та пізні дискінезії.

Використання антипсихотиків другого покоління в свою чергу надає високу вірогідність розвитку побічних дій з боку ендокринопатій: абдомінальне ожиріння, гіперпролактинемія, порушення толерантності до глюкози, дисліпідемії.

Зазвичай, жінки в доклімактерічному періоді не страждають хронічними церебросудинними та серцево-судинними захворюваннями. Проте, за свідченнями багатьох сучасних дослідників, поширеність цих захворювань значно збільшилась у хворих на параноїдну шизофренію.

Мета. В нашому дослідженні ми вивчали наявність коморбідної патології у жінок хворих на параноїдну шизофренію, які мають нетипові для основного захворювання афективні симптоми.

Матеріали і методи. В дослідженні прийняли участь 37 жінок, хворих на параноїдну шизофренію, віком 20-45 років, які отримують лікування атиповими антипсихотиками другої генерації більш ніж 2 роки.

В клінічній картині ці хворі на фоні провідного галюцінаторно-параноїдного синдрому мали яскраві афективні реакції, нетримання афекту, реактивний компонент, що провокував погіршення загального та психічного стану.

Результати нашого дослідження показали наявність хронічної церебро-судинної патології у цій групі хворих (дисциркуляторної енцефалопатії I-IIст.), що було підтверджено психодіагностичним, неврологічним, нейровізуалізаційним дослідженням (МРТ).

Після отриманих результатів, загальна терапія гострого психотичного епізоду була посилена за рахунок загальнозміцнюючої та судинної видів терапії. Зміна в лікуванні виявила позитивні зрушення в психічному стані 24 хворих (64.9 %) протягом 5 днів та залишившихся 13 хворих (35.1 %) протягом 10 днів лікування.

Висновки. Отримані результати допомагають зрозуміти сучасний поліморфізм змінливої клінічної картини шизофренії, виокремити симптоми, що з'явилися завдяки поширеній коморбідній патології та дієво скоректувати лікування.

Косенко Ю.В.

СИНДРОМ АДЕЛЬ

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Харьков, Україна
Науковий керівник: доцент Самардакова Г.А.

Синдром Адель - патологічна любовна прихильність, яка відноситься до нехімічних залежностей, коли формується спосіб компульсивної поведінки - бездумного нав'язливого повторення дії. Синдром Адель проявляється при деяких формах шизофренії. У МКХ 10 внесений під шифром F63.9 (розлад звичок і потягів).

Синдром отримав ім'я молодшої дочки французького письменника Віктора Гюго. Їй сподобався англійський офіцер Альберт Пінсон. Адель намагалася його завоювати, хоча чоловік був байдужий до неї. Дівчина їздила за Пінсоном по місцях його служби, переслідувала Альберта, роблячи його життя нестерпним. Адель розповідала всім, що вони з Пінсоном заручені, а насправді це було грою її уяви. Свої дні вона закінчила в притулку для божевільних.

Виникненню синдрому Адель сприяє безмовність почуттів, помножена на щось, що стосується минулого життя хворого і / або якостей його характеру. Якщо розглядати життя страждаючого любовною залежністю, виділяємо такі причини: брак батьківської любові; розпещеність; спадкова схильність до психічних захворювань; психотравмуючі ситуації в дитинстві та підлітковому віці. Особистісні причини: емотивність; інертність; егоїзм; схильність до демонстративної самопожертви.

Симптоми болючою закоханості: порушення сну; втрата апетиту; загальмованість; однобічність думок - все зводиться до коханої людини; депресія, яка змінюється ейфорією; переслідування людини проти його волі; втрата інтересу до інших занять; принесення себе в жертву і демонстрація цього оточуючим; колекціонування всього, пов'язаного з коханим; нехтування правилами особистої гігієни.

Лікування синдрому Адель легке на початкових етапах, але часто ускладнюється небажанням хворого позбавлятися від залежності. Слід викинути всі речі, що нагадують про об'єкт прихильності, уникати зустрічі з ним, приділяти достатньо часу роботі, більше читати, вибирати переважно детективний жанр. Є цікавий прийом: зав'язати на зап'ясті гумку і при думці про об'єкт закоханості затягувати її до болю. Можна завести нові відносини. З медикаментів застосовують антидепресанти, транквілізатори, психостимулятори, ноотропи.

Синдром Адель - симптомокомплекс, що спостерігається при деяких формах шизофренії. І.М. Введенський називає його «любовним маренням шизофреніків». Блейлер писав, що іноді хворі мають марення подібного змісту (вважають себе коханими, які вступили в шлюб, вагітними). Маревні думки є джерелом небезпечних дій щодо об'єкта любовних прагнень і його оточуючих, розгортається по типу марення тлумачення. Відсутні галюцинації, не відзначається маревних ідей іншого змісту. Любовний потяг з'являється як реакція на маревну впевненість в любові з боку іншого. Прагнення до спілкування з об'єктом прихильності перетворюється у переслідування. В основі даного стану лежить Кататимно

бредообразования Мейера (велику роль відіграє зміст чуттєво забарвленого комплексу неусвідомлюваних уявлень). Адель Гюго був поставлений діагноз «шизофренія».

Історія дочки Гюго сприяла поширенню терміна «синдром Адель». На думку фахівців, якби на її хворобу відразу звернули увагу, її можна було б врятувати. Головні труднощі лікування синдрому - відмова хворого до боротьби з недугою оскільки у «Адель» відсутня критика стану. Якщо зайнятися викоріненням проблеми на ранніх етапах, можна змінити ситуацію на краще.

Котков О.Р.

РОЛЬ АТОРВАСТАТИНУ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПОВТОРНИХ ІШЕМІЧНИХ ІНСУЛЬТІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра неврології №1
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Григорова І.А.

Актуальність. Ішемічний Інсульт (ІІ) на даний момент становить близько 80% від загального числа цереброваскулярних порушень головного мозку (ГМ), на тлі багатоетапного і тривалого лікування перед нами стояла мета в підтвердженні доцільності застосування аторвастатину при даній патології.

Матеріали та методи. Ми проаналізували дані історій хвороби 64 пацієнтів за період 2014-2016 роки, які перенесли ІІ, з яких 38 приймали препарати аторвастатину в гострій фазі в дозі 40 мг, а 26 пацієнтів не приймали даний препарат (контрольна група).

Результати. У період гострої фази рівні холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) у всіх були в рамках 110-180 мг / дл (2,86 - 4,68 ммоль / л). Уже через два місяці застосування рівень холестерину ЛПНЩ в досліджуваної групи становив 62 мг / дл (1,61 ммоль / л), тобто знизився на 57%, в той час, як в контрольній групі практично не змінився - 136 мг / дл (3,53 ммоль / л). За весь час дослідження зниження вмісту холестерину ЛПНЩ в групі, що приймала аторвастатин, порівняно з контрольною групою склав 40%, також спостерігалося зниження рівня тригліцеридів, загального холестерину і підвищення рівня ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ).

Висновки. Атеросклеротичні ураження судин є основною причиною рецидивів ІІ. Проведений нами аналіз підтвердив необхідність включати ліпід-коригувальну терапію аторвастатином якомога раніше для профілактики розвитку повторного ішемічного інсульту.

Кравченко М. Ю, Дрокин А. В

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ГАЛЛЕРВОРДЕНА — ШПАТЦА НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра неврологии №1
Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Резниченко Е.К.

Актуальность. Болезнь Галлервордена — Шпатца (Pantothenate Kinase associated neurodegeneration (PKAN)) — раритетное (3: 1000000), наследственное дегенеративное заболевание нервной системы, которое передается по аутосомно-рецессивному типу, связанное с накоплением железа в базальных ганглиях. Имея низкую частоту встречаемости и схожие клинические проявления с болезнью Вильсона-Коновалова (БВК) - синдром паркинсонизма, различные виды гиперкинезов, пирамидные знаки, снижение когнитивных функций, пигментную ретинопатию, атрофию зрительных нервов и др., PKAN может остаться не диагностированной. В тоже время необходимо отметить не только клиническую схожесть этих заболеваний, а также патофизиологическую основу их формирования. В обоих случаях идет речь об отложении катионов переходных металлов (железа и меди) в области

базальных ганглиев головного мозга, с их поражением и дегенерацией. Следует подчеркнуть сходный механизм повреждения тканей избытком ионов железа и меди, главным звеном которого является повышение количества свободных радикалов, образующихся в реакции Фентона: H2O2 + Fe2+(Cu+) → Fe3+(Cu2+) + OH- + OH·

Целью работы явилось тщательное изучение дифференциально-диагностического исследования между PKAN и БВК на клиническом примере.

Результаты. В неврологическом отделении Харьковской областной больницы находилась на лечении больная О., 48 лет, в клинической картине которой на первый план выступали данные за выраженную постуральную неустойчивость, дрожание правой кисти по типу рубрального тремора, штампующую походку. Отмечались маятникообразные движения туловища в положении сидя, которые исчезали при выполнении активных движений. Считает себя больной с 2010г., начало связывает со стрессом. В 2013, 2016 годах консультирована в медико-генетическом центре, где на основании тщательного клинико-лабораторного исследования был выставлен диагноз: болезнь Галлервордена-Шпатца. Окончательный диагноз ставился на основании определения меди и церулоплазмина, а также характерной для PKAN картины магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга - «глаз тигра» в проекции базальных ядер – на МРТ больной визуализировались обширные симметричные гиперинтенсивные зоны с очагом просветления. Однако, при наличии характерной МРТ картины для PKAN, нормальному содержанию церулоплазмина и меди в сыворотки крови больной, при неоднократном проведении офтальмологического обследования был обнаружен патогномоничный симптом для БВК – кольца Кайзера-Флейшнера.

Известно, что в организме человека ключевые ферменты обмена меди (церулоплазмин и гефестин) выполняют важную функцию в окислении железа, что способствует его транспортировке в плазме в сочетании с трансферрином. Это подтверждается литературными данными о ходе лабораторных экспериментов: у мышей, нокаутных одновременно по генам HEPH (гефестин) и CP (церулоплазмин), обнаружено накопление железа в сетчатке с последующим разрушением клеток.

Вывод: поскольку причины повышенного захвата металлов определенными областями головного мозга на данный момент окончательно не выяснены, можно предположить о сходных механизмах их накопления и в других органах, в том числе роговице глаза. Таким образом, это открывает широкое поле для дальнейших исследований роли железа и меди в организме человека, их взаимодействию и тропности к различным органам и системам.

Красковська Т.Ю.

МАЛЮВАЛЬНА ТЕХНІКА «МОЯ РОДИНА» - СТАН ВІДНОСИН У СІМ'ЯХ

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

Актуальність. Родина – одна з головних складових суспільства. Також науковці кажуть, що родина це мікросоціум, котрий складає макросоціум. Це один з найдавніших соціальних інститутів, який змінює свою форму, зберігається в складі всіх відомих цивілізацій та культур.

Багатий історичний досвід різних культур довів, що організація родини захищена і цінується. Однак останнім часом нерушимий інститут родини сколихнувся, він вже не такий міцний і непохитний як вважали, ще кілька десячеліть потому. Деякі дослідники говорять про неминучу загибель цього інституту..

Мета: визначити стан відносин у сім'ях за допомогою малювальної техніки «моя сім'я» та бесіди з батьками та дітьми.

Матеріали та методи. Нами було зроблене дослідження стану 62 сімей з котрих 19 було неповних (батько жив окремо). У 34 сім'ях були ще діти, але інші дити не приймала

участь у дослідженні. 43 сім'ї мешкали у місті Харкові та 19 у місті Вовчанськ. Вік дітей 7,9±3,3 роки. Кожна дитина намалювала свою сім'ю, а батько або мати були опитані на предмет розкладу дня дитини, відносин у сім'ї на думку дорослих, а також була вислухана думка дитини щодо відносин у її родині.

Результати. За висновками по малюнкам більшість дітей 34 дитини малювали себе відсторонено від своїх батьків, найчастіше батько знаходився зовсім осторонь від дитини, 9 дітей зовсім не намалювали батька (6 дітей жили у повних родиних). Лише у 7 сім'ях виходячи з малюнка були гармонійні відносини з батьками, але при більш прицільній бесіді з батьками виявлялись перешкоди, але це перешкоди котрі дорослі самі вигадують та звинувачують у ситуації свою дитину. У 42 малюнках між дитиною та одним з батьків було щось намальовано від коляски з молодшою дитиною до інструментів по догляду за помешканням (швабри, стіл). Лише на 9 малюнках у батьків та інших членів родини були намальовані вуха, що може свідчити про те, що дитина вважає що його не слухають та не прислухаються до потреб, навіть маленьких. Під час бесіди з малечею були підтвержені усі складові малюнка, діти мали скарги на те, що вони частіше всього проводять велику частку свого часу у секціях та гуртках не майже мають вільного часу. Також дуже хвилюються з приводу того, що не маають можливості проводити достатньо часу з батьками, а коли з'являється така мить батьки їх уникають або лають за маленькі провини. Майже всі діти скаржаться на багато завдань у школі. Що ж стосується батьків, то вони у перші хвилини бесіди казали про те, що у них все гаразд у родині сварок не має, діти слухняні. З плином бесіди розкривались наступні проблеми: діти не слухняні, дуже багато часу грають з гаджетами та дивляться телевізор, не приділяють уваги навчанню при цьому дуже багать часу витрачають на виконання домашніх завдань; не допомагають у побуті. Батьки не вважають за свою помилку те, що дитина у 5-6 років займається у кількох гуртках та секціях після 20.00-21.00 повертається до дому з них лягає спати після 23.00 години. Більш дорослі можуть виконувати домашні завдання і до 24.00 і звісно лягати спати далеко за північ, а на ранок бути виснаженим та втомленими не мати сил на навчання та концентрування уваги під час нього.

Висновки. Ми можемо зробити висновок про те, що батьки не свідомо перекладають добру частину виховання своєї дитини на викладачів гуртків, адже діти більше часу проводять з викладачами, ніж з батьками. Добра частка батьків не бачить проблем у розкладі своїх дітей та звинувачують малечу у неслухняності, хоча самі не є авторитетами для дитини.

Курбанов Р.Г.О.

ЗАЛЕЖНІСТЬ МІЖ ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ВИРАЖЕНІСТЮ СИМПТОМІВ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА

Харківський національний медичний університет
Кафедра неврології №1
Харків, Україна
Науковий керівник доцент Різниченко О.К.

Актуальність. Хвороба Паркінсона (ХП) досі залишається однією з найскладніших проблем медицини в цілому та неврології зокрема. Наявні у сьогодення підходи до лікування не є досконалими та достатніми, про що свідчать численні випадки несприйнятливості пацієнтів до терапії.

Мета нашої роботи полягає в обґрунтуванні на клінічному прикладі необхідності врахування стану щитовидної залози при ХП.

У літературі описані численні випадки виявлення дисфункцій щитовидної залози у хворих з паркінсонізмом. Описано розвиток синдрому паркінсонізму як ускладнення тиреоїдектомії, є безліч фактів патогенетичної неоднорідності даного синдрому, можливо пов'язаного з адренергічною медіацією ряду структур головного мозку.

Результати. Обстежена нами пацієнтка О., 1961 року народження, з встановленим діагнозом ХП, ригідно-тремтливої форми, протягом тривалого періоду була практично несприйнятлива до протипаркінсонічної терапії. Прояви хвороби, зокрема тремор і ригідність, лише посилювалися, в тому числі, на тлі прийому агоністів дофаміну.

При додатковому дослідженні у пацієнтки був виявлений колоїдний зоб (Е04.0) та призначено лікування.

На тлі прийому L-тироксину, в дозі 12,5 мкг на добу, протягом першого місяця спостерігалося зниження тремору та ригідності, а також значне поліпшення самопочуття.

Висновки. Даний клінічний приклад доводить необхідність дослідження стану щитовидної залози у пацієнтів з хворобою Паркінсона, з подальшою корекцією можливих функціональних відхилень.

Лєсна А.С.

КОРЕКЦІЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Харківський національный медичний університет
Кафедра неврології № 1
Науковий керівник: к.мед.н. Ібрагімова Е.Л.

Актуальність. Туберкульоз - одна з найпоширеніших інфекцій у світі: загальна чисельність хворих перевищує 20 млн, щорічно на туберкульоз хворіють близько 9 млн і вмирають 3 млн чоловік [Левашов Ю.Н., Шеремет О.В. 2014]. Патогенетическою причиною розвиткуневрологічної симптоматики у хворих з туберкульозом є як безпосереднє ураження нервової системи Mycobacterium tuberculosis (МБТ), так і непрямий вплив внаслідок утворення токсинів (деструкція легеневої тканини, розпад МБТ, продуктине завершеного катаболізму), медикаментозна токсемія (тривала полі компонентна антибактеріальна терапія).

Мета дослідження. Проаналізувати алгоритм лікування хворих на туберкульоз з периферичним ураженням нервової системи.

Матеріали та методи. В основу роботи покладено ретроспективний аналіз результатів лікування 65 хворих на легеневу форму туберкульозу з клінічнимипроявамиполіневропатії (ПНП), щознаходилися на лікуванні в обласному клінічному протитуберкульозному диспансері. Чоловіківбуло 41 (63%) осіб, жінок - 24 (37%). Середнійвікхворихсклав 36,5±1,4 років. Тривалість захворювання на туберкульозсклала 7,5±1,2 років.

Для верифікації діагнозу проводили оцінку неврологічного статусу (наявність гіпестезії у вигляді «рукавичок» і «шкарпеток», парестезії, сенситивной атаксії, синдрому неспокійнихніг), електронейроміографію (визначення швидкості проведення імпульсу по нерву і рівеньамплітуди М-відповіді), доплерографію артерій нижніх кінцівок, біохімічні тести (виявленнятоксинів в крові).

Результати дослідження та їх обговорення. У всіх обстежених хворих відзначалися болі, парестезії, відчуття оніміння в кінцівках і слабкість в ногах. У 34 пацієнтів (52%) переважали рухові порушення (мляві дистальні парапарези з гіпотрофією м'язів, зниження колінних і ахіллових рефлексів), у 39 пацієнтів (60%) домінували чутливі порушення у вигляді гіперестезії. У 7 хворих (10,7%) ПНП виникла протягом перших тижнівпісля початку протитуберкульозного лікування, щосвідчило про токсичний вплив медикаментів.

Електронейроміографія була проведена у 16 хворих (24,6%), з них у 9 хворих показники дозволяли припустити аксональную нейропатию, а у 7 хворих — демієлінізуючий тип ПНП. Ультразвукова доплерографія судин кінцівок була проведена у 24 хворих (36,9%).

Для оптимізації лікування ПНП у хворих з туберкульозом були застосовані такі препарати: антиоксиданти (альфа-ліпоєва кислота, актовегін), антихолінестеразні препарати, (прозерин, іпідакрін), препарати, що сприяють ремієлінізації (вітаміни групи В), анальгетики (габапентин). У комплексному лікуванні разом з медикаментозними засобами використовували дарсонвалізація, ультратонотерапія, лікарськийелектрофорез.

Висновок. ПНП є одним із частих ускладнень при туберкульозі. Лікування ПНП повинно бути симптоматичним і патогенетичним. Розроблена терапія сприяла значному регресу чутливих і рухових порушень.

Лихая В.М, Колюбаева Е.Ю.

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПРИСТУП, КАК ПРОЯВЛЕНИЕ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ НА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИМЕРАХ.

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра неврологии № 1
Научный руководитель: професор Григорова И.А.

Актуальность. Артериовенозная мальформация (АВМ) – заболевание, в основе которого лежит аномальное развитие сосудов, представляющая собой клубок переплетенных артерий и вен, в котором отсутствуют капилляры. Клубок состоит из питающей артерии, патологической сосудистой сети, дренирующей вены и межвенозной ткани. АВМ в клинической практике еще называют «бомбой замедленного действия».

Наиболее частными, однако не патогномоничными симптомами АВМ являются: в 50 % - спонтанное кровоизлияние; в 25 % - эпилептические приступы; в 20 % - головные боли, а также неврологический дефицит.

Целью нашего исследования явилось изучение историй болезни пациентов, находившихся в разное время в Харьковской областной клинической больнице, которым на основании данных спиральной компьютерной ангиографии (СКТА) был выставлен диагноз АВМ.

Материалы и методы. Нами были тщательно изучена медицинская документация троих мужчин молодого возраста (24-х, 29-и и 32-х лет), которые поступили в неврологическое отделение с впервые развившимся эпилептическим приступом – у двоих имел место генерализованный тонико-клонический припадок, у одного – приступ моторной Джексоновской эпилепсии по типу «кисть-плечо-лицо» справа. У всех больных на СКТА была выявлена АВМ различной локализации.

Результаты. Всем указанным пациентам было проведено успешное хирургическое лечение - эндоваскулярная эмболизация сосудов головного мозга, которая заключается в закупорке сосудов специальным склеивающим препаратом, который с помощью катетера вводят в бедренную вену, оттуда он по сосудистому руслу достигает мальформации. Через несколько дней после процедуры, происходит блокировка сосудов и кровь перестает попадать в патологически извитые сосуды.

Выводы: 1) наше исследование доказало, что частым клиническим проявлением АВМ являются эпилептические припадки; 2) пациентам с впервые развившимися эпиприступами в комплексное обследование необходимо включать СКТА, для своевременного выявления АВМ и проведения современного хирургического лечения, что дает возможность обезвредить “бомбу замедленного действия”, и, таким образом, спасти жизнь пациента.

Ліха В.М.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕРВОВОЇ БУЛІМІЇ У ДІВЧАТ ТА ЖІНОК МОЛОДОГО ВІКУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Кожина Г.М.

Актуальність. Нервова булімія або «вовчий голод» - розлад прийому їжі, при якому людина має періодичну тенденцію до переїдання, а також вкрай стурбований своєю вагою, що призводить до крайніх заходів для контролю своєї маси (прийом проносних, сечогінних, штучною блювоті). Булімія - нова епідемія 21 століття, викликана надмірною увагою суспільства до зовнішньої краси людини, дотримуючись тенденцій, які диктує нам індустрія

моди. Згідно зі статистичними даними 85 - 90% хворих на булімію жінки, а 95% хворих стверджує, що перший маніфест захворювання у них проявився у віці 16 - 22 років. Основними симптомами захворювання є неконтрольований голод, в слідстві якого у людини спостерігається переїдання. Після досягнення почуття ситості, хворого починає мучити совість за спожиті калорії і він намагається «очистити себе», приймаючи проносні, сечогінні, викликає у себе штучну блювоту.

Мета: вивчити особливості перебігу нервової булімії F 50.2 у дівчат та жінок молодого віку.

Матеріали і методи: було проведено обстеження 21 людини: 9 пацієнтів у віці 19,3 ± 1,2 року жіночої статі на базі 11 психіатрічного відділення для дорослих (відділення кризових та граничних станів) ХОКПЛ №3. Для діагностики була використана шкала Eating Attitudes Test (EAT - 26), яка була розроблена Інститутом психіатрії Кларка університету Торонто в 1979 році. Опитувальник складається з 26 основних і 5 додаткових питань. На 26 основних питань опитуваний повинен відповісти «ніколи», «рідко», «іноді», «досить часто», «як правило» або «завжди»; на 5 додаткових «так» або «ні». Також всім пацієнткам було виміряно ІМТ (індекс маси тіла) по Кетле.

Результати. В результаті дослідження було отримано з основних питань шкали Eating Attitudes Test 20 і більше балів набрали - 66,7% пацієнток, за додатковими питань 4 - 5 «так» відповіли 22,2% пацієнток. Згідно показника ІМТ по Кетле були отримані наступні дані: 88,9% пацієнток психіатричного стаціонару були відхилення від належної маси тіла по ВООЗ.

Висновки. З проведеного дослідження можна зробити висновок, що булімія - була і буде остроактуальной проблемою, з якою треба боротися, шляхом популяризації здорового харчування і способу життя, просвітницької роботи серед населення, особливо серед дівчат - підлітків, щоб уникнути процвітання цього небезпечного розладу.

Куфтеріна Н.С., Макарова А.В. Зюзіна М.С.

ВИЯВЛЕННЯ НЕРВОВО-ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Харківський національний медичний університет
Кафедра неврології №1
Кафедра внутрішніх та професійних хвороб
Харків, Україна

У сучасному світі більшість молодих осіб піддаються щоденним психо-емоційним та розумовим навантаженням. В останні роки зростає кількість людей які відчувають постійний дискомфорт при виконанні своєї роботи. Студенти, частіше скаржаться на больові симптоми, які виникають у процесі навчання, і стають причиною звернення до лікаря. Гострий больовий синдром викликає різке погіршення якості життя через обмеження працездатності.

Метою нашої роботи є виявлення поширеності неврологічних порушень у студентів медичного профілю, виявлення причин цих порушень на основі суб'єктивної оцінки свого статусу студентами та їх об'єктивного дослідження за допомогою клініко-неврологічних, інструментальних, психо-діагностичних та інших методів.

Матеріали та методи. Було обстежено 50 студентів 4 курсу Харківського національного медичного університету. У нашій роботі були використанні такі методи: клініко-неврологічні, анкетування, психо-діагностичні (тести Спілберга - Ханіна, Бека), визначення вегетативної дисфункції за допомогою індексу Кердо, використання шкали оцінки астенії MFI-20, статистична обробка даних. До клініко-неврологічних відносять: больовий синром, ліквorно-гіпертензіонний, астено-невротичний, вестибулярний. Для оцінки та об’єктивного аналізу больового синдрому ми використали вербальну рангову шкалу, і отримали такі результати: слабкий біль мали 47%, помірний біль 38%, сильний біль 10%, дуже сильний біль 5%.

Результати. За результатами неврологічного обстеження було виявленно: 12% запаморочення, 34% коливання артеріального тиску, підвищення дратівливості у 65%, диспепсичні прояви 26%, регулярний головний біль та відчуття важкості у голові 77%, цей показник свідчить о наявності ліквorно-гіпертензіонного синдрому. За результатами анкетування, суб'єктивно маємо такі порушення: тривога навчальних невдач - 65%, періодичне відчуття втоми - 44% опитаних, порушення сну - 36% студентів, на головний біль скаржаться 48% студентів. Рівень тривоги студентів було вивчено за допомогою теста Спілберга-Ханіна. Отримано такі дані: Високий рівень тривоги спостерігаємо у 28%, помірний у 37%, низький у 35% студентів. Рівень депресивного стану оцінювали за допомогою методики Бека. За результатами тестування депресивний стан виявлено у 9 студентів. З них у 6 осіб переважає когнітивно-афективні розлади і у 3 студентів соматичні прояви депресії. На підставі цього можна заперечувати поява головного болю на фоні депресивного статусу. Тобто депресія не призводить до появи головного болю. Для оцінки діяльності вегетативної нервової системи ми розрахували індекс Кердо на підставі значень пульсу та діастолічного тиску за формулою: ВІ = (1 − АДд / Пульс) × 100 В результаті маємо такі значення: Симпатикотонія у 54% , Ейтонія у 28%, Ваготонія у 18% опитанних. Дослідження астенічного синдрому проводилося за шкалою суб'єктивної оцінки астенії (MFI-20). Після обробки результатів маємо такі значення: Загальна астенія виявлена у 18 осіб, зниженя активності у 27 осіб, зниження мотивації у 8 осіб, фізична астенія спостерігається у 22 осіб, психічна астенія у 25 осіб. На підставі порівняння всіх досліджених синдромів було відмічено переважання астенічного синдрому - 34% та вегето-судинного у 29%. Ликворо-гіпертензійний синдром спостерігається у 22% осіб, больовий у 15% осіб. Ми вивчили механізми появи головного болю та помітили, що виникнення болю може бути пов'язано як з прямим ушкодженням ЦНС і ПНС, так і опосередковано внаслідок ураження кістково-м'язового апарату. Простежується пряма залежність між наявністю нервово-психічного статусу і провокуючих факторів (недосипання, втома, стрес). У більшості студентів переважає симпатикотонія та астенічний синдром, що говорить про наявність психо-емоційних порушень і впливу стресового фактора, яким побічно виступає навчальний процес.

Масловська А.О.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ В ЛІКУВАННІ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра неврології №1
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Тихонова Л.В.

Актуальність. Розсіяний склероз (РС) – хронічне прогресуюче демієлінізуюче захворювання нервової системи, що проявляється розсіяною неврологічною симптоматикою, що вражає здебільшого осіб молодого працездатного віку і швидко призводить до інвалідності. У зв'язку з цим застосування різних методів реабілітації в комплексному лікуванні хворих на РС є актуальною проблемою сучасної неврології. Використання різних функціональних параметрів рухової системи зробило можливим їх застосування для оцінки ефективності проведеної реабілітації у хворих РС.

Матеріали і методи. Пацієнти основної групи (20 хворих) з діагнозом РС в період загострення з провідним синдромом атаксії мозочка отримували медикаментозне (гормональне) лікування та заняття в спеціально створених стабілізуючих платформах, що збільшують площу опори пацієнта. До контрольної групи увійшли 20 хворих з аналогічним діагнозом, які отримували тільки медикаментозне лікування, що включає гормони. Вік хворих становив від 21 до 49 років, ступінь інвалідизації за шкалою EDSS від 3 до 7 балів. Після закінчення курсу реабілітації у всіх пацієнтів відзначалося поліпшення самопочуття, зменшення відчуття запаморочення і хиткості при ходьбі. Об'єктивні методи діагностики стану рівноваги (тест стійкості стояння, оцінка мозочка і пірамідної функціональних систем

за шкалою Куртцке, шкала інвалідівзації по Куртцке) і дані комп'ютерної стабілометрії достовірно підтвердили поліпшення стійкості пацієнтів в порівнянні з аналогічними показниками в контрольній групі.

Результати. В результаті проведеного дослідження були отримані позитивні результати по застосуванню методів фізичної реабілітації в період загострення РС на фоні гормональної терапії. Тому фізичні вправи розглядаються як важливий напрям збільшення структурованої фізичної активності, поліпшення фізіологічних функцій і зменшення порушень мобільності при розсіяному склерозі.

Михайленко Н.О.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ КЛІНІЧНИМИ ДАНИМИ ТА КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ХВОРИХ НА МОЗКОВИЙ ГЕМОРАГІЧНИЙ ПІВКУЛЬОВИЙ ІНСУЛЬТ В ГОСТРИЙ ПЕРІОД ЗАХВОРЮВАННЯ

Запорізький державний медичний університет
Кафедра нервових хвороб
Запоріжжя, Україна
Науковий керівник: професор Козьолкін О.А.

Мета: дослідити взаємозв'язок між комп'ютерно-томографічними показниками та клінічними даними у хворих на мозковий геморагічний півкульовий інсульт в гострий період захворювання.

Матеріал та методи дослідження. Проведено аналіз результатів комплексного обстеження 85 пацієнтів з МГПІ на тлі консервативної терапії, яке включало клініко-неврологічне дослідження з використанням NIHSS, модифікованої шкали Ренкіна та комп'ютерно-томографічне дослідження.Обсяг осередку ураження розраховувався за формулою еліпсоїду:A×B×C×π/2000, (мл), де A,B,C –розміри осередку за даними КТ дослідження, π - 3,14.Використовували кореляційний аналіз з розрахунком коефіцієнту рангової кореляції СпірменаR.

Результати. Виражена інвалідизація у вигляді значення 4-5 балів за модифікованою шкалою Ренкіна – у 35 (41,2%) пацієнтів. Встановлено, що рівень інвалідизації за модифікованою шкалю Ренкіна на 21 добу МГПІ у найбільшій мірі асоційований зі зсувом прозорої перетинки ($R=+0,55$, $p<0,05$), зсувом епіфізу ($R=+0,50$, $p<0,05$) та у меншій мірі - з об'ємом осередку ураження ($R=+0,46$, $p<0,05$), що обґрунтовує доцільність використання комп'ютерно-томографічних показників для розробки критеріїв прогнозування виходу гострого періоду захворювання.

Висновки. Рівень інвалідизації за модифікованою шкалю Ренкіна на 21 добу МГПІ у найбільшій мірі асоційований зі зсувом прозорої перетинки та епіфізу порівняно з обсягом осередку ураження.

Нагорний І.А.

СУЧАСНИЙ СТАН ІГРОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВИШУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Гайчук Л.М.

Актуальність. Багатомірною проблемою у сучасному світі є ігрова залежність, яка останнім часом стрімко розповсюджується. Проблема ігрової залежності тісно пов'язана з соціальними, кримінальними, економічними та медичними аспектами життя суспільства. Якщо раніше вважали, що азарт у грі характеризує лише риси особистості, то наразі у міжнародному класифікаторі хвороб МКХ-10 такі потяги називають патологічними потягами

до азартних ігор, коли епізоди азартної гри часто повторюються та стають домінуючими у житті хворого відсуваючи професійні, соціальні, родинні цінності та обов'язки.

У літературі стани залежності від гри називають лудоманією (від лат. ludus – «гра») — хвороблива залежність від гри, а патологічну її форму — гемблінг (від англ. togamble – «грати в азартні ігри»). Приблизно 0,5-1 % населення світу страждають на ігрову залежність. Гемблінг-адикція охоплює залежність від комп'ютерних ігор, он-лайн ігор, тоталізатора, гральних автоматів.

Гемблінг став першою нехімічною залежністю, яку міжнародна професійна спільнота визнала власне адиктивним розладом. В останній американської класифікації DSM-V, прийнятій у 2013 р., патологічний гемблінг діагностується як поведінкова адикція у розділі «Залежності та супутні розлади» (Addiction and related disorders).

Мета: визначити поширеність ігрової залежності серед студентів медиків.

Матеріали та методи: нами було проведено анкетування 73 студентів 4-6 курсів медичного вишу (середній вік 23,4±2,9 роки) до анкети входили наступні шкали: INTERNET-UDIT (Internet Use Disorders Identification Test), GAMBLING-UDIT (Gambling's Usage Disorders Identification Test), TOBACCO-UDIT (Tobacco Use Disorders Identification Test).

Результати: за шкалою GAMBLING-UDIT були отримані наступні результати: більше 20 балів (сформована залежність від азартних ігор) набрали 12,3% студентів, від 16 до 19 балів (пристрасть до азартних ігор на етапі формування залежності) набрали 39,7% студентів, 34,2% студентів набрали від 8 до 15 балів (пристрасть до азартних ігор) та менше 7 балів (захопленість азартними іграми) – 13,8% чоловік; за шкалою INTERNET-UDIT: більше 20 балів (сформована залежність від азартних ігор) набрали 23,3% студентів, від 16 до 19 балів (пристрасть до азартних ігор на етапі формування залежності) набрали 46,6% студента, 20,5% студентів набрали від 8 до 15 балів(пристрасть до азартних ігор) та менше 7 балів 9,6% чоловіка (захопленість азартними іграми); за шкалою TOBACCO-UDIT: більше 20 балів (сформована залежність від азартних ігор) набрали 4,1% студент, від 16 до 19 балів (пристрасть до азартних ігор на етапі формування залежності) набрали 12,3% студентів, 34,2% студентів набрали від 8 до 15 балів (пристрасть до азартних ігор) та менше 7 балів (захопленість азартними іграми) 49,4% студентів.

Висновки: незважаючи на великі навантаження щодо навчального процесу серед студентів медичного вишу, є люди які мають прояви ігрової залежності в тій чи іншій мірі (найбільш поширена група – 39,7%% належить до группи з пристрастю до азартних ігор на етапі формування залежності). А також було виявлено, що 69,9% опитаних студентів вже мають залежність від інтернету або знаходяться на етапі формування цієї залежності. Отримані нами результати ще раз підтверджують статистику щодо поширеності гемблінгу та інтернет залежності. Ми вважаємо за необхідне проводити психоосвіту серед населення за для запобігання розвитку залежності від інтернету та азартних ігор.

Ольхова А.О., Павлічук Е.О.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ У ХВОРИХ З ПТСР

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

Актуальність. Неможливо переоцінити важливість та актуальність вивчення психічних розладів військовослужбовців, що сьогодні захищають суверенітет нашої країни на сході. Щодня вони отримують надпороговий стрес, що іноді призводить до розладів адаптації, а саме посттравматичного стресового розладу. Деякі з бійців, не справляючись з таким стресом, звертаються до алкоголю і в подальшому зіштовхуються з алкогольною залежністю, що лише ускладнює перебіг ПТСР. Антитерористична операція триває вже більше чотирьох років, що дає нам можливість кількісно та якісно вивчити прояви так

званого синдрому-АТО та особливості його перебігу у хворих з вищезгаданою коморбідністю.

Мета: Визначити як алкогольна залежність впливає та змінює клінічну картину хворих на ПТСР та дослідити саму ймовірність залежності особливостей проявів обох захворювань одночасно.

Матеріали та методи: Своє дослідження ми проводили на базі Військово-Медичного клінічного центру Північного Регіону. У своєму дослідженні ми опитували 35 хворих з діагнозом Посттравматичний стресовий розлад F43.1, прояв якого ми безпосередньо пов'язували з бойовою травмою, отриманою в зоні АТО на сході. Усіх хворих було розділено на дві групи: вибірка А з синдромом алкогольної залежності (20 осіб), вибірка Б без нього(15 осіб). При цьому критеріями виключення були хворі з іншими залежностями та черепно-мозковою травмою. Методи, які ми використовували: клініко-психопатологічний (інтерв'ювання та спостереження), клініко-анамнестичний та психодіагностичний. Використані методики: Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу, опитувальник рівня агресивності Басса Перрі, діагностика соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонд, опитувальник оцінки якості життя SF-36.

Результати. За шкалою якості життя SF-36 ми відмітили що хворі з алкогольною залежністю частіше страждають від психологічного дискомфорту (80%), більш за все за рахунок зниженого рівня соціального функціонування. При цьому знижений рівень фізичного комфорту виражався також за рахунок зниженого соціального функціонування. Хворі без алкогольної залежності більше страждають від фізичного дискомфорту (86%), загалом за рахунок інтенсивності болю. За шкалою СПА абсолютно усі пацієнти (100%) з вибірки А страждали від емоційного дискомфорту та показали низькі цифри рівня шкал домінування, що може вказувати на їхню аморфність відносно чужої точки зору. Шкала агресивності показала, що більшість хворих на ПТСР з коморбідністю проявляли підвищений рівень ворожості, що показує когнітивний компонент, заснований на переживанні почуття несправедливості і ущемлення, незадоволеності бажань.

Висновки. Хворі на ПТСР з коморбідністю відчувають емоційний дискомфорт в більшості за рахунок психічного стану здоров'я, в той час як хворі без коморбідності відчувають емоційний дискомфорт за рахунок фізичного компоненту. Хворі з залежністю також показують низькі цифри у шкалах прагнення до домінування, що вказує на легку сугестивність хворих. А як показала шкала агресивності, вони відчувають себе ущемленими та вважають що інші судять їх несправедливо. Це вказує на важливість підбору індивідуальних методик ведення таких хворих. Важливим в даному випадку ми відмічаємо саме психотерапію, на кшталт гештальт та когнітивно-біхевіоральної методик.

Петрук Б.Ю.

ОСНОВНІ ВАРІАНТИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ З ЕПІЛЕПТИЧНИМИ ЗМІНАМИ ОСОБИСТОСТІ, МОЖЛИВОСТІ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Стрельнікова І.М.

Актуальність. Епілепсія - група захворювань, що характеризується нейробіологічними змінами в головному мозку зі специфічними і неспецифічними порушеннями нейрональної активності (патологічною синхронізацією), що повторюються епілептичними нападами, когнітивними і психічними порушеннями. Епілепсія є одним з найбільш поширених нервово-психічних захворювань, що посідає 3-е місце в структурі неврологічних захворювань та 4-е місце в сфері психіатричної патології. Згідно з даними статистики, на епілепсію страждає 2-3% населення у всьому світі. У 75% випадках захворювання маніфестує до настання підліткового віку. В Україні на сьогодні зареєстровано близько 450 тис. хворих на

епілепсією, із них – 22 тис. дітей. Тривалий прогресуючий перебіг захворювання супроводжується формуванням у хворих змін особистості, так званого епілептичного характеру. Серед психічних розладів у хворих на епілепсію найбільш розповсюдженими є непсихотичні психічні розлади: депресивні (11-62%), тривожні (10-25%) та тривожно-депресивні (8,5%).

Мета. Визначити представленість непсихотичних психічних розладів та їх розповсюдженість у пацієнтів з епілепсією, що мали специфічні зміни особистості. Базуючись на отриманих даних, визначити тактику супутнього медикаментозного лікування.

Матеріали і методи. Нами були оглянуто 16 пацієнтів жіночої статі хворих на епілепсію з епілептичними змінами особистості, що знаходились на лікуванні у ХОКПЛ № 3, тривалість перебігу епілепсії у яких становила від 10 до 22 років. Період дослідження становив 6 місяців. В ході дослідження застосоввувались клініко-психопатологічний, анамнестичний та психодіагностичний методи. Із психодіагностичних методів було обрано метод клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона (M. Hamilton, 1967).

Результати. З отриманих даних тестування у 9 з 16 пацієнтів, хворих на епілепсію, були виявлені депресивні розлади. Хворі фіксували увагу на життєвих труднощах, в тому числі на власній хворобі, з реакцією самозвинувачення, почуттям знецінення власної особистості. Цим пацієнтам призначались антидепресивні препарати, що прописані у протоколі надання допомоги хворим на епілепсію: доксепин, тразодон, циталопрам, пароксетин і сертралін. У п'ятьох пацієнтів були виявлені тривожні розлади, що проявлялися занепокоєнням, порушенням сну, значною переоцінкою своїх можливостей і високим рівнем вимог до оточуючих. У випадках невдачі ці хворі виявляли схильність до реакцій звинувачення інших осіб, демонстрували агресивні тенденції, наполегливо відстоювали свої права. Цим хворим призначалась вальпроєва кислота в якості препарату 1-ої лінії вибору як при тривозі, що відзначається в структурі епілептичних нападів, так і при супутніх тривожно-фобічних розладах в міжсудомний період. Також призначались ламотриджин та карбамазепін. У двох останніх пацієнтів спостерігалися тривожно-депресивні розлади, що проявлялися у вигляді невмотивованого занепокоєння, страхів, тривоги, побоювань на фоні зниженого настрою, пригнічення апетиту. В даному випадку ефективним препаратом виявився ламотриджин.

Висновки. Отже, епілепсія є одним з найпоширеніших психоневрологічних захворювань у світі, що часто призводить до психічних змін особистості. Під час дослідження було виявлено такі напсихотичні психічні розлади у хворих на епілепсію з епілептичними змінами особистості: у 56% хворих спостерігаються депресивні розлади, тривожні – у 31% та тривожно-депресивні у 13%. Призначались сучасні антидепресивні препарати, що дозволені в протоколах надання допомоги хворим на епілепсію, серед протиепілептичних препаратів кращій ефект продемонстрували ламотриджин та вальпроєва кислота.

Репнікова А.В., Саєнко С.С.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЧАСТОТИ ПОЄДНАННЯ ШИЙНИХ М'ЯЗОВО−ТОНІЧНИХ СИНДРОМІВ ТА ВЕСТИБУЛО-КОХЛЕАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ З ПОЧАТКОВИМИ ЯВИЩАМИ ШИЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗУ

Харківський національний медичний університет
кафедра неврології №1
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Лещенко К.А.

Запаморочення та порушення слуху – це одна з найбільш поширених скарг пацієнтів. За даними вітчизняних і зарубіжних авторів, на це скаржаться до 10% людей, що відвідують лікаря-невролога або оториноларинголога, і до 5% - лікаря загальної практики. Серед багатьох причин даного стану, роль «шийних» запаморочень та порушень слуху досі не уточнена.

Мета: дослідити зв'язок шийних м'язово-тонічних синдромів та вестибуло-кохлеарної дисфункції в вибраної групи пацієнтів неврологічного відділення на базі неврологічного відділення Харківської обласної клінічної лікарні.

Завдання: 1) вибрати досліджувану групу пацієнтів зі скаргами на запаморочення та порушення слуху, пов'язане з рухами голови та шиї; 2) серед вибраної групи встановити характер вестибуло-кохлеарних синдромів; 3) дослідити відсоток поєднаної патології шийно-тонічних та вестибуло-кохлеарних синдромів; 4) визначити вплив терапії шийно-тонічного синдрому на епізоди вестибуло-кохлеарної дисфункції.

Матеріали та методи. Досліджені 13 хворих, віком від 25 до 40 років, що проходили обстеження та лікування на базі неврологічного відділення ХОКЛ. Дані хворі скаржились на запаморочення та/або порушення координації, пов'язане з рухами голови та шиї. З анамнезу, тривалість симптомів в досліджуваних хворих склала від 1 до 7 років.

Результати. Виявлено, що 11 із 13 випадків запаморочення поєднувалось із порушеннями слуху (нейросенсорна туговухість, тиннитус, закладеність вуха), також залежних від рухів голови чи ковтальних рухів. З цих, в 10 (77%) випадках визначалося несистемне запаморочення, в одному випадку (7,7%) – меньєроподібні приступи. Ще в 2 пацієнтів (15,4%) запаморочення мало несистемний характер та не супроводжувалось кохлеарними симптомами. Мануальне тестування в усіх 13 випадках визначило несиметричне напруження та болісність при пальпації шийних м'язів передньої та задньої групи. В двох з 13 пацієнтів з кохлеовестибулярним синдромом встановлені тригерні зони в кивальних, потиличних, трапецієподібних та жувальних м'язах, компресія яких викликала посилення, ослаблення чи зміну тональності вушного шуму. Всі пацієнти були проконсультовані оториноларингологом, також виконані аудіо-, тимпано- і вестибулометричне дослідження, функціональне рентгенологічне дослідження шийного відділу хребта, УЗД артерій та вен шиї, мануальне тестування краніальних м'язів та м'язів шиї. За результатами цих досліджень, можна виключити тяжкі органічні порушення й вроджені вади головного мозку, шийного відділу хребта, магістральних артерій шиї. Також, в усіх пацієнтів виявлені початкові прояви шийного остеохондрозу без ознак унковертебрального артрозу та нестабільності шийних хребців.

Хворим, в яких виявлено зв'язок неврологічної симптоматики, залежної від рухів шиї, голови чи ковтальних рухів, призначалась комплексна терапія шийних та жувальних м'язово-тонічних феноменів, що містила пероральний прийом НПЗЗ, міорелаксантів, місцеві зігрівальні процедури та мануальну терапію (8-10 процедур). За підсумками лікування, в 1 пацієнта з меньєроподібними приступами визначається стійка ремісія впродовж 1,5 місяців (до цього часу). В 8 випадках з 13 досягнена повне зникнення епізодів запаморочення, в 4 випадках – зниження частоти та інтенсивності приступів.

Висновок. Аналізуючи результати нашого дослідження, можна дійти висновку, що є достовірний зв'язок між шийними м'язово-тонічними синдромами та вестибуло-кохлеарною дисфункцією у хворих на початкові прояви шийного остеохондрозу, що може застосовуватися у комплексному лікуванні даної групи хворих.

Сіліна М.П.

ОЦІНКА РІВНЮ АПАТІЇ, САМОВДОВОЛЕНОСТІ ЖИТТЯМ ТА СТУПЕНЮ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Сінайко В.М.

Актуальність. Шизофренія — це мультіфакторне хронічне психіатрічне захворювання, вивченням якого провідні фахівці займаються вже більше 100 років. Це без урахування того, що вперше симптоматика захворювання була описана ще у XVII столітті до нашої ери. Та не

дивлячись на таку довгу історію досі залишається ще багато білих плям у знаннях, що ми маємо про захворювання шизофренічного спектру.

У сучасному світі гостро стоїть питання про реабілітацію хворих: рівень і повноцінність їх життя та працездатність. Очевидно, що якість життя людини — це питання, яке відноситься до самої особистості, і ні медичний персонал, ні соціальні служби, ні навіть родичі хворого не зможуть дати максимально повну та правильну оцінку цьому поняттю. Таким чином залишатися лише спитати самого пацієнта. У психіатричній практиці є велика кількість якісних методик та шкал оцінки будь якої сфери людської діяльності, в тому числі вдоволеність життям, емоційний фон. Для успішного та якісного лікування будь якого пацієнта є дуже важливим моніторинг його стану апатії та тривожності, адже це також має психогенний вплив на здоров'я людини та може зіграти свою роль у процесі одужання.

Мета дослідження. Оцінити загальний емоційний стан, рівень тривожності та самовдоволення життям хворих на шизофренію.

Методи дослідження. У дослідженні прийняли участь 11 жінок, віком від 19 до 46 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у ХКОПЛ№3 з діагнозом – шизофренія, параноїдна форма, безперервний тип перебігу F.20.00. Задля оцінки морального та емоційного станів використовувались загальноприйняті методики: шкала самооцінки ступеню тривоги Шихана (David V. Sheehan, 1983), шкала на виявлення ступанню апатичності (G. Starkstein et al., 1990) та шкала оцінки задоволеності життям (Jean Endicott., 1990).

Результати та обговорення. Опитування показало, що середнє значення вдоволеності життям склало 73,3%, з мінімальним результатом у 57% та максимальним у 100%. Згідно отриманих відповідей, переважно усі пацієнтки відмітили такі пункти як “вдоволеність фізичним здоров'ям”, “емоційним станом”, “зайнятість у вільний час ” та “вдоволеність відношеннями з іншими людьми” як “середній рівень задоволеності” або “задоволений”. Інші пункти опитувального тесту отримали переважно оцінку “дуже задоволений”.

Середня оцінка апатії 7,6 балів, з найменшим покажчиком 0 балів та найвищім 14 балів. Середнє значення тривожності 10,4 бали, з найменшими та найбільшим результатом відповідно 0 і 21.

Висновки та перспективи. Отримані данні говорять про те, що різні хворі по різному ставляться до проявів своєї хвороби. Також коливання показників у широких межах говорить про різну тривалість хвороби, наявність різних симптомів на час дослідження. Дуже важливим є спостереження у динаміці за змінами результатів опитувань такого плану. Це може стати незаміним помічником в оптимізації та максимізації позитивного ефекту лікування та одужання.

Сымкина В.Е., Глущенко С.В.

РИСК РАЗВИТИЯ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ С ФЕБРИЛЬНЫМИ СУДОРОГАМИ В АНАМНЕЗЕ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра неврологии № 2
Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н. Каук О.И.

Фебрильные судороги (ФС) являются наиболее распространенной причиной судорожного синдрома у детей. В большинстве случаев они относятся к прогностически благоприятным состояниям и проходят без существенного вреда для физического и психического развития ребенка в возрасте 5-7 лет. Однако, в 5-11% случаев могут встречаться в более старшем возрасте или в дальнейшем трансформироваться в афебрильные.

Цель исследования – выявить факторы риска развития эпилепсии у детей с фебрильными судорогами в анамнезе.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе КУЗО «Харьковская детская поликлиника № 15». В группу исследования вошли 65 детей в возрасте от 3 до 14 лет (39 мальчика и 26 девочки) с фебрильными судорогами в анамнезе. Всем детям было проведено полное сомато-неврологическое обследование, регистрация биоэлектрической активности головного мозга при помощи ЭЭГ на 19-канальном программно-аппаратном комплексе DXNT-32 и МРТ головного мозга для исключения органических поражений головного мозга, которые могли бы вызывать возникновение судорожного синдрома.

Результаты и обсуждение. Проведенный клинико-катамнестический анализ показал, что у 12 детей обследуемой группы (18,5%) произошла трансформация ФС в эпилептические. Причем в 2-х случаях (16,7%) это произошло спустя 6 и 8 месяцев, у 4 детей (33,3%) в период с 12 до 24 месяцев и у 6 детей (50%) в период более 24 месяцев с момента последнего эпизода ФС.

Обнаружена некоторая корреляция риска возникновения эпилептических приступов с количеством повторов ФС: у 2 детей (16,7%) эпиприступы возникли после 1—2 эпизодов ФС, у 4 детей (33,3%) — после 3—5 эпизодов ФС и у 6 детей (50%) – после 6—7 и более.

Все дети имели отягощенную наследственность по судорожным состояниям (ФС, обмороки, судорожный синдром) со стороны родителей. Причем, у 2-х детей (16,7%) наследственность была отягощена по линии матери, у 3-х детей (25%) – по линии отца и в 58,3% случаев (7 детей) наследственность была отягощена с двух сторон.

В клинической картине ФС у обследуемых детей в 75 % случаев (9 детей) отмечались фокальные приступы в виде нистагмоидных движений или отведения глазных яблок в сторону, клонических подергиваний в одной из конечностей. У 2-х детей отмечались генерализованные тонико-клонические судороги и в одном случае возникали полиморфные приступы. Обращает на себя внимание, что при переходе ФС в эпилептические характер приступов оставался неизменным в 66,7% случаев (8 детей). В остальных случаях наблюдались изменения: переход фокальных припадков в генерализованные (3 детей) и у 1 ребенка в психомоторный.

При анализе ЭЭГ в 33,3% случаев (4 детей) регистрировались неспецифические изменения биоэлектрической активности головного мозга. У 7 детей (58,3%) отмечалась фокальная эпилептическая активность, в виде островолновых комплексов чаще всего в теменно-височных отделах. У 1 ребенка (8,3 %) в состоянии бодрствования регистрировались короткие разряды генерализованных билатерально-синхронных комплексов «пик-волна».

Выводы. Проведенное исследование показало, что факторами риска трансформации фебрильных судорог в эпилептические являются наследственная отягощенность по линии обоих родителей, частота повторения более 5 раз и фокальность приступов, что необходимо учитывать при диспансерном наблюдении детей с целью профилактики развития эпилепсии.

Тарасенко Д.В.

ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ТА СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ТА НАРКОТИЧНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

Харківський національний медичний університет
Кафедра псіхіатрії, наркології та медичної психології
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Коростій В.І.

Актуальність. У наш час досить актуальним є питання афективних порушень при коморбідній патології алкогольної та наркотичної залежностей. Ці стани і окремо призводять до значних соціально-економічних втрат. Нажаль, коли ці хвороби йдуть поруч, тривалість часу на одужання стає ще тривалішим, а соціально-економічні витрати зростають у кілька разів. А стан соціальної дезадаптації наростає.

Мета: вивчити особливості соціальної адаптації та емоційного стану у хворих на алкогольну та наркотичну залежність.

Матеріали і методи: нами було проведено збір психічного та наркологічного анамнезів у 27 пацієнтів, що знаходились на стаціонарному лікуванні у Харківській обласній клінічній наркологічній лікарні. З них 15 осіб страждали наркотичною залежністю (кодеінова, опіатна) і 13 пацієнтів з алкогольною залежністю. Оцінка емоційного статусу проводилася за допомогою тесту Холла. Освітній рівень оцінювався методом «тлумачення прислів'їв».

Результати: за результатами нашого дослідження було виявлено, що за основними критеріями соціальної адаптації та розвитком емоційних порушень. Спостерігається зниження емоційної обізнаності (далі - ЕО) (усвідомлення і розуміння своїх емоцій) насамперед у пацієнтів, що приймають наркотичні речовини більш 7-9 років. Що до показника Управління своїми емоціями (емоційна гнучкість, довільне керування своїми емоціями) - у всіх пацієнтів, спостерігається порушення емоційної гнучкості. Акцентуйовані негативні емоції, підвищення тривожності. Самомотивація - 87% хворих, які не здатні самостійно, без спеціального лікування стримувати свою залежність. 96% досліджених поверталися до вживання наркотичних речовин, при виникненні стресових ситуацій (сварки, військові дії). Порушення емпатії (розуміння емоцій інших людей) спостерігається у пацієнтів, залежних від алкоголю. А при вживанні кодеіновмісних наркотичних речовин (8 осіб), не відзначалося порушення емпатії. У 7 осіб котрі страждають на опіатну наркотичну залежність, спостерігається значна емоційна холодність у відношенні друзів і близьких, при цьому повна відсутність емпатії до незнайомих людей. У оглянутих пацієнтів, відзначається переважання негативних емоцій - депресивних, тривожних. Спостерігаються фобії (страх смерті, переслідування). Хворі, частіше за все замкнуті, підозрілі. Оглянуті хворі погано розрізняють позитивні емоції - радість, веселощі, задоволення.

Висновки. В ході дослідження встановлено наступні особливості пацієнтів з наркотичною та алкогольною залежністю: можливість кримінальної поведінки, зниження освітнього рівня, різноманітні коморбідні порушення. Також нами були отримані наступні особливості наркологічного анамнезу у наркоманів це тривалість прийому наркотичних речовин, швидке формування абстинентного синдрому, порушення соціальної поведінки, котрі пов'язані переважно з тривожним, істеричним, астенічним станом. Перелічені результати свідчать про підвищений ризик соціальної дезадаптації у хворих з наркотичною та алкогольною залежністю, це насамперед повинно враховуватися при виборі диференційованих лікувально-реабілітаційних програм.

Тімохіна А.О.

ЗВ'ЯЗОК ТВОРЧОСТІ ТА ПСИХОПАТОЛОГІЇ У ПРЕДСТАВНИКІВ ТВОРЧИХ ПРОФЕСІЙ

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Мозгова Т.П.

Людство, так чи інакше, завжди прагне до самовираження, показуючи оточуючим свої думки, відображаючи реальність, проблеми суспільства і недоліки людини, як особистості. За допомогою творчості стає можливим реалізувати свої, ідеї, виставити перед усіма емоції і почуття, що переповнюють душу і тіло.

Письменники, художники, музиканти, актори і люди інших творчих професій працюють не тільки для себе, виставляючи напоказ власний егоїзм, але і для оточуючих, допомагаючи своїми творами перебороти страхи або важкі періоди життя. Однак, допомагаючи іншим, згораєш сам. Як часто ми чуємо про чергове самогубство відомого музиканта, або депресію популярного письменника? Достатньо, щоб дана проблема почала турбувати вчені уми.

Проведені в Ісландії дослідження довели лише слабкий зв'язок творчості і психопатології. В середньому представники творчих професій на 25% частіше переносять

гени шизофренії та біполярного розладу, що не дає нам права з упевненістю підносити тезу: творчий процес неможливий без психічних розладів.

При цьому, якщо розглядати біографії відомих людей, наприклад письменників, нескладно простежити таку тенденцію: більшість страждали легкими проявами психопатології або залежністю від алкоголю. Хотілося б розповісти про деяких з них.

Гоголь Микола Васильович. Немає чіткого уявлення про те, чим хворів Гоголь. Фахівці найчастіше називають два терміни: шизофренія і БАР, останній здається найбільш імовірним.

Життєдіяльність Гоголя змінювалася з загальмованої, апатичної на збуджену, готову до дій, що приписується до симптомів БАР. Протягом життя письменник страждав нападами депресії, яка в підсумку його і зламала. Остання і найтяжча була спровокована смертю приятельки Катерини Хомякової, і привела до гибелі Гоголя, обставини якої досі є широко обговорюваними у світі.

Ернест Хемінгуей. Страждав депресією, суїцидальною поведінкою.

У якийсь період життя письменник зрозумів, що не може писати. Депресія, почуття страху, переслідування не давали Хемінгуею написати, що було заплановано. До своїх близьким він звернувся з такою фразою: "Що буває з людиною, коли вона раптом усвідомлює, що вже не напише тих книг, які поклявся написати?".

Даний стан привів Хемінгуея в психіатричну лікарню, по виходу з якої письменник покінчив з життям.

Едгар Аллан По. «У мене така пригніченість духу, яка погубить мене, якщо буде продовжуватися ... Ніщо не може мені доставити радості ... Переконайте мене, що мені треба жити ...», – так письменник говорив про самого себе.

Едгар По страждав депресіями, маревними ідеями переслідування і провалами в пам'яті, лякав оточуючих своєю неадекватною поведінкою. Життя його обірвалося у психіатричній лікарні, куди він потрапив після сильного алкогольного сп'яніння. Збувся найбільший страх письменника: смерть наздогнала По в цілковитій самотності, навколо були лише галюцинації.

Дані факти породжують масу питань, на які поки немає можливості отримати чітку відповідь. При цьому багато вчених заперечують наявність взаємозв'язку. Наприклад, Альберт Ротенберг, професор психіатрії Гарвардського університету, вважає, що немає ніяких доказів зв'язку між психічним захворюванням і творчістю. «Це романтичне уявлення із XIX століття, що художник є борцем, огидним від суспільства і бореться з внутрішніми демонами», – говорить він. «Візьміть Ван Гога. Він просто виявився психічно хворим, а також креативним».

Будь-яка думка має право на життя. Продовжувати дослідження в цьому напрямку, звичайно, необхідно. Адже цікаво дізнатися, що саме таїться за загадковим процесом створення чогось абсолютно нового і геніального, яке подарували нам і перераховані мною письменники, і інші творчі люди.

Тимощук М.В.

ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА РІВНЯ АНГЕДОНІЇ У ХВОРИХ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Кожина Г.М.

Актуальність. Згідно з даними ВОЗ 10-15% світового населення на рік вражається депресією. Ризик розвитку депресії зростає протягом життя становить 5 до 12% у чоловіків та від 10 до 25% у жінок. Депресивний розлад є причиною близько 70% всіх вчинених самогубств. Через це смертність серед пацієнтів з депресивними розладами становить близько 15%. Одним із основних проявів депресії є ангедонія - зниження інтересу до життя

або повна втрата інтересів та задоволення від діяльності, яка зазвичай була пов’язана з позитивними емоціями. Такий стан може суттєво знижувати оцінку пацієнтом якості свого життя і бути однією з передумов самогубства.

Психоосвітня робота з пацієнтами з депресією та їх родичів є невід'ємною частиною сучасної інтегрованої психіатричної допомоги та одним з найпоширеніших методів психосоціального втручання. Психоосвітні заходи спрямовані на створення терапевтичного альянсу, активацію пацієнта, дотримання рекомендацій лікаря, залучення родичів до лікування та відновлення якості життя пацієнта.

Метою нашого дослідження було вивчити вплив рівня ангедонії на сприйняття пацієнтами якості свого життя та можливість поліпшення стану за допомогою проведення психоосвіних програм.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 23 пацієнтки ХОКПЛ № 3 віком 23-42 роки, у яких було діагностовано помірний (F32.1) і важкий (F32.2) депресивний епізод. Діагнози були виставлені згідно МКБ 10. Хворі отримували стандартну терапію за клінічними протоколами охорони здоров'я України. Поряд з медикаментозною та психотерапевтичною підтримкою була випробувана система психоосвіти. Стан хворих був досліджений до та після використання психоосвітніх методик за допомогою госпітальної шкали тривоги і депресії HADS, шкалою Монтгомері-Айсберга MADRS, шкалою оцінки депресії Гамільтона HRDS (HAM-D), а також за шкалою «Показник якості життя», розробленою Mezzich I., Cohen N., Ruiperez M., Lin I., and Yoon G., 1999, шкалою визначення рівня ангедонії SHAPS. Шкала якості життя була заповнені пацієнткою, одним із родичів і лікарем хворої.

Заняття психоосвітою для пацієнтів з депресією проводилися в закритих групах, кількість учасників 7 чоловік. Кожен психоосвітній цикл складався з 10-12 сеансів, що тривали 45 хвилин із частотою 1-2 рази на тиждень.

Результати. Нами було отримано такі середні результати у хворих з тяжкою депресією до використання психоосвітньої програми: за HRDS – 21, MADRS – 35, за HADS – 16 за шкалою депресії, 9 за шкалою тривоги, високий рівень ангедонії (12), якість життя – 3,9 за результатами опитування хворих, 6,5 – родичів, 6,7 – лікаря. У хворих з помірним депресивним епізодом: HRDS – 17, MADRS 29, за HADS – 9 за шкалою депресії, 6 за шкалою тривоги, підвищений рівень ангедонії (9), ЯЖ – 4,9; 7,2; 7,6 відповідно. Після впровадження психоосвіти ми змогли побачити зниження рівня ангедонії (до 7 у пацієнтів з тяжкою депресією і до 5 з помірною), а також підвищення оцінки хворими якості свого життя до 6,8 та 7,5 відповідно. Зміцнилася впевненість пацієнток в боротьбі з хворобою, посилилася терапевтична співпраця між лікарем та хворими.

Висновки. Таким чином, оцінка якості життя пацієнтів з депресією залежить від здатності хворих отримувати позитивні емоції, на що можуть суттєво вплинути методи психоосвіти.

Трегубенко А.Р.

СТРУКТУРА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У СТУДЕНТІВ 3 КУРСУ ХНМУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Георгієвська Н.В.

Актуальність. Синдром емоційного вигорання (СЕВ) – це стан, який характеризується наявністю розумового та емоційного виснаження, фізичної втоми, а також зниженням задоволення від виконаної роботи. В його розвитку виділяють три послідовних фази: напруження, резистентності, виснаження, кожна з яких характеризується певним комплексом симптомів. СЕВ виникає як психологічний механізм захисту від дії зовнішніх факторів,

таких як емоційне навантаження, надмірна емоційність, відсутність часу на відпочинок та інші.

Найбільш високий рівень інтелектуального та емоційного навантаження в медичному університеті характерний для процесу навчання на 3 курсі, тому що цей курс є найскладнішим та найважчим за рівнем навчального навантаження. Це сприяє розвитку багатьох патологій, у тому числі і синдрому емоційного вигорання, який в майбутньому може привести до погіршення відносин з оточуючими та зниженню успішності як показника продуктивності у професійній сфері.

Мета даного дослідження – визначення рівня розвитку синдрому емоційного вигорання у студентів 3 курсу ХНМУ для подальшого проведення психокорекційної роботи та боротьби зі стресом.

Матеріали та методи. Нами було проведене анкетування серед студентів 3 курсу медичних факультетів ХНМУ. В опитуванні прийняли участь 26 студентів, серед яких 13 дівчат у віці 18-19 років та 13 хлопців у віці 19-20 років. Анкетування проводилось з використанням методики «Діагностики рівня емоційного вигорання» В.В. Бойко.

Результати. В ході дослідження було виявлено, що для 30,79% опитаних характерний синдром емоційного вигорання з наявністю трьох сформованих фаз. Студенти, для яких характерний даний стан, висували скарги на зниження працездатності та підвищену втомлюваність. Найбільш характерним домінуючим симптомом є симптом тривоги та депресії. Цей показник є крайньою точкою у розвитку фази напруги. Його значення у 37,5% опитаних із наявністю сформованого синдрому емоційного вигорання досягає максимального. Високі цифри цього показнику говорять про те, що дані студенти переживають особистісну тривогу, розчарування в собі або в обраній професії. В ході подальшого дослідження було виявлено, що дані опитані - дівчата, які мають середній бал успішності 4,0-4,5. Ці студенти відзначали складності в адаптації до вимог ВНЗ і тиск з боку викладачів, а також відчуття необґрунтованого страху, періоди зниженого настрою та деяке погіршення відносин з оточуючими людьми.

Висновки. Таким чином, в ході дослідження було виявлено, що для опитаних з наявністю синдрому емоційного вигорання (СЕВ) характерним є наявність тривожно-депресивної симптоматики. У зв’язку з цим необхідне проведення психокорекційної роботи для активації захисних механізмів у боротьбі зі стресом.

Тягнирядко К. А.

ВЕГЕТАТИВНА ДІСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ З ПАТОЛОГІЄЮ ЦЕРВІКАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Харківський національний медичний університет
Кафедра неврології №2
Харків, Україна
Науковий керівник: Дубінська О.І.

Актуальність. Найбільш частими скаргами серед осіб молодого віку є: головні болі, запаморочення, особливо при змінні розташування тіла у просторі, загальну слабкість, нестабільність артеріального тиску, схильність до станів непритомності. Частіш за все це трактується, як прояви вегетативної дісфункції. Але вже давно було відміченно, що данні скарги можуть бути ознаками патології цервікального відділу хребта. У цей час відзначається висока поширеність патології цервікального відділу хребта в осіб молодого віку. Таким чином, виникла необхідність більш прискіпливого вивчення взаємозв’язку клінічних проявів, які трактуються, як синдром вегетативної дісфункції, з різними проявами патології цервікального відділу хребта. Цим фактором й була зумовлена необхідність проведення даного дослідження.

Мета дослідження. Вивчення розповсюдження патології цервікального відділу хребта у молодому віці й її зв’язок з клінічними проявами вегетативної дісфункції.

Матеріали й методи. У роботі представлені матеріали комплексного обстеження 40 хворих у віці від 18 до 22 років. З них 28 жінки і 12 чоловіків. При досліджені використовувались клінічні обстеження і рентгенологічне дослідження шийного відділу хребта з функціональними навантаженнями.

Результати дослідження. При обстеженні 30 пацієнтів скаржилися на погіршення самопочуття при зміні погоди, 28 хворих скаржилися на головний біль, запаморочення відмічалося у 22 осіб, синкопальні стани й приступи зі зниженням тиску, загальною слабістю, нудотою, відчуттям важкості в голові відзначалися у 27 хворих. Всі хворі відмічали відчуття важкості, періодичні болі та напруження м'язів у цервікальному відділі хребта. При проведенні вертебрологічного обстеження у всіх хворих було виявлено позитивні симптоми натягу та напруження паравертебральних м'язів різного ступеня вираженості, болісність паравертебральних точок від легкого до помірного ступення. Рентгенологічно було встановлено наявність патології цервікального відділу хребта з превалюванням нестабільності.

Висновки. Патологія шийного відділу хребта призводить до порушень функціонування вегетативної нервової системи та розвитку синдрому вегетативної дісфункції. Наявність у більшості обстежених хворих рентгенологічних ознак нестабільності шийного відділу хребта може бути одним з патофізіологічних факторів розвитку синдрому вегетативної дісфункції.

Усик А.В.

ВЛИЯНИЕ СМАРТФОНОВ НА ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра неврологии № 1
Харьков, Украина
Научный руководитель: проф. Григорова И.А.

Актуальность. Современную жизнь каждого человека сложно представить без цифрового оборудования. Исходя из того, что мы каждый день пользуемся смартфонами, возникает вопрос, какие последствия может это причинить. В пользу актуальности этой проблемы свидетельствуют множественные мировые исследования в данной сфере. Так ученые из университета Вирджинии США выяснили, что использование смартфонов в течение длительного времени вызывает синдром дефицита внимания и гиперактивности, а в Калифорнийском медицинском центре исследовали, что у 87% владельцев смартфонов выявили феномен фантомных вибраций

Цель: доказать влияние смартфонов на процесс обучения студентов медиков Харьковского национального медицинского университета в сравнении с печатными материалами.

Материалы и методы: 12 студентов медиков Харьковского национального университета. Сформирована выборка с приблизительно одинаковыми качественными и количественными критериями (возраст, уровень IQ, отсутствие патологий зрения и нервной системы). Студенты были разделены на две равные группы:

1) Те, которые использовали для обучения печатные материалы (учебники, методички);

2) Те, которые использовали для обучения смартфоны.

Каждый студен в течение двух часов использовал данный ему печатный или цифровой текст. До и после исследования проводились диагностические тесты на отсутствие патологий зрения и нервной системы (реакция зрачков на свет, аккомодацию; конвергенция, нистагм, пальценосовая проба). После обработки материалов, студенты должны были пройти тест на внимательность.

Результаты исследования: из 6-ти студентов которые использовали смартфоны, у 3-х студентов после исследования нарушилась конвергенция, 5 чувствовали жжение и усталость глаз. Также каждый из студентов изменял положение с приближением к смартфону в первые 15 минут эксперимента. Из 6-ти студентов, которые использовали печатные материалы, после исследования только 2-е студентов чувствовали жжение и усталость глаз.

При прохождении теста на внимательность с цифрами (на картинке с хаотично расположенными цифрами от 1 до 100, нужно по порядку найти цифры от 1 до 10) студенты первой группы прошли тест в среднем за 35 секунд, тогда как студенты второй группы – за 42 секунды.

Вывод: данное исследование показало, что использование смартфонов в обучении приводит к нарушению внимательности и незначительных нарушений нервной системы. Поэтому следует обратить внимание на ежедневное многочасовое использование смартфонов в разных целях.

Федосова Д.С.

ВПЛИВ РАЦІОНУ ХАРЧУВАННЯ НА СТАН НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У СТУДЕНТІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра неврології №1
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Різниченко О.К.

Матеріали і методи. Наше дослідження базується на опитуванні 60 студентів медичного університету, які навчаються на 1-6 курсах. Теоретичною основою роботи стала теза про «ентеральний мозок» - великий конгломерат нейронів, локалізованих в травному тракті.

Метою нашої роботи є встановлення кореляції між незбалансованим раціоном і вищої нервової діяльністю, її порушеннями.

Результати. На основі опитування ми виділили три типи студентських раціонів: переважно вуглеводний (ПВ), переважно ліпідний (ПЛ) і збалансований (З). Вміст білка в раціоні 90% студентів перебуває в межах норми, а у 10% допустимо підвищено.

Далі був проведений збір даних щодо наявності \ відсутності у студентів неврологічних проблем, депресії і неврозів.

Аналіз отриманої інформації показав наступне:

- ✓ у 35% студентів з ПВ раціоном є неврозоподібні стани, а у 10% - схильність до депресії.
- ✓ у 40% студентів з ПЛ раціоном є схильність до депресії, а у 25% неврозоподібні стани.
- ✓ у групі З-раціону лише у 10% студентів є схильність до депресії і у 15% неврозоподібні стани.

Висновок. Таким чином, можна зробити висновок, що кореляція між вмістом раціону і стабільністю НС є і необхідно проводити подальші дослідження в даній області.

Халімов Є.Г. Остапенко Д.М.

ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї ХВОРГО НА ПСИХІЧНИЙ РОЗЛАД

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Лещіна І.В.

Актуальність. Хвороба, будь то соматична чи психічна залишає відбиток не лише на пацієнтові, а і на його оточенні насамперед на його сім'ї. Відомо, що відносини в родині можуть впливати на перебіг і результат захворювання, сприяти як покращенню стану хворого, так і погіршенню. Але найчастіше кожен член родини намагається підтримати та допомогти близькій людині, та ця допомога може надто сильно виснажувати кожного. Це в свою чергу може призвести до погіршення психічного та соматичного стану людини, котра опікується хворим. Тому ми вважаємо, що потрібно проводити психологічну підтримку не лише хворим, а і сім'ям хворих.

Мета дослідження: визначення ступеня деформації сімейних відносин і розробка психотерапевтичної підтримки стану психічного здоров'я всієї родини.

Матеріали і методи дослідження. Наше дослідження проводилося на базі кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ХНМУ. Нам вдалося залучити 13 сімей, чиї

родичі страждають на психічні розлади. Основними психодіагностичними методами обстеження були: шкала депресії Гамільтона, шкала тривоги Спілбергера-Ханіна, шкала якості життя.

Результати. Отримані результати показали, що в осіб, чиї родичі страждають психічними розладами, основним психопатологічним синдромом був астенічний, котрий набував, в залежності від ситуації депресивну, іпохондричну, тривожну забарвленість. Нами була проведена рівнева стратифікація деформації сімейних відносин і виділені: психологічний рівень - підвищення реакцій дратівливості, критики, перебільшення провини у родичів; соціальний - незадоволеність сім'ї власним життям, відсутність соціальних зв'язків, втрата інтересу до життя; психосоматичний - поява і наростання у близьких психічних та соматичних симптомів.

Нами розроблена система психотерапевтичної підтримки психічного здоров'я сімей, у котрих родичі страждають на психічні розлади. Дана система включала застосування псіхоосвітніх програм, головними цілями яких було надання достовірної і повної інформації про захворювання, формування розуміння хвороби, визначення її перших ознак, попередження розвитку ускладнень, і проведення сімейної групової психотерапії. Після проведених психоосвітніх занять вираженість провідного синдрому значно знижувалась.

Висновки. Проведені нами психоосвітні заходи знизили прояви провідного психопатологічного синдрому (астенічного) та покращили відносини у родинах хворих на психічні розлади.

Шаповал В.В.

ОСОБЛИВОСТІ АДДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Харків, Україна.
Науковий керівник: професор Кожина Г.М.

Актуальність: 21 століття рясніє великою кількістю психоактивних речовин, які стають все доступнішими та, особливо, популяризуються серед молоді. Безсумнівними лідерами, звісно, залишається вживання табачних, алкогольних виробів, а також каннабіоїдовмісні речовини. За статистикою в Україні число курців сягає 19 000 000 людей старших 15 років, що становить 40% від загальної кількості населення. З них 90% зловживають палінням і лише 10% курять час від часу. По статистиці ВОЗ 2012 року - Україна займає на 5 місце у світі зі зловживання алкоголем, та 2 по смертності від алкоголізму. За не офіційними даними більше мільйона українців страждають на алкоголізм, близько 700 000 людей знаходяться на обліку у нарколога. Що ж стосується марихуани – то тут маємо лише неофіційні данні, вживають канабіоїди від 2 млн до 5 млн працездатних осіб. Така вражаюча статистика і той факт, що данні аддикції розповсюджуються на усі соціальні групи, і студенти медики не є виключенням, створює усі умови для актуалізації цього питання у суспільстві.

Мета: з’ясувати поширеність аддикції на прикладі студентів-медиків ХНМУ, встановити її особливості. Порівняти отриманні данні з загальноукраїнськими статистичними даними, та скласти уявлення про типаж студента-медика найбільш схильного до формування аддикції.

Матеріали та методи: в опитуванні прийняли участь 91 студент (67 дівчини та 24 хлопців) віком 23 ± років, які відповіли на питання тесту інтегрованого з Tabacco Use Disorder Identification Test, Alcohol Use Disorder Identification Test та Cannabis Use Disorder Identification Test та питаннями стосовно соціальних аспектів життя студентів.

Результати. Зібравши і проаналізувавши дані, респонденти були розподілені за чотирма наступними групами, відповідно до тих, які запропоновані тестом, а саме: ті, хто не мають або з низьким рівнем ризику виникнення залежності чи шкоди для здоров’я від

алкоголю – 75.9% група з загрожуючим здоров'ю вживанням – 20.8% група зі зловживанням – 3.3% та група залежних – 0%.

Що ж стосується тесту на зловживання канабіоїдами, то тут тенденція дещо більш втішна. За результатами опитування респонденти розподілилися за чотирма рівнями: перший, ті хто не живають або мають низький рівень ризику для здоров'я – 90.3% до другого рівня відносять тих, хто зловживає марихуаною і має певні ризики для здоров'я – 7.6% на третьому рівні знаходяться ті, хто зловживають і знаходяться на шляху формування залежності – 2.1%, останній рівень – ті, у кого залежність уже сформована – 0%. А за тестом TUDIT респонденти розподілились наступним чином: ті хто не мають звичку палити – 53.8%, на рівні зловживання – 8.8%, зловживання на етапі формування залежності – 5.6% залежна група -31.8 %.

Висновки: таким чином, зловживання тютюновими, спиртними, чи наркотичним речовинами розповсюджена проблема серед студентів медичного вишу також. Порівнявши показники вище описаних тестів з особливостями життя опитуваних, можна виявити деякі особливості аддиктивної поведінки студентів: так ми маємо високий відсоток залежних від вживання тютюну, проте ця залежність на пряму не пов'язана з соціальними чинниками життя студентів. Вживання марихуани і алкоголю має більш прямий зв'язок з мікросоціумом студентів. Більш зацікавлені в навчанні учні медичного вишу, які мають активну життєву позицію менше схильні до зловживання спиртним чи марихуаною. З курцями тютюну така тенденція не прослідковується. Отже, типаж студента медичного вишу наступний: найбільше до формування аддикції схильні хлопці, які проживають самостійно або у гуртожитку, не проявляють зацікавленості у навчанні та не задіяні у інших видах діяльності. Шо ж стосується відношення отриманої статисти до загальноукраїнської, то тут маємо схожі тенденції, які відрізняються не суттєво.

Після проведення опитування основну зацікавленість представляють респонденти, які відносяться до другої і третьої групи по тесту AUDIT, третьої та четвертої TUDIT, та другого і третього рівня тесту CUDIT тому, що це відносно чисельні групи, які можна охарактеризувати, як групи ризику. Серед цих студентів була проведена психоосвітня бесіда, роз'ясненні можливі наслідки подібного способу життя для психічного і соматичного здоров'я.

Щебетенко В.О.

ОСНОВНІ ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РОЗВИТОК МІГРЕНОЗНОЇ ЦЕФАЛГІЇ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Харківський національний медичний університет
Кафедра неврології №1
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Григорова І.А.

Актуальність. Мігрень є одним з найбільш поширених та соціально значимих захворювань. Як відомо, мігрень зустрічається частіше, ніж такі захворювання як цукровий діабет і бронхіальна астма. Поширеність серед населення - до 30%. Приблизно 80 % людей перенесли хоча б один напад мігренозного болю. Що стосується впливу на якість життя, то, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), дане захворювання входить в двадцятку причин, що ведуть до дезадаптації. Початок мігрені у 60 % випадків припадає на 18 – 20 років, у 80% випадків напади починаються у віці 28 – 30 років. Тобто мігренозні цефалгії нерідко порушують працездатність молоді. Саме тому необхідним є вивчення тригерів, які викликають появу нападів мігрені у молодих людей. На жаль, серед опрацьованої нами літератури ми знайшли дуже мало робіт про вивчення мігрені у молоді.

Мета. Наше дослідження виконане для виявлення відсотку студентів, що страждають даною патологією, визначення факторів, що провокують напади головного болю та розробки заходів профілактики мігрені.

Матерали та методи. Ми провели анкетування 87 студентів 4 курсу Харківського національного медичного університету. Для цього були розроблені спеціальні анкети на виявлення ознак мігрені. Опрацювання результатів було проведене статистичним методом.

Результати. Отримані дані свідчать про наявність у 28 респондентів ознак мігрені. Після додаткового анкетування, було виявлено наявність одночасного впливу кількох факторів. Усі 28 студентів головним фактором назвали стресове напруження. Після детального вивчення виявилося, що стрес беспосередньо пов`язаний з навчанням. Так при відповіді на запитання анкети студенти зазначали, що стресова ситуація найчастіше виникає в період залікових іспитів, підсумкових робіт. Тобто ми маємо справу саме з навчальним стресом. Також доволі часто респонденти в анкеті називали стресом відповідь на занятті, погану оцінку, пропуск заняття, запізнення, самостійну курацію хворих, виконання маніпуляцій на практиці, конфлікт між собою, з викладачем, не вивчений матеріал або не розуміння його. 14 опитаних студентів повідомили, що цей тригер впливає самостійно і крім стресу їх нічого не турбує. У половині випадків стрес поєднується з іншими факторами, серед них найбільш значимі - невчасне харчування (у 8 студентів), різні порушення сну – впливаэ як недосипання, так і надлишок сну (у 6 студентів). Наведені тригери було названо додатковими. Спираючись на отримані результати, нами визнана і підтвержена необхідність попередження навчального стресу серед студентів. Саме тому ми розробили спеціальну профілактичну систему рекомендацій.

Висновки. Таким чином, було підтвержено, що мігрень починається саме в молодих осіб і веде до зниження працездатності. Мігрень доволі часто зустрічається серед студентів. Основним тригером визнано саме навчальний стрес, його відзначили усі студенти, що мали ознаки мігренозної цефальгії. Також нами були визначені додаткові фактори, серед них на 2 місці за частотою - несвоєчасне харчування (виявлено у 8 опитаних) та порушення режиму сну (виявлено у 6 опитаних). Вони безсумнівно посилюють, доповнюють і загострюють провокуючу дію навчального стресу. Вкрай необхідним є попередження та профілактика появи нападів головного болю. Бажаним є впровадження системи рекомендацій для профілактики і попередження розвитку навчального стресу.

Профілактична медицина

МЕДИЦИНА ТИСЯЧОЛІТТЯ

ФЕСТИВАЛЬ ХАРКІВ НАУКИ

МОЛОДІЖНОЇ

Podpryadova A., Lisina A.

ACADEMICIAN OLEKSANDR OLEKSIYOVYCH SHALIMOV: KHARKIV PERIOD OF ACTIVITY

Kharkiv National Medical University
Department of Public Health and Healthcare Management
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Martynenko N.

Achievements of contemporary medicine were actively prepared by representatives of previous generations of medical scholars and practitioners. They developed a big variety of therapeutic and surgical methodic for treatment of different diseases.

Among the outstanding representatives of surgery we have to mention the name of Oleksandr Oleksiyovych Shalimov. He was born in Lipetsk region (Russia) in peasant family. Fmily moved to Kuban. There O. O. Shalimov entered medical institute. He had got the diploma in 1941 and because of war time he was the only surgeon in Chita region (Russia). This position demanded from the young doctor «to know everything and to be skillful in all the fields». In spite of all difficulties, O. O. Shalimov preserved humanism and the attention to people. During his work in Bryansk hospital, he defended dissertation devoted to the reconstruction of artificial oegophagus in scarring impassability.

In 1957 he moved to Kharkiv. Here O. O. Shalimov developed many fields of so called «big surgery». At the basis of regional hospital he initiated the foundation of anaesthetic branch, and PhD in Medicine M. I. Obolentsev headed it. The opening of this branch gave the chance for O. Shalimov to make surgical operations in lungs, gullet, heart, pancreas, and etc. Here, in Kharkiv Shalimov's talent of clinicist, scholar, organizer and teacher had been developed. In 1959 O. O. Shalimov headed the department of surgery and anaesthesiology at Ukrainian Institute for Doctors' Improvement. In May, 1965, O. O. Shalimov headed Kharkiv Scientific Research Institute of General Surgery and Blood Transfusion. In the institute were organized branches of oesophagus-stomach-intestine tract, liver surgery, out-liver bile-ducts and pancreas, cardio-vascular surgery. The cardio-surgery had been developed by O. O. Shalimov and his pupils. They constructed and produced new instruments with the assistance of specialists from Kharkiv industrial factories (dilatators and an original apparatus for artificial circulation of blood with the minimal damage of blood components) [1]. They made the operations in arteries. O. O. Shalimov made prosthesis using artificial and intravenous ones. His classical monograph «Surgery of pancreas» and «Atlas of surgical operations in abdominal cavity» were published [2,3]. O. O. Shalimov made lots of operations, consulted patients and moreover, he was elected as a Member of Ukrainian parliament. In the parliament he headed the Commission on Public Health and Social Problems.

Thanks to his methodic of operations the rate mortality and invalidity decreased in 10 times.

In 1969 O. O. Shalimov was elected as a Full-member of Ukrainian Academy of Sciences.

O. O. Shalimov created the school of the highest surgical mastery and his pupils are proud of the name «shalimovtsy». They are following the main principles of their teacher indroducing the original kinds of operations and modifying the existed ones.

Sazonova T.

SLEEP DISORDERS AMONG UNIVERSITY AND SCHOOL STUDENTS OF KHARKIV

V.N. Karazin Kharkiv National University
Department of general practice-family medicine
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: professor Nikolenko E. Y.

Introduction: Sleep is an integral part of human life. It is one of the most important factors of health. Getting enough quality sleep at right times can help to protect physical and mental health, quality of life, and safety. On the other hand sleep disorders provide myocardial infarction, stroke,

anxiety and depressive symptoms, weakened immune system. That is why very important to protect quality of sleep from an early age.

Aim: To identify sleep habits and sleep disorders among university and school students across Kharkiv by using the Pittsburg Sleep Quality Index as a tool to study sleep quality.

Materials and Methods: 463 people, students of schools and universities across Kharkiv (women-63,25%, men-36,75%), mainly aged between 10 and 25 years old, were interviewed. The study was carried out during 2016-2017. The interview was conducted in the form of an online survey by self- administrated questionnaire and Google forms. Statistical analysis of the research materials was performed by Microsoft Excel 2017 software.

Results: It was found that 21,25% of students sleep less than 7 hours per night, 39% have problems with falling asleep. 91% of the pollees regularly use digital gadgets before bedtime. The dependences between the time of the last meal and the state of the awakening, the compliance of sleeping area with sleep hygiene standards and the state of the awakening, the time of going to bed and awakening and the emotional stability during the day was identified.

Conclusions: It was established that the time between the last meal and going to bed, conformity of the sleeping area to the norms of sleeping hygiene, using of digital gadgets and exposure to various emotional ups before going to bed affects the quality of sleep in general, the condition after waking up.

Veretelnyk Olena, Tinuola Olajide, Tatenda Tekere

HEALTH STATUS IN ZIMBABWE

Kharkiv National Medical University
Department of Public health and Healthcare management
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Chumak L.

Background : The health system of Zimbabwe has deteriorated over time after some drastic and erratic policy changes by the government back at the beginning of the 21st century. From a thriving health system, the country has been depleted with a vast number of skilled doctors and nurses migrating to neighboring South Africa and overseas countries such as the UK and the USA in order to get better pay.The government has been making efforts to address all these problems but they still face difficulties because of lack of resources, corruption and underdevelopment of some far places.

Methods : A thorough research of necessary data was done, with questions asked of the Ministry of Health of Zimbabwe to provide some relevant information. Together with data from the WHO, UNICEF, the CIA Factbook and other relevant information from reliable sources, we collected data such as the number of doctors in the country, the doctor per population ratio, the number of hospitals in the country, the number of beds per population, the number of nurses registered in Zimbabwe. Other relevant data included death and birth rate per 1000 persons, the infant, and maternal mortality rates together with the morbidity rate. Data was also taken to reveal which infectious diseases are most prevalent in the country together with the HIV/AIDS prevalence rate together with the number of deaths caused by HIV/AIDS. Insurance data was also gotten from hospital websites together with accompanied information from the two major health insurance companies in the country - PSMAS and CIMAS.

Results : With a population of 15,603,000 ; the country is served by at least 1,389 hospitals and clinics all situated evenly in the ten provinces of the country. The physician density per 1000 people is 0.07, a lowly figure compared to the recommended figure by the WHO. At least 1176 doctors are registered in the country with a further 17,795 nurses on the books. 86,2 % of the hospitals in the country are situated in the rural areas.

The maternal mortality rate is 443/ 100000 live births and the infant mortality rate is 32,7/ 100000 live births. The death rate is 10,2 per 1000 people and the birth rate is slightly higher at 34,2 per 1000 people.

The most infectious disease affecting the country include HIV/AIDS, diarrhea, cholera, malaria and schistosomiasis. The prevalence rate of HIV/AIDS is 13,5% with an estimated 1,3 million people living with it. The death rate for HIV is 30,000 per year.

The insurance system in the country is largely dominated by two companies with one of them covering at least more than 850,000 people (PSMAS). This is the only government health insurance in the country. Other health insurance companies do not disclose their numbers, but they serve the private sectors and are usually popular than the government services.

Conclusions : Based on the information gathered, the health system in the country is clearly poor and measures should be taken to address the problem. The decreasing number of doctors is alarming and the workload of those available is too much. The number of nurses could also be increased and the general population could be given health education to prevent some of the prevalent infectious diseases such as cholera and diarrhea. Resources could also be dispensed to help with the high HIV and malaria rate such as free condoms and mosquito nets. Incentives could also be introduced to bring doctors who have left the country for greener pastures and bring them back.

The potential for Zimbabwe is there but a stable political and economical country is needed to effect change in the country.

Александрова К.В., Журавльова П.В.

ПРОФІЛАКТИКА ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛЯХОМ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ПРОДУКЦІЇ МОЛОЧНОЙ КИСЛОТИ СЕБУМАЛЬНИМИ ЗАЛОЗАМИ ШКІРИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра гігієни та екології №1
Харків, Україна
Науковий керівник: Саркіс-Іванова В.В.

Вступ. Захворювання шкіри обличчя належать до розповсюджених медичних проблем. Симптоми хвороби проявляються у вигляді запалення, висипань, подразнень та можуть супроводжуватися больовими відчуттями. Шкіра функціонально пов’язана зі всіма системами та відображає рівень життєдіяльності організму. Використання засобів, які містять молочну кислоту, є одним з превентивних заходів для запобігання розвитку дерматологічних захворювань. Молочна кислота синтезується організмом для захисту шкіри від патогенної мікрофлори та збереження кислотної мантії Маркіоніні.

Мета. Оцінка рівня продукції молочної кислоти себумальними залозами як показника особливостей адаптаційних реакцій шкіри людини для визначення ймовірних методів профілактики дерматологічних захворювань шкіри.

Матеріали і методи. Об’єктом досліджень були мазки зі шкіри обличчя. Було обстежено 44 учня (22 хлопчиків, 20 дівчаток) віком від 8, 14 і 17 років Вміст молочної кислоти визначали за методом Уффельмана–Зейферта. Видовий склад мікроорганізмів визначали стандартними мікробіологічними методами.

Результати досліджень показали, що в учнів 2 класу, які мають різні захворювання сально-залозистого апарату, спостерігається позитивна динаміка підвищення концентрації молочної кислоти (490–600 мг/л). Це пояснюється тим, що у даної вікової групи відбувається фізіологічне підвищення концентрації молочної кислоти, яка регулює процеси диференціювання кератиноцитів та посилює експресію трансглутамінази.

У хворих учнів 8 класу спостерігаються високі та низькі показники концентрації молочної кислоти (400–460 мг/л та 490–550 мг/л). Це пояснює що для даної групи учнів медіаторами запалення у шкірі є різні чинники.

Частина учнів 11 класу мали нормальний рівень концентрації молочної кислоти (300–460 мг/л), а решта — несуттєво підвищений (485–490 мг/л). Тобто у даній віковій групі рівень екскреції молочної кислоти залишається фізіологічно сталою, що пов’язано із

порушенням або активізацією рівня гормонального статусу (статеві гормони можуть зумовлювати гіпертрофію сальних залоз та посилювати продукцію шкірного сала).

Аналіз видового складу мікрофлори шкіри обличчя у учнів 2 і 8 класів, які мають захворювання сально-залозистого апарату, показав, що за частотою виявлення найбільш поширеними видами були *Staphylococcus aureus, S.haemolyticus* та *S.epidermidis*. У учнів 11 класу бактеріальний фон шкіри обличчя був в межах норми. Але в тих, що страждають на вугрову висипку, виявили наявність кліщів роду Demodex.

Висновки.

1. Значна кількість стафілококової мікрофлори шкіри обличчя у учнів 2 і 8 класів може спричиняти запалення протоків сально-залозистого апарату.
2. Високий рівень синтезу молочної кислоти у учнів 2 класу пов'язаний із більш низьким рівнем вразливості шкіри, ніж у учнів 8 класу. Виникнення гіпертрофії сальних залоз через нестабільний фон статевих гормональним у учнів 11 класу, є причиною високого ризику виникнення демодекозу.
3. Результати вивчення бар'єрної ролі молочної кислоти можуть бути використані у розробці методів профілактики дерматологічних захворювань.
4. Регулярне застосування для догляду за обличчям молочної кислоти допомагає запобігати запальним процесам і ліквідувати сліди папул.
5. Профілактика захворювань шкіри виконується контролем якості та кількості вживаної їжі, згідно положеннями гігієни харчування, та дотримуванням правил особистої гігієни.

Арасланова Т.Р., Горбунова І.В.

СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МОЛОДІ З ПОРУШЕННЯМ СЛУХУ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

Харківський національний медичний університет
Кафедра гігієни та екології № 1
Харків, Україна
Науковий керівник: ст. викл. Кателевська Н.М.

Актуальність: Згідно зі статистикою, у 5% інвалідів зі слуху є вища освіта, 43% мають неповну середню освіту, 32% - середню спеціальну, 14% - середню, 3% - не мають освіти. Дані результати свідчать про актуальність проблеми отримання якісної вищої освіти інвалідами з патологією слуху з метою забезпечення подальшої конкурентоспроможності на ринку праці.

Мета: аналіз системи професійного супроводу і профорієнтації учнів з порушеннями слуху відповідно до їх стану здоров'я.

Матеріали і методи : літературний аналіз

Результати: Професійна орієнтація являє собою комплекс психолого-педагогічних, медичних заходів, спрямованих на підготовку до раціонального вибору професії, найбільш відповідної індивідуальним анатомо-фізіологічних особливостям людини, станом її здоров'я, на основі врахування її здібностей, нахилів, інтересів, знань і потреби в фахівцях в регіоні і в суспільстві в цілому. В процесі проведення профорієнтаційних заходів вирішуються наступні психолого-педагогічні завдання:

- розширення знань учнів про світ професій, а також формування вміння орієнтуватися в цих знаннях;

✓ визначення структури найбільш розвинених здібностей учнів з вадами слуху з метою подальшої оцінки придатності та схильності до певної професії, прогнозування можливих заходів сприяння в придбанні майбутньої професії;

✓ формування в учнів адекватного розуміння своїх власних психологічних особливостей, здібностей і можливостей;

✓ вироблення умінь: співвідносити власні індивідуальні здібності з ситуацією вибору професії та вимогами обраної професії; зіставляти вибір з ситуацією на ринку праці; оцінювати можливості отримання професії та подальшої освіти;

В якості основних заходів планується: оформлення стендів про професії, проведення класних годин екскурсій на підприємства, екскурсій в освітні установи, фестиваль професій.

Висновки: Сьогодні особливо гостро постає питання про професійне самовизначення осіб з обмеженими можливостями здоров'я, про поліпшення якості роботи з профорієнтації учнів з порушеннями слуху з тим, щоб вони могли бути затребувані в суспільстві. Велику роль в цьому відіграє соціальний педагог, який направляє дітей з порушенням слуху в суспільство, допомагає адаптуватися, дає поради про будь-яку професій, яка підходить дитині.

Безега Е.В., Наумова И.И., Третьякова Е.А., Мітельова Т.Ю.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОЖИРЕНИЯ С ПИЩЕВЫМИ ПРЕДПОЧТЕНИЯМИ ПОДРОСТКОВ 10-17 ЛЕТ ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра гигиены и экологии № 2
Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Филатова Н. М.

Известно, что здоровое питание является залогом нормального развития организма подростка, физической и умственной работоспособности. Обращает на себя внимание возрастная структура распространенности ожирения, одной из причин которой является нарушение питания. Для эффективного контроля за наиболее опасными НИЗ у детей необходимо комплексное постоянное воздействие с целью ограничения влияния главных факторов риска.

Цель исследования - проанализировать взаимосвязь избыточного веса с пищевыми предпочтениями подростков 10-17 лет Харьковской области и найти корреляцию между распространенностью ожирения и нарушением пищевого статуса.

Анализ распространенности ожирения и заболеваемости им у подростков проводился согласно официальным данным Центра медицинской статистики МЗ Украины в 27 регионах Украины в течение 4 лет (2010-2013 гг.) Также по результатам социологического опроса в рамках международного проекта ВОЗ «Здоровье и поведенческие ориентации учащейся молодежи» («Health Behaviour in School-aged Children »HBSC).

Полученные результаты. Распространенность ожирения среди детей и подростков 10-17 лет Харьковской области в 2010-2013 гг. на 1000 детского населения составляла для 10-12 лет - 3,6; 13 лет - 3,7; 14 лет - 2,8; 15 лет - 2,1; 16 лет - 1,9; 17 лет - 1,47; суммой 15, 47 (переменная у). Анализ ответов учащихся демонстрирует выраженную негативную тенденцию общего уменьшения еды в семье с увеличением возраста ребенка. Каждому возрасту соответствовал свой показатель подростков (переменная х). Уравнения регрессии: у = 1.0626 х + 8.3758. Коэффициент корреляции при этом R = 0.154, что по шкале Чеддока соответствует слабой. Связь между признаком Y и фактором X слабая и прямая. На основе динамики сокращения потребления кисломолочных продуктов подростками разного возраста (переменная х) и ожирения (переменная у) построено следующее уравнение регрессии у = 3.7429 х + 17.8539. Коэффициент корреляции составил R = 0,939 (по шкале Чеддока - высокая). Связь между признаком Y и фактором X весьма высока и прямая. Взаимосвязь между распределением ответов «1 раз в неделю» на вопрос: «Сколько раз в неделю ты потребляешь мясо или мясные продукты?», по возрасту, % (переменная х), и ожирением (переменная у) следующая у = 0.4781 х + 6.7593. Коэффициент корреляции R = 0,568 (заметная). Связь между признаком Y и фактором X заметна и прямая.

Положительной можно считать незначительное распространение ежедневного потребления сладких газированных напитков. Практически во всех возрастных группах этот показатель не превышал 15%. Если, конечно, исключить возможное влияние на полученные результаты сознательного занижения частоты потребления сладких газированных напитков. Взаимосвязь распределения ответов «никогда» на вопрос: «Сколько раз в неделю ты потребляешь кругу, лимонад или другие газированные напитки, содержащие сахар?» по

возрасту, % (переменная x), и ожирением (переменная y) следующая y = - 0.06808 x + 15.0267. Коефициент корреляции R = 0.0604 (слабая). В нашем примере связь между признаком Y и фактором X слабая и обратная.

Выводы. Анализ динамического ряда распространенности ожирения в детской возрастной группе показал, что показатель имеет положительную динамику и, согласно построенных математических моделей, склонен к относительному увеличению в ближайшие временные периоды.

Білера Н.В., Дегтяр К. О., Буркуш В.В.

ОСНОВНІ НАПРЯМИ ПРОФІЛАКТИКИ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Харківський національний медичний університет,
Кафедра гігієни та екології № 2
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Завгородній І.В.

Вступ: синдром професійного вигорання - це зростаюче виснаження емоційних енергетичних й особистісних ресурсів працівника, що розвивається на тлі хронічного стресу. Процес професійного вигорання негативно позначається на діяльності організації в цілому і кожного військовослужбовця зокрема, а часом стає згубним для існування установи чи людини.

Мета: з'ясувати основні напрями профілактики синдрому професійного вигорання.

Методи: аналіз останніх досліджень і публікацій, у яких започатковано вирішення названої проблеми.

Результати: Негативні чинники здійснюють систематичний вплив на психіку солдатів і офіцерів. Крім розуміння відповідальності присяги перед Вітчизною, це може бути і психологічний тиск з боку керівництва й колег, а також неправильна організація праці. Сьогодні відокремлюють понад сто симптомів професійного вигорання, проте вони ніколи не виникають одночасно, а їх якісний прояв не дає змоги встановити правильний діагноз для лікування. Хвороба перебігає в декілька стадій, які характеризуються переходом від звичайної втоми до розчарування та втрати інтересу до своєї професії. Перша стадія – невротична реакція, стан виснаження нервової системи, знижена інтелектуальна й фізична працездатність. У другій стадії спостерігається невротичний розвиток, різка зміна поведінки щодо своєї роботи аж до огиди. Людина стає асоціальною, звичайна розмова може часом неможлива. Остання стадія - це стійкі зміни особистості, які можуть перетворюватися на професійну деформацію. Симптомами є жорсткість, агресія та хамство. Основним негативним фактором у розвитку захворювання стає сама робота, її неврегульованість.

Насамперед потрібно впливати на робочу обстановку, гармонізувати особистісну структуру військовослужбовців з адекватним навантаженням в діяльності. Цього можна досягти кількома взаємопов`язаними шляхами.

1. Оптимізація умов та обсягу праці. Військові звикли працювати без упину і не завжди відчувають фізичного перенавантаження. Тому головне тут – визначення адекватності навантаження.

2. Правильне співвідношення часу на виконання якісної роботи як складник тайм-менеджменту.

3. Створення в колективі сприятливого клімату, що знизить рівень стресу.

4. Соціальна та психологічна адаптація, що відповідає за моніторинг комунікаційних здібностей та психологічну врівноваженність кожного працівника.

Висновки: профілактика синдрому професійного вигорання – це комплексний процес, ефективність залежить від правильного підходу до кожного військовослужбовця. Найкращий спосіб - це тренінги з унормування стосунків у колективі, тайм менеджменту, а також регулярний моніторинг адаптації за допомогою спеціалістів – психоневрологів та психологів.

Білера Н.В., Буркуш В.В., Дегтяр К.О.

ОЦІНКА УМОВ ПРАЦІ ОСІБ КОМАНДНОЇ ЛАНКИ ВІЙСКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЧАСТИН ТИЛОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ (ВАЖКІСТЬ ТА НАПРУЖЕНІСТЬ ПРАЦІ).

Харківський національний медичний університет
Кафедра гігієни та екології № 2
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Завгородній І.В.

На сьогодні в країні особливу увагу приділяють розробленню заходів з підвищення обороноздатності. Одним з ключових питань, що потребує вирішення, є розроблення й впровадження актуальних методів психогігієни та психопрофілактики при роботі з особовим складом, насамперед з кадровими офіцерами.

Підвищена напруженість трудового процесу офіцерів командної ланки може спричиняти виникнення синдрому професійного вигорання, розладів з боку серцево-судинної та нервової систем.

Саме тому заходи з профілактики синдрому професійного вигорання є важливими для збереження боєздатності осіб кадрового складу.

Мета та завдання дослідження: оцінювання умов праці осіб командної ланки військовослужбовців частин тилового забезпечення за показниками напруженості та важкості.

Умови праці було оцінено на контингенті з 15 осіб командного складу.

Методи дослідження: опитування, аналітичний, хронометражний.

За даними опитування та журналів реєстрації приходу – уходу з роботи, встановлено, що за основним родом діяльності офіцерська ланка працює з 8 до 17 години, має 1 годину на обідню перерву, якої не завжди дотримується.

Результати На підставі проведеної оцінки напруженості праці офіцерського складу було з'ясовано , що за основним родом діяльності умови праці належать до класу 3.1 – 3.2 за такими критеріями: інтелектуальні навантаження (зміст роботи, сприймання сигналів (інформації) та їх оцінка; розподіл функцій за ступенем складності завдання; робота в умовах дефіциту часу та інформації з підвищеною відповідальністю за кінцевий результат); сенсорні навантаження (спостереження за екранами відеотерміналів, навантаження на голосовий апарат); емоційні навантаження (відповідальність за результат своєї діяльності, ризик для власного життя та життя інших осіб, відповідальності за безпеку інших осіб); режим праці (фактична тривалість робочого дня більше 8 годин).

Додатковий рід діяльності передбачає добові чергування, які здійснюються за графіками, що розробляються щомісяця. На підставі графіків чергувань офіцерського складу було з'ясовано, що в середньому кожен офіцер має від 3 до 6 добових чергувань щомісяця, з яких 1-2 припадають на вихідні та святкові дні. За рахунок додаткового навантаження клас умов праці за показником режим праці є 3.2, оскільки режим праці змінюється на добовий нерегулярний (24 години).

На підставі проведеної оцінки важкості праці офіцерського складу було встановлено, що за основним родом діяльності умови праці: робоча поза – вільна – оптимальні умови праці; переміщення у просторі по горизонталі – до 7 км за зміну – допустимі умови праці.

Але за додатковом родом діяльності умови праці належать до класу 3.1. за критерієм переміщення у просторі по горизонталі – до 11 км за добу.

Таким чином, ми можемо стверджувати, що за деякими показниками напруженості умови праці в офіцерського складу є шкідливими, що надалі може стати причиною розвитку синдрому професійного вигорання, змін з боку серцево-судинної та нервової систем.

Для профілактики цих станів плануємо розробити конкретні методичні рекомендації, спрямовані на збереження високої працездатності осіб командної ланки.

Богачова О.С., Бабичева К. А., Голуб М. В., Невхорошев Є. О.

ПСИХОГІГІЄНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ДОНОЗОЛОГІЧНИХ СТАНІВ СЕРЕД СТУДЕНТИВ МЕДИКІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра гігієни та екології № 1
Харків, Україна
Науковий керівник: Богачова О.С.

Існує загальновідомий факт, що навчання в медичному університеті є одним з найскладніших для студентів. Почнем хоча б з того, що їх процес здобуття освіти триває 6 років, коли студенти інших спеціальностей навчаються 4-5 років. Крім того, на процес психологічної адаптації до навчання впливають: багато психоемоційних факторів, обумовлених специфікою самої медичної спеціальності, велике розумове та навчальне навантаження.

Основною тенденцією сучасності є значне зростання донозологічних психічних розладів, які представляють собою досить велику групу хворобливих порушень, об'єднаних спільними ознаками: переважанням невротичного рівня психопатологічних порушень, взаємозв'язком психічних розладів з вегетативними дисфункціями та соматичними проявами, провідною роллю психогенних факторів у їх розвитку, залежністю хворобливих розладів від особистісних властивостей індивідуума.

Метою нашого експерименту було вивчення поширеності донозологічних психічних станів серед студентів-медиків 1-го, 2-го та 3-го років навчання за допомогою «психодіагностичного опитувальника старшокласника». Результати тестування оброблялися за допомогою спеціального ключа. На основі набраних балів за окремими шкалами опитувальника робився висновок щодо наявності чи відсутності найбільш поширених станів психічної дезадаптації, які передують астенії, депресії та іпохондрії.

В натурному експерименті приймали участь 120 студентів ХНМУ 1-го, 2го та 3-го курсів, з яких 58% дівчат та 42% хлопчиків. За одержаними результатами було виявлено, що донозологічний стан за можливістю розвитку астенічних проявів такий, що на 1 –му курсі — 0% студентів (всі здорові) , на 2 – му курсі - 20% та 3-му курсі - 10% студентів мали схильність до розвитку астенічних проявів. Щодо можливості розвитку депресивних розладів, то серед студентів-медиків першого та другого курсів 60 % відмічали схильність до депресивних станів, в той час, як на третьому - 40%. Проаналізувавши донозологічний стан з точки зору розвитку провісників іпохондричних проявів, виявлено наступні результати: 1-ий курс — 50% , 2-ий курс- 50% та 3-ій курс - 50% студентів. Як ми бачимо, навчання в медичному університеті йде з великим розумовим навантаженням, що неабияк відгукується на психологічному здоров'ї студентів.

За результатами проведеного дослідження виявлено, що у студентів-медиків 1 –их та 2-их курсів більше було осіб з провісниками депресивних станів, в той час, як прояви іпохондрії спостерігалися у половини студентів всіх років навчання, що свідчить про складності у процесі адаптації, якої зазнають підлітки до умов та характеру навчання в медичному університеті.

Іполітов Д.О.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ГРУПОВОЇ МОДЕЛІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ У РАЙОНАХ ВЕЛИКИХ МІСТ

Харківський національний медичний університет
Кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Усенко С.Г.

Актуальність. Зважаючи на недавнє прийняття законопроекту "Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг і лікарських препаратів" і початок активного впровадження медичної реформи у державну систему охорони здоров'я, видається

доцільним провести дослідження переваг та недоліків основних організаційних форм сімейної лікувальної практики в залежності від умов функціонування.

Мета. Проаналізувати особливості функціонування групової моделі організації сімейної медицини в умовах високої щільності населення на прикладі трьох мікрорайонів м. Харкова.

Матеріали та методи. У якості територіальної моделі були обрані мікрорайони “Джерела” (Д), “Північна Салтівка 2” (С2), “Північна Салтівка 3” (С3) м. Харкова. Оцінка житлового фонду та чисельності населення була проведена розрахунковим методом (кількість квартир у 9 поверхову будинку - 4 кв./1 пов., 16 пов. – 8кв./1 пов., середнім числом 2,8 мешканці/1 кв.), згідно статті 47 Житлового кодексу Української РСР та даних Центрального статистичного управління №316/2220 від 04.05.2005. Інформація була отримана шляхом вивчення карт-схем та супутникових знімків поданих районів за допомогою сервісів “Apple Maps” та “maps.me”. Критеріями оцінки, згідно з наказом Міністерства охорони здоров’я “Про ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики”, були обрані: 1. Доступність первинної медичної допомоги; 2. Наявність необхідної матеріально-технічної бази; 3. Забезпеченість лікарями та середнім медичним персоналом; 4. Забезпечення права пацієнта вільно обирати та змінювати лікаря. 5. Показники економічної ефективності, згідно принципу “гроші йдуть за пацієнтом” та тарифу дійсному на 2018 рік у розмірі 370 грн на одного зареєстрованого пацієнта.

Результати. Розрахункове населення мікрорайонів складає Д – 22176 чол., С2 – 16380 чол., С3 – 14448 чол. Таким чином для забезпечення потреби у лікарях (Л), та середньому медичному персоналі (МС) для Д: Л – 14,8; МС – 7,4., С2: Л – 10,9; МС – 5,5., С3: Л – 9.6; МС – 4,8 (Л - 1 посада на 1500 населення, МС - 3,35 посад на 10000 населення). За умови групової моделі організації сукупний річний бюджет кожної сімейної дільниці складатиме відповідно Д – 8,2 млн. грн., С2 – 6,1 млн. грн., С3 – 5,3 млн. грн. Таким чином, консолідація бюджетів індивідуальних сімейних практик може допомогти раціоналізувати витрати на оренду приміщень, придбання та обслуговування медичного устаткування, організацію та забезпечення медичної лабораторії, тим самим звільнівши додаткові суми на безпосереднє проведення діагностичних, лікувальних та профілактичних заходів, забезпечення конкурентного рівня заробітної платні для лікарів та медичних сестер, впровадження сучасних стандартів надання медичної допомоги та підвищення кваліфікації персоналу. З іншого боку, групова модель дозволить забезпечити безперервний процес обміну досвідом та необхідний рівень конкуренції серед практикуючих лікарів, що повинно позитивно відобразитися на рівні професійної кваліфікації та забезпеченні права на вільне обрання та зміну лікаря. Колективна модель сприятиме впровадженню більш гнучкого графіку роботи, дозволить реалізувати право лікаря на щорічну відпустку без негативного впливу на доступність медичної допомоги в цей проміжок часу.

Висновки. Розглянувши наведену форму організації сімейної лікувальної практики, перелік переваг, що вона надає як для медичних працівників так і для пацієнтів є вагомим підґрунтям для її впровадження, але відкритим залишається питання наявності необхідної законодавчої бази, що дозволить ефективно організувати лікувально-профілактичну роботу та економічну звітність колективу суб'єктів господарської діяльності з медичної практики.

Кошиль М.С., Саркіс-Іванова В.В.

ПАТОГЕНЕЗ ТА ПРОФІЛАКТИКА СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра гігієни та екології № 1
Харків, Україна

Актуальність. Синдром хронічної втоми реєструють у великих містах з високим рівнем життя й активності людей. У той же час захворювання нерідко виникає у неблагополучних районах (по причині забруднення шкідливими викидами, занадто високого рівня радіації). Сучасний темп життя, погана екологічна ситуація є основними причинами

послаблення імунної системи. Ці фактори призводять до активації сплячих вірусів, появи персистуючої вірусної інфекції з ураженням центральної нервової системи, особливо скронево-лімбічної системи.

Мета. Проаналізувати патогенез та методи профілактики синдрому хронічної втоми у житті сучасної людини.

Матеріали та методи. Було обстежено 78 осіб з ознаками СХВ.

Результати. В результаті проведених досліджень було встановлено, що нервово-психічний стан хворих з СХВ характеризувався чітко вираженими астено-невротичними, астено-депресивними або астено-іпохондричними проявами. Хворих турбували виражена слабкість, втома, нездужання, які зберігалися постійно. Сон був порушений у всіх обстежених і не приносив почуття ранкової свіжості. Хворі скаржилися на поверхневий сон з частими пробудженнями, нерідко страхітливими сновидіннями, а також пізнє засинання і раннє пробудження. Нерідко також відзначалася інверсія формули сну: сонливість вдень, яка могла мати непереборний характер. Працездатність всіх пацієнтів була різко знижена: свою звичайну роботу вони виконували з труднощами, швидко втомлювалися. В імунологічному плані у обстежених з СХВ має місце Т-лімфопенія, дисбаланс субпопуляційного складу Т-лімфоцитів, підвищення рівня циркулюючих імунних комплексів, переважно за рахунок найбільш токсигенної середньомолекулярної фракції (11S-19S), зниження функціональних показників МФС.

Висновки. Перш за все потрібно нормалізувати режим праці та відпочинку. По можливості необхідно уникати стресових ситуацій та перевтоми. Потрібно застосовувати ефективні методи психології для розвантаження мислення. Оскільки у пацієнтів з СХВ відзначаються виражені комбіновані порушення функції імунної системи, важливе значення в їх лікуванні набувають репеленти, здатні приймати участь в регуляції метаболічних процесів в клітинах і тканинах організму.

Літовченко О. Л., Наумова І. І., Тимбота М.О.

СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ПРИ СПОЛУЧЕНОМУ ВПЛИВІ ХІМІЧНИХ ТА ФІЗИЧНИХ ЧИННИКІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра гігієни та екології № 2
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Завгородній І. В.

Актуальність. Сучасний стан впливу екологічних чинників на організм людини характеризується розповсюдженням сполучених ефектів, які обумовлюються, зокрема, одночасним впливом хімічних та фізичних чинників. Такі комбінації виникають також і у сучасних виробничих умовах, зокрема на підприємствах машинобудівельної промисловості. Однією з найбільш поширених комбінацій є сполучена дія мастильно-охолоджувальної рідини (МОР) та електромагнітного випромінювання (ЕМВ). Відомо, що такий вплив обумовлює виникнення стану напруження біологічних систем, формування стану адаптації або дезадаптації, зокрема відносно функції антиоксидантної системи (АОС) та процесу перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) організму.

Мета. Визначити характер змін показників ПОЛ та АОС при сполученому впливі хімічного та фізичного чинників на організм лабораторних тварин в експерименті.

Методи та матеріали дослідження. Експеримент проводився на статевозрілих білих щурах-самцях. Тварини були розподілені на 3 групи: 1-й групі тварин вводилась МОР марки «Типол» з дозою 5000 мг/кг; тварини 2-ї групи перебували під впливом сполученої дії ЕМВ (частота 70 кГц, напруга 600 В/м) і МОР; третя група тварин була контрольною. Експонували по 5 разів на тиждень протягом 30 днів. Інтенсивність процесів ПОЛ оцінювали за критеріями вмісту дієнових кон'югатів (ДК) та малонового діальдегіду (МДА). Стан компонентів АОС визначали за вмістом SH-груп, активності каталази, супероксидисмутази (СОД) та концентрації церулоплазміну. Забір біоматеріалу проводився на етапі 5, 15, 30 днів

у динаміці експерименту. Статистичне опрацювання результатів проводили за критерієм Стьюдента (t), результати вважали вірогідними при P <0,05.

Результати. При ізольованому впливі хімічного чинника МОР марки «Типол» у порівнянні з контрольною групою реєструвалися підвищення (вірогідні зміни, P<0,05) рівня ДК протягом усього експерименту (до 31,24±1,15 ммоль/л), МДА (до 6,51±0,27 мкмоль/л), що свідчить про посилення процесів пероксидації ліпідів. Закономірним було зниження активності механізмів АОС, зокрема за критерієм зниження рівня SH-груп (до 3,67±0,18 мкмоль/л), активності СОД (до 4,36±0,15 у.о./л), а також активності каталази (до 1,79±0,07 кат/л). Протилежними були зміни у рівні церулоплазміну. Протягом усього експерименту реєструвалося підвищення рівня цього показника (максимальне значення 313,25±8,14 мг/л).

У тварин, які перебували в умовах сполученого впливу МОР та ЕМВ збоку процесів ПОЛ та стану АОС у порівнянні з контролем реєструвалися зміни аналогічні тим, що описані вище стосовно ізольованого впливу хімічного чинника. Разом з тим, при сполученій дії хімічного та фізичного чинників виявлено більш суттєве підвищення концентрації церулоплазміну (до 374,5±8,44 мг/л), яке було вірогідно вищим у порівнянні з групою ізольованого впливу хімічного чинника. З нашої точки зору, ця закономірність може пояснюватися впливом ЕМВ у сполученні з хімічним чинником на системи антиоксидантного захисту.

Висновки. Зміни з боку ПОЛ та АОС в обох дослідних групах характеризувалися підвищенням рівня продуктів ПОЛ, а також падінням концентрації SH-груп, активності СОД та каталази, що характеризує виснаження антиоксидантної системи при формуванні адаптаційної реакції.

У групі сполученого впливу спостерігалася більш суттєва активація ПОЛ та напруженість системи антиоксидантного захисту (за показником рівня церулоплазміну), що свідчить про посилення негативної дії МОР у сполученні з ЕМВ.

Літовченко О. Л., Стиценко М. О., Безега Є.В., Біличенко П.С.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СІМ'ЯНИКІВ ЩУРІВ ПРИ СПОЛУЧЕНОМУ ВПЛИВІ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ ТА МАСТИЛЬНО-ОХОЛОДЖУЮЧОЇ РІДИНИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра гігієни та екології № 2
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Завгородній І. В.

Актуальність. Науково-технічний прогрес сприяє істотним змінам довкілля. Практично кожний електричний пристрій має той чи інший рівень частотного діапазону електромагнітного випромінювання (ЕМВ). Дія ЕМВ на біологічні об'єкти може чинити негативний вплив на різні системи організму, в тому числі і на репродуктивну. Зрозуміло, що людина не перебуває виключно під впливом ЕМВ. Так, на працівників машинобудівельних підприємств у зв'язку з виробничими умовами впливає також і такий хімічний фактор як мастильно-охолоджуючі рідини (МОР). Однак на сьогодні недостатньо вивчений вплив ЕМВ та МОР на репродуктивну систему ссавців, результати якого можна було б екстраполювати на людину. У зв'язку із цим, важливе значення має визначення характеру впливу, а також ступінь шкідливості цих чинників.

Мета: вивчити та порівняти морфологічні зміни сім'яників при ізольованому впливі хімічного фактора (МОР) та сполученого впливу МОР та ЕМВ в експерименті.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося в умовах лабораторного експерименту на статевозрілих білих щурах-самцях. Тварини були розподілені на 3 групи: тваринам першої групи вводилася МОР марки «Типол» дозою 5000 мг/кг; тварини другої групи перебували під впливом сполученої дії ЕМВ (частота 70 кГц, напруга 600 В/м) та МОР; третя група була контрольною. Експонували по 5 разів на тиждень протягом 30 днів.

Для морфологічних досліджень після закінчення експерименту тварин виводили з експерименту з дотриманням всіх біоетичних норм. Гістологічні методики виконували за приписами посібників з гістологічної техніки та гістохімії.

Результати дослідження. При ізольованому впливі МОР у сім'яниках шар сперматогенного епітелію був збережений, у його базальній зоні визначаються сперматогенні клітини й клітини Сертолі, в аблюмінальній зоні у невеликій кількості знаходилися сперматоцити, сперматиди, але часто виявлялися дегенеративно змінені сперматозоїди, які нерідко позбавлені джгутиків. У міжканальцевій стромі відзначався набряк. Судини мікроциркуляторного русла були повнокровні, інтерстиціальні клітини нечисленні. При сполученому впливі ЕМВ і МОР у сім'яниках визначалися виражені зміни гістологічної будови, що свідчить про зниження сперматогенної функції. Виявлено виражене збіднення канальців сперматогенними клітинами, не визначалися сперматиди й сперматозоїди, іноді були відсутні й сперматоцити. Серед збережених клітин спостерігалися клітини з ущільненими ядрами, вакуолізованою цитоплазмою, а також «тіні» загиблих клітин.

Висновки: У сім'яниках лабораторних щурів, які піддавалися дії МОР, визначалися дегенеративні зміни у сперматогенних клітинах, що підтверджує високу чутливість даних клітин до випробуваного хімічного чинника. При сполученому впливі ЕМВ та МОР відзначалися більш виражені зміни, які характеризувалися збідненням сперматоцитів, сперматидів, сперматозоїдів, наявністю загиблих клітин та дегенеративними змінами у збережених клітинах. При однотипності виявлених у дослідних групах морфологічних змін сім'яників слід відзначити їх найбільш виражені прояви в групі сполученого впливу ЕМВ і МОР.

Островська А.М., Козіонова А.А., Логвінов Д.І.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПРОДУКТИ ХАРЧУВАННЯ

Харківський національний медичний університет
Кафедра гігієни та екології №2
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Філатова Н.М.

Актуальність. Зміна ритму життя, стреси, погіршення екологічної ситуації, зниження частки натуральних продуктів харчування в раціоні, підвищення захворюваності населення сприяють збільшенню популярності функціонального харчування.

Метою дослідження було ознайомлення з різноманіттям функціонального харчування, його впливом на здоров'я.

Об'єктом дослідження ми обрали традиційні мюслі. Вони належать до функціональних продуктів першої групи - харчова продукція масового споживання (згідно з сучасною класифікацією продуктів функціонально харчування).

Мюслі – комбінований продукт, основу якого складають вівсяні, пшеничні, кукурудзяні пластівці, а також зерна пшениці, рису, ячменю, які збагачуються добавками у вигляді горіхів, меду, сухофруктів, фруктових соків, кориці, насіння соняшника, гарбуза, тощо. Кількість добавок ставновить 10-50 %.

Мюслі – джерело енергії. Містять багато клітковини. Також вони багаті на вітаміни групи В, вітамін Е, магній, кальцій, залізо. При термічній обробці вівсяні пластівці утворюють слизову масу, що сприятливо впливає на роботу шлунково-кишкового тракту.

Ми порівняли мюслі від десятьох виробників по таким показникам: білки, жири, вуглеводи та енергетична цінність. В ході обробки інформації ми дійшли висновку, що всі обрані традиційні мюслі мають відносно однакову поживну та енергетичну цінність. До уваги ми брали їх основу, так як добавки не завжди приносять користь, часто є недоліком даного виду функціонального харчування.

Висновки. Традиційні мюслі відповідають основним завданням функціонального харчування. Але відмічаються і їх недоліки: майже повна відсутність вітаміну С, занадто

мала енергетична цінність. Були проведені підрахунки згідно з обгрунтованими нормами споживання продуктів, в ході яких з'ясувалося, що калорійність мюслі становить половину необхідного ранкового харчування. Тому потрібно додатково добавляти в мюслі або мед, або фрукти, або горіхи, тощо. Але часто добавки, які пропонують виробники здатні принести більше шкоди, ніж користі, через що доцільніше додавати їх самостійно.

Тимбота М.О., Стиценко М.О., Третьякова К.О.. Біличенко П.С.

РОЛЬ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ТА ЕЛЕМЕНТІВ РОБОЧОГО СЕРЕДОВИЩА У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ У ПЕДАГОГІВ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ТА ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ

Харківський національний медичний університет
Кафедра гігієни та екології № 1
Харків, Україна
Науковий керівник: Саркіс-Іванова В.В.

Психоемоційне здоров'я педагога є одним з чинників успішності освітньої системи який зумовлює ефективність процесу навчання та виховання школярів і студентів, особливо в період реформування освіти.

Дослідження умов збереження та зміцнення здоров'я вчителя, виявлення здоров'язберігаючих і здоров'яформуючих технологій, що сприятимуть розвитку психоемоційного здоров'я вчителя і, зрештою, успішному професійно-особистісному розвитку, є важливими й актуальними.

Соціально-психологічні фактори сьогодні загальновизнані як питання глобальної важливості, актуальною для всіх країн, професій. Експерти ВООЗ, провівши дослідження, дійшли до висновку, що соціально-психологічні фактори можуть сприяти формуванню стресу на роботі, призводити до погіршення стану здоров'я працівників, знижувати ефективність професійної діяльності.

Одним з негативних факторів, що впливає на здоров’я викладачів, за даними наукових досліджень, є професійний стрес, що формується не тільки в процесі професійної діяльності, а й в інших сферах життя. У роботі досліджуються чинники негативного впливу різних соціально–психологічних факторів та елементів робочого середовища на здоров’я викладачів, внаслідок яких формується синдром емоційного вигорання, що є захисною реакцією на стресовий вплив, який призводить до емоційного виснаження та втоми.

Метою дослідження було визначення впливу соціально-психологічних факторів та елементів робочого середовища педагогів в залежності від вузької спеціалізації на формування синдрому професійного вигорання.

Аналіз робочого середовища та трудового процесу вчителів і педагогів за даними анкетування показав, що найбільш сприятливі умови роботи, згідно з «гігієнічною класифікацією праці», мають викладачі ВНЗ, це пов'язано з більш високим рівнем організації виробничого процесу та створенням відповідних робочих умов, за ними ідуть вчителі сільської та міської школи .

Аналіз самооцінки стану здоров'я виявив кращі показники в учителів сільських шкіл, порівняно з педагогами міських шкіл та ВНЗ, що зумовлено меншим ступенем впливу на психоемоційний стан кризовозначущих життєвий подій, які викликають розвиток психічних і соматичних розладів.

У структурі соціально-психологічних факторів виробничої природи провідне місце належить факторам, що характеризують підвищене трудове навантаження, напруженість праці, суб'єктивне відчуття втоми та перевтоми, фактор тривоги щодо стану здоров'я. Серед факторів невиробничої природи провідне місце належить низькому економічному рівню країни з яким тісно взаємопов'язана більшість інших чинників. Аналіз психоемоційного стану педагогів міської, сільської шкіл та викладачів ХНМУ показав зростання рівня стресу в усіх досліджуваних групах за такими показниками як: тривога, агресія, депресія, низькі показники допитливості.

Аналіз психоемоційного стану педагогів міської, сільської шкіл та викладачів ХНМУ показав зростання рівня стресу в усіх досліджуваних групах за такими показниками як: тривога, агресія, депресія, низькі показники допитливості. За всіма параметрами найбільш високий рівень стресу відзначається серед педагогів міської школи. Серед кризово-значущих життєвих подій, які впливали на психоемоційний стан педагогів, у всіх групах були названі на перших місцях такі події як конфлікти з керівництвом, травми та хвороби, хвороби близьких людей, розлучення та розрив з партнером і низька середня місячна заробітна плата.

Труш О.М., Черненко Н.Г. Сердюк Ю.Д.

ПРОБЛЕМИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА НАПРЯМКИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

Харківський національний медичний університет
Кафедра гігієни та екології № 1
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Старусева В.В.

Стійке погіршення стану здоров'я дітей України спостерігається протягом останніх десятиріч яке пов'язане з існуючою не ефективною системою первинної профілактики захворювань.

Вирішення цієї актуальної наукової проблеми полягає у впровадженні в практику гігієнічної донозологічної діагностики, яка добре відпрацьована в натурних наукових експериментах, відносно дітей з різного віку. Як доводить власний досвіт узагальнень результатів теоретичних та експериментальних досліджень у галузі гігієни дітей та підлітків, донозологічна діагностика є невід'ємною складовою більш широкої галузі сучасної медицини – медицини граничних станів. Метою медицини граничних станів є попередження соматичних та психічних захворювань різного ґенезу, шляхом визначення їх первинних ознак та ризиків виникнення із наступною корекцією функціонального стану організму. В основі медицини граничних станів лежить робоча гіпотеза про те, що розвитку клінічних форм хвороб передують певні порушення функціонального стану організму, які носять донозологічний характер. При цьому своєчасне виявлення хворобливих донозологічних станів, встановлення та усунення ризиків їх виникнення та медична корекція спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я різних. Принципи медицини граничних станів будуються на загальних закономірностях адаптаційного процесу і мають виключно універсальний характер. У ході комплексного дослідження були отримані експериментальні дані, які підтвердили теоретичні засади медицини граничних станів. Було доведено, що донозологічні стани виникають внаслідок дисфункції тих адаптаційних систем, які в даний момент повинні забезпечувати стійке функціонування організму.

Як довели власні спостереження, донозологічні психічні стани в учнівської молоді представлені невротичними розладами ситуацій та періодів ризику на тлі певних акцентуацій особистості. Серед дітей різних вікових груп первинними ознаками сенсибілізації організму є специфічні порушення в імунній системі, які проявляються підвищенням вмісту імуноглобулінів G у сироватці крові, а також порушення в клінічної картині крові за рахунок збільшення вмісту еозинофілів на тлі існування таких чинників ризику, як спадкова схильність до алергії. До факторів ризику виникнення алергічних захворювань у дітей належать: патологія вагітності та пологів, надмірна вага новонародженого, включення до раціону дитини облігатних алергенів, нераціональна імунопрофілактика та ін.

Стоматологія

МЕДИЦИНА ТИСЯЧОЛІТТЯ

ФЕСТИВАЛЬ ХАРКІВ НАУКИ

МОЛОДІЖНОЇ

Movchan O., Andrienko K.

THE USING OF AN ADHESIVE CREAM FOR FIXING COMPLETE REMOVABLE PROSTHESES WITH ELECTROMYOGRAPHIC INVESTIGATIONS

Kharkiv National Medical University
Department of prosthetic dentistry
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Yanishen I.

For economically developed countries is characterized by a general increase in the number of elderly people. In Ukraine, there is also a steady growth in the population of the proportion of citizens of the older generation, both urban and rural. Recently, the number of people with complete missing teeth is rise. Orthopedic treatment of adentia in elderly patients is associated with certain difficulties, taking into account the patient's mental and physical status. Sensitive impulses in people who have missing teeth, changes. The amplitude of the masticatory cycle, the effectiveness and strength of the reduction of masticatory muscles in these patients is reduced compared to patients with teeth. One of the physical factors that significantly affects the fixation of removable dentures, and the adaptation of patients to them, is adhesion. The use of adhesive compositions to improve the fixation of removable dentures increases the functional value of not only newly made, but also old prostheses, decrease replacement of the prosthesis from the prosthetic plate when eating, the food gets under the prosthesis, the prosthesis is made more comfortable, which subsequently qualitatively affects the adaptation and organization chewing musculature.

Electromyography is a type of diagnostics in which oscillations of biopotentials that occur in the muscle at the moment of its excitation are recorded. EMG studies of masticatory and facial muscles allow to determine changes in the functional state of muscles in the phase of masticatory movement, as well as in mimic loads. EMG studies allow to diagnose neuromuscular imbalance, to detect displacement of the occlusion center at the stages of prosthetics.

Materials and Methods: The aim of our study was to investigate the activities of the chewing muscles (by EMG) patients using the adhesive cream "Stomafix" production of PJSC "STOMA" patients at different stages of adaptation to full removable laminar dentures.

The first (control) group was patients whose treatment was carried out using the traditional method of manufacturing complete removable prosthesis, without application, during adaptation, adhesive fixation material of prostheses. The second (experimental) group of patients who during the adaptation stages used an adhesive cream to fix prostheses "Stomafix" PJSC "STOMA".

The recording of the electromyogram was performed with the help of the computer-based neurophysiological diagnostic system "M-TEST". As discharge electrodes, surface, dermal, self-adhesive current collectors were used. The recording electrode was applied to the motor points of the muscles, the indifferent electrodes were located closer to the site of attachment of the nerve muscles. A ground electrode was applied to the patient's wrist. The low-pass filtering was set at 3Hz, for high frequencies 10,000Hz. Registration was carried out simultaneously on 2 channels, with the right and left chewing muscles.

Results and discussion: The maximum amplitude on the 1st day of denture application, according to the EMG study, when chewing 800 mg of almonds in the first and second group of patients did not differ significantly: 1 group - 501.05±104.02μV and group 2 - 517.80±87.47μV. The second analysis was carried out on the 7th day of the use of prostheses, after a minor correction of the basis, in connection with the complaints of patients. Electromyographic parameters are sharply different. In the control group, the maximum amplitude decreased to 431,50±90.95μV, which means that the chewing muscles are not ready to perceive the contact of the prosthesis base with the prosthetic bed of the patient. In the patients (group 2) who used the «Stomafix» adhesive cream, on the day of application and on the 7th day of operation of the prosthesis, for maximum adaptation, the maximum amplitude was slightly different (527,80±87,47-532,80±87,49microvolts), which means successful adaptation of the masticatory muscles to the manufactured prostheses.

The results of the study after a month showed that the maximum amplitude indicators increase in two groups of patients, which indicates the muscle adaptation of patients. For the first group this

is 505.50±94.67μV. The parameters of the second group are 540.40±88.45μV. An increase in the parameters of electromyographic research indicates the rapid and qualitative adaptation of patients to complete removable dentures. The highest value of the maximum amplitude of the masticatory muscles during chewing of 800 mg of almonds was observed after a month of use by patients of the 2nd group (540.40±88.45μV). These data indicate complete adaptation of the patient to removable dentures.

Conclusions: On the first days of the use of complete removable prostheses with the use of an adhesive cream, distinctive indicators of masticatory muscles were already observed, namely, an increase in the 2nd group of subjects. The maximum amplitude of chewing muscles when chewing 800mg of almonds by patients who used the «Stomafix» adhesive cream during the month PJSC "STOMA" steadily grew and did not decrease during the whole period of the study, which indicates an early adaptation to the manufactured prostheses on the first day Use. It should also be noted that there was a reduction in the traumatic factor of the use of removable dentures in the 2nd group of patients who used an adhesive cream, which explains the early adaptation of patients to complete removable dentures.

Богату С.І.

СТАН ТКАНИН РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГАСТРИТОМ ТИПУ В

Одеський національний медичний університет
Кафедра загальної стоматології
Одеса, Україна
Науковий керівник: професор Шнайдер С.А.

Розповсюдженість хронічного гастриту (ХГ) серед захворювань шлунково-кишкового тракту складає 35%, тоді як серед захворювань шлунку – 85% (Григорьев П.Я., Яковенко А.В.,2001). В свою чергу ХГ типу В (асоційований із Helicobacter pylori (HP)) переважає над іншими типами та займає до 85% в структурі ХГ (Аруин Л.И. и соавт.,1993). Однією із причин ХГ є бактерія HP. Відомо, що HP може знаходитись не лише у слизовій оболонці шлунку, але і в РП, в зв'язку з чим останню розглядають як перманентний резервуар інфекції та джерело самозараження та реінфекції щлунку (Momtaz H. et al., 2012; Gonzalez-Salazour F. et al.,2014; Shahnwaz K., Tabassum H.,2015).

Мета: визначити стан ротової порожнини у хворих на ХГ типу В з наступним плануванням лікувально-профілактичних заходів з використанням стоматотропних засобів.

Матеріали і методи. Було обстежено 16 пацієнтів із ХГ типу В, які знаходилися на лікуванні в МКЛ №10 м.Одеси. Верифікацію діагнозу хронічного хелікобактерного гастриту проводили на основі клініко-анамнестичних даних та результатів езофагофіброгастродуоденскопії (ЕФГДС). Під час проведення ЕФГДС брали біопсійний матеріал з антрального відділу, тіла шлунка і дванадцятипалої кишки для проведення гістологічного дослідження та швидкого уреазного тесту (ШУТ).

В РП матеріалом була слина та зубний наліт, який досліджували одразу за допомогою ШУТ, а слину збирали у пробірку для проведення біохімічного аналізу. У хворих збирали нестимульовану слину натщесерце і розраховували швидкість салівації (в мл/хв.). В слині визначали рівень маркерів запалення: вміст малонового діальдегіду (МДА), активність еластази, показник мікробного обсіменіння – активність уреази, індікатор неспецифічного імунітету – активність лізоциму, активність антиоксидантного фермента каталази, а також вміст білка. За співвідношенням відносних активностей уреази і лізоцима розраховували ступінь дисбіоза за А. П. Левицьким, а за співвідношенням активності каталази і вмісту МДА розраховували антиоксидантно-прооксидантний індекс АПІ.

У хворих визначали також дентальні і гігієнічні індекси: Silness-Loe, Stallard, Шилера-Пісарева, PMA. В якості контролю було проведено аналогічні дослідження у 10 відносно здорових осіб (без явної патології шлунково-кишкового тракту, без гострих стоматологічних і соматичних захворювань). Результати досліджень піддавали стандартній статобробці.

Результати досліджень. ШУТ з біопсійним матеріалом з слизової оболонки шлунка виявив наявність НР в усіх хворих на ХГ. За результатами визначення лабораторних показників стану РП, наявність НР в РП відмічено у 69 % хворих на ХГ і майже у третини здорових осіб. Це свідчить про можливість стоматогенного інфікування шлунку бактеріями НР, що узгоджується з даними літератури. У хворих на ХГ достовірно збільшується салівація (на 41 %). Втричі збільшується рівень гігієнічного індексу Silness-Loe та індекс Stallard, більше ніж вдвічі збільшується індекс РМА і в 1,6 разів збільшується індекс Шилера-Пісарева. Отримані дані свідчать про наявність запальних процесів в тканинах РП. Результати біохімічних досліджень слини хворих на ХГ свідчать про наступне: у хворих суттєво зростає активність еластази (на 85 %),в 2,9 разів знижується активність лізоцима і більше ніж у 3 рази – активність актиоксидантного фермента каталази. Як наслідок, зростає майже у 7 разів ступінь орального дисбіозу, на тлі якого, як правило, розвиваються стоматити, пародонтити і карієс зубів.

Висновки. Результати нашого дослідження свідчать про розвиток запальної стоматологічної патології у хворих на ХГ, що є підставою для застосування стоматотропних лікувально-профілактичних засобів, зокрема, з антидисбіотичною дією.

Волкова О.С., Доля Е.И., Токарь А.А., Кануник Т.С.

СОЛЕВАЯ СИСТЕМА ДЛЯ ГЛУБОКОГО ФТОРИРОВАНИЯ «FTORCALCIT-D» ПРИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра терапевтической стоматологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: Рябоконь Е.Н.

Согласно данным медицинской статистики, в последнее время число людей, обращающихся к стоматологу с повышенной чувствительности зубов, возросло в несколько раз. Распространённость гиперестезии у взрослого населения по данным как отечественных, так и зарубежных, авторов составляет до 72%.

Цель исследования: определение эффективности солевой системы для глубокого фторирования «Ftorcalcit-D» при лечении гиперестезии твердых тканей зубов.

Материалы и методы исследования. Из всех обратившихся за стоматологической помощью в УСЦ ХНМУ в исследование были включены 28 пациентов без сопутствующей патологии, с гиперестезией зубов, которая появилась год назад, в возрасте от 19 до 49 лет, из них 16 пациентов женского пола (57 %) и 12 мужского (43 %). Средний возраст пациентов составил 41,5 лет. Для лечения гиперестезии в клинических условиях применялась солевая система для глубокого фторирования твердых тканей зубов «Ftorcalcit-D». Пациентам рекомендовали воздержаться от приёма пищи в течение 30 минут после нанесения, курс применения: 2 раза в неделю, в течении 1 месяца.

Результаты: Спустя 1 месяц после применения «Ftorcalcit-D» у 19 (68 %) пациентов отсутствовали болевые ощущения при приёме пищи и чистке зубов, а у 7 (25 %) пациентов зубы продолжали реагировать на различные раздражители. Лишь 2 (7 %) пациента продолжали испытывать боль один раз в день.

Вывод. Таким образом, применение солевой системы «Ftorcalcit-D» лицам, имеющим гиперестезию твердых тканей зубов, является эффективным. К концу исследования наблюдалось снижение количества зубов, реагирующих на тактильный и температурный раздражитель.

Волошан О.О.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ОДОНТОГЕННИМИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИМИ СИНУСИТАМИ ПРИ АТИПІЧНІЙ АНАТОМІЧНІЙ БУДОВІ ГАЙМОРОВОЙ ПОРОЖНИНИ

Харьківський національний медичний університет
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хирургії
Харків, Україна
Науковий керівник: Григоров С.М., Демяник Д.С.

Одонтогенний верхньощелепний синусит (ОВС) – запалення слизової оболонки верхньощелепного синусу, що виникає при наявності тісного анатомо- топографічного співвідношення органів дихання та зубо- щелепної системи на фоні запальних процесів одонтогенной етіології . Захворюваність за останні 10 років виросла у 3 рази, що становить від 2 до 50 % всіх хворих на ОВС (Нестерова К.И. 2014) . Основну частку хворих на ОВС складають молоді люди працездатного віку, тому дана патологія представляє собою серйозну загально-медичну та економічну проблеми. Є висока вірогідність рецидиву й виникнення різноманітних загрожуючих ускладнень незважаючи на значні успіхи в лікуванні даної патології. Слід зазначити, що останнім часом нами були виявленні атипичіні клінічні випадки пацієнтів з ОВС, пов`язанні з нетиповою анатомо-топографічною будовою гайморовой порожнини, що було пов’язано з асимптоматичною течією захворювання.

Метою нашого дослідження є проведення оцінки якості діагностики і лікування пацієнтів з ОВС на фоні аномальної будови верхньощелепного синусу.

Матеріали та методи. Ми провели спостереження 40 пацієнтів з ОВС, що проходили лікування в стоматологічному відділенні ОКЛ в період вересень-грудень 2017 року. Всі пацієнти були обстеженні клініко-лабораторно, рентгенологічно (3D- комп`ютерна томографія для встановлення об’єму ураження та виявлення одонтогенної причини). Під час попереднього ознайомлення з даними КТ, у двох пацієнтів нами було відмічено атипова будова верхньощелепного синусу за рахунок вертикальної кісткової перегородки, що проходила скрізь синус і таким чином відтворювала двокамерний простір. Клінічних проявів захворювання виявлено не було, під час проведення оперативного втручання нами була видалена одонтогенна причина, поліпозно-зміненна слизова оболонка гайморової порожнини, що була ізольована кістковою перегородкою від природного соустя (meatus nasi medius). Таким чином у даних пацієнтів спостерігався латентний, хронічний запальний процес у верхньощелепному синусі без вираженої клінічної картини одонтогенного генезу.

Результати та їх обговорення. Безсимптомна течія запальних захворювань верхньощелепних синусів може бути пов’язана з атипічною анатомічною будовою, яка приховує клінічну симптоматику ускладнюючи планування лікування хворих. У ряді випадків це пов’язано з первинно-хронічною течією запального процесу одонтогенного ґенезу.

Заверуха Я.И., Елисеева О.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ РАББЕРДАМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ.

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра стоматологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Соколова И. И.

Появление современных пломбировочных материалов и методик лечения требуют от стоматолога качественно высокого уровня изоляции рабочего поля, что на данный момент обеспечивается лишь системой «раббердам». Раббердам – система изоляции рабочего поля в стоматологии, которая состоит из латексных платков, рамки и фиксирующих элементов – клампов. Весомыми преимуществами данного метода изоляции является отсутствие контаминации операционного поля микрофлорой полости рта, обеспечение сухости рабочего поля, защита слизистой оболочки полости рта от воздействия агрессивных медикаментозных

агентов и заглатывания пациентом мелкого инструментария и элементов пораженных тканей зуба. Правильное наложение системы раббердам обеспечивает хороший обзор операционного поля и упрощает проведение лечебных манипуляций.

Целью работы явилось определение эффективности применения системы раббердам как метода изоляции рабочего поля при лечении кариозного поражения зубов.

Объекты и методы исследования. Для оценки результатов терапевтического лечения кариозных поражений 2 класса по Блэку были отобраны 50 больных возрастом от 20 до 48 лет, которые были рандомизированно разделены на две группы: в первой группе (n=26) было проведено лечение с использованием системы раббердам, во второй группе (n=24) лечение проводилось с использованием ватных валиков и слюноотсоса при изоляции рабочего поля. Обследование пациентов и постановка диагноза проведены согласно клиническим протоколам диагностики и лечения кариеса МОЗ Украины. При лечении пациентов обеих групп был использован материал «Filtek Z550» с соблюдением адгезивного протокола реставраций согласно инструкции производителя.

Регистрация результатов проведена визуально, созданы фотопротоколы всех клинических случаев (до лечения, во время лечения и отдаленные результаты). Для определения клинической характеристики материала при пломбировании кариозных полостей использовали ряд параметров, предварительно сведенных в оценочную шкалу, за основу которой взята шкала Ryge. Она имеет такие основные позиции: сохранение анатомической формы (АФ) пломбы; состояние краевой адаптации (КА), наличие вторичного кариеса (ВК), явления дискомфорта (Д), реакция со стороны пульпы (РП). В дополнение был изучен такой критерии, как качество поверхности реставрации (гладкость, присутствие сухого блеска)

Результаты исследований. Спустя один месяц после лечения при обследовании пациентов в двух группах изменений согласно критериям оценки реставрации не было выявлено. Спустя шесть месяцев после проведенного лечения в первой группе пациентов реставрации отвечали всем заявленным критериям оценки, а у 33% пациентов второй группы наблюдалось нарушение гладкости поверхности, отсутствие сухого блеска реставраций, у 12% пациентов наблюдалось нарушение КА. Через один год в первой группе у 8% пациентов наблюдалось нарушение гладкости поверхности и отсутствие сухого блеска реставрации, в 4% случаев наблюдалось нарушение КА реставрации и наличие ВК. У пациентов второй группы процент несоответствия критериям качества реставраций составил 58% (нарушение гладкости поверхности и отсутствие сухого блеска реставрации) и в 33% наблюдалось нарушение КА реставрации и наличие ВК.

Таким образом, по результатам наблюдений, эффективность реставрационного лечения в отдаленные сроки (спустя год после проведенного лечения) с использованием системы изоляции рабочего поля «раббердам» практически в семь раз выше, чем при изоляции рабочего поля ватными валиками и слюноотсосом, что обусловливает необходимость использования данной изоляционной системы при проведении стоматологических манипуляций при лечении кариозного поражения твердых тканей зуба.

Калиниченко М.А., Заверуха Я.И., Боцман К.Е.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕСЕНСИТАЙЗЕРНОЙ ПАСТЫ ПРИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЗУБОВ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра терапевтической стоматологии
Харьков, Украина

Гиперестезия твердых тканей зубов (ГТТЗ) является одним из наиболее распространенных клинических симптомов многих стоматологических заболеваний. По эпидемиологическим данным. ГТТЗ страдают от 30% до 57% взрослого населения. В связи с этим проблема профилактики и лечения ГТТЗ сохраняет свою актуальность и в настоящее время. Приоритетным направлением в лечении ГТТЗ является быстрое пролонгированное

снижение чувствительности зубов. Представляет интерес система «PRO-ARGIN», которая входит в состав зубной пасты ColgateTM «Sensitive Pro-Relief» («SP-R»). Данная система основана на комбинации реминерализующего потенциала аминокислоты аргинина и карбоната кальция и имеет способность глубоко обтурировать дентинные канальцы и снижать чувствительность зубов.

Целью исследования явилось определение обезболивающей эффективности зубной пасты («SP-R») и длительности ремиссии после её применения у больных с ГТТЗ.

Объекты и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 38 больных (18 женщин, 20 мужчин) в возрасте от 18 до 50 лет с ГТТЗ, которые были распределены на четыре группы. В I группу были включены 6 пациентов с эрозией зубов , во II группу -12 пациентов с клиновидным дефектом, в III группу- 7 пациентов с патологической стираемостью и в IV - 13 с рецессией десны при генерализованном пародонтите I, II степени тяжести в стадии ремиссии.

Обследование пациентов проведено по единой схеме с использованием клинических и индексных методов исследования, рекомендованных ВОЗ. Все пациенты дали согласие на участие в данном исследовании. Для субъективной оценки интенсивности гиперестезии тканей зубов (ИГТЗ) использовали рекомендуемую фирмой-производителем шкалу «Визуальной аналогии гиперчувствительности» (шВАГ), согласно которой проводится оценка в баллах от 0 до 10. Оценка 1-3 балла –«легкая», 4-6 баллов – «умеренная», 7 и выше-«сильная» ИГТЗ.

Пациентам всех групп в первое посещение определяли исходный уровень ИГТЗ по шВАГ, затем после профессиональной гигиены полости рта с помощью резиновых чашечек на протяжении 60 секунд втирали пасту «SP-R» в чувствительные зоны зубов и определяли ИГТЗ. В течение недели все больные пользовались зубной пастой «SP-R» два раза в день, утром и вечером, следующие 4 недели - лечебно-профилактической пастой Colgate Total Pro «Видимый Эффект», которая образуя пену, способна активно расщеплять зубной налет и устранять бактерии в полости рта. По шВАГ фиксировали ИИГЗ через 1 неделю после применения «SP-R» и для определения длительности ремиссии ГТТЗ - через 4 недели.

Результаты исследований показали, что однократное использование пасты «SP-R» позволило снизить уровень ГТТЗ на 3-5 баллов у 76% лиц из общего числа обследуемых и у 24% - на 1-2 балла. Через неделю было отмечено, что уровень ГТТЗ снизился на 4-6 баллов у 91% и на 1-2 балла - у 9% обследуемых. Спустя 4 недели после первого посещения по данным оценки шВАГ у 70% опрошенных обследуемых пациентов ИГТЗ составил 2-3 балла, что соответствует легкой ИГТЗ, а у 30% - 3-4 баллам и соответствует умеренной ИГТЗ. Наиболее выраженный положительный эффект наблюдался у пациентов IV группы с рецессией десны при генерализованном пародонтите I, II степени тяжести в стадии ремиссии. Таким образом, паста «SP-R» оказывает как мгновенный, так и стойкий пролонгированный эффект при лечении ГТТЗ и может быть рекомендована как средство выбора в стоматологической практике.

Ключка Є.О.

ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ

Харківський національний медичний університет
Кафедра стоматології
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Соколова І.І.

Все більшу актуальність набирає проблема порушення менструальної функції (ПМФ) в підлітковому віці. Як і більшість медичних патологій, ця проблема має загальні провокуючі фактори, а, отже, не обмежується суто гінекологічними проявами. В той самий час запальні захворювання пародонту (ЗЗП), в тому числі в підлітковому віці, є актуальним питанням

сучасної стоматології. Однак насьогодні бракує даних стосовно факторів ризику розвитку ЗЗП у дівчат-підлітків з ПМФ. Визначення цих факторів є надзвичайно актуальним, оскільки дозволяє визначити предиктори виникнення ЗЗП на тлі ПМФ і на цій основі розробити диференційовані методи їх профілактики у даного контингенту хворих.

Мета дослідження: визначення факторів, що сприяють розвитку ЗЗП в дівчат-підлітків з ПМФ за допомогою вивчення їх анамнестичних даних.

Матеріали і методи. Вивчено клініко-анамнестичні показники в двох групах: а) основна група (n=50) - дівчата-підлітки з ПМФ і наявністю ЗЗП; б) контрольна група (n=30) - дівчата-підлітки з ПМФ без ЗЗП. Комплексне обстеження хворих включало: збирання скарг, анамнезу хвороби, анамнезу життя, акушерського анамнезу матері, генеалогічного анамнезу батьків і прабатьків, об'єктивне дослідження стоматологічного статусу й проведення додаткових методів дослідження. Для вивчення способу життя підлітків було розроблено анкету, в якій враховувались шкідливі звички, характер дієти, ступінь учбового і фізичного навантаження, психологічний клімат у родині й школі, тривалість перебування на свіжому повітрі.

Результати. За даними акушерського анамнезу встановлено, що за рядом показників виявлені достовірні відмінності між групами. В основній групі у порівнянні з контролем частіше зустрічалися: ускладнений перебіг вагітності (в 1,5 раза; $p<0,05$); загроза переривання вагітності (в 2,1 раза; $p<0,05$); фетоплацентарна недостатність (в 2,2 раза; $p<0,05$); гестоз 1-ої половини вагітності (в 2 рази; $p<0,05$); розродження шляхом Кесареву розтину (в 1,8 раза; $p<0,05$); ургентне проведення Кесареву розтину (в 2,7 раза; $p<0,01$); ускладненні пологи (в 1,8 раза; $p<0,05$); асфіксія при народженні (в 1.7 раза; $p<0,05$).

Аналіз генеалогічного анамнезу показав, що зі сторони матері в основній групі частіше, аніж в контролі, визначалися: ПМФ (в 2 рази; $p<0,05$); захворювання шлунково-кишкового тракту (в 2,3 раза; $p<0,05$); прояви алергії (в 4,2 раза; $p<0,05$); значна кількість (≥ 3) хронічної патології (в 6,7 разів; $p<0,01$); висока ураженість карієсом (в 2,1 раза; $p<0,05$) і наявність пародонтиту (в 1,8 раза; $p<0,05$). Зі сторони батька в основній групі частіше, аніж в контролі, виявлено: наявність 2-х і більше хронічних захворювань (в 3,5 раза; $p<0,001$); прояви алергії (в 3,9 раза; $p<0,05$) і захворювання пародонтитом (в 1,6 раза; $p<0,05$).

При аналізі способу життя підлітків в групах встановлено, що ряд факторів загального й місцевого рівня, які впливають на формування ЗЗП. До таких факторів відноситься тютюнопаління, яке в 1,6 разів частіше ($p<0,05$) визначалося в основній групі; перевага в харчовому раціоні жирних і гострих страв (в 1,9 раза; $p<0,05$), м'якої їжі (в 3,6 разів; $p<0,05$); короткотривале ($\leq$ 2х годин) перебування на свіжому повітрі (в 2,4 раза; $p<0,05$); травматичне чищення зубів (в 5,5 раза; $p<0,05$) і недостатня частота (1 раз на добу) чищення зубів (в 2,9 раза; $p<0,01$).

Висновки. Отримані дані свідчать про те, що цілий ряд негативних пре- та інтранатальних факторів, а також генетичний вантаж суттєво впливають на ризик розвитку формування ЗЗП в дівчат-підлітків з ПМФ. При цьому патогенетична значимість має не тільки специфічний (захворювання карієсом й патологія пародонта), але і неспецифічний (хронічна соматична патологія) генетичний вантаж. Порушення здорового способу життя підлітків є складовою частиною патогенетичної детермінанти по розвитку ЗЗП у даного контингенту хворих.

Любченко А.А.

РОЛЬ МИКРОФЛОРЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Харьков, Украина

Актуальность данного исследования обусловлена значительной распространенностью воспалительных поражений верхнечелюстных пазух одонтогенного происхождения. По мнению ряда авторов (А.А. Тимофеев и соавт. 2004, P. Mehra, 2009, U.P. Nair, 2010) не смотря на успехи достигнутые в лечении больных одонтогенным гайморитом, количество

пациентов с этой патологией, которые обращаются за специализированной помощью, не имеет тенденции к уменьшению. До настоящего времени, основным методом лечения одонтогенного гайморита остается хирургический, целью которого является устранение источника одонтогенной инфекции вместе с проведением радикальной операции на верхнечелюстной пазухе. Не смотря на постоянное внедрение в практику новых малоинвазивных методик, до сих пор не всегда удается достигнуть полного излечения пациентов. Поиск новых лекарственных средств, способов и методик лечения с учетом этиологии и патогенеза заболевания, одновременно влияющих на процессы регенерации тканей верхнечелюстной пазухи при хронических одонтогенных гайморитах, остается актуальным и одним из перспективных направлений.

Цель исследования – систематизация данных литературы об этиологии и патогенезе верхнечелюстного синусита. Выяснение зависимости течения данного заболевания от характера патогенной микрофлоры. Поиск в современной литературе данных об этиологических факторах возникновения одонтогенного гайморита. Определение прогностических критериев неблагоприятного течения одонтогенного гайморита по данным современной литературы. Изучение характера микрофлоры верхнечелюстных пазух у больных с хроническим одонтогенным гайморитом.

Материалы и методы. За период сентября 2017 по декабрь 2017 на базе кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ХНМУ в стоматологическом отделении КЗОЗ «ОКЛ-ЦЕМД ХОКБ та МК» под наблюдением находилось 20 пациентов, среди которых с острым серозным перфоративным одонтогенным гайморитом – 7 (35%); с различными формами хронического одонтогенного гайморита (ХОГ) - 10 (50%); с обострением ХОГ – 3 (15%). Все пациенты обследованы клинически, рентгенологически и лабораторно. Бактериологические исследование содержимого пазухи проводились в начале и в конце в зависимости от выбранной схемы лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. При определении видового состава микробной флоры гайморовых пазух рост аэробной монокультуры выявлен в 85% случаев (17 человек), из которых в 41,2% (7 человек) был высеян белый негемолитический стафилококк, второе место по частоте высеваемости занял белый гемолитический стафилококк – 29,4% (5 человек); третье – грамотрицательная палочка – 17,6% (3 человека), четвертое – грамположительная палочка и золотистый гемолитический стафилококк – 5,9% (по одному человеку). Грибковая флора в 15% случаев (3 человека), у которых по результатам посева определились грибы рода Aspergillus (A.Fumigates).

Выявленный характер микрофлоры обуславливает необходимость применения комплексной патогенетической терапии при лечении одонтогенного верхнечелюстного синусита.

Микулина А.А., Николенко А.К., Бондарь Т.В., Мирошниченко Н.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭМАЛИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра терапевтической стоматологии
Харьков, Украина
Научные руководители: проф. Рябоконь Е.Н., Крючко А.И.

Гиперплазия эмали – это аномалия развития зубов, также называемая энамеломами, эмалевыми каплями, эмалевыми жемчужинами (ЭЖ), глобулами, узелками или эмалевыми экзостозами. Происхождение гиперплазии связано с нарушением дифференциации клеток околокорневого влагалища в энамелобласты.

Чаще эмалевые капли локализуются в области шеек, реже в области бифуркации зубов. Диаметр их может составлять от 1 до 3 мм.

По мнению некоторых авторов, эти образования вызывают локализованный пародонтит и прогрессирование этой патологии непосредственно связано с размером «жемчужины» и ее расположением. Другие исследования доказали, что в области ЭЖ вместо

соединительнотканного соединения формируется лишь гемидесмосомальная связь, которая является менее резистентной к воздействию бактериального налета. Невозможность обеспечения адекватного уровня гигиены в области «жемчужины», а также ее непосредственная близость к области фуркации корней провоцируют прогрессирование воспалительных заболеваний пародонтита, поскольку ЭЖ, по своей сути, увеличивает потенциальную возможность для контаминации патогенными бактериями, так как препятствует проведению полной очистки микробной биопленки в области десневого или пародонтального кармана, а также развитию кариозного процесса.

Целью нашего исследования явилось определение частоты встречаемости ЭЖ, состояния тканей пародонта и твердых тканей зубов у этих пациентов.

Материалы и методы исследования. В течение 2-х лет проводилось клиническое обследование студентов III-V курсов стоматологического факультета. Всего было обследовано 87 человек обоего пола, из них 46 - отечественных студентов и 41 – иностранный студент. Локализацию ЭЖ выявляли визуально при клиническом обследовании с помощью набора стоматологических инструментов, размер их определяли с помощью градуированной сетки с ценой деления 1 мм. При оценивании состояния пародонта определяли целостность зубодесневого прикрепления с помощью пародонтологического зонда и формалиновой пробы (в сомнительных случаях); кровоточивость оценивали по Мюлемману и Сону, также определяли гигиеническое состояние полости рта, используя ИГ Green-Vermillion, а с целью выявления воспалительных процессов в десне – гингивальный индекс PMA в модификации Parma. Состояние твердых тканей зубов оценивали путем зондирования, высушивания струей воздуха и витального окрашивания.

Результаты исследования. ЭЖ были выявлены у 12 чел. (13,9%), у 5 отечественных студентов и 7 иностранных студентов. Преимущественно они располагались на небных поверхностях в пришеечной области первых и вторых верхних моляров - 8 чел. (66,7%), на язычных поверхностях нижних жевательных зубов – у 4 чел. (33,3%). Размеры указанных образований были 2-2,5мм. Целостность зубодесневого прикрепления не была нарушена. У 5 пациентов наблюдались признаки локализованного катарального гингивита, на что указывало наличие кровоточивости десневой борозды, индекс PMA у лиц с ЭЖ = 0,36±0,12, а ИГ = от 0,7 до 1,2. Признаков подвижности зубов обнаружено не было.

Гиперплазия эмали в виде дополнительных бугорков (ДБ) выявлялась у каждого 4-го обследованного студента (22%). Расположены они были также преимущественно на небных поверхностях верхних моляров, иногда на небных поверхностях верхних клыков, реже на лингвальных поверхностях нижних моляров. У 11 обследованных студентов (50%) были выявлены участки очаговой деминерализации твердых тканей зубов в области ДБ.

Можно предположить, что эктопическая эмалевая структура не только мешает адекватной очистке зубов, но и в некоторой мере «защищает» образовавшийся в ее области зубной налет от действия ферментов слюны, что также увеличивает уровень бактериальной контаминации.

Выводы. Частота встречаемости ЭЖ составила 13,9%, а ДБ нами были выявлены у 25,3% участников обследования. Наличие указанной аномалии развития зубов провоцирует возникновение локализованного гингивита, а в дальнейшем может привести к образованию пародонтального кармана из-за давления на окружающие ткани. Увеличение ретенции зубного налета и нарушение гигиены в области эмалевой глобулы и ДБ способствуют развитию очаговой деминерализации эмали в проблемных зубах.

Таким образом, ранняя диагностика эмалевых образований позволяет выбрать адекватный метод профилактики и лечения (герметизация, профессиональная и индивидуальная контролируемая гигиена полости рта, местная противовоспалительная терапия и хирургические вмешательства) для предотвращения прогрессирования патологического процесса

Прасол А.С., Огурцов О.С., Храпко М.Ю.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПАЙЛЕР-СВІТЛА У ПАЦІЄНТІВ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ПРОФЕСІЙНОЇ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Харківський національний медичний університет
Кафедра стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицевої хірургії та імплантології
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Назарян Р.С.

Красива білосніжна посмішка є однією із складових сучасної успішної людини. Однак, навіть здорові і рівні зуби від природи потребують постійного догляду. Важливу роль у цьому відіграє також стан ясен. Регулярне проведення професійної гігієни порожнини рота забезпечує профілактику захворювань тканин пародонту, а також дозволяє зупинити їх розвиток на початкових стадіях. Застосування додаткових неінвазивних та немедикаментозних методів профілактики та лікування захворювань пародонту продовжує цікавити лікарів-стоматологів.

Метою нашого дослідження було виявлення ефективності використання ПАЙЛЕР-світла при проведенні професійної гігієни порожнини рота.

Матеріали і методи. У дослідженні брали участь 2 групи пацієнтів (n=20) віком від 20 до 30 років із проявами гінгівіту, які потребували проведення професійної гігієни порожнини рота. 1-а група (n=10) - пацієнти, яким проводили професійну гігієну порожнини рота із застосуванням ультразвукового скалера та циркулярної щіточки з пастою та курс фізіотерапії з використанням ПАЙЛЕР-світла (5 сеансів тривалістю по 4 хвилини). 2-а група (n=10) - пацієнти, яким проводили професійну гігієну порожнини рота із застосуванням ультразвукового скалера та циркулярної щіточки з пастою, курс фізіотерапії не проводився. Усім пацієнтам були дані однакові рекомендації з догляду за порожниною рота.

Для оцінки гігієнічного стану порожнини рота використовували гігієнічний індекс Гріна-Вермільона (OHI-S) (1964р); для оцінки стану тканин пародонту - папілярно-альвеолярно-маргінальний індекс (РМА) у модифікації Parma (1960р.)

Результати дослідження. До проведення професійної гігієни порожнини рота у пацієнтів обох груп зареєстровано поганий рівень гігієни (OHI-S=1,9+0.2), та середній ступінь гінгівіту (РМА=45%+5%). Після проведення професійної гігієни порожнини рота у двох групах відмічався хороший рівень гігієни протягом 5 дослідних днів. Проте, показник індексу РМА відрізнявся. На 1-у добу після маніпуляції у пацієнтів 1-ої та 2-ої груп індекс РМА знизився на 20 та 10% відповідно. На 3-ю добу після проведення професійної гігієни порожнини рота у пацієнтів 1-ої групи спостерігався легкий ступінь гінгівіту (РМА=14,1%), а у пацієнтів 2-ої – середній (РМА=26,5%). На 5 добу у 1-ій групі було зареєстровано лише декілька пацієнтів з легким ступенем гінгівіту, а середнє значення індексу РМА становило 0,6%, тоді як у 2-ій групі середнє значення індексу РМА було 7,6%.

Висновок. ПАЙЛЕР-світло покращує мікроциркуляцію тканин пародонту і тим самим прискорює репаративний процес - знижує запалення у яснах. Тому, його застосування може бути рекомендоване після проведення професійної гігієни порожнини рота. Проте, цікавим та перспективним залишається вивчення тривалості отриманого результату.

Стеблянко А.А.

ВЛИЯНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА НА ДИНАМИКУ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ОДОНТОГЕННОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Харьков, Украина
Научный руководитель: проф. Григоров С.Н.

Острый гнойный одонтогенный периостит челюстей (ОГОПЧ) является широко распространенным заболеванием в челюстно-лицевой хирургии. Актуальным направлением

в разработке современных технологий лечения ОГОПЧ является использование средств на растительной основе в сочетании с физическими факторами.

Цель исследования – определить эффективность комплексного фитопрепарата (КФП) «Фитодент») в лечении ОГОПЧ на основании изучения уровня эндогенной интоксикации организма пациента по биохимическим показателям ротовой жидкости (РЖ).

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе клиники челюстно-лицевой хирургии Харьковской областной клинической больницы. Нами обследованы 80 пациентов с ОГОПЧ в возрасте от 18 до 55 лет без наличия сопутствующей патологии.

Всем больным оперативное вмешательство проводилось в ургентном порядке в следующем объеме: удаление зуба, периостотомия и дренирование раны резиновым перчаточным дренажем. Назначалась медикаментозная терапия с последующей коррекцией на этапах лечения.

Больные были разделены на три группы. В I (контрольную) группу включены 25 человек (14 мужчин, 11 женщин), которым проводили традиционное лечение согласно хирургическим протоколам оказания медицинской помощи.

II группу (сравнения) составили 27 человек (16 мужчин, 11 женщин), которым, помимо стандартного традиционного лечения, после периостотомии и дренирования в ране рыхло устанавливали заранее подготовленный марлевый тампон, пропитанный раствором КФП «Фитодент» в разведении 1:1, который, согласно разработанной методике, меняли каждые 6 часов. В III (основную) группу включены 28 человек (18 мужчин, 10 женщин), у которых на постоперативном этапе КФП «Фитодент» сочетали с лазеротерапией, используя аппарат «Лика-терапевт М» (ЧМПП «Фотоника Плюс», Украина). В данном случае КФП выполнял функции фотосенсибилизатора.

Пациентам всех групп проводили забор РЖ до опративного вмешательства, на 2-е сутки после операции и проведения комплексного лечения и на 3–4 сутки при выписке из отделения. Материал для исследования сразу же отправляли в лабораторию на кафедру биохимии ХНМУ для определения молекул средней массы (МСМ) и С-реактивного белка (СРБ) с целью определения уровня эндогенной интоксикации организма.

Результаты исследования показали, что во всех группах отмечалась положительная динамика течения ОГОПЧ. Показатели МСМ и С-реактивного белка до оперативного вмешательства на начальном этапе лечения во всех группах превышали норму в 3-4 раза, что свидетельствует о наличие выраженного воспалительного процесса. На 2-е сутки со дня операции и на заключительном этапе лечения исследуемые показатели у пациентов III группы оказались ниже,чем в I и II группах, а на завершающем этапе проведения комплексного лечения практически соответствовали норме.

Вывод: Полученные данные позволяют сделать заключение о целесообразности использования фитопрепарата в сочетании с низкоинтенсивным лазерным излучением в комплексном лечении ОГОПЧ за счет достижения положительной динамики показателей биохимических исследований – МСМ и СРБ.

Сухіна І. С., Сплюхина О.В.

КСЕРОСТОМІЯ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ

Харківський національний медичний університет
Кафедра стоматології
Харків, Україна
Науковий керівник: Соколова І.І.

Розвиток сухості в порожнині рота (ксеростомія) є одним із проявів токсичної дії поліхіміотерапії (ПХТ) в онкологічних хворих і виникає у багатьох із них вже на перших етапах протипухлинного лікування.

Ознаки гіпосалівації можуть спостерігатися впродовж тривалого часу, як під час лікування, так і після його закінчення. Ці явища значно погіршують якість життя хворих та створюють відчуття дискомфорту.

Метою дослідження є оцінка функціональної активності слинних залоз за даними сіалометрії у хворих на рак молочної залози (РМЗ) під час проведення VI циклів ад'ювантної поліхіміотерапії.

Матеріали та методи. Для вірогідності результатів до даного дослідження включено однорідну групу пацієнток – 26 жінок із злоякісним захворюванням молочної залози T1N0M0 – T2N1M0 стадій, які отримали на першому етапі комбіноване лікування (операція + променева терапія) та VI циклів ад'ювантної ПХТ за однаковою схемою – CAF.

Проведено аналіз функціональної активності слинних залоз за даними сіалометрії: пацієнтки натщесерце збирали ротову рідину впродовж 10 хвилин до мірної пробірки. Після 10-ти хвилинного відстоювання кількість слини фіксувалася. Цю пробу проводили перед початком та по закінченні кожного циклу поліхіміотерапії. Показники сіалометрії порівнювалися з відомими показниками нормальної кількості змішаної слини для різних вікових і статевих груп за Пожарницькою М.М.

Результати. Наявність помірної променевої ксеростомії в обстежених хворих підтверджено результатами сіалометрії, проведеної через 14-21 день після променевої терапії та перед початком поліхіміотерапії. Даний показник був достовірно нижчий в 1,5 рази ($p<0,05$) та склав 0,50±0,03 мл/хв. Після I циклу поліхіміотерапії кількість пацієнток із симптомами ксеростомії склала 65%. Ця кількість послідовно зростала на 10-15% після кожного наступного циклу ПХТ і досягала максимуму після IV-го циклу, коли в 94,4% обстежених виявлено чіткі симптоми гіпосалівації. Однак після V циклу поліхіміотерапії кількість пацієнток із ксеростомією починає знижуватися і після останнього VI циклу ПХТ практично повертається до початкового рівня (61,1%), тобто того рівня частоти ксеростомії, який спостерігався до початку проведення поліхіміотерапії і, вочевидь, був зумовлений променевою терапією.

Висновки. Критичним періодом для ксеростомії є IV цикл ПХТ – 94,4% пацієнток мали чіткі симптоми зі зменшенням рівня салівації в 2 рази у порівнянні з вихідним рівнем. Гіпосалівація під час хіміотерапії є зворотньою – на VI циклі ПХТ зменшення об'єму та швидкості виділення слини було незначним.

Отримані нами дані диктують необхідність моніторингу стану органів порожнини рота у онкологічних хворих під час проведення протипухлинного лікування, та розробки профілактичних заходів з метою зниження рівня ускладнень антибластомної терапії.

Федотова О.Л., Запара П.С.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КЛІНІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ЗНІМНИХ КОНСТРУКЦІЙ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ

Харківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології
Харків, Україна
Науковий керівник: професор Янішен І.В.

Лікування та реабілітація хворих з набутими щелепно-лицьовими дефектами (НЩЛД) є найактуальнішими медико-соціальними проблемами сучасної стоматології. У системі спеціалізованої стоматологічної допомоги важливі адекватні і комплексні реабілітаційні заходи, так як НЩЛД найбільш часто супроводжуються вираженими функціональними і естетичними порушеннями, що призводять до обмеження життєдіяльності, до соціальної дезадаптації і глибоких соціопсихологічних проблем існування хворого.

Метою нашого дослідження було проведення огляду літератури з приводу лікування ортопедичних пацієнтів знімними конструкціями зубних протезів. В даний час використовуються зубощелепні протези і протези-обтуратори різних видів, що заміщують

дефекти зубних рядів, відсутні кісткові структури і роз'єднують порожнину рота з верхньощелепною пазухою або порожниною носа шляхом застосування обтураторів. Проте вони мають істотний недолік: частина протеза, що закриває дефект, входить в його порожнину і травмує слизову оболонку по краях дефекту. Тому запропоновані конструкції потребують удосконалення. Тому основною метою і завданнями стають пошуки шляхів проведення реабілітаційних заходів та строго індивідуального, диференційованого методологічного підходу до ортопедичного лікування даної групи пацієнтів.

Відомо, що основним конструкційним матеріалом для виготовлення знімних протезів є базисна пластмаса акрилового ряду. Незважаючи на ряд переваг, знімні пластинкові протези мають і недоліки, в основному зумовлені тим, що базис протеза спирається на тканини, які фізіологічно не несуть прямих жувальних функцій. Тиск, що передається на СОПР, розподіляється нерівномірно внаслідок різної її податливості. Внаслідок цього часто виникають патологічні зміни тканин протезного ложа, розвивається атрофія кісткової тканини альвеолярних відростків, що веде до падіння функціональної цінності протеза.

Ортопедичне лікування пацієнтів частковими знімними протезами з акриловим базисом потребує профілактичних заходів, що спрямовані на віддалення на якомога більший термін клінічних проявлень атрофії тканин протезного ложа. Актуальність питання полягає в тому, що необхідно отримати такий протез, який міг би рівномірно розподілити жувальний тиск на протезному ложі, тим самим перешкоджаючи розвитку атрофії альвеолярних відростків у зв'язку з надлишковим тиском. Уповільнення ж зниження висоти альвеолярних відростків і зміни їх конфігурації, в свою чергу, дозволить продовжити термін ефективного користування знімними пластинковими протезами.

Підвищення ефективності лікування пацієнтів знімними протезами з двошаровими базисами проводиться нами шляхом використання властивостей та удосконалення методики виготовлення м’якої підкладки базису при урахуванні індивідуальних особливостей протезного ложа, податливості СОПР та закономірностей перерозподілу жувального тиску у пацієнтів з різними варіантами адентії та дефектами верхньої щелепи.

Ідеальною конструкцією знімного протеза слід вважати таку, при якій жувальний тиск через базис протеза рівномірно передається на тканини протезного ложа. Досягти цього ефекту у зв'язку з неоднаковою податливістю слизової оболонки тканин протезного ложа дуже важко. Рівномірне навантаження на слизову оболонку можливе тільки в тому випадку, якщо спочатку базис протеза буде здавлювати слизову оболонку в ділянках найбільш податливих тканин, потім - менш податливих ділянках і в самий останній момент - у ділянках майже неподатливих тканин протезного ложа. Протез, отриманий з урахуванням цього принципу, у стані спокою спирається тільки на тканини буферних зон, як на подушку, альвеолярний відросток при цьому не навантажується. Під впливом жувального тиску судини буферних зон спорожняються, протез осідає і передає тиск вже не тільки на буферні зони, але і на альвеолярний відросток. Таким чином, останній розвантажується, чим і попереджається його атрофія, тобто забезпечується найбільш доцільний принцип протезування - принцип диференційованого тиску на протезне ложе. Цього ефекту можливо досягати через отримання функціональних відбитків з диференційованим розподілом тиску. Але цей спосіб доволі рідко застосовується при лікуванні пацієнтів із частковою адентією. В результаті, численні вимушені корекції базисів призводять до невідповідності внутрішніх поверхонь базисів рельєфам тканин протезних ложа. Саме в таких випадках стає необхідним застосування м’яких підкладок базисів для забезпечення рівномірності розподілу жувального тиску та демпфірування його дії на тканини протезного ложа.

Підводячи підсумок можна сказати, що врахування комплаєнтності матеріалів, тобто застосування найбільш сумісних та побудова ланцюга із основних та допоміжних елементів – ось що значить сьогодні забезпечити якість ортопедичного лікування.

Худик А.К.

ПЕРСПЕКТИВЫ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

Харьківский національний медичний університет
Кафедра хирургичної стоматологиї та щелепно-лицевої хірургії
Харків, Україна
Науковий керівник: проф. Григоров С. М.

Количество переломов средней зоны лица продолжают оставаться высоким и относиться к наиболее тяжелым и трудно диагностируемым повреждениям челюстно-лицевой области, и часто – черепно-челюстно-лицевой области. Поэтому одним из основных критериев качественного лечения, а также, выбора оперативного или консервативного методов лечения, является своевременная качественная диагностика.

На данный момент наиболее качественной диагностической методикой перелома средней зоны лица является рентгенологическая диагностика: наряду с давно и хорошо зарекомендовавшими себя обзорной рентгенографией челюстей, ортопантомограммой (ОПТГ), рентгенографией придаточных пазух носа (ППН), на первое место выходит мультиспиральная компьютерная конусная 3Д томография (3Д КТ).

При сравнении возможностей, заложенных в разных видах рентген диагностики, можно отметить, что компьютерная томография имеет ряд значительных преимуществ перед традиционной рентгенографией: дает возможность трехмерной визуализации поврежденного участка челюстно-лицевой области с дальнейшей возможностью компьютерного планирования необходимого оперативного вмешательства и его результата; более качественная визуализация костной ткани в сравнении с традиционной рентгенографией – при 3Д КТ толщина среза может составлять до 0,5 мм; при стандартной рентгенографии ППН трудно определить соотношение костных структур между собой в связи со сложным строением костей средней зоны лица; при использовании цифровых технологий трудоемкость лучевых исследований снижается за счет исключения этапа обработки пленки; запись 3Д КТ изначально производится в цифровом формате и позволяет с легкостью передавать и сохранять информацию.

Мы провели сравнительный анализ данных результатов 3Д КТ исследования и рентгенографии ППН у 15 больных. При сопоставлении полученных данных нами было установлено, что у пяти больных были выявлены не диагностируемые на рентгенографии ППН дополнительные повреждения скуловой кости, при оценке 3Д КТ выявлена глубина и состояние смещения отломков; в послеоперационном периоде 3Д КТ исследование позволило оценить уровень репозиции в семи случаях как хороший, в трех – как удовлетворительный.

На основании сопоставления результатов диагностики переломов средней зоны лица (до и после оперативного лечения) с использованием 3Д КТ и рентгенографии ППН, можно утверждать, что при диагностике переломов средней зоны лица наиболее информативным является использование мультиспиральной компьютерной конусной 3Д томографии, что является основанием для более широкого использования мультиспиральной компьютерной конусной 3Д томографии.

Яковлева Д.Ю.

ТАКТИКА В ОТНОШЕНИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Харьков, Украина
Научные руководитель: проф. Григоров С. Н.

Механические повреждения мягких тканей, при которых остаются инородные тела, встречаются довольно редко. Как правило, они являются следствием различного рода повреждений (дорожно-транспортная, бытовая и производственная травмы) или ятрогенных

ошибок врача. Учитывая разнообразие инородных тел, выбор хирургической тактики и диагностики должен быть индивидуализирован. Анализ литературных источников показывает, что по этой теме практически нет сообщений. В работах А. А. Анохина (2010) идет речь о возможности любой локализации инородных предметов в человеческом теле.

В зарубежной литературе описаны единичные случаи наличия коры и стеблей кокосовых пальм в ЧЛО жителей Азии, а в странах Африки и Ближнего Востока ранения чаще происходят палочками от барбекю, хаси, кусочками бамбука и т. п. (Gilberto Leal, 2017; Akhtar, 2014). В связи с редкостью данной патологии и трудностями диагностики данная проблема является актуальной.

Целью нашей работы явилось уточнение тактики хирурга в отношении удаления инородных тел мягких тканей челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 11 историй болезни с 2007 по 2017 гг., пациентов с инородными телами мягких тканей ЧЛО, которые прошли лечение в КЗОЗ «ОКБ ЦЭМП и МК». Оценивались анамнестические данные (наличие жалоб, обстоятельства травмы). Для определения локализации инородного тела использовались дополнительные методы диагностики (СКТ, УЗИ, рентгенологическое исследование в 2-х проекциях) и тщательное клиническое обследование больных.

Результаты и их обсуждение. Наличие инородных тел диагностировали чаще у мужчин (9 человек), нежели у женщин (3), что обусловлено спецификой образа жизни и рода трудовой деятельности первых. При этом в общей структуре инородных тел 1/3 из них являлась не рентгеноконтрастными (дерево, пластик, стекло, ткань), поэтому наибольшее значение имел сбор анамнеза. В 3-х случаях поводом к обращению явилось нагноение инородных тел (марлевый шарик, резиновый дренаж и стекло). При сохранности входного отверстия мы считаем не целесообразным попытки зондирования инородных тел, которые могут быть в зонах прохождения крупных сосудов и нервов лица.

Наблюдали следующие инородные тела: металлические (нож, дробь), стеклянные (лопнувшая бутылка, осколки стекла автомобиля или оконных стекол), марлевые шарики и резиновый дренаж (оставленные в ходе операции). Сроки поступления больных колебались от нескольких часов до нескольких месяцев, что было обусловлено характером травмы.

Рассматривая показания к обязательному удалению инородных тел мягких тканей, мы считаем необходимым удаление их, если они расположены вблизи крупных сосудов и нервных стволов. Вторым абсолютным показанием есть удаление инородного тела при нагноении мягких тканей вокруг него. В случаях же наличия инородных тел в виде мелких осколков стекла или дроби, показания к их удалению могут быть значительно сужены, так как поиск и удаление данных инородных тел приведет к выраженным косметическим и функциональным нарушениям.

Выводы. Таким образом, разнообразие инородных тел в челюстно-лицевой области предопределяет необходимость в комплексной диагностике и индивидуальном подходе к хирургической тактике ведения таких больных. Нередко подобные случаи требуют привлечения смежных специалистов: офтальмолог, нейрохирург, отоларинголог, травматолог, а задача челюстно-лицевого хирурга при этом состоит в обосновании необходимости удаления инородного тела и выборе малотравматичного и наиболее эффективного метода, который обеспечит успешный исход заболевания.

Суспільно-гуманітарні науки. Мова. Психологія та педагогіка

МЕДИЦИНА ТИСЯЧОЛІТТЯ

ФЕСТИВАЛЬ ХАРКІВ НАУКИ

МОЛОДІЖНОЇ

Magapu Veera Venkata Akhil

CONFIDENTIALITY IN MEDICINE

Kharkiv National Medical University
Department of philosophy
Kharkiv, Ukraine
Scientific Advisor: professor Karpenko K.

Medical confidentiality, as it has traditionally been understood by patients and doctors, no longer exists. This ancient medical principle, which has been included in every physician's oath and code of ethics since Hippocratic times, has become old, worn-out, and useless; it is a decrepit concept. Efforts to preserve it appear doomed to failure and often give rise to more problems than solutions. Psychiatry has tacitly acknowledged the impossibility of ensuring the confidentiality of medical records by choosing to establish a separate, more secret record. The following cases illustrate how the confidentiality principle is compromised systematically in the course of routine medical care.

Confidentiality serves a dual role in medicine. In the first place, it acknowledges respect for the patient's sense of individuality and privacy. The patient's most personal physical and psychologist secrets are kept confidential in order to decrease a sense of shame and vulnerability. Secondly, confidentiality is important in improving the patient's health care- a basic goal of medicine. The promise of confidentiality permits people to trust that information revealed to a physician in the course of a medical encounter will not be disseminated further. In this way patients are encouraged to communicate honestly and forth-rightly with their doctors. Their bond of trust between patients and doctors is vitally important both in the diagnostic process (which relies on the accurate history) and subsequently in the treatment phase, which often depends as much on the patient's trust in the physicians as it does on medications and surgery. These two important functions of confidentiality are as important now as they were in the past. They will not be supplanted entirely either by improvements in medical technology or by recent changes in relation between some patients and doctors toward a rights-based, consumerist model.

I suspect that the principles of medical confidentiality, particularly those reflected in most medical codes of ethics, were designed principally to prevent just this sort of embarrassing personal indiscretion rather than to maintain (for social, political or economic reasons) the absolute secrecy of doctors-patients communications.

Conclusion: The principle of medical confidentiality described in medical codes of ethics and still believed in by patients no longer exits. In this respect, it is a decrepit concept. Rather than perpetuate the myth of confidentiality and invest energy vainly to preserve it, the public and the profession would be better served if they devoted their attention to determining which aspects of the original principles of confidentiality are worth retaining, efforts could then be directed to salvaging those.

Абу Каф Сафа

ОДНОКОРЕННЫЕ СЛОВА СО ЗНАЧЕНИЕМ «ПОРЯДОК» В ИВРИТЕ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина
Научный руководитель: Баткина М.В.

Изучая язык страны проживания, многие студенты из Израиля, отмечают сходство славянских языков с ивритом. Например, в обозначенных выше языках лексическое значение слова заключено в корне. В иврите он состоит только из согласных, чаще всего из трех, однокоренные слова образуются с помощью типовых приставок и суффиксов, а также огласовок.

Рассмотрим для примера корень из букв: ס (буква «самэх»), ד («далет») и ר («рейш»). В кириллической транскрипции: С, Д и Р. Этот корень встречается в слове бэсэдэр –

визитной карточке Израиля. Дословно бэсэдэр переводится как «в порядке» и является традиционным ответом на вопрос «ма нишма?» (дословно «что слышно?»).

Немного изменив гласные (огласовки) в слове сэдэр «порядок», мы получим существительное сидур – «упорядочивание» или «сборник молитв», а в форме множественного числа сидурим – «дела, которые нужно привести в порядок». Другие огласовки и приставка ме- дадут слово месудар – «устроено, упорядочено, организовано». Новая трансформация образует существительное садран – это «человек, ответственный за порядок» (распорядитель, бригадир, билетёр).

Прилагательное садир переводится как «регулярный», а сидури – это «порядковый», например, миспар сидури – «порядковый номер», вернее, «номер порядковый», потому что в иврите сначала идёт существительное, а потом прилагательное.

Конечно, с этим корнем есть и глаголы: лесадэр – «убирать, упорядочивать», леhистадэр – «устроиться, построиться, организоваться», от которого образовано существительное hистадрут – «организация, профсоюз».

Можно привести ещё много слов с корнем СДР, и все они будут связаны со значением «порядок». А какие слова и выражения с этим значением есть, например, в русском языке?

Если на столе или в комнате беспорядок, нужно «навести порядок», а если что-то не так с внешним видом – «привести себя в порядок». У организованных людей есть распорядок дня или режим, а в языках есть понятие «порядок слов в предложении». Имена студентов в журнале написаны в алфавитном порядке, а выполнять задания нужно по порядку. Номер, как и в иврите, порядковый, а вот о воспитанном, честном человеке говорят, что он порядочный.

Наконец, на вопрос «как дела?» можно ответить, как и на иврите, «всё в порядке!».

Абу Каф Сафа, Худайбердыева Мониса

ХУДОЖЕСТВЕННЫЕ ФИЛЬМЫ В ЯЗЫКОВОМ УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ (СТУДЕНЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД)

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина
Научный руководитель: Мухортова О.Д.

Современные русскоязычные художественные фильмы демонстрируют сегодняшнюю жизнь, посвящены проблемам молодежи, дают представление об интересах людей и их отношению к окружающему миру. Данные фильмы вызывают естественный интерес у иностранных студентов ХНМУ, так как они являются источником получения экстралингвистической информации и дают возможность непосредственно познакомиться с обычаями, культурой и историей страны, в которой студенты живут и учатся.

Просмотр кинофильма в учебных целях предполагает не только его демонстрацию, но и аудиторную и самостоятельную работу учащихся; он направлен на обучение пониманию, а также другим видам речевой деятельности. В процессе работы формируются навыки, необходимые для самостоятельного просмотра кинофильмов и других видеоматериалов. Это способствует развитию умения воспринимать информацию на слух, так как учащиеся слышат живую русскую речь, произносимую мужскими, женскими, детскими голосами в обычном разговорном темпе. Ситуативность и динамика изображения делают такой вид наглядности особенно эффективным средством обучения и позволяет повысить выразительность зрительно-слухового ряда с помощью инновационных технических средств. Целью работы с фильмом является понимание звучащего текста, поэтому целесообразно использовать художественный фильм в полном объеме с большой затратой времени на изучение грамматических категорий и лексических единиц.

Важным критерием отбора фильмов являются интересы учащихся, их желания и потребности – студенты должны захотеть посмотреть фильм и постараться его понять. Просмотр того или иного художественного фильма на занятии должен восприниматься

аудиторией не только как развлечение, но и как материал для вдумчивой, серьезной аналитической работы.

Работа с художественным фильмом на практическом занятии языковой подготовки традиционно делится на три этапа.

Альков В.А.

М. І. ФРЕЙМАН: ЄВРЕЙСЬКИЙ ЛІКАР В ІМПЕРСЬКОМУ ХАРКОВІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра суспільних наук
Харків, Україна

Сучасна історична наука, що прямує шляхом гуманізації досліджень, все більше наукової уваги звертає на життя звичайних людей, специфіку їх світосприйняття та повсякдення. Фактично, це історія звичайних людей. Одна з таких історій належить лікарю Марку Ісааковичу Фрейману, але лікарю непростому, а єврейському, що в умовах кінця XIX – початку XX ст. накладало відбиток на його життєвий шлях навіть незалежно від власного бажання.

Хоча місто Харків і знаходилося за Смугою осілості, євреїв там було багато. Це можна пов'язати з торговельним та університетським статусом, адже на інтелігенцію, купців 1-ї гільдії та військових дискримінаційні обмеження не розповсюджувалися. Марк Ісаакович був корінним харків'янином, який народився в родині поручика 12 травня 1886 року. Початкову освіту майбутній лікар отримав удома, середню – у III харківській гімназії, яку закінчив 1904 р. Зазначимо, що право проживати в місті він, як єврей, отримав до 1913 року. Після цього він мав або поїхати, або отримати вищу освіту. Тому навчатися треба було якнайкраще, що він вдало і робив. 1904 р. юнак поступив на медичний факультет Харківського імператорського університету, який закінчив з золотою медаллю за твір «Значення для клініки різних методів визначення кров'яного тиску». Твір у вигляді заохочення було надруковано. 6 листопада 1910 р. молодий спеціаліст отримав диплом лікаря № 25742.

З січня по березень 1912 р. Марк Фрейман працював лікарем-екстерном у Терапевтичній клініці університету, влітку 1912 року – у відділенні експериментальної терапії при Еппендорфській лікарні в Німеччині. Тому періоду його життя належать твори «Методика дослідження мокроти на палички бугорчатки (1912) (німецькою мовою) та «Імунітет при туберкульозі» (1913). Недовго він жив у Москві та Санкт-Петербурзі, кілька місяців 1912 р. – у Гамбурзі, півроку 1913 р. – у Сан Ремо.

Слід вказати, що обмеження проти євреїв в Російській імперії стосувалися не національності, такого поняття в російській юриспруденції не було, а віросповідання. Тобто, якщо єврей переходив у православ'я, то не міг бути дискримінований з боку державної влади. У списках студентів Харківського імператорського університету за 1909-1910 навчальний рік звертає на себе увагу іудейське віросповідання Марка Фреймана. Але з рапорту пристава 1913 року ми дізнаємось про його добру поведінку та моральні якості, те, що він жив на вулиці Сумській, 39 (де й нині проживає багато євреїв), а також те, що він православний!

Справа в тім, що 19 жовтня 1912 р. він хрестився за православним обрядом, отримавши ім'я Марк, яке і так носив до того. Йому нічого не загрожувало, адже депортувати за Смугу осілості спеціаліста-лікаря не могли. Тому, мабуть, на те були особисті причини. Та й побутовий антисемітизм був доволі поширеним явищем. Наприклад, у Вовчанську бували випадки незадоволення тим, що лікар – єврей та відмови лікуватись навіть під час епідемії. Можна вбачати в рішенні про відмову від іудаїзму подальшу емансипацію єврейського юнака, прагнення до повного рівноправ'я.

Позначилося рішення і на кар'єрі. 1913 р., у 27-річному віці, М. І. Фрейман став завідувачем протитуберкульозного санаторію «Рєпкі» неподалік від Харкова, де розміщувалися 60 хворих та 11 осіб персоналу. Здавалося б, для молодого чоловіка

відкривалися блискучі перспективи на ниві боротьби з туберкульозом. Але Марк Ісаакович 19 серпня 1914 року відправляється на війну. І знову ми бачимо прагнення до емансипації, бути як всі, чи навіть кращим. Тут постає приклад євреїв-киян і видатних музикантів братів Покрасс та академіка І. Мінца з Дніпропетровщини, які свою повноцінність та хоробрість демонстрували в кавалерії, ламаючи стереотипи.

Таким чином, на житті М. І. Фреймана імперської доби яскраво відбилося положення євреїв, яке вже давно не відповідало вимогам часу. Відповідно, вони змушені були працювати більше і краще, доводити, що не гірші за інших. Дискримінація в цьому випадку стала стимулом для особистісного розвитку.

Аль-Куадер Ноур

СУЕВЕРИЯ В ВОСТОЧНОМ И СЛАВЯНСКОМ ЯЗЫКОВЫХ СОЗНАНИЯХ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина
Научный руководитель: Шафоростова С.Г.

В словаре С.И. Ожегова понятие суеверия определяется как «предрассудок, в силу которого многое происходящее представляется проявлением сверхъестественных сил, знамением судьбы или предзнаменованием будущего». Общий признак, объединяющий все суеверия, – признание неких потусторонних сил, которые влияют на жизнь человека. Главная причина появления суеверий – страх человека перед будущим, желание заглянуть в завтрашний день, предугадать последующие события.

Одним из видов суеверий являются приметы. Все мы в той или иной мере верим в приметы. Это относится как к славянским народам, так и к арабскому сообществу. В основе примет лежит устойчивое заблуждение о том, что слова и сопутствующие явления как-то связаны. Например, славяне считают, что черная кошка, которая перебегает дорогу, принесет несчастье. Конечно, сама по себе кошка не принесет несчастья, но черный цвет издавна ассоциируется с чем-то плохим. Таким образом, появление черной кошки как бы предупреждает о грозящей неприятности.

Еще один вид суеверий связан с заговорами и заклинаниями, составляющими часть магических ритуалов далекого прошлого. Их след остался в пословицах и поговорках как славян, так и арабов.

Для славянского и арабского менталитетов многие суеверия и приметы являются общими. Так, например, разбить зеркало – к несчастью, возвращаться домой с полдороги – к неудаче в делах.

Отметим, что в арабском языковом сознании присутствует до 50% примет, аналогичных славянским вариантам. Однако существуют приметы, которые не совпадают по значению со славянскими аналогами. Например, студент, свистящий в аудитории, будет негативно воспринят славянским преподавателем. В то же время для представителей арабского мира это совершенно приемлемо.

Знание примет и суеверий помогает адекватному поведению в той или иной ситуации. И, напротив, незнание может привести к конфликтным ситуациям. Изучение данного вопроса может решить некоторые проблемы межкультурной коммуникации, повысить культуру межнационального общения.

Арзуманова І. В., Троценко О.В.

МОВНИЙ АСПЕКТ РОЗВИТКУ ГРЕЦЬКОЇ ОБЩИНИ ХАРКОВА

Харківський національний медичний університет
Кафедра суспільних наук
Харків, Україна

Греки в сучасній Україні компактно проживають на території Донецької та Запорізької областей (моноетнічні грецькі села), представлені також грецькі спільноти в

Криму, в Одесі, Харкові, Києві. Значну частину харківських греків (понад 500 осіб) представляють вихідці із Грузії, які мігрували до Харкова протягом другої половини XX ст. з Цалкінського району Грузії, відомого компактним розселенням греків. Причинами міграції були приїзд на роботу та навчання до Харкова як великого промислового та навчального центру. На відміну від приазовських греків України, в середовищі яких переважали носії румейської мови, серед цалкінських греків переважають уруми – носії турецького діалекту.

Метою нашої статті стало дослідження ролі рідної мови в процесі збереження та передачі культурних цінностей в родинах сучасних греків в умовах їх дисперсного розселення в мегаполісі (на прикладі общини цалкських греків Харкова).

Завдяки методу інтерв'ювання представників даної общини нами було досліджено рівень володіння рідною мовою, її місце в збереженні етнічної культури, етнічної ідентифікації греків Харкова.

Колонізація Цалкінського району Грузії відбувалася протягом кінця XVIII – початку XX ст. Протягом довгого часу греки Цалки – вихідці із Османської імперії однаково володіли як грецькою, так і турецькою мовами. Поступово греки втрачали знання грецької мови, тому як спілкуватися грецької в межах Росії було неможливо. Знання турецької мови допомагало в спілкуванні с тюркомовними народами Російської імперії. Наприклад, мову, якою розмовляли цалкські уруми, вони називали не турецька, а мусульманська (тому, що нею спілкувалися переважно мусульманські народи Кавказу). (Декілька респондентів називали в інтерв'ю свою рідну мову «мусурманською»). Урумська мова цалкінців належить до анатолійського діалекту турецької мови.

Греки Грузії, які народилися в невеликих селах, зберігали власну мову, якою спілкувалися в родині і з друзями. В школах навчалися російською. Навіть в багатонаціональних селах всі розуміли урумську мову. (Наприклад, один з респондентів, уродженець селища міського типу Тріалеті зауважив, що спілкувався і з друзями, і з родиною (батьками та сестрами) російською. Таке становище російської мови пояснювалося професійною діяльністю батьків. Мама працювала медсестрою в місцевій лікарні, а батько був начальником пошти.

В сім'ях простих колгоспників і вдома, і на роботі говорили урумською мовою. Якщо людина працювала в місті, або в державних закладах – в лікарні, школі, сільраді, бібліотеці – спочатку на роботі, а поступово і в дома починала вживати російську мову.

Серед греків Цалки, народжених у довоєнний та післявоєнний час урумська мова була основною мовою спілкування. Серед чоловіків було поширено знання і російської мови – служили в армії, трудова міграція. Серед жінок – рівень володіння російською був мінімальним. А вже діти, народжені з 1950-х років навчалися в школах російською мовою.

Взагалі для представників общини цалкських греків Харкова притаманна велика повага до російської мови. Вони всі говорять дуже правильною, літературною мовою. І засуджують тих, хто говорить з певним акцентом.

Таке ставлення до російської мови пояснюється радянською ідеологією та радянською національною політикою, спрямованою на побудову єдиної радянської національності, використання російської мови як інтернаціональної. Значна русифікація (у порівнянні, наприклад, з грузинами, вірменами та іншими народами Грузії) та втрата етнічної культури (відмова від традиційного одягу, обрядів, народних традицій) греками в СРСР, на нашу думку, є все ж таки прихованим страхом репресій за етнічною ознакою. І хоча всі респонденти заявляли про те, що за радянських часів вони жодним чином не приховували власної національності (як це робили, наприклад, євреї), завжди з гордістю заявляли про свою етнічну належність до грецького народу, темпи втрати мови свого народу, відмова від традицій та етнічної культури були наслідками не лише урбанізації та поширення масової культури, а і певних страхів, намагання розчинитися в радянському народі. До того ж, без знання російської мови греки не могли претендувати на роботу в державних установах, кар'єрне зростання, навчання в закладах вищої освіти, спілкування з представниками інших народів.

В сучасній Україні греки вживають російську мову як мову повсякденного спілкування, українська мова залишається на рівні розуміння. Діти, які закінчили школу наприкінці 1990-х – на початку XXI століття відзначають, що можуть вільно спілкуватися українською. Домінування російської мови пояснюється як радянським минулим, так і регіональним фактором. (Харків є російськомовним містом). Спілкуватися між собою урумською мовою можуть в Харкові лише ті греки, хто народився в Грузії, рідше – їх діти, яких возили до дідусів-бабусь. Як зазначили респонденти 1970-1980-х рр. народження, саме можливість приїжджати до Грузії була єдиним шансом вивчити рідну мову. Урумської їх навчали бабусі. В Харкові батьки з малих літ говорили з дітьми виключно російською. Діти, які народжуються в сім'ях урумів в незалежній Україні, майже не мають можливості знати рідну мову.

Причинами цього є абсолютне російськомовне оточення, екзогамні шлюби (один з батьків – українець або росіянин, тому між собою батьки говорять виключно російською мовою). І як зазначають самі респонденти, звернення урумів до вивчення новогрецької мови, знання якою дають набагато більше можливостей (міграція або туризм до Греції, можливість вивчення новогрецької мови на курсах). За словами респондента В. (1978 р. н.), він хотів би, щоб його донька (1999 року народження) вивчила новогрецьку мову, а не урумську: «Навіщо їй урумська, грецька мова більш перспективна. І взагалі, я вважаю, що ми, греки, маємо знати грецьку мову, яку втратили декілька століть тому, проживаючи в Туреччині. Наші попередники її втратили, а ми маємо її відновити. Говорити грекам треба грецькою». Таку рішучість респондент пояснив психологічною травмою, яку він дістав у дитинстві, коли дізнався від дідуся, що мова, яку він вивчив є не грецькою, а практично турецькою. І як йому дідусь не пояснював історію урумів, які втратили грецьку мову через асиміляцію в Туреччині, проте змогли зберегти православ'я та багато власних традицій в мусульманській країні, хлопчик дуже болісно відреагував на це зізнання.

Як зазначили всі респонденти - уруми, вони певною мірою відчували дискомфорт, певною мірою меншовартість у зв'язку із незнанням грецької мови. За словами респонденти І. (1956 р. н.), яка народилася в селі Кяряк Цалкського району (населеному тюркофонами), вона десь у років п'ятнадцять почала замислюватися над тим, що не знає грецької і хотіла б її вивчити. Певною мірою вона відчувала незручність, коли зустрічала греків із сусідніх сіл Санта, Хараба, мешканці яких були греками – еллінофонами .

Таким чином, сучасна грецька молодь практично не говорить, а деякі навіть уже і не розуміють урумську мову. Хоча визнають, що з утратою цих діалектів вони втрачають власну культуру. Одна з респондентом (студентка) зазначила, що дуже шкодує, що не вивчила від своєї бабусі урумський діалект поки та була живою. Проте більшість молоді зневажає мовою предків, віддаючи перевагу новогрецькій мові.

Етнічний ренесанс, який спостерігався в середовищі греків наприкінці 1980-х – в 1990-х роках, перш за все проявився в намаганні опанувати новогрецьку мову. І саме цю мову визначають як рідну мову більшість респондентів. Знання новогрецької мови в середовищі греків вважається престижним, цим пишаються (особливо вмінням не тільки говорити, а й правильно читати і писати). За урумською мовою залишається статус другорядної, певним чином сільської мови. Таким чином, серед представників грецької спільноти Харкова можна спостерігати певний парадокс: з одного боку, вони демонструють високий рівень етнічної самосвідомості, заявляють про намагання зберегти та передати дітям власну культуру, традиції. З іншого боку, розуміють загрозу зникнення урумської мови, що і виступає провідним фактором етнічності, етнічної культури. Абсолютно всі респонденти визнали загрозу втрати урумської мови, проте одночасно вони назвали більш перспективним вивчення новогрецької.

Таким чином, урумська мова практично приречена на вимирання через небажання молодого покоління греків Харкова її вивчати і нею спілкуватися. В подальшому дослідникам слід звернутися до більш детального вивчення процесу зміни етнічної

ідентичності у зв'язку із зміною рідної мови (урумської та румейської (рідна мова греків Приазов'я) на новогрецьку) представниками грецької спільноти в Україні.

Асадов Тогрул

ЭТИМОЛОГИЯ И СИМВОЛИКА ЦВЕТА «БЕЛЫЙ» В АНГЛИЙСКОМ И СЛАВЯНСКИХ ЯЗЫКАХ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина
Научный руководитель: Ткаченко О.В.

В данной работе мы проследим этимологию названия цвета «белый» / «white», а также рассмотрим символику слова «белый» в славянской и английской языковой картине мира.

Английское слово «white» произошло от протоиндоевропейского kwid. В санскирите есть форма слова sveta, которое обозначает «белый, яркий». В древнеиндийском языке существовали слова bhalam (блеск) и bhati (светит, сияет), из которых через латинский язык образовался романский корень blanc-. В славянских языках есть слова білий (укр.), bel/beli (словен.), bialy (польск.). Таким образом, белый цвет обозначает свет, блеск, сияние.

В славянских и в английском языках белый цвет – это символ чистоты, безупречности, невинности, кристальной честности, праздника, истины. Поэтому представители самой гуманной в мире профессии носят халаты белого цвета, невеста на свадьбе одета в белое платье, американское правительство находится в Белом доме, зависть без чувства раздражения называется белой, мечтой любой незамужней девушки является встреча с принцем на белом коне (или мерседесе), весь окружающий мир мы называем «белым светом» и т.д.

В английском языке словами «whiter than white» (белее белого) называют человека, который живет по правилам морали и поступает по совести. «Ложь во спасение» в английском языке называется «белой ложью» (white lie), а человека, приносящего удачу или хорошие новости, называют «белой надеждой» (white hope).

В славянских и английском языках существует сравнение «белый как снег» /молоко. Гребни волн в славянской культуре ассоциируются с белыми барашками, а в английском языке – с белыми лошадками (white horses). Фразеологизм «довести до белого колена» обозначает вывести кого-либо из себя, сильно разозлить. Сходное значение имеет и английское выражение «white hot», которое употребляется в значении «неуравновешенный, взволнованный».

В медицине состояние, которое возникает у хронических алкоголиков, называют «белой горячкой». Название цвета связано, скорее всего, с бледным внешним видом пациентов или с тем, что они употребляют водку, т.е. напиток, который имеет белый цвет. Болезнь, которая характеризуется недостаточным количеством красных кровяных телец, называют белокровием. Больной человек резко становится бледным, о нем говорят, что он «белый как полотно» или его кожа стала похожа на белую лилию.

Володина П.Н.

ПИТАНИЕ КАК ВАЖНЫЙ РЕСУРС ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра философии
Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Гончаренко Л.О.

«Мы — это то, что мы едим»
Гиппократ

Питание – один из важных компонентов здорового образа жизни. Рацион нашего питания полностью обеспечивает физическую и умственную работоспособность, влияет на качество и продолжительность жизни человека. Сбалансированное питание является

поддержанием качества жизни, а нарушения в питании всегда приводят к тем или иным отрицательным последствиям. Важно также соблюдать рацион и режим питания, учитывая энергетическую ценность и время приема пищи, соответственно. Каждый человек сам выбирает – быть ли ему вегетарианцем или питаться только сырой пищей, есть жареное или вареное, соблюдать диету или нет.

Цель моей работы – анализ видов питания и их влияние на организм, на физическое и духовное состояние человека.

Правильное питание – это сбалансированное питание, которое обеспечивает нормальное развитие и функционирование человека. В рационе должны присутствовать в определенном соотношении белки, жиры и углеводы, и тогда человек будет чувствовать себя энергичным, эмоциональное состояние будет стабильным, а настроение – хорошим.

Вегетарианцы – это люди, которые не едят мясо животных по разным причинам: испытывают сострадание к ним, придерживаются диеты (так как такой способ питания снижает риск атеросклероза, рака, других сердечно-сосудистых заболеваний и некоторых болезней желудочно-кишечного тракта), имеют религиозные взгляды и другие.

В отличие от вегетарианцев веганы не только не едят мясо, а также и любые продукты животного происхождения (например, молоко, яйца, масло). Веганы выступают против насилия над «братьями нашими меньшими» ради забавы и развлечения. Многие, кто перешел на такой способ питания отмечают, что появилось чувство легкости, они стали менее раздражительны и эгоистичны. Но наряду с этим и профилактикой сердечно-сосудистых болезней, веганы и вегетарианцы испытывают нехватку витаминов, что влечет за собой снижение иммунитета.

Сыроеды – это люди, которые никак не обрабатывают пищу перед едой, они едят сырые и чистые продукты. Такие люди живут в гармонии с собой и окружающей средой. Резкая смена рациона питание на сыроедение может привести к необратимым последствиям со стороны пищеварительной, сердечно-сосудистой системы, также наблюдаются проблемы с кожей.

Можно сделать вывод, что каждый человек выбирает сам как ему питаться, но нужно подходить к этому очень ответственно. Каждый способ питания имеет право на существование и главное, чтобы человек чувствовал себя комфортно, в гармонии с собой, а также его рацион не вредил здоровью: ни физическому, ни психологическому.

Гомера Николас Брендон

ЯЗЫКОВАЯ КАРТИНА МИРА В РАЗНЫХ ЯЗЫКАХ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Гетманец А.О.

Разные языки создают различные картины мира. Часто при переводе с одного языка на другой возникают большие разногласия. Наиболее частым случаем языкового несоответствия является отсутствие точного эквивалента для выражения того или иного понятия. Это связано с тем, что одни явления и понятия в одних культурах существуют, а в других отсутствуют. Таким образом, при переводе с одного языка на другой не всегда можно найти соответствующий эквивалент. Например, в Америке и в странах Европы существует праздник «Boxing Day», который отмечается 26 декабря (следующий день после Рождества). В этот день принято ходить другу к другу в гости и открывать подарки («box» – в данном случае переводится как коробка, подарок.) В Украине такого праздника нет, поэтому данное словосочетание будет переведено дословно как «день бокса», что совершенно не соответствует реальному значению.

Или английское выражение «keep your fingers crossed» обозначает «держи пальцы скрещенными», используется для пожелания успеха и удачи. В славянской культуре такого обычая не существует, соответственно также может привести к коммуникативной неудаче.

Также возникают трудности при переводе слов с использованием словаря. Например, словосочетание «крепкий чай» в английском языке будет звучать как «strong tea», что дословно переводится как «сильный чай», а выражение «сильный дождь» переводится как «тяжелый дождь» («heavy rain»).

Данные образцы лексико-фразеологической сочетаемости слов, являются понятными и привычными в родном языке, однако при переводе, возможно, следует рассмотреть не дословно, а синонимические конструкции с использованием фразеологизмов.

Гончаренко В.И

СТРАХ ЧЕЛОВЕКА ПЕРЕД ЛИЦОМ СМЕРТИ

Харкивский национальный медицинский университет
Кафедра философии
Харков, Украина

Бояться надо не смерти, а пустой жизни.
Бертольт Брехт.

Человек – самое разумное существо в мире, которое способно осознавать, что его существование не бесконечно и это знание постоянно ставит перед личностью вопрос о смысле жизни.

Наша жизнь как песочные часы – время отведенное человеку не вечно, для каждого наступает момент, когда последняя песчинка упадет и часы остановятся. Понятие жизнь настолько разнопланово, что каждый человек придает ему свое значение, но независимо от смысловой нагрузки смерть не перестает быть неизбежной.

Может ли быть жизнь без смерти? Я отвечу – нет. Жизнь и смерть – это противоречивое единство. Без понятия смерти не было бы жизни. Ведь в вечном существовании нет смысла. Жизнь – это дар, это мгновение в истории человечества, и именно ее ограниченность придает жизни смысл.

Конкретному человеку не дано знать что представляет собой его смерть. Именно эта неизвестность порождает у него страх. Фрэнсис Бекон отмечал, что «люди боятся смерти по той же причине, по которой дети боятся темноты, потому что они не знают, в чем тут дело». Этот страх является нормальным явлением, он присущ каждому человеку. Благодаря страху срабатывает инстинкт самосохранения в опасных для жизни ситуациях. Только когда мы боимся умереть, мы начинаем ценить жизнь. Но есть люди, испытывающие патологический страх перед смертью, который лишает человека радости полноценной жизни. Такое психическое расстройство называется танатофобией (страх вне источника угрозы). Чаще всего главной причиной навязчивого страха смерти служит личный опыт: смерть близкого человека, соприкосновение с фактом смерти. Очевидность данного факта пробуждает самые глубокие чувства скорби, несчастья, трагедии.

Вторая немаловажная причина – это мучительный страх перед неизвестностью. Человека интересует вопрос – что же будет после жизни? Все религии мира утверждают, что после смерти дух освобождается от материального тела, а душа продолжает развиваться. Человечество пока не может доказать существование жизни после смерти, но мы можем сделать свое земное пребывание более значимым.

Чтобы побороть страх перед смертью нужно понять и принять тот факт, что она является неотделимой частью жизни. Смерть – это не конец жизни, а ее вершина. Если бы не было смерти, то жизнь не была бы такой захватывающей. Именно смерть очерчивает временные рамки жизни человека, заставляет искать смысл своего существования.

Таким образом, неминуемость смерти напоминает о потребности спешить жить, потратить отведенное время с пользой. Ведь жизнь дает только один шанс прожить ее достойно, поэтому человеку не дано писать черновик жизни, нужно ловить каждый миг, творить добро, дарить счастье и наслаждаться прекрасным моментом.

Грома Є.В.

КУЛЬТУРА ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ

Харківський національний медичний університет
Кафедра філософії
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Гончаренко Л.О.

Важко навіть уявити гармонійне і щасливе життя без правильного харчування. Їжа, яку ми їмо, впливає на наш настрій, фізичне, психологічне та духовне здоров'я. Існує вираз: «Ми є те, що ми їмо», а сучасне суспільство воліє їсти Junk Food (дослівно — «їжу-непотріб»). Більше того, прийом їжі часто відбувається поза режимом і поспіхом. Багато хто навіть не знає того, що перед їжею треба помолитися або просто наповнити їжу любов'ю.

Харчування — це основа здоров'я, воно впливає не тільки на фізичний стан, а також на психіку і, навіть, на духовне життя. Східна психологія каже: поки ви не почнете правильно харчуватися, немає сенсу серйозно займатися саморозвитком чи якимись духовними практиками. Звичайно, режим і стиль харчування, так само, як і рівень фізичних навантажень, у кожної людини повинні бути індивідуальними, залежно від конституції тіла.

Але є і загальне правило — східна психологія рекомендує виключити або хоча б скоротити всі штучні і рафіновані продукти, каву, чорний чай, вироби з білого борошна, цукор, м'ясо, алкоголь. Їжа впливає на ваш розум, отже, і на наше мислення.

Основна проблема зайвої ваги — це відсутність філософії живлення, що пов'язано з національними традиціями української кухні та нашим менталітетом: «кожен раз, як останній». Також погіршує ситуацію розквіт рафінованих продуктів, напівфабрикатів і продуктів швидкого приготування. Філософія живлення повинна формуватися в дитячому віці, дорослій людині змінити її складніше, але все ж таки це необхідно, хоча б заради наших дітей. Досягнення успіху в боротьбі за зниження маси тіла пов'язане з істотними змінам в поведінці. Ці зміни стосуються таких важливих сторін у повсякденному житті як фізична активність і харчові звички. Подібна перебудова вимагає поступових і довготривалих змін способу життя. Щоб зважитися на настільки серйозні кроки, необхідно мати вагому причину та дуже сильну мотивацію. Інакше важко буде втрачати вагу, а ще важче — утримувати отримані результати.

Філософія харчування включає в себе культуру харчування, розуміння користі та шкоди різних продуктів на організм, уважне ставлення до свого здоров'я. Тільки через дбайливе ставлення до власного організму, здобуваючи знання щодо своєї фізіології, кожна людина навчається жити в гармонії з собою. Це дозволяє отримати привабливу фігуру, дієздатність і робить здорове харчування нормою життя.

Далал Сахил

ФРАЗЕОЛОГИЗМЫ ОБ УЧЕНИИ И ЗНАНИЯХ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина.
Научный руководитель: доцент Заборовская С.В.

Фразеологизмом называется лексически неделимое, устойчивое по своему составу и структуре, а также целостное по значению словосочетание, которое воспроизводится в речи в виде готовой речевой единицы. Фразеологизмы делают речь красочной, яркой, образной, более выразительной и экспрессивно насыщенной. В них соединяются язык и культура народа, отражаются его обычаи и обряды. Поэтому, при изучении иностранного языка, необходимо обязательно знакомиться с фразеологизмами и устойчивыми сочетаниями, которые наиболее часто употребляю в речи носители языка.

Рассмотрим группу фразеологизмов об учении и знаниях: Учиться всегда пригодится; Не стыдно не знать, стыдно не учиться; Ученье свет, а неученье – тьма. Но самый известный из них: Век живи – век учись! Этому выражению уже не одна сотня лет, но сейчас, для

современного человека, оно является особенно актуальным. Фразеологизм «Не боги горшки обжигают» также относится к учебе и означает, что всему можно научиться. Учеба – это тяжелый труд, а уважительное отношение к труду отражено во фразеологизмах разных народов: Терпение и труд всё перетрут; Без труда не вытянуть и рыбку из пруда; Труд человека кормит, а лень портит; Маленькое дело лучше большого безделья. Если человек работает усердно и старательно, то говорят, что он работает «засучив рукава» или «не покладая рук», а если работает небрежно, значит «спустя рукава».

В обыденной речи можно услышать «шуточные» варианты классических фразеологизмов, например: Ученье свет, а неучёных – тьма; Век живи, век учись, а дураком помрешь. Даже такая небольшая трансформация меняет значение фразеологической единицы, иногда – на прямо противоположное.

Зераат Кар Шаян

ЭТИМОЛОГИЯ НАИМЕНОВАНИЙ МЕСЯЦЕВ В РАЗНЫХ ЯЗЫКАХ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина.
Научный руководитель: доцент Тарлева А.В.

В разных языках этимология слов-наименований месяцев обусловлена разными причинами. Сравним названия месяцев в нескольких языках.

Например, в тех, которые принадлежит к группе славянских языков, в основном сохранились наименования, связанные с явлениями природы, земледельческими праздниками, состояниями погоды.

Например, названия зимних месяцев связаны с секущим холодом, сильным свирепым – лютым – морозом и его результатом – замерзшей водой – льдом, посиневшей кожей, Поэтому чаще всего в современных славянских языках встречаются следующие названия:

Январь: леден (лед – чешский), студзень (белорусский), січень (украинский), prosinec (словенский); февраль: лютий (украинский), люты (белорусский), luty (польский) и др.

Весной собирают первый сок – березовый. Отсюда названия марта в разных языках: березень (укр.), сакавік (бел.), březen (чеш.). Весна также ассоциируется со временем, когда земля высыхает, поэтому в некоторых языках появляются следующие названия: sušec (словенский), сух (болгарский). Апрель – это квітень (украинский), kwiecień (польский), когда появляется первая трава: travanj (хорватский) и mali traven (словенский).

В мае продолжается цветение природы, ее расцвет, поэтому в украинском языке это травень, в словенском – veliki traven, в болгарском – тръвен.

Лето начинается в июне, название которого в разных языках связано с красотой, красным: украинский червень, польский czerwiec, чешский červen и белорусский чэрвень. В июле зацветает липа, поэтому мы встречаем такие названия месяца: в украинском липень, белорусском ліпань и польском lipiec. В августе начинается сбор урожая, жатва хлеба, что и проявляется в наименованиях месяцев: серпень – в украинском, srpen – в чешском, sierpień – в польском, жнівень – в белорусском, žnjec – в верхнелужицком языке.

Осенние месяцы – это время, когда природа замирает, отдыхает после сбора урожая, время, когда опадают листья и т.п.

Хотя и не все наименования месяцев в языках разных славянских народов совпадают и имеют родственную этимологию, связь их названий с явлениями и состояниями природы очевидна.

В древнерусском языке названия месяцев изначально были родственны другим славянским языкам. И только в 1700 году древнерусское летоисчисление было отменено и был принят закон о переходе на юлианский календарь. Петр Первый вместе с календарем заимствовал и название месяцев, которые и сохранились до сих пор в русском языке.

В большинстве языков стран Западной Европы: английском, немецком, французском, испанском, итальянском – названия месяцев практически идентичны.

В древнеримском календаре было принято называть месяцы в честь правителей, богов, религиозных событий.

Первым назвали март в честь Бога Марса. Апрель (от латинского слова «открывать») был именован так, потому что был первым месяцем весны, май посвятили богине плодородия Майе. Юнона – богиня материнства – дала свое имя месяцу июню, июль получил свое имя от Юлия Цезаря, августа – от императора Августа. Следующие 4 месяца сохранили названия, данные им в древнейшие времена и обозначающие порядковый номер: седьмой, восьмой, девятый, десятый (сентябрь, октябрь, ноябрь, декабрь).

Затем были добавлены месяцы январь – в честь бога Януса, и февраль – в честь обряда очищения грехов, который проходил в это время.

Ільїн В.Г.

ОБВИНУВАЧЕННЯ ПРОТИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ХАРКОВА, ЯК ДЖЕРЕЛО ІНФОРМАЦІЇ ПРО ЕПОХУ ВЕЛИКОГО ТЕРОРУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра суспільних наук
Харків, Україна

Відзначення 80-річчя початку найбільшої хвилі політичних репресій в СРСР спонукає проаналізувати моменти, які дозволять краще зрозуміти логіку переслідувань. В цьому сенсі цінним джерелом є обвинувачення проти харківських медиків, які наведено в офіційних документах доби. У тезах проаналізовано справи ДАХО, надані харківським краєзнавцем Е. Зубом, номери газети ХМІ «За радянського лікаря» 1937–1938 рр. з фондів музею історії ХНМУ. Розглянемо найпоширеніші обвинувачення.

Соціал-гігієніста З.А. Гуревича звинуватили в тому, що в своїх працях він «перекручував соціалістичну дійсність» наведенням хибних даних про зростання захворюваності в СРСР порівняно з дореволюційним часом. За це ж було знято з посади завідувача кафедри соціальної гігієни ХМІ С.А. Томіліна. Антрополог Л.П. Ніколаєв пояснив, що насправді С.А. Томілін в праці про венеричні хвороби в УСРР «не подделал цифры и опубликовал материалы, вполне соответствующие действительности», проте які не влаштовували владу. З.А. Гуревича також звинуватили в «упрощенчестве учения Карла Маркса в вопросах медицины». Ідеологізація суспільства визначала специфіку досліджень кафедри соціальної гігієни ХМІ. Тому не випадковою була тема розкритикованої праці – «Карл Маркс о медицине». Формулювання теми дослідження й абсурдність обвинувачення ілюструють перетворення вчених на ідеологічних працівників. За допущені «помилки» вчений 1935 р. отримав сувору догану й попередження про виключення з партії в разі повторення «політичних перекручень». По закінченні сталінської доби, яку З.А. Гуревичу пощастило пережити, його праці визнали суттєвим внеском в радянську соціальну гігієну.

Медпрацівники звинувачувались в приховуванні соціального походження. Останнє тягло за собою виключення з партії. Логікою колективної відповідальності зумовлювалося й обвинувачення щодо підтримання контактів з родичами, які мешкали закордоном. Саме цю обставину використали для фабрикації справи про шпигунство видатного гінеколога І.В. Попандопуло.

Явищем епохи були колективні обвинувачення. У листопаді 1937 р. бюро Дзержинського райкому партії прийняло рішення про розпуск парткомітету ХМІ з огляду на його «засміченість ворогами народу» та «втрату більшовицької пильності». Друге формулювання примітне двозначністю офіційної мови тоталітарних режимів. Воно означало, що парткомітет не реагував на доноси. Разом з тим, маємо приклад, коли офіційні документи доби характеризують доноси, як негативне явище. Бюро того ж райкому критикувало «нездоровую обстановку в аппарате Облздрава, доходящей до дискредитации друг друга».

Обвинувачення торкались також особистих якостей та життя медпрацівників (релігійність, пияцтво, грубість). Цікаво, що окремі закиди, такі як «нещирість», були типовими для лексикону Й. Сталіна й тиражувалися офіційними виданнями. Поруч з

обвинуваченнями, які ілюструють тоталітарний характер режиму, проти медиків висувалися закиди в корупції, розтраті державних коштів, недбалому ставленні до службових обов'язків. Приміром, крім підтримки згаданого З.А. Гуревича та інших «ворогів народу» – працівників інституту, директора ХМІ Д.С. Ловлю звинуватили також у шкідництві («зрив підготовки медичних кадрів…»). Підставою для звинувачень було розроблення незручного для студентів навчального плану, накази про зняття 100 студентів зі стипендії та недооцінка політичної освіти студентства.

Таким чином, формулювання обвинувачень та ведення репресивних кампаній в друкованих органах визначалися стилем Й.Сталіна; обвинувачення іноді мали неформальний, розпливчастий характер, зручний для організації масового терору; висуненню офіційних обвинувачень передувала лайлива, інколи анонімна кампанія в пресі установи, де працювала людина; обвинувачення торкались в тому числі й особистого життя людини.

Катан Анжелика Сара Монтрезор

«МОЛОДЕЖНЫЕ» МЕЖДОМЕТИЯ В СОВРЕМЕННОМ МОЛОДЕЖНОМ СЛЕНГЕ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина
Научные руководители: Шубладзе О.Э., Губарева С.А.

В сленговую лексику молодежи в последнее время прочно вошло междометие *упс* (oops) Интересно, что при отсутствии собственного смысла, важны тон и мимика говорящего. При этом междометие отвечает за определенную часть эмоционального спектра. У М. Цветаевой по этому поводу имеется очень удачное объяснение: «*Ох*, когда трудно, и *ах*, когда чудно, а не дается – э*х*!». Действительно, любое междометие, например, *боже мой* (oh, my God) или *черт возьми* (с английским аналогом «покрепче») можно произнести страстно, а можно и умильно.

Есть междометия, закрепленные за конкретными жизненными ситуациями. Например, французское *ба* выражает приятное удивление, а *увы* – сожаление. Некоторые из междометий обладают отчетливым культурным колоритом. *Эхма* отражает представление о «широте души», бесшабашности, кураже, а в *о-ла-ла* до сих пор сохраняется что-то французское – галантное, восхищенное, игривое.

Упс – междометие с очень определенной семантикой. Английское *oops*, пожалуй, шире русского *упс*. Оно употребляется, когда кто-то «дал маху»: сказал что-то лишнее, уронил что-либо, забыл застегнуться и т.д. Для него характерна определенная мимика: поднятые брови и вытянутые в трубочку губы, либо растянутые губы и сведенные брови. Смысл у междометия *упс* примерно такой: «Это случилось. Мне очень стыдно. Но мы забудем об этом и будем жить дальше. Это даже забавно».

Привычное носителям языка междометие *ой* выражает только идею неожиданной потери контроля над ситуацией, остальное нужно показать интонацией. Можно, конечно, использовать резкое *черт*, раздосадованное *ё моё*, гневное *ёклмн*, трансформированное и неагрессивное *блин* или что-нибудь покрепче из «устного народного творчества». Но все подобные междометия выражают досаду или злость: либо ищем виноватого, либо злимся на самих себя. Это совсем другая установка, нежели в *упс*, которое не ищет виноватых, и примиряет с уже случившимся фактом.

Вау (wow) – полюбившееся молодежи словцо, которое, пожалуй, уже вытеснило русское *ух ты*, и активно используется для выражения восторга или восхищения. При этом, восхищаться можно как пирожным, так и картинами Пикассо, восклицая универсальное *вау*! Как говорится, и для малого, и для великого…

Часто от мусульманских студентов слышим такие восклицания как *иншалла* – все по воле Аллаха, *альхамдулилла* – слава Богу, *халас* – когда уже все надоело, и *ай свэар* – когда, «ну честное слово, всю правду говорю»! Интересно то, что для них гораздо более важно выразить эмоции мимикой и жестами, нежели словами или восклицаниями.

Новые междометия постоянно появляются и даже иллюстрируются симпатичными и не очень эмоджи в смартфонах. Каждое междометие сопровождается определенным жестом, набором эмоций, образов и установок. Каждый может выбрать то, что ему больше нравится.

Махадев Прашантх Кумар

КАК РЕАГИРОВАТЬ НА КРИТИКУ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина
Научный руководитель: Ситковская М.И.

В повседневном и в деловом общении критика является очень распространенным явлением, которое отрицательно влияет на взаимоотношения внутри коллектива и негативно сказывается на результатах работы в целом. Критика может быть конструктивной, направленной на улучшение и исправление отдельных негативных моментов в работе, и деструктивной, отличающейся полным отсутствием положительных эмоций. Такая критика преследует только одну цель – месть, сведение личных счетов вплоть до полного уничтожения объекта критики. Результатом такого поведения являются: плохое настроение критикуемого, его неуверенность в собственных силах, проявление ответной враждебности, длительные и бесперспективные выяснения отношений, неблагоприятный психологический климат в коллективе. Страдает работа, рушатся человеческие отношения, ухудшается здоровье людей.

Чтобы избежать этого и не стать объектом недоброжелателя, нужно прежде всего с достоинством и самоуважением отстаивать свое право на неприкосновенность личности, требовать объективной оценки своей профессиональной деятельности, не допускать перевода разговора в сферу личных оскорблений. Если грубое, нетактичное поведение все-таки имеет место, нужно твердо и неоднозначно дать понять обидчику, что вы не желаете вести разговор в таком ключе (*извините, но я отказываюсь вести разговор в такой манере; ваши слова меня оскорбляют; я считаю вашу манеру поведения недопустимой; прошу вас вести себя цивилизованно, в противном случае я буду вынужден(а) прекратить разговор).* Ни в коем случае нельзя втягиваться в подобного рода «разборки», демонстрировать свое недовольство или ,наоборот, растерянность, отчаяние.

Также нужно хорошо понимать, что конструктивная и позитивная критика вашей деятельности – это главный признак того, что вас воспринимают серьезно, с вами считаются, а допущенные вами неточности и ошибки не являются принципиальными и не влияют на общую оценку вашей работы. С критикой такого рода желательно соглашаться, благодарить за рекомендации и советы (*ваши советы и предложения очень ценны для меня; очень приятно, что мои скромные достижения вызвали такой интерес)*. Можно ставить уточняющие вопросы по поводу замен и корректировок (*разрешите уточнить некоторые моменты, правильно ли я понял(а) вас?).*

Умение правильно и адекватно реагировать на критику – свидетельство вашей профессиональной зрелости и психологической стойкости. Важно помнить об этом во время деловых переговоров или профессионального общения.

Нестеренко А. К., Антонович С.О.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ РЕАЛІЗАЦІЇ НЕПЕРЕРВНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Харків, Україна

Кожна освічена людина сьогодні прагне задовольнити свою потребу в професійній самореалізації. Водночас фахівцю будь-якої галузі знань для повноцінної самореалізації необхідно постійно вдосконалювати свої знання, уміння й навички. З огляду на сучасний ритм життя, найдоцільнішим способом такого вдосконалення є неперервна освіта.

Проблеми неперервної освіти стали предметом дослідження в роботах К. І. Бондарєвої, Л. В. Буркової, Н. І. Клакер, О. Г. Козлової, В. І. Носкова, О. В. Попової та інших. Аналіз наукових праць названих авторів демонструє, що система неперервної освіти сприяє реалізації інноваційного розвитку державної освітньої політики шляхом ознайомлення педагогів з освітніми інноваціями, здійсненням наукового супроводу їх впровадження, залученням педагогів до участі в інноваційних процесах, їх уміннями оперативно вирішувати протиріччя, приймати нестандартні рішення, швидко й адекватно реагувати на умови, що постійно змінюються в наш час.

З огляду на це, мета неперервної освіти полягає у формуванні та розвитку особистості на всіх етапах її життя: від молодості до старості. Реалізація цієї мети на кафедрі української мови, основ психології та педагогіки ХНМУ можлива за умови пошуку ефективних форм навчання дорослих і забезпечення їх професійної та психологічної готовності до нових потреб ринку праці, креативного мислення, самовдосконалення, інноваційної діяльності.

Викладачі кафедри української мови, основ психології та педагогіки ХНМУ, підвищуючи свою кваліфікацію, послуговуються й принципами неперервної освіти, що дає змогу постійно вдосконалювати професійні знання, уміння й навички, а також бути конкурентоспроможними на ринку праці й захистити себе як особистість від непередбачуваностей сучасного суспільства. Зокрема, педагоги здобувають другу вищу освіту з психології або педагогіки, у такий спосіб розширюючи спектр професійних можливостей з огляду на специфіку кафедри.

Крім того, викладачі кафедри української мови, основ психології та педагогіки ХНМУ мають значний досвід роботи з іноземними, зокрема англомовними, студентами, що зумовлює постійне вдосконалення рівня володіння англійською мовою, а також стимулює до одержання сертифікатів, які визнаються міжнародними науковими установами.

Зважаючи на те, що на кафедрі української мови, основ психології та педагогіки ХНМУ працюють молоді викладачі, поширеним є наставництво: більш досвідчені колеги допомагають їм організувати навчальний процес на високому науково-методичному рівні.

У кожній країні світу процес становлення неперервної освіти має свої особливості. Водночас можемо виділити й деякі загальні риси, зокрема гнучкість системи освіти і її перебудову, задоволення позанавчальних потреб особистості, розвиток освіти для «третього віку» (для літніх людей), використання інноваційних технологічних засобів тощо.

Отже, реформування системи освіти в Україні має бути одним з основних чинників розвитку неперервного навчання, давати змогу фахівцям постійно поглиблювати загальноосвітню й професійну підготовку, діяти на засадах індивідуального підходу, бути гнучкою за формою та обсягом.

Нутфииллоева Шалола

СТАНОВЛЕНИЕ, РАЗВИТИЕ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ТЕРМИНОЛОГИИ ИНТЕРНЕТА В УЗБЕКИСТАНЕ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина
Научный руководитель: Помазун О.В.

В последние годы страны СНД стали активно преодолевать отставание в процессе компьютеризации и внедрения сети Интернет.

В Узбекистане этот процесс начался в 1992 году с созданием первой компании, оказывающей услуги электронной почты, и с появлением в 1994 первых интернет-провайдеров, а затем в 1995 году был зарегистрирован национальный домен «uz». С появлением интернета значительно усилился поток научных знаний, пополняясь новой терминологией из английского языка.

Узбекские исследователи Р. Даниеров и И. Махкамов, параллельно с исследователями российскими, провели серьезные исследования в области становления, развития и

функционирования терминов Интернета, и пришли к выводу, что, находясь в непрерывном движении, язык, как и общество, имеет некую единую социальную ценность: взаимопроникновение, что явно прослеживается на примере последних заимствований узбекском языках и других языках.

Сам процесс перехода элементов чужого языка в свой называется заимствованием. Это может быть морфема, слово, или целая синтаксическая конструкция. Некоторые же слова могут сохранять лишь следы своего иноязычного происхождения в виде звуковых, орфографических, грамматических или семантических особенностей, они не характерны для исконных слов.

Общение в Интернете осуществляется при помощи компьютера, поэтому существует компьютерная лексика и лексика Интернета.

Лексика интернета (или компьютерная) имеет свои особенности: это, прежде всего, формирование параллельно с терминологической лексикой компьютерного стиля, частично заимствованного из английского языка, частично сформированного в языке-реципиенте.

Так, например, в процессе заимствования английской лексики узбекским и русским языками происходит существенная трансформация семантической структуры. Например, лексема ХАКЕР в русском и узбекском языках вначале обозначала «компьютерный пират, взломщик – компьютер бузгуни».

В английском же языке эта лексема имеет девять значений и лишь два ее значения – негативные, прочно усвоилось в русском и узбекском языках, но следует еще отметить тот факт, что данная лексема ХАКЕР имеет в молодежной лексике положительное значение: «Ты настоящий хакер» - то есть увлеченный или же квалифицированный программист.

Весь этот процесс формирования новых терминов, вместе со всеми его сложностями, отражают «Англо-русско-узбекский словарь сокращений терминов по телекоммуникации» (Ташкент, 2007) и «Англо-русско-узбекский толковый словарь терминов операционных систем информационных технологий (Ташкент, 2008), содержащие более 2000 лексем и составных номинаций компьютерной лексики.

На сегодня очень большую значимость приобрела терминология Интернета, которая является частью единой информационной структуры, поэтому ученые уже поставили вопрос о появлении в рамках данного подъязыка терминологии Интернета.

Рудаков О.С. , Трошкін Д.С.

НЕЗРУЧНЕ ХРИСТИЯНСТВО ГРИГОРІЯ СКОВОРОДИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра філософії
Харків, Україна
Науковий керівник: Дейнека В.В.

У своїй творчості Г.С. Сковорода багато уваги приділяє аналізу та пошуку власного шляху до осмислення Бога й Біблії. Більшість його творів просякнуті біблійною рефлексією та пошуком смислових горизонтів, в яких сакральне перетинається з профанним. Для Г.С. Сковороди важливо пояснити, чому він відмовляється від традиційних конотацій біблійних сюжетів, що змушує його вдаватись до критики наук заскорузлих дяків. Можна згадати такі його діалоги, як «Брань Архистратига Михаила со Сатаною», «Икона Алкивиадская», нарис «Сон» та ін., у яких він досить різко висловлюється проти кліру.

До офіційної релігії та Біблії Сковорода ставився різко вороже. Він вважав, що завдає удар по зовнішній, матеріальній стороні Біблії, по її забобонах, що шляхом «розумного», алегоричного тлумачення нібито зберігає її внутрішній, духовний, божественний зміст, який є джерелом мудрості та пізнання.

Уже в перших творах, висміюючи біблійні оповіді про Христа, мислитель називав ці легенди «плотским» розумінням і намагався надати їм алегоричне значення. Заперечуючи Христа як історичну особистість, він шукав його в духовній сутності людини: «Научились мы братью нашу судить по плоти: так и на Христа смотрим, одни только пустоши на нем

примечая, не на самого его». Біблія є не що інше, як зібрані Моїсеєм різні байки: «Мойсей, «придав род благочестивых предков своих, слепил «Книгу бытия», сиречь мироздания... Сие заставило думать, что мир создан за 7000 лет назад». Сковорода заперечував біблійну легенду про створення і кінець світу, уважаючи її безглуздою та затаврував церкву як «мертвую храмину», а духовенство – як «идолопоклонников» та лжепророків.

Сковорода стверджував, що він критикує тільки зовнішню, матеріальну сторону Біблії, але вважав її внутрішній зміст джерелом мудрості і пізнання. Прагнучи зберегти Біблію в підновленому вигляді, Сковорода заявляв, що за її «брехнею» криється «глагол божий», що «вся сия дрянь дишет богом и вечностью» і несе в собі «прекрасную ипостась истины». Він казав, що «Библиа есть маленький богообразный мир, или мирик», яка є «единственным монументом начала», что «Библиа есть ковчег и рай божий», в якому «божие таится сокровище», що вона як горіх, має «лузу» та «орешняк» і зверх «бабиих песен» має ще «второе, чистое, нетленное», будучи носієм «мислей божиих», «сердца вечнаго», людини вічної. Він вважав, що щасливий той, хто «понял ее и нашел в жестком - нежное, в горком – сладкое, в лютости – милость, в буйстве – вкус, в смерти – жизнь, в безчестии - славу».

Слід визнати, що Григорій Савич був «істинним» християнином, який намагався здійснити віру не за формою, а за суттю, тобто жити так, щоб не відділяти служіння Господу від повсякденного життя. Він прагнув виявити смирення в гідності та рішучості і відкидав приниження та острах перед життям. Традиційно-офіційне формальне та формалізоване християнство, що існувало виключно як влада над думками і сумлінням мирян та кліриків, не могло прийняти або примиритись із християнством Сковороди. «Система» і Сковорода були несумісними, а тому не могли існувати разом. Свідченням цьому є як життя Г.С. Сковороди, так і його смерть.

Сингх Куш Пратал
С ЛЮБОВЬЮ ОБ УКРАИНЕ
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина
Научный руководитель: Минакова Л.И.

Я приехал из далёкой Индии и живу и учусь в Украине уже третий год. Мне очень хотелось бы поделиться своими мыслями и впечатлениями о вашей прекрасной стране, рассказать о том, что думают иностранные студенты об украинцах.

В Украине проводился опрос иностранцев с целью узнать, как они воспринимают украинцев и какой видят сегодняшнюю Украину.

Все иностранцы, как и я, главными чертами национального характера назвали искренность и гостеприимство, доброту и открытость.

Если сравнивать с другими народами, то мне кажется, что у них доброта часто бывает показной. Лично я не верю в их искренность. Почему я так говорю? Потому что прочувствовал всё на своём опыте. Когда я приехал в Украину, то, конечно не знал ни русского, ни украинского языков. Мне было очень трудно жить вдали от родной страны. Но люди здесь очень добрые, и они помогали мне во всём, старались делать так, чтобы мне было всё понятно.

Украинцы такие открытые по характеру, что сразу становится ясно, как они к тебе относятся. Мне очень нравится национальная черта характера.

Хочу рассказать и о своих впечатлениях, об украинской кухне. Когда я приехал в Харьков, у меня было предвзятое отношение к вашей пище. Но оказалось, что здесь очень вкусно готовят, а качество еды – отличное. Это был большой сюрприз для меня. Традиционные блюда очень богаты по вкусу, а уровень кулинарии невероятно высокий. Даже непонятно, почему украинская кухня так мало известна во всём мире?

Для меня лучшие люди – украинцы, а украинский язык – самый красивый и благозвучный.

Просто не можу сказати, наскільки мені подобається українська мова та пісні. Це просто чарівно!

Что ещё мне нравится в Украине – это вишиванка. Я даже купил себе этот национальный наряд. Когда я ношу его, то чувствую себя настоящим казаком. Мне сразу хочется танцевать гопак в этом красивом костюме. Не могу объяснить, чем меня так привлекает этот великолепный танец.

Если говорить о климате и природе Украины, то это лучшее, что я видел в своей жизни! Здесь впервые я увидел 4 сезона года. Каждый сезон хорош по-своему. Но особенно мне нравится зима. Так красиво, когда падает снег!

Хотел бы пожелать, чтобы народ Украины всегда жил в мире и гармонии. Надеюсь, что это будет бесконечно.

Не знаю, где я буду после окончания университета. Но со мной навсегда останутся воспоминания о вашей великой стране, о Харькове, о ваших прекрасных людях.

Хури Алина

А. П. ЧЕХОВ И УКРАИНА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина
Научные руководители: Дмитриенко Н.Ф., Запорожец И.В.

А.П. Чехов – классик мировой литературы с украинскими корнями (украинка – его бабушка по линии матери Е.Е. Шимко), впитавший в себя истоки разных культур. Он родился и вырос в Таганроге, который относился Екатеринославской губернии (сейчас Днепропетровская область), где прожил до 1888 г. Именно там он познакомился с украинским менталитетом, украинскими обычаями и нравами.

Не раз в беседах и письмах друзьям он называл себя украинцем: «Я в детстве не говорил иначе, как по-малороссийски (из беседы с А.М. Горьким)». В его письмах и многих произведениях встречаются украинские слова, выражения, пословицы и поговорки.

Семья Чехова с любовью относилась к украинской природе и зачастую летний отдых проводили на украинских просторах. Сохранилось письменное подтверждение того, что писатель даже планировал поселиться в Харьковской губернии.

В многочисленных произведениях писателя отражены украинские впечатления писателя, например воспоминания о донецких и приазовских степях, по которым юношеские годы ему приходилось часто ездить.

Так, и в раздумьях над повестью о степи в апреле 1887 он отправился на свою детскую родину. Эта поездка кроме повести «Степь» навеяла рассказы «Печенег», «В родном углу», «Святой ночью» и «Перекати поле».

На примере творчества великого русскоязычного писателя с украинскими корнями можно увидеть, как плодотворно взаимопроникновение и взаимообогащение славянских менталитетов.

Шарашидзе А.Г., Андрющенко А.А.

МОДА И ЗДОРОВЬЕ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра философии
Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Гончаренко Л.О

Мода – это всё. Она присутствует везде и проявляется не только в одежде, косметике, еде, предметах личного использования, но и в поведении, идеях и т.д. В современном мире мода – это не только мировые тренды, но и стиль жизни каждого из нас. И здоровье, как одно из важнейших составляющих жизни, напрямую взаимосвязано с этим понятием.

В наши дни очевидным является тот факт, что мода на здоровый образ жизни (ЗОЖ) приобретает все более и более популярный характер. Свидетельствует об этом появление большого количества спортзалов, продуктов правильного питания, соответствующих тематических блогов. Приветствуются активный отдых, сбалансированные диеты и натуральные средства по уходу за телом. Однако, несмотря на такое распространение ЗОЖ, влияние моды может иметь совершенно иной характер, приводящий к негативным последствиям.

Целью данной работы является рассмотрение пагубного влияния современной моды на здоровье человека. Будут рассмотрены такие сферы влияния моды, как одежда, обувь, питание, косметические средства.

В качестве примера неблагоприятного воздействия на здоровье модной одежды можно привести узкие джинсы, деформирующие бедра, короткие юбки и топы, открывающие нижнюю часть живота и вызывающие аднексит. Кроме того, это ненатуральные ткани (синтетические и искусственные), которые обладают аллергическими и антивентиляционными свойствами и могут вызывать раздражение кожи.

Что же касается обуви, то важно отметить, что обувь на высоком или же неправильном каблуке ведет не только к деформации или неправильному кровоснабжению стопы, но и к чрезмерной нагрузке на позвоночник в поясничном отделе.

Косметические средства, которые широко применяются, также оказывают пагубное влияние. В их состав входят вредные химические вещества, продлевающие сроки годности, чем делают более удобным хранение всех этих средств, но никак не улучшают состояние тела. Кроме того, слой макияжа нарушает циркуляцию воздуха на поверхности кожи, закупоривает поры и, следовательно, мешает ей нормально функционировать и обновляться. Известно, что косметика – одна из основных причин раннего старения кожи лица.

В качестве примера пагубного воздействия на здоровье еды можно привести фаст-фуд. Сюда входят пиццы, бургеры, суши, хот-доги и т.д. Конечно, это быстро, вкусно и модно. Однако продукты быстрого питания характеризуются наличием высокой калорийности, огромного количества жира и сахара, которые постепенно накапливаются в организме и являются частными причинами нарушения метаболизма и появления сердечно-сосудистых заболеваний, ожирения, сахарного диабета и нарушений печени. Помимо этого, фаст-фуды нередко приводят к зависимости, имея в своём составе вещества, вызывающие аппетит и желание людей пробовать вредную еду снова и снова, отдавая ей предпочтение перед здоровым, сбалансированным питанием.

Таким образом, мы пришли к выводам, что человек – неотъемлемая часть социума, которая зависит от общественного мнения, что оправдывает его стремление поддаваться моде и следовать ей. Человек в социуме вынужден быть модным ради своего имиджа и статуса, но важно уметь чётко расставлять приоритеты, иметь собственное мнение и адекватно оценивать то, что диктует современная мода, и делать правильный выбор в сторону здоровья.

Чорноус Н.А.

ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ «ІНТЕЛЕКТУАЛЬНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ» СТУДЕНТІВ ВНЗ

Харківський національний медичний університет
Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Харків, Україна

У зв’язку з останніми змінами в політичній, економічній і соціальній сферах, зросла значущість професій, що забезпечують інноваційний розвиток нашої країни. Інтелектуальна компетентність фахівця безпосередньо визначає його конкурентоспроможність у професійній сфері, його готовність використовувати свій інтелектуальний потенціал на благо майбутнього своєї країни. Підготовка майбутніх фахівців здійснюється на різних освітніх рівнях у системі вищої освіти. І результатом цієї підготовки має стати сама людина, що пройшла навчання в

певній освітній системі. Студентам також необхідні вміння продуктивно працювати з отриманою інформацією (отримувати, розуміти, застосовувати, оцінювати, зберігати, інтерпретувати, синтезувати), виявляти проблеми й знаходити ефективні шляхи для їх вирішення.

На сьогодні в теорії та практиці педагогічної освіти накопичено значний науковий доробок, який може слугувати основою для формування інтелектуальної компетенції: положення, розроблені в галузі загальної та педагогічної психології, психології інтелекту (Б. Ананьєв, Д. Векслер, І. Гавриш, Дж. Гілфорд , В. Давидов, Дж. Келлі, Р. Немов, С. Рубінштейн, Р. Стернберг, Н. Тализіна); ідеї розвитку інтелекту учнів (Л. Виготський, М. Громкова, А. Зак, Г. Сухобская); дослідження, присвячені інтелектуальній компетентності (О. Берестенева, І. Зимня, Н. Козлова, Л. Сивицька, Д. Хапт, М. Холодна).

Дослідження проблеми формування інтелектуальної компетентності майбутніх фахівців у навчально-виховному процесі ВНЗ тривають давно, але питання визначення поняття «інтелектуальної компетентності» залишається, на нашу думку, недостатньо розкритим.

До визначення поняття «інтелектуальна компетентність» звертаються багато дослідників. Серед них І. Зимня та О. Яригін, які виділяють інтелектуальну компетентність як особливий вид компетентності. М. Холодна визначає цю компетентність як «особливий тип організації знань, що забезпечує можливість прийняття ефективних рішень у певній предметній галузі діяльності». У роботах А. Лобанова інтелектуальна компетентність протиставлена індивідуальній інтелектуальній діяльності людини. Автор вважає, що це вузька галузь дослідження, яка безпосередньо забезпечує ефективність індивіда у сфері його професійних досягнень.

Під інтелектуальною компетентністю В. Іванова, Д. Корзінкова, Н. Шумська розуміють метаздібність, яка визначає ступінь освоєння суб'єктом навчання певної предметної галузі, і для якої характерний особливий тип організації предметних знань і ефективні стратегії, що використовуються для прийняття рішень у цій галузі.

У своєму визначенні інтелектуальної компетентності Ю. Кострова акцентує увагу не тільки на інтелектуальних здібностях, але й на креативності та здібностях до самоосвіти й виховання. Автор вбачає прояви інтелектуальної компетентності «у здатності системно діяти і мислити, проводити якісний аналіз й швидко реагувати на мінливі умови, приймати відповідальні рішення, проводити самоаналіз, здатності до самоосвіти та самовдосконалення».

Проаналізувавши ці визначення, ми пропонуємо розглядати інтелектуальну компетентність у якості базової та як основоположну для інших компетентностей, під якою ми розуміємо здатність володіти прийомами активних когнітивних процесів (осмислення, застосування, аналіз, узагальнення, оцінка та синтез інформації), що дозволяє ефективно вирішувати професійні завдання різного рівня складності, використовуючи свої особистісні якості на основі індивідуального досвіду з метою досягнення результату в певній предметній галузі.

Надалі планується провести порівняльний аналіз формування інтелектуальних умінь у студентів при вивченні педагогічних дисциплін.

Шаик Фараз Ахммед

ЛЕГЕНДА МИРОВОЙ И УКРАИНСКОЙ КАРДИОХИРУРГИИ Н.М. АМОСОВ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Заборовская С.В.

Известнейший украинский кардиохирург Николай Михайлович Амосов (1913-2002 гг.) был необыкновенным человеком. Гениальный хирург, академик, профессор НАН Украины, доктор медицинских наук, философ, писатель, общественный деятель. В 1939 году Н. Амосов закончил медицинский институт, но вскоре началась война, и он стал

ведущим хирургом полевого госпиталя. За годы войны он провел более 40 тысяч операций раненым бойцам. Опыт военного хирурга Амосов отразил в своей первой диссертации, которую написал за время войны. Затем он работал в разных городах, пока не переехал в Киев.

Здесь в 1955-м году Николай Михайлович создал клинику сердечно-сосудистой хирургии (с 1983 она стала Институтом сердечно-сосудистой хирургии), в которой за 36 лет было проведено более 56 тысяч операций на сердце. Он первый в стране провел операцию по протезированию митрального клапана сердца, придумал аппарат искусственного кровообращения и особые искусственные клапаны для сердца.

Николай Михайлович был не только талантливым кардиохирургом. Пытаясь остановить старость, он создал систему оздоровления организма «Режим ограничений и нагрузок», которая включает физические нагрузки, особую методику питания и правильное мышление. «Врачи лечат болезни, а здоровье нужно добывать самому», – говорил Амосов и испытывал свою систему на себе, доказав на практике, что вполне реально продлить свою жизнь до 90 лет.

Николай Михайлович Амосов – выдающийся хирург и незаурядный человек, жизнь которого является достойным примером для будущих врачей.

Шейко А.О.

ПРОТИДІЯ НАСИЛЬСТВУ В РОДИНІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Фоміна Л. В.

Суспільство не стоїть на одному місці, воно постійно розвивається, проте проблема насильства в цілому та насильства в родині, зокрема, залишається актуальною. Незважаючи, на те, що проблемою протидії насильства в родині займаються спеціалісти різних галузей (психологи, юристи, педагоги)та те, що суспільство зняло табу з обговорення цієї проблеми, ми все ще стикаємось із насиллям. Це пов’язано з конституційною недоторканістю кожної родини, соромом жертви родинного насилля, її фізичною слабкістю, правовою необізнаністю та недієздатністю в юридичному аспекті(діти, старі у яких є опікуни). Розглянемо це соціальне явище більш детально.

Під насильством розуміються будь-які умисні дії фізичного, психологічного, економічного або сексуального характеру, що спрямовані від одного члена родини до іншого та порушують права й свободи, надані Конституцією. Розкриємо зміст кожного із цих видів.

Фізичне – навмисне нанесення тілесних ушкоджень, побоїв, тощо без згоди однієї зі сторін.

Психологічне – вербальне приниження, погрози, а також дії дистанційного характеру(переслідування), що викликають у жертви психічну нестабільність або порушення.

Економічне – вид насильства за якого одна зі сторін позбавляє будь-якого виду майна, їжі, житла тощо.

Сексуальне – посягання на статеву недоторканість, примушення до проституції, дії сексуального характеру щодо неповнолітніх членів родини тощо.

Ми звикли до того, що агресором виступає чоловік, проте ці види насильства можуть бути виявлені до представників обох статей.

Серед причин та чинників насильства виділяють: соціальні, економічні, психологічні, педагогічні, соціально-педагогічні, правові, політичні, соціально-медичні, фізіологічні та медичні.

Серед соціальних та культурних умов, що впливають на прояви насильства, зазначають: відсутність у соціальній свідомості чіткої оцінки фізичних покарань, демонстрація насильства в засобах масової інформації, права громадян на недоторканість

приватного життя, власну та сімейну таємницю, закріплені в Конституції, відсутність ефективної превентивної політики держави, недостатнє розуміння суспільством проблеми, низька правова грамотність населення, недостатня обізнаність дорослих і дітей про свої права, недосконаліть законодавства.

Підсумовуючи вищезазначене, ми можемо сказати, що проблема насильства в родині залишається відкритою та, на жаль, не втрачає своєї актуальності. З метою протидії насильству необхідно розвивати юридичну обізнаність, створювати нові та змінювати старі закони щодо кримінальної відповідальності за скоєні злочини. Звичайно, починати це все потрібно з дитячого віку, бо кожна дитина – це є обличчя майбутнього суспільства.

Іноземні мови

МЕДИЦИНА ТИСЯЧОЛІТТЯ

ФЕСТИВАЛЬ ХАРКІВ НАУКИ

МОЛОДІЖНОЇ

Aliyev R.A.

ALZHEIMER'S DISEASE AND MAN

Kharkiv National Medical University
Department of Foreign Languages
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Bogun M. V.

Modern medicine can find a cure for many disorders, but there are some which still do not respond to it. In this work we will discuss the disease, which puts many scientists at a dead end.

Alzheimer's disease is a disease which affects nervous system, causes dementia and still no drugs against it have been found. According to modern researches this disorder is present in 50 million people. The cause of it are amyloid accretions which contribute to the destruction of brain tissue and violation of neural connections. They are formed in the result of a disturbance of the processing of specific proteins in the cell membrane of a neuron. Usually an amyloid precursor of APP protein, an enzyme alpha-secretase splits to fragments. Second enzyme, gamma-secretase, splits it in the other place and released fragments have a positive effect on neurons. In case of Alzheimer's disease, the first splitting is made by beta-secretase. As a result of alpha- and beta-secretase splitting, short fragments of APP called beta-amyloid are formed. Their accumulations are toxic and insoluble. In addition, there can be neurofibrillary bundles, which lead to disturbances due to the fact that they consist of tau protein. However, the main reason is genetic predisposition.

Signs of this disease are identic and do not depend on a patient's personality. The earliest sign is an impairment of short-term memory, but full functioning of long-term memory. Elderly people complain of absent-mindness during this period. It can be manifested for more than eight years. This characteristic is often ignored, relying to the age-related features of the brain. But in the course of time, forgetfulness increases and it becomes hard to remember recent events, names of close people. Soon a person cannot reflect, write and hallucinations appear. The second symptom is an apathy in which an interest in your favorite hobbies decreases, it's harder to go out for a walk, to communicate with people. On the basis of this there are three types of dementia: early, moderate and severe. An early form begins at the age of forty, but not everyone visits a doctor because of careless attitude towards the manifestation of primary symptoms. The difficulty of diagnostics is that the doctor cannot rely on the results of the patient's information obtained.

Consequently, there are several tests to diagnose this disease. During this test, it is suggested to memorize a few words, to make simple mathematical calculations in mind, which will not cause problems with unimpaired neurological functions of the brain. Until now, there is no cure for this disease except for the prescription of the drugs, which relieve the manifestations of dementia.

Prevention of this disease is ineffective, because it is focused on the exclusion of the factors contributing to its emergence. The main way is memory training for the formation of new neural connections. Also, it is necessary to exclude smoking, sedentary lifestyle and alcohol. Alzheimer's disease is fatal, because scientists have not found treatment for it yet. The patient himself will not understand that he will be dying. The patient's life duration depends on the physiological characteristics.

Bazhan A.A.

REPRESENTATION OF CATEGORY OF COLOUR IN CLINICAL TERMINOLOGY

Kharkiv National Medical University
Department of Foreign Languages
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Petrova O.B.

Colour pattern elements are extremely productive in clinical terminology. In modern medicine, the terms based on colour associations and containing combining forms, which designate certain colour, are widely used.

We analyzed structure and semantics of some English medical terms in correlation to their Latin or Greek origins, and Ukrainian terms, as well. As a result, the following groups of terms with

represented category of colour in their structure were identified: 1. Latin clinical terms which indicate colour, that is present in the corresponding medical term in Ukrainian, as well: yellow fever (febris flava) – жовта лихоманка; thrombocytopenic purpura (purpura thrombocytopenica – тромбоцитопенічна пурпура; white asphyxia of newborns (asphyxia neonatorum pallida) – біла асфіксія новонароджених; black piedra (piedra nigra) – чорна пьедра; marble skin (cutis marmorata) – мармурова шкіра; rosacea (condition in which blood vessels enlarge, making the face flushed) – from Latin 'rosaceus' – made of roses, pink, rose-coloured) – розацеа; pink roseola, a kind of rash (roseola) – розеола, рожевий висип; pink herpes (pityriasis rosea) – рожевий лишай.

2. A number of terms nominating tumors have in their structure combining forms indicating colour: melanoma (combining form -melan- means 'black') – malignant tumor of the skin characterized by presence of black, blue and pinkish-red hues; xanthoma (from Greek -xanthos- – 'yellow') – yellowish-colored fibroma; leukoma (from Greek -leukos- – 'white') – white spot on the cornea of the eye.

3. Those terms designating the corresponding blood cells by the colour of the components: erythrocyte – red blood cell, leukocyte – white cell.

4. A group of ophthalmological terms is distinguished, which meanings are associated with the perception of colour. All these terms are based on a typical model – combining forms with the meaning of the name of the colour + -opsia (from the Greek -opsia- – 'vision'): chloropsia (from Greek -chloros- – 'green') – visual impairment, in which the objects appear to be painted in green; xanthopsia – (from Greek -xantos- – 'yellow') – vision in yellow; cyanopsia – (from Greek -cyanos- – 'blue') – vision in blue; erythropsia (from Greek -erythros- – 'red, reddish') – vision in red.

5. Terms in the field of dermatology indicating change in colour of the skin: cyanodermia – cyanosis of skin, xanthodermia – yellow colour of skin, erythroderma – red colour of skin, melanodermia – black colour of skin, leucoderma – white spots on the skin.

6. Among the clinical terms there are also nominations which do not name colour, but are built exclusively on association with colour, that forms the basis for them is metaphorization. For example, the term anthrax (from Greek 'anthrax' – coal). The basis of this metaphor is the semantics of colour, because the eschar of anthrax is coal-black in colour. The coloristic associative basis of the term 'icterus' (jaundice) is the state of the body, accompanied by yellow colour of the skin and mucous membranes (from Greek 'icteros' – yellow bird); ephelides – freckles (from Greek 'ephelis'– freckle(s), which in turn comes from 'helios' – the Sun).

It should be noted that the terms indicating red color or its shades (purple, pink, red, etc.) are very common in clinical terminology. It can be explained by the fact that redness is a vivid clinical sign of inflammation. Colour change is associated with expansion of arterioles, development of arterial hyperemia and "arterialization" of venous blood in the inflammatory site. Even Aulus Cornelius Celsus, an ancient Roman scientist, defined redness as a symptom of inflammation.

Consequently, clinical medical terms, connected with colour in their nominations, were identified and classified. Colour category is represented either by direct nomination of colour, or by means of a metaphor. We consider the perspective for further research in a more detailed study of linguistic options of coloristic nomination in modern clinical terminology.

Bilousova E. D.

WAYS OF PREVENTING HERPES SIMPLEX VIRUS TRANSMISSION

Kharkiv National Medical University
Department of Foreign Languages
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Timonova G. V.

Nowadays the main way to prevent HSV transmission provided by health care systems in different countries is still the control and reduction of HSV transmission to healthy people.

According to a social polling between 1988-1994, 20.8 percent of 40,000 examined Ukrainians were found to be infected with genital herpes. Similar studies later showed that this

percentage decreased up to 14 percent by 2002 and up to 12 percent by 2010. Despite this progress, researchers note that approximately 1 million incidences of contamination occur every year. Unfortunately, in the current reality people have to protect themselves from HSV only by preventing its spread. Thus, they are required to have a high level of awareness of this issue.

Undoubtedly, HSV testing is an important strategy that can help to prevent the spread of herpes infections. The most frequently used is a culture test, in which a doctor swabs a lesion to have a sample to be tested in a laboratory. A culture test, however, often has a 'false negative reputation' that it does not detect herpes when, in fact, a patient is infected. Another widespread way of investigation is a blood test, also called a serologic test designed to detect certain antibodies (body immune response to the virus) in blood.

In the early 1990s dozens of pharmaceutical companies worldwide managed to pursue the development of microbicides to prevent HIV, the infection caused by herpes. Microbicides can create a barrier between skin and this virus, protecting people from its transmission and contamination. This new approach might become a lifeline for us in future. Therefore, to stop spreading HSV in the nearest future people might be advised to take microbicides.

Recently scientists have started to create a vaccine against herpes simplex virus. In March 2010 a Massachusetts company, BioVex, announced that it had started small-scale testing of ImmunoVex vaccine in London, England. This vaccine includes alive but harmless viruses and, according to BioVex, has already been tested, and has received positive feedback from doctors proving that it can completely prevent herpes virus. Nevertheless, although drugs and treatment can control the symptoms of herpes, some of them are only well advertised, but are not effective in reality. Therefore, it should take more time to investigate and test new medicines to prevent HSV spread.

Many researchers predict that we will have an effective vaccine against HSV in the next 5-10 years. The invention of this vaccine has been waited for more than ten years. It remains for us to hope that these brave attempts will be realized, becoming a huge breakthrough in medicine, and allowing to use new approaches to prevent many people from such an insidious disease.

Daschuk A.A.

PROBLEMS OF ALOPECIA

Kharkiv National Medical University
Department of Foreign Languages
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Timonova G.V.

Nowadays alopecia is a widespread problem even among young people. One of the main prophylactic measures in a fight against psilosis is improving the general health. Physical exercises and sport, especially walking, correct diet, work and rest have a significant influence on the hair growth.

Our research was aimed at defining the predisposing factors and determining the effective conditions for treatment of alopecia. For this purpose fifteen patients suffered from alopecia were examined, and the results of investigations were compared with the control group consisted of five healthy people.

Contemporary medicine has a huge arsenal of conservative and even surgical methods of fight against alopecia bringing certain results, but success is relative. These techniques make possible to decrease or stop psilosistemporarily, and in some cases to obtain the temporal hair growth.

The treatment should be systematic, requires the patient's awareness and creative application of the doctor's complex methods. Much depends on timely patient's visits to a doctor. Hair, even if it is healthy, requires proper care that can often help to prevent this problem or another hair disease. Hair diseases and diseases of hairy skin on head differ. It is important to note that dermatosis on head, different problems of hair and diseases of internal organs can result in alopecia.

If baldness is caused by a certain disease or any external influence (temporal alopecia), usually it disappears on its own or can be easily cured after patients' recovery or elimination of a

causative factor. In case of a genetic factor, it does not disappear without medical intervention. Nevertheless, active lifestyle, getting rid of bad habitsand lack of stress are excellent ways to be healthy and to prevent alopecia.

Hordienko P.O.

ENVIRONMENTAL FACTORS INFLUENCE ON PRESENT-DAY HUMAN REPRODUCTIVE HEALTH

Kharkiv National Medical University
Department of Foreign Languages
Kharkiv, Ukraine
Scientific adviser: Petrova O.B.

Reproductive health is one of the most important constituents of human health, either personal, familial, or social. Reproductive health is determined by many factors, but, in my opinion, the individual lifestyle has the greatest impact on human health.

In every day television commercials, subway adverts, billboards, etc. we hear about the negative effects of harmful habits on human health. But people mostly do not think about the consequences of smoking, drinking alcohol or even drug addiction, which are considered to be an environmental harm to humans. Everyone knows about the diseases that can be caused by these substances, but majority still continue to use them.

At the beginning of the 21st century, WHO released very sad and horrific statistics: 20% of men and 39% of women are unable to conceive healthy children, are infertile or cannot get pregnant. Infertility is mostly provoked by ecological factors, which, surely, compose in majority the main cause of various diseases associated with dysfunctions of genital and other systems of the body; but most often these disorders are provoked by harmful habits and way of life.

Alcohol impact on human health seems to be a commonplace truth. It adversely affects reproductive health, in particular, it lowers testosterone levels in males, and when used regularly, alcohol suppresses synthesis of this hormone, and this process is irreversible. Alcohol causes decrease in size of the gonads as well, and disorders their functions; it affects negatively sperm development and maturation, which prevents successful impregnation.

Likewise, alcohol has negative impact on female body. It causes disturbances of menstrual cycle, altered female hormonal production, leads to various diseases of female reproductive system. The most harmful effects of alcohol beverages intake are manifested during pregnancy: risk of developmental abnormalities in the baby, lost pregnancy, missed miscarriage, etc. It may lead to phenocopies, similar to mutations while unaltered genotype of the child, for example, the birth of children with Down's disease symptoms, but with normal karyotype.

Nicotine, which is an ingredient of tobacco smoke, shows harmful influence on the function of reproductive system. Smoking breaks the process of sperm cells maturation, negatively affects their mobility, that results in sperm increased viscosity, which complicates its passage through the seminiferous ducts. Similarly, nicotine also affects the women’s health: it leads to disordered process of oocyte production, or even can lead to their death. Tobacco smoking produces extremely negative effect in pregnancy: nicotine has detrimental effect not only on physical but also on mental health of the child. German scientists have shown that children of smoking mothers are characterized by disturbances of attention, impulsivity, and attention deficit hyperactivity disorder, mental development level is lower than in average.

Above all, narcotic substances produce the most harmful impact on human reproductive health. Drugs change hormonal background cardinally: it may lead to the female premature climax, male lowered testosterone production, various child’s developmental abnormalities, congenital pathologies and teratogenicity.

Consequently, we can conclude that reproductive health is determined by various factors, and it is influenced by the person's lifestyle. Tobacco smoking, alcohol and drug intake leads to infertility, birth of seriously affected descendants, reduced probability of fertilization, increased risk of congenital developmental malformations in newborns.

We must always remember that our health is our greatest treasure. Everyone has to take care of reproductive health among other its important components and be aware of harmful environmental factors. Healthy nation is the greatest wealth of each country.

Kamchatna V. A.

THE ROLE OF PSYCOLOGICAL STRESS

Kharkiv National Medical University
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Bogun M. V.

In the modern world every living being has an instant reaction in response to stressors characterized by the production of certain substances, which in turn triggers a cascade of the processes that can significantly affect the allostasis of the organism. To understand the characteristics of the action of psychological stress better, first it is necessary to determine what stressor we have. Looking with the eyes of an average modern person, they are: problems at work, traffic jams, an upcoming exam, etc. But if to look at a stressor with the eyes of a zebra? In this case, the foreground problems will be: possible physical damage, hunger, predators. For such animals, the worst is a sudden physical crisis. A zebra has no risk of developing atherosclerosis in this case, because animal's body is perfectly adapted for such situations. Everything is relative, that is why an example with a zebra was shown to understand the peculiarity of the specific psychological stress better what is inherent for the majority of human species.

Exactly, the existence of psychological and social problems forms the state of constant psychological stress, which, from the evolutionary point of view is a recent discovery for certain social primates, including humans. The essence of psychological stress is that we can cause a certain excitation in our body only by the thought, that is, thinking about the problem – the stressor. It should also be noted that for most animals, stress is short-termed, while the psychological stress in a person may last for years, so this is the reason why most modern diseases are cumulative.

We activate the cardiovascular system with the help of the sympathetic nervous system, which gives a signal for the production of a small amount of glucocorticoids. First, heart rate is accelerated, glucocorticoids act on neurons of the brain and stimulate sympathetic exaltation, increasing the effect of adrenaline and noradrenaline on the muscle tissue of the heart. The sympathetic nervous system compresses the veins, reducing their flexibility, and therefore the blood returns to the heart with greater force. In the result of that, the blood impacts the heart walls, and in response, they contract even more, than in the normal state. Thus, we increase the strength of the heartbeat. As a result, the heart rate increases, blood pressure rises. During stress, the blood supply and the energy supply of the muscles increases, and the blood supply of the intestine is significantly reduced. Another important point is the retention of water in the body during stress. The brain sends a signal to the kidneys to stop the processes of urination and return water to the blood with the help of vasopressin. So, the usual reaction of the body to the stressor after the cessation of its action was just presented, the body is restored to its former condition, activating the parasympathetic nervous system, which slows the heart rhythm with the help of the vagus nerve. But if we regularly expose the body to stress the risk of cardiovascular diseases will increase.

Specifically, whenever we think of a stressful situation, the energy is activated, which is intended to stimulate the muscles, for example, the legs, what is a senseless waste of energy, so our cardiovascular system will eventually wear out.

And now we will examine the risks and causes of heart disease more specifically. As it was said, during stress blood pressure rises, and during chronic psychological stress it leads to hypertension. Due to hypertension the pressure is chronically risen, what increases the blood flow through the blood vessels, what in turn stimulates the proliferation of muscle fibers around the tiny blood vessels to control the increased blood flow better. Such an increase of vascular muscles depresses their flexibility, so the blood pressure rises even more. Now the blood returns to the heart with a greater force in response, the walls of the heart thicken and we get such a moment which is

called a hypertrophy of the left ventricle, the heart becomes distorted, its one part is enlarged, what increases the risk of cardiac arrhythmia.

As we can see, the importance of the role of psychological stress in human body is unquestionable, so nowadays it is necessary to study more fundamentally the influence of the stress on the allostasis of the organism.

Katamadze R.N.

DANGER OF ANOREXIA

Kharkiv National Medical University
Department of Foreign Languages
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Kulikova O.V.

Anorexia is a mental or nervous illness that manifests itself in the violation of eating behavior, in which a person deliberately restricts himself in food intake.Anorexia patients resort to weight loss by means of diets, starvation, debilitating physical exercises, rinsing out the stomach, causing vomiting after eating.Anorexia is classified by the mechanism of its occurrence: 1) neurotic anorexia (negative emotions stimulate the overexcitation of cerebral cortex); 2) neurodynamic anorexia (strong irritants and pain depressing nervous center in the cerebral cortex are responsible for appetite); 3)neuropsychological anorexia or nervous cachexia (refusal of food is caused by a mental disorder – depression, schizophrenia, obsessive – compulsive disorder). Anorexia may also result from hypothalamus deficiency in children and Kenner's syndrome.

The presence of various chronic organ and system diseases can contribute to the development of anorexia. For example,disorders of endocrine system (pituitary and hypothalamic insufficiency, hypothyroidism), diseases of the digestive system (gastritis, pancreatitis, hepatitis and cirrhosis, appendicitis), chronic renal failure,–prolonged hyperthermia (due to chronic infections or metabolic disorders) and dental diseases.

In spite of the fact, that anorexia girls can be with an obvious lack of body weight, they consider themselves to be too fatty and continue to restrict the body in necessary supply of nutrients.Sometimes patients realize their exhaustion, but experiencing a subconscious fear of eating, they can't overcome it.

During anorexia a vicious circle is observed – the absence of nutrients inhibits the brain centers responsible for the regulation of appetite and the body ceases to require the necessary substances.

Prolonged refuse to take food causes physiological changes.The result of a long deficiency of necessary nutrients in the body is degeneration and then cachexia – a physiological condition characterized by a pronounced exhaustion of the body.The symptoms of cachexia are bradycardia (delayed heart rhythm) and pronounced hypotension, skin paleness with apical cyanosis (blue fingertips and blue tip of the nose), hands and feet cold on touch, hypersensitivity to low temperature. Everything begins to acquire the character of a snowball and if a person doesn't return to normal nutrition, continues to starve, then the body is beginning to "sacrifice" internal organs and the organs actually begin to be engaged in self-abuse, a condition that is characterized by behavior which causes damage or harm to oneself.

Kolesnyk M. R.

PREDISPOSITION OF MEDICAL STUDENTS TO PEPTIC ULCER

Kharkiv National Medical University
Department of Foreign Languages
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Petrova O.B.

Introduction. Peptic ulcer is a chronic recurrent disease, which predominantly affects people aged from 25 to 50. Currently, about 10-15% of the world's population suffer from this disease.This conditionis characterized by local structural changes in gastric or duodenal anatomy. Helicobacter

pylori infection contributes to the origin of some cases. It is considered that untreated Helicobacter pylori can enhance peptic ulcer, even developing up to stomach cancer. Though, most of peptic ulcers are rooted in other causes.

A lot of hypotheses have been suggested about the etiology of peptic ulcer, such as: hereditary, constitutional, exogenous and endogenous. This diseased condition occurs primarily in gastric mucous membrane in case when mucosal lining loses ability to resist the acidic effects of gastric contents.

Interestingly, the peptic ulcer of stomach incidence has risen nowadays, and women are affected with this disease more frequently than men. But no correlation of gender of the patient and affection of peptic ulcer of duodenum was shown. Prevalence of peptic ulcer in young generation is of great interest and value for the present medical science.

Materials and methods. We have studied predisposition of the 1st year students of Kharkiv National Medical University to peptic ulcer, using the following criteria:

- hereditary: 1) pertaining to the blood type 1; 2) gender; 3) allergic history;
- exogenous: 1) frequency of ingestions; 2) food quality; 3) mental activity; 4) physical activity; 5) prevalent emotional state; 6) smoking.

Results. One hundred and eleven first-year students of Kharkiv National Medical University were involved into anonymous participation in our study of predisposition to peptic ulcer among medical students.

Gender distribution of the respondents was the following: 52.3% females, 46.7% males. Positive family history for peptic ulcer affection was noticed in the following respondents: 36.1% have got relatives with diagnosed peptic ulcer of stomach and 15.8% – with duodenal peptic ulcer.

It was revealed that 60.9 per cent experience emotional stress periodically; 11.8% of respondents experience mostly negative emotions.

On the other hand, the studied students mostly reject smoking: only 15.1% of the surveyed persons smoke.

The gaps between meals were reported to last for 6-7 hours – 17.6%; 4-5 hours – 52.1%; 2-3 hours – 30.3%.

The students were also asked about their food ratio as for nutrients and types of foodstuff. The responses were as follows: 45.8% prefer meat in their diet; 30.0% – vegetables; 17.0% – bakery.

Over the half of the respondents (53.8%) reported of no evidence of having any allergy; the rest 46.2% are experienced allergy: 25.2% – to some food, 10.1% – to pollen, 13.4% – to insect bites. 31.4% have got diagnozed gastritis. 23.7% of the surveyed students pertain to the blood group I. The obtained findings analyzed allowed to get stastistical result concerning the 27.4± 3.4 per cent of the respondents (the 1st year medical students) have got evident predisposition to peptic ulcer.

In conclusion, we can summarize the results of our research as following: about 30% of the surveyed 1st year medical students of KhNMU are predisposed to peptic ulcer due to hereditary factors or their lifestyle. There is a perspective for the further research defining this predisposition more precisely.

Kravchenko E. V.
LABORATORY ON A CHIP
Kharkiv National Medical University
Department of Foreign Languages
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Bogun M.V.

The laboratory on a chip is a device for the production of biochemical and medical analyzes. This is a separate chip, usually made of silicon or pyrex. Usually, to detect or quantify any substance in the environment or in a biological material obtained from a patient, a reaction with a reagent, which specifically interacts with this substance, is carried out. As a result, of this reaction, a substance with new physical or chemical properties is formed, provided that the resulting substance has color or may glow under the influence of light. Quantitative and qualitative analysis

of a new compound is carried out using spectrophotometry or fluorimetry. The LNCH-biological microchip, which is a solid substrate with small cells, in each of which a reagent substance is fixed, works on the same principle. It serves as a probe for the reaction. All reagents are arranged in a certain order and interact with the sample being analyzed. Labs on the chip perform the functions of many traditional macroscopic laboratory processes, such as pre-conditioning, reaction and detection. All this is made at the micro level.

The advantages are to reduce the analysis time and portability of the micro device. Reduction of an analyzed sample and the reagent volume increases the efficiency and reduces the cost of microanalyses in analytical chemistry and biochemistry. By supplying control electric pulses, it is possible to mix the reagents to the desired concentrations or to separate them. The resulting reagents are able to react to the presence of bacteria or certain chemical contaminants.

Kulinich Y.V.

PROS AND CONS OF TAKING ANTIDEPRESSANTS

Kharkiv National Medical University
Department of Foreign Languages
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Zhdanova T.O.

The antidepressant is a medical term for the medications which treat depression. However, antidepressants are used in more fields than we can imagine. These medications also fight against melancholy, anxiety, restlessness and fear, regulate appetite and sleep. Moreover, some of the antidepressants are used to give up smoking and to get rid of night enuresis. Antidepressants are used as medication to relieve pain in chronic diseases. Nowadays there are a lot of medical drugs which we can put to antidepressants group and this number is increasing.

Antidepressants have influence on neurotransmitter systems of the brain. Main neurotransmitters are serotonin, noradrenaline and dopamine. Lack of the neurotransmitters causes depression. Antidepressants regulate balance of the neurotransmitters, therefore, eliminate clinical factors of depression, however antidepressants just regulate and do not replace them. They do not cause addiction.

At the same time, antidepressants have a lot of the adverse effects and contraindications. Furthermore, sometimes symptoms of depression are effects of other serious diseases and uncontrolled use of antidepressants can kill a patient that is why only doctors can prescribe antidepressants after establishing a precise diagnosis.

From the clinical point of view, antidepressants are divided on medications with sedative, stimulating and harmonizing effects.

Firstly, antidepressants require a gradual increase in dosage. Therefore, each situation is unique, and a dose of antidepressant will be different. If a positive effect is achieved, a patient has to stop gradually intake of this drug. Such approach helps to avoid adverse effects and disease relapse.

Secondly, antidepressants with an immediate effect do not exist. It is impossible to cure depression in one or two days. Therefore, antidepressants are prescribed for a long period of time. If the patient does not feel better after one month of treatment, the medication should be replaced.

Antidepressants can’t be used with alcohol. Moreover, sexual dysfunction can be caused by antidepressants, for example, decrease of sexual inclination and erectile dysfunction. These medications are not indicated to people who have prostate adenoma, glaucoma and problems with the rhythm of the heartbeat.

To summarise, a choice of antidepressant is totally individual. A lot of different factors should be taken into consideration when the medication is prescribed. Moreover, if something helps one person, it does mean that it will obviously help another person.

Leshenko S.O.

PENTOLOGY OF CANTRELL

Kharkiv National Medical University
Department of Foreign Languages
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Kulikova O.V.

The 21st century is the era of technology invasion in all the areas of our lives. But no matter how developed humanity is, the struggle against congenital pathologies has not yet been won. There are still hundreds and thousands of children, who are born with terrible developmental defects. Cantrell's syndrome (pentology of Cantrell) is a rare syndrome, about 1 in 200,000 newborns have it, and only 85 cases of its development have been described in the history of medicine. Heart ectopia, omphalocele and various anomalies of the sternum, from the partial absence of separate parts and up to the complete absence of the sternum, are typical for it.

The most famous child with an ectopia of the heart at the moment is Virsavia Borun-Goncharova. Virsavia is seven years old, her family is from Novorossiysk. When the girl was born, doctors predicted her death within a few weeks due to the severe pathology. But they were mistaken. In search of help, her mother moved to the United States, hoping for an operation. Though, at the moment she is too weak and has problems with pressure, so doctors give her special medications. However, she has hope. Vanellope Hope Wilkins, who was born on November 22, has already undergone three open heart surgeries. There were 50 doctors present at the moment of her birth, and they performed the first operation immediately, 50 minutes after the birth. Doctors succeeded in transferring the baby's heart into the chest. After just 9 days spent in the intensive care unit, Venellope was safe. Her heart completely descended into the chest and the doctors did some extra manipulations. Now the doctors are concerned with the problem of how to restore the bones to protect the internal organs.

Lisova Y.M.

HYPODYNAMIA AS A PROBLEM OF MEDICAL STUDENTS

Kharkiv National Medical University
Department of Foreign Languages
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Timonova G.V.

The theme of a healthy lifestyle is the most actual in modern society. Students of a medical high school spend most of their time on studying, both at university and at home, without finding a free minute for an active recreation. Unfortunately, as a result, the younger generation has a serious problem with the body hypodynamia.

Hypodynamia is a state of reduced activity of the body, caused by the lack of physical activity of a person. Hypodynamia is not a disease, but it leads to severe disorders in the body.

This work is aimed to determine the reasons of the development of hypodynamia among students of medical high schools and draw attention to their dismissive attitude towards health. Hypodynamia is a sedentary lifestyle leading to a decrease in metabolic rate (metabolic pathway disorders), diseases of cardiovascular system (reduction of vascular tone, weakening of the heart muscle), diseases of musculoskeletal system (early development of osteochondrosis, arthritis, arthrosis), disorders of respiratory system (lung volume reduction, dyspnea). It is well known that people who are engaged in physical training are less likely to get sick, stressed and depressed.

A survey was conducted among medical students. According to its results 50% of respondents believe that they have sufficient physical activities during the whole day and do not need more training; 25% would like to go in for sports; 10% of respondents said they would pay more attention to sports if they had more free time; 10% go in for sports regularly; 5% cannot do physical exercises due to some problems with their health.

Most students noted the following symptoms of hypodynamia: slackness, fatigue, sleepiness, bad mood, irritability, sleep disturbances, loss of appetite and reduced work capacities. Almost

everyone can periodically notice similar symptoms, but not everyone associates them with the hypodynamia. The main preventive measure is to follow a healthy lifestyle, do sports and increase daily activity.

Based on the results of questionnaires and information from other sources we can sum up that nowadays students, especially at medical universities, do not pay sufficient attention to their physical health, and are prone to the development of hypodynamia resulting in metabolic disorders. People who spend most of their working hours in a sitting position are recommended outdoor activities. It is obvious that the crucial point in overcoming hypodynamia should be aimed at alternating mental and physical activities, increasing the last one. Regular physical exercises, running, swimming, cycling and others are excellent measures to prevent hypodynamia.

Moisieienko L.V.

STRESS MANIFESTATIONS AND SUCCESSFUL MANAGEMENT METHODS IN MEDICAL STUDENTS

Kharkiv National Medical University
Department of Foreign Languages
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Bogun M. V.

Stress is an important cause of many diseases. It affects people's behaviour, ability to work and relationships between family and colleagues. There are not enough methods to overcome stress and it concerns medical students too. Stress factors lead to functional disorders of many organs and systems. Stress is a condition of human body usually caused by extraordinary stimuli and leads to the tension of nonspecific adaptation mechanisms.

There was a study conducted among 40 students (20 girls and 20 young men) during the winter session in 2017 (the author’s research, conducted on the basis of a survey of 1-3 year students of 4th medical faculty of KhNMU). The research has shown that nearly 30% of students presented complaints of tachycardia, almost 20% had uncontrolled muscular twitching, 25% presented complaints of insomnia, 5% of students during the preparation for exam suffered from headaches, 18% of girls had disorders of menstrual period, also an increase of acute respiratory virus infection morbidity was noticed.

There are some stressors most prevalent in the life of a medical student. The first one is an academic load because profession of a physician demands excellent knowledge. The other one is a lack of sleep. Most medical students don't sleep enough, that's why they more often feel stressed than those who sleep enough. It may lead to more offensive behaviour and decreases concentration, ability to study and solve problems. The last one is an unhealthy diet. Malnutrition may lead to gastrointestinal disorders and also make people more sensitive to stress factors. The food which can make students more susceptible to stress is the one that contains big amounts of fats and sugar. These substances are often found in the fast-food, which is popular among students who don't have enough time to cook for themselves. For example, foods that induce stress are fuzzy drinks, snacks, energy drinks, sweets and fancy bread.

Continuous stress may lead to many diseases. There are such disorders as primary hypertension, diabetes, stroke, infarction, anxiety and depression. Many researches have revealed that stress can worsen asthma manifestations.

In our research were used some methods to overcome stress in the period of preparation for exams. There following ones are for young women: aromatherapy, going for a walk before sleep, eating dark chocolate, listening to calming music, face, neck and hand massage. The methods for young men are cold shower, physical activities, communication with friends, cooking delicious meals. A decrease in heartbeat rate by 5-7%, in blood pressure by 3% and in respiratory rate by 3% were observed due to aromatherapy (the author’s research, made on the basis of a survey of 1-3 year students, 4th medical faculty of KhNMU). During physical activity an increase of blood pressure by 4-5% and heartbeat rate by 6% were observed. However there was a decrease of psychological load.

In this work the problem of stress among medical students, methods of its study for detection and prevention of its possible consequences were shown.

Ovsiannikova K.S.

HISTORY OF MILITARY MEDICINE DEVELOPMENT AND ITS PROBLEMS.

Kharkiv National Medical University
Department of Foreign Languages
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Kulikova O.V.

«It is a higher glory to stop a war with a word, than to slay men with a sword, and to procure or maintain peace by a treaty agreeing peace between warring states, not by war» — Augustine of Hippo. But people don't understand that. Wars have been continuing since the time humanity exists. That's why armies have always needed military doctors. The first war-doctors were in ancient Greece army. They helped Greek warriors by making ordinary operations andtookthe arrows out of the bodies. By the way, "ancient surgeon" meant someone who was taking out the arrows. There was one more feature of the Greek military medicine, there were special bags for soldiers which contained ancient drugs such as healing herbs. Moreover, something similar is used in modern medicine. As soon as the Roman Empire army became more organized, every legion got its medical officer. Military medicine in the Roman Empire was more developed than in ancient Greece. The doctors were representatives of Greek medical schools like Cnidus and Cos medical schools. The surgical procedures became more modernized. Military surgeons made amputations with more developed equipment and instruments, also they were taught to treat with natural herbs. The next period of development of the war-time medicine is the Middle Ages. It was the dark time when medicine was oppressed by Catholic Church. But military medical service became necessary during the Crusades. There were infections in every town-in-war, where qualified medical workers helped crusaders. In addition, there were some medical qualifications in those times. The most prestigious place among medical workers took surgeons, the second place was for wandering doctor, the third took barbers, after that there were charlatans and the last place took executioners. The new age of history for medicine is the Russian Empire time. There were a lot of highermedical academies which trained good specialists in the military field of medicine. Doctors got a big salary and were revered by their contemporaries and had a war rank. One of the famous Ukrainian writers, Mikhail Bulgakov, was also a good medical officer. He was a country doctor who treated people in the countryside. In the modern world military doctors are qualified specialists who have a military rank. There is a charter of Geneva Conference which consolidated a neutral status of war-time doctors. The army can not exist withoutmilitary doctors. The doctor monitors the health of soldiers, provides them with the necessary medical assistance in case of necessity. The modern situation in Ukraine proves us that our country needs highly efficient medical officers. Ukrainian doctors who come to the battle zone treat our warriors and local residents who have become victims of war. Military doctors can perform hard operations in the air under difficult conditions. Medical officers put health of their patients above their own life. Military medicine is more developed now than it was 3 years ago. Journalist Andrey Kolomiycev said, that the injuries in the war area were very specific and the experience they got by treating those patients was very valuable for military doctors. Now our doctors take part in various conferences and share their experience. The chief physician of the Mechnikov hospital has the whole collection of fragments and bullets removed from the bodies. It is a terrible experience, we must remember it. In conclusion, I'd like to say that military medicine is a very necessary field of medicine because it provides our defenders withproper medical help. But there is still a great hope that hard time will pass and armies will become unnecessary.

Pelych I. M.

THEUSEOFPORTABLE GLUCOMETERS.THEIR CONTRIBUTION TO THE DIABETES TREATMENT.

Kharkiv National Medical University
Department of Foreign Languages
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Kulikova O.V.

It is now when the rhythm of life has greatly increased the human organism does not cope with the load because of constant stresses and permanent overtention. It is these “key factors” (which induce the malfunction in the work of pancreas) made the diabetes one of themost wide spread diseases among adults and children. The way one feels and his or her vital capacity is directly related with the bloodglucose level, therefore, it isnecessary to watch its level constantly.The device used to determine the level of glucose in blood is called glucometer. In this work I want to tell about the main causes of the diabetes appearance among adults and children, also about the rules of portable glucometers usage under home conditions, their types (depending on the principle of their action) and define if they are needed for all people suffering from diabetes regardless of the disease stage. To the main factors of the disease appearing in adults and children we may refer: 1) heredity (the probability of this disease for a child, when both parents are ill with diabetes is 75 %; 2) the organism affection by heavy viral diseases (hepatitis, rubella, chicken-pox, some forms of flu); 3) constant overwork and stresses; 4) drugs which effect the work of pancreas negatively; 5) the use of alcoholic beverages and tobacco smoking. It is these factorsthat affect the diabetes development along with many other reasons, which also influence the work of pancreas. At present moment people do not have enough knowledge as to the work of pancreas normalizing, there are not many ways to keep the insulin level within definite ranges. In order to know what dosage of insulin should be added, the devices which define the molecular concentration of glucose are used todetermine what quantity of hormone should be added later. The glucometers are classified on the basis of their principle of action: photometric, electrochemical, biosensor and non-contact (bloodless). Whole blood or plasma are taken as a tested liquid. Modern portable glucometer “pocket size” has a display, control system, power supply (lithium battery); the set also includes half-automatic scarificator, test lines (single application). The measurements are carried out in mill mole per liter. The procedure has several stages (hands washing, switching on the device, test line fixing, making an injection by means of scarifier, test line applying to the site of injection and waiting for the results. The average blood glucose level must be 3,3-5,5 mmole/l. If the result differs greatly, the analysis must be repeated. In case of the result is the same or the level is less orexceeds the norm, consult your general practitioner for further treatment. Taking into consideration all above mentioned information, we can make a conclusion that every patient suffering from diabetes must have a portable glucometer for periodic check up with the aim of avoiding disease complications. It is portable glucometers that allow to determine blood glucoselevel immediately. The situation when people know about the problem and start treating the disease solves half of the problem.

Shengeliya T.E.

MOLECULAR FOOTBALL BALLS

Kharkiv National Medical University
Department of Foreign Languages
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Bogun M.V.

Fullerenes are a relatively new class of molecules, which, like diamond and graphite, are one of the allotropic forms of carbon. For the discovery and further study of fullerenes H.V. Kroto, R. F. Curl and R. E. Smalley in 1996 were awarded with the Nobel Prize in Chemistry. There is a whole range of these carbohydrate spherical molecules. The most studied and well-known are fullerenes C60. They consist of 60 carbohydrate atoms and have the form of a truncated icosahedron, or, more

simply, a soccer ball (in some early studies some authors called it footballen). Due to its closed electronic shell and aromaticity, they have sustainability and chemical stability.

These unique molecules are of great importance to medicine due to their physical and chemical properties. Atoms of carbon are located on a spherical surface and are empty inside. Fullerenes can be filled with solvent molecules, according to their volume. They have an ability to form connections with atoms, molecules, ions, radicals and other particles. Due to the hydrophobic properties, fullerenes are able to "catch" radicals.

A major problem is the presence of free radical particles in the human body. Normally free radicals are involved in the fight against bacteria, that is, they are necessary to maintain immunity. But their surplus causes a number of possible consequences such as: loss of skin elasticity, appearance of wrinkles and pigmentation spots, inflammatory changes in joints, etc. To avoid this it is enough to take vitamins C and E as antioxidants, carotenes, which have the following effect: one vitamin molecule is enough to destroy only one radical particle. If fullerenes are used as antioxidants, then they exceed the action of usual ones by 10-1000 times. Radical particles have such a feature that when they are combined with each other they recombine and become completely safe. Fullerene collects them on their surface, they stick, what makes it possible to connect the particles and at the same time to neutralize their effect.

Fullerenes are acting regulators of oxidative equilibrium in biological systems. Significant processes associated with the apoptosis of damaged cells depend on the level of active forms of oxygen (AFO). Under the influence of ionizing radiation AFO molecules are formed, excessive products lead to oxidative stress. Fullerenes are capable of producing AFO, provided that they act on ultraviolet and visible radiation (turning into an excited state). Since tumor cells have an unstable gene, it is advisable to use combination therapy which will target signaling pathways dependent on AFO products and at the same time having no effect on healthy cells. To accomplish this task, we can create C60 composites that increase the photosensitive ability of fullerenes, especially if you introduce the structures which are able to capture light (anthracene, porphyrin, etc.). Inflammatory processes are accompanied by the increase of the level of free radicals, and the biochemical effect is realized through the increase of the reoxidation reactions of these particles. Photoexcitation of fullerenes has a selective damaging effect, which is detected in the oncotransformed cells and absent in timocytes (vital cells remain not damaged).

In conclusion, it can be said that a further research and future introduction to mass use will make it possible to make a qualitative leap in the treatment of various diseases associated with the elimination of excessive free radicals and tumor cells.

Stoyan A.O.

SIGNIFICANCE OF INCREASED AWARENESS OF MYOCARDIAL INFARCTION

Kharkiv National Medical University
Department of Foreign Languages
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Petrova O.B.

Currently, cardiovascular diseases present one of main causes of high mortality throughout the world. Awareness of these diseases is of great value in prevention of the overall mortality.

Cardiovascular disease is considered to be the largest group of diseases, which includes the following types: coronary heart diseases, cerebral vascular diseases, peripheral arterial diseases, rheumatic heart diseases, congenital heart diseases, deep vein thrombosis and pulmonary embolism. These abnormalities are acute signs of the diseases and they manifest in general blockage of blood vessels that is atherosclerosis. These signs must alert the patients of the group of risk, and make them take care of the condition.

The term ‘atherosclerosis’ (atherosclerotic plaques) is related to adipose deposits on the inner wall of blood vessel which prevent normal blood flow passage through the vessels to the heart or brain. It may result in numerous heart attacks or strokes. The main clinical manifestation of

myocardial infarction is anginal pain, that is a specific intense pain behind sternum. However, pain can be divergent and irradiating to some areas in the heart muscle.

Patients with extensive myocardial infarction feel pain in the abdomen, chest, shoulder blade, arm. Such a painful attack can fluctuate. This painful syndrome may last from 15 minutes to 1 hour, or stop in a few hours. The usual symptom of myocardial infarction is cardiac failure. Multiple arrhythmias develop, which are certain forms of atrial fibrillation and extrasystoles. Heart failure is the main sign of myocardial infarction in 97% of cases.

Based on the period of myocardial infarction development, several stages of this disease are distinguished: the first stage of ischemia (peracute), the second stage of necrosis (acute), the third stage of organization (subacute), the fourth stage of scarring (post-infarction).

Electrocardiography is used as a diagnostic method for myocardial infarction. It shows the changes in the heart muscle, and localization of negative T and Q waves, as well.

Myocardial infarction is an emergency case, and the patients must be hospitalized in cardiac resuscitation. Treatment of this disease is aimed at preventing and eliminating total heart failure, reducing arrhythmias and cardiogenic shock. Patients are prescribed thrombolytics, antispasmodics, nitrates and antiarrhythmic drugs.

In modern world, most cardiovascular diseases can be prevented with awareness and avoiding certain risk factors. The main risk factors are tobacco smoking, intake of alcohol or drugs, sleep disorders and lack of healthy nutrition.

Nowadays, in the twenty-first century, the people, suffering from cardiovascular diseases, need advice, timely diagnosing of heart disorders, and, on the other hand, providing emergency hospitalization and necessary care under the specialized unit.

Increased awareness of myocardial infarction is of great significance, because timely measures and urgent aid will help to reduce the risks associated with cardiovascular disease.

Surovtseva K. S.

MORPHOFUNCTIONAL RECULARITIES OF PATHOLOGICAL PLACENTAL BLOOD CIRCULATION

Kharkiv National Medical University
Department of Foreign Languages
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Bogun M. V.

Oxygen and nutritives are delivered to fetus with the help of placenta from the mother's blood. It is called placental blood circulation. This is how two vascular systems are connected. But in some cases dysfunction of the placenta can lead to the fetus development disorders.

Our research revealed such placental pathologies as hypoplasia, hyperplasia and infarct.

The weight of a placenta can reach 1000 g due to its hyperplasia. The causes of this disorder are diabetes, severe anemia, rhesus incompatibility, infectious diseases and gene mutation. Knowing causes of this disorder is the main prophylaxis. There are such changes as dilatated intervillous lacuna, changed fetus activity, muffled heartbeats of fetus, hydramnion, hyperglycemia of pregnant women. Possible consequences are oxygen and nutritive deficiency, developmental delay, hypotrophy, bone curvature. If no treatment is provided, intrauterine fetal death is possible.

Weight of the placenta may be less than 400 g due to the hypoplasia of placenta. It reflects placental insufficiency. The causes of this disorder are hypertension, gestosis, continuous abortion threat, fetus growth inhibition. The etiological factors of this disorder contribute to the primary prophylaxis. There are such changes as developmental delay, impaired placental blood flow, tachycardia. In most cases placental hypoplasia is cured fast without complications and side effects. Treatment is not necessary if primary hypoplasia was diagnosed. A woman is recommended to make abortion.

Placental infarctions are developed due to the disorders of placental blood circulation (microthrombosis, continuous spasm of spiral arteries). Infarcts are observed among pregnant women with hypertension, gestosis. Placental infarction symptoms are not always clinically evident.

Pregnant woman can not feel pain and other symptoms because there are no pain receptors in placenta. Small infarctions do not have negative effect. Recurrent infarctions lead to hypoxia or fetus development delay. Detachment or extensive injury of placenta may occur due to the infarctions. In some cases it can be a cause of antenatal fetal death.

Conclusion: early prophylaxis and diagnosis is necessary for the prevention of the pathologies described.

Tymokhina D.S.

THE LONG-TERM EFFECTS OF INHALATION OF TOBACCO SMOKE ON RATS' NEONATAL DEVELOPMENT AND THE SEXUAL CYCLE OF THEIR DESCENDANTS

Kharkiv National Medical University
Department of Foreign Languages
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Kraynenko O.V.

Smoking is the most widespread harmful habit. 1.3 billion people smoke worldwide, and this is one of the main causes of human death. It has been proved that tobacco smoke component sare exogenous mutagens. Notably, nicotine gives rise to the diseases of the cardiovascular and digestive systems. Carcinogenic resins and radioactive elements cause cancer and disruption of the nervous system. But today mechanisms and consequences of toxication, due to parents' tobacco smoking, which affects formation of there productive system of the descendants, remain unknown. This fact is important in preventing the probable pathology of the reproductive system and infertility.

The purpose of this research is to study the long-term effects of passive smoking of parent-rats on neonatal development, the nature of the sexual cycle, and indicators of sexual behavior of descendants-females. During the research work the following tasks were set:

- To trace the behavior of rats under the condition of chronic to bacco inhalation;
- To study the neonatal development, the nature of the sexual cycle and indicators of sexual behavior of the descendants, whose parents were chronically affected by the tobacco smoke.

For the research three experimental groups were chosen: the female group (group M-mother), that inhaled the tobacco smoke for 51 days; the male group (group F-father) and both parents'group (MF), that inhaled the tobacco smoke for 5 minutes. After the inhalation of the tobacco smoke, the pairing of rats was performed. The experiments showed that passive smoking in all the three groups resulted in a decrease in the number of rats in one off spring, comparable to the control group, where rodents did not inhale the tobacco smoke. Rats showed lower survival rate. In two groups still births were recorded: in the M group 10.5% of the dead were rats and in group F – 20%. This was due to the harmful effects of the components of the tobaccosmoke (benzopyrene, nicotine, carcinogenicresins) on the embryos. However, we watched an interesting phenomenon. In the group where both parents (MF) inhaled the tobacco smoke, both male and female, better survival rates were recorded, compared to the controls. In addition, in these rats thephenomenon of "accelerated development" was registered: they dropped before time, as well as, opened their eyes and became mature. That is, the processes of aging were significantly accelerated. This is a compensatory response to an increase of the tobaccosmoke inhalation.

The analysis of the offspring's sexual cycle showed that chronic tobacco inhalation by female mothers led to prolonged diestrus in their female offsprings, that is, they were in fertile. In the offsprings of the female group F and MF, with underlying increase in the duration of the estralcycle (12,5 ± 0,3 and 13,17 ± 0,48 days, respectively), a low percentage of the coupling componentin sexual behavior was registered, though,havinga high level of sexual drive. For two female offsprings of the group MF, where both parents underwent tobacco intoxication, "asexual" behavior was noted, which manifested absence of all signs of sexual behavior.

Consequently, according to the results of the research, it was stated that chronic inhalation of the tobacco smoke by rats leeds to the violations of neonatal development of their offsprings. Moreover, it was proved that tobacco intoxication of parents causes significant deviation in the estralcycle and sexual behavior of the female descendants.

Timoshenko D.V.

INTERRELATION BETWEEN INTESTINAL BACTERIA CONTENT AND OBESITY

Kharkiv National Medical University
Department of Foreign Languages
Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor: Kulikova O.V.

A great number of articles, films and books about the problem of obesity are issued every day. A number of people suffering from excess weight and obesity increased from 857 million in 1982 to 2,1 milliard in 2013, it means that the obesity growth makes more than 145 %. Doctors are extremely worried by this tendency. The problem of obesity is more common for women than for men. The excess weight is directly connected with development of cardio-vascular diseases, cancer, diabetes, osteoarthritis, chronic kidney disease, and in addition it causes emotional suppression and censure of surrounding people.

A number of investigations revealed differences in the bacterial microflora composition of people suffering from obesity in comparison with the microflora of healthy people.

According to the results of one of the researches, people suffering from the obesity have 20 % more bacteria *Firmicutes*group in comparison with this indicator for people with normal weigh and have almost 90 % less of *Bacteroidetes*bacteria in the composition of their intestinal flora.

The two biggest groups of bacteria - *Fermicutes*and *Bacteroidetes* compriseup to 90 % of all bacteria of intestinal microflora. It is known that the higher content of *Firmicutes* group bacteria relating to Bacteroidetes bacteria group in the intestinal microflora is directly connected with high level of inflammation and higher degree of obesity.

Bacteria of *Firmicutes*group are well adapted to removal of calories out of food, and it can be the direct cause of obesity. Also these bacteria control gene expression influencing the process of metabolism in the organism. Bacteria of *Bacteroidetes*group specialize in the decomposition of plant fibers and starch into the molecules of shorter fatty acids, which organism uses for energy obtaining.

However, British scientists have already conducted series of investigations and proved that the relation of bacteria in the intestine can be changed. They recommend to add plant fibers of the natural originto the food intake in order to change the ratio of bacteria in the intestinal microflora.

Бєлова Ю. М.

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОФОР В АНАТОМІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ (НА ПРИКЛАДІ ОСТЕОЛОГІЇ)

Харківський національний медичний університет
Кафедра латинської мови та медичної термінології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Лозенко В. В.

Основними субодиницями глосарію будь-якої наукової сфери є терміни. За визначенням А.М. Кузнєцова, термін — це слово або стійке словосполучення, яке чітко означає наукове чи спеціальне поняття, що стає зрозумілим завдяки його лаконічному та логічному визначенню.

У ході дослідження було проаналізовано близька 50 метафоричних назв анатомічних утворень. Умовно їх було поділено на 6 груп: загальні метафоричні назви анатомічних утворень, метафори на позначення утворень хребта, кісток грудної клітини, поясу верхньої кінцівки та вільної верхньої кінцівки, поясу нижньої та вільної нижньої кінцівки, а також черепа. Для визначення початкової назви було використано «Латино-російський та російсько-латинський словник» (укладач—Олександр Подосинов) та онлайн-ресурс *Vocabulariumlatinorussiummagnum*.

Найменшу кількість метафор було знайдено на позначення анатомічних утворень грудної клітини – *processusxiphoideus* та *manubriumsterni*, що відповідно позначають мечовидний відросток та рукоятку грудини.

До групи на позначення термінів, які відносяться до загальних метафоричних назв, було віднесено слова, які можуть описувати анатомічні утворення будь-якого відділу тіла. Найчастіше зустрічаються терміни *sulcus* (напр. *sulcuscostae, sulcussinussaggittalissuperior*), борозна, дослівно перекладається як жолоб, *collum*– шия або шийка та *caput*. Останні найчастіше зустрічаються при описанні кісток верхньої та нижньої кінцівки– *caputetcollumfibulae,caputetcollumossisfemoris, collumradii. Ramus* дослівно перекладається як «гілка», зазвичай представляє собою одинабо два відростки кісткової тканини, що відходять від тіла кістки. Зустрічається у таких термінах як *ramimandibulae, ramusossisischi, ramiinferiores etsuperiores ossispubis* та ін. *Lingula*, язичок, невеликий остистий виріст, який нагадує язик ящірки. У скелеті людини визначають *lingulamandibulae, lingulasphenoidalis* та ін. Лексема *condylus* означає «вузол тросникового стебла», зустрічається у сталих виразах *condylushumeri, condylusoccipitalis* та ін. Останнім дослідженим терміном був *spina*– коротке остисте утворення, що зустрічається на клиноподібній кістці, піднебінній кістці (*spinanasalisossispalatini*) та хребцях (*processusspinosus*) Дослівно перекладається як колючка.

Висновки. По-перше, виявлено, щобільшістьпроаналізованихтермінів є латинськими метафорами, але зустрічаються слова грецькогопоходження. По-друге, середпроаналізованихтермінівнайбільшукількість метафор буловиділеносеред лексем на позначенняанатомічнихутворівкісток черепа та кістоквільноїніжньоїкінцівки. А такожвиявлено, щоназвикістокпоходятьвідпредметівпобуту та культу, щобулихарактерні для періодуРимськоїімперії.

Бойко В.С.

ОСОБЛИВОСТІ АБРЕВІАЦІЇ В МЕДИЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Харківський національний медичний університет
Кафедра латинської мови та медичної термінології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Литовська О. В.

Абревіація – утворення скорочень від слів або словосполучень. Дане слово походить від латинського «abbrevio» - скорочувати.

За принципом побудови можна виділити такі різновиди абревіатур: 1. ініціальна; 2. складова; 3. змішаного типу; 4. комбінована.

Латинська абревіація широко застосовується в медицині. Окрім загальновживаних словоскорочень, існують абревіатури на позначення органів, рецептурних виразів та назв лікарських форм,захворювань, методів їх діагностики та лікування.

Анатомічні скорочення вживаються для скороченогозапису органів.Вони утворюються записом перших літер (або літери)слова.Для утворення форми множини остання літера в скороченні подвоюється. Наприклад, a – arteria – артерія, aa. – arteriae – артерії.Окрім цього, варто виділити абревіацію назв хребців. На першому місці в такому скороченні–початкова літера назви відділу хребтового стовпа (C–cervicalis–шийний; T–thoracalis–грудний;L–lumbalis–поперековий). На другому місці ставиться порядковий номер хребця. Наприклад, C_{VI}– шостий шийний хребець. Перелік термінів, що скорочується є обмеженим, а тому не є продуктивним, оскільки не може доповнюватися.

Фармацевтична абревіація використовується для написання рецептів та утворення назв лікарських засобів. Фармацевтичні рецептурні скорочення затверджені в Додатку до Правил виписування рецептів на лікарські засоби та вироби медичного призначення. У фармацевтиці скорочуються не лише іменники(liq. – liquor – рідина), але й дієслова (M. –Misce, Misceatur– змішай, нехай буде змішано, змішати), прикметники (praecip. – praecipitatus–осаджений)та словосполучення іменників з прикметниками (aq.pur. –aquapurificata– очищена вода). Крім

цього у фармацевтичній термінології абревіація використовується для утворення тривіальних назв лікарських засобів. Наприклад, назва «Pavaesthesinum» утворена шляхом поєднання елементів назв складових цього лікарського засобу (Anaesthesinium, Papaverinihydrochloridum). Досить часто використовуються ініціальні абревіації, наприклад, $ТХА_2$– Tromboxanum A_2. Також виділяють абревіацію з дефісом, тобто поєднання початкових і кінцевих літер слова (t-ra–tinctura– настоянка).

У клінічній термінології абревіація використовується для діагнозів, назв методів лікування та діагностики.Власне латинські скорочення клінічної термінології не є розповсюдженими. Частіше використовуються скорочення сучасних термінів на базі латинських слів. Наприклад, ЕКГ– електрокардіограма;ВІЛ–вірус імунодефіциту людини. Також використовуються скорочення термінів, що є необхідними для діагностики (OD–oculusdexter – праве око). Відомі випадки графічноїабревіаціїз дефісом, наприклад, c-r – cancer – рак.

Незважаючи на деякі відмінності, кожен з вище описаних типів вживання скорочень є взаємозалежними, адже анатомія, фармацевтика та клініка – невід'ємні частини освіти лікаря. Відповідно, скорочення та абревіації є дуже корисними, оскільки економлять час і місце в довідках, рецептах та направленнях. Варто пам'ятати, що не знаючи розшифрувань абревіацій лікар не зможе виконувати свою роботу на належному рівні.

Гончаренко В.И

ЭТИМОЛОГИЯ ЛАТИНСКИХ НАЗВАНИЙ КРАНИОМЕТРИЧЕСКИХ ТОЧЕК

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра латинского языка и медицинской терминологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Литовская А.В.

Краниометрия – это измерение размеров черепа и головы.Мы сгруппировали названия стандартных точек, согласно их принадлежности к части речи.Существительными являются 24 названия, из них латинское происхождение у слов: vertex, icism(от слова вершина);glabella,aef(от лат.glabella – надпереносье);nasion, i n (от nasus– нос); точка sphenobasion сметанного происхождения – от лат. basis – основание и от греч. sphen – клин – находитсяна основании клиновидной кости;точка gonion, i n *(*от gōnia– угол*)расположена на вершинеуглажнейчелюсти;*наиболее выступающая кнаружи точка боковой поверхности черепа euryon, i n (от лат. *eurys*– широкий); porion, i n– от лат. poros – проход.Названия 13 точе к происходят от костиилиоргана, на котором они расположены: bregma,atisnot bregma – темя;точка gnathion, i n*om*gnathos– челюсть; metopion, i notmetopion–лоб; inion образована от слова затылок. Название передней точки подбородочного выступа pogonion, i nпроисходит от pogon–борода; от staphylon – мягкое небо – происходит staphylion, i n;zygion, i n (от zygoma – скуловая дуга); rhinion,in происходит от корня rhin- – нос; pterion, i n(отpteron– крыло); от слова dakryon – слеза произошло название dakryon, in. Отметим, что для обозначения точек на костях носа используется как греческий корень rhin-, так и латинский nasus. Названия двух точек образованы на основании внешнего сходства с мотивирующим словом: asterion, in от слова astrum – звезда; lambda,n происходит от названия буквы греч. алфавита. Ряд названий указывает на расположение относительно органа. От слова opisthen– сзади – названи eopistion, i n. Opisthokranion, i n происходит от *kranion* череп и opisthen.Точка верхней челюсти выступающая вперед– prosthion, i n– от prosthios–передний. На наружном крае орбиты находится точкаektokonchion, i notektos – снаружи, konche – раковина.22 существительных относятся к среднему роду, кроме glabella, aef и vertex, icism.

Остальные названия краниометрических точек–прилагательные в форме среднего рода, согласованные со словом punctum, in– точка. Все 17 названий имеют латинское происхождение, за исключением zygomaxillare, которое происходит от латинизированного греческого слова zygoma – скуловая дуга и maxilla, ae, f – верхняя

челюсть. Источником образований большинства прилагательных является указание на орган, к которому относятся точки. Auriculare происходит от лат. auricula, ae f – ушная раковина;coronale – от corona, aef– венец– расположена на венечном шве. Существует две точки frontomalare: orbitale itemporale. Frontomalar епроисходит от frons, ntisf – лоб, mala, aef– челюсть и скула; orbitale от orbita, ae f – глазница; temporale от ostemporale – височная кость. Название frontotemporale обраховано от os temporale и frons. Maxillofrontale – точка пересечения внутреннего края глазницы с лобно-челюстным швом, происходит от maxillaae, f – верхняячелюсть и frons. Nasospinale образована от nasus и spina, aef – ость. Orbitale происходит от orbita. Lacrimale связанасо словом lacrima, aef – слеза. Orale образована от os, orisn – рот. Jugale происходит от слова jugum, in – гребень. Ряд прилагательных образованы префиксальным способом: infradentale от infra – под idens, dentism – зуб;supraorbitale –расположенавышеглазных впадин, происходит otsupra –выше и orbita, ae f –глазница; от латинскогosub – ниже и spina, обраховано название точки subspinale; supraglabellare (от лат. supra – выше и glabella);от латинского infra и ostemporale происходит infratemporale.

Выводы: из 41 точки 21 греческого происхождения, а 20 – латинского. Большинство названий существительных греческого происхождения. А все прилагательные, за исключением zygomaxillare, образованы от латинских слов. Знание этимологии названий краниометрических точек способствует осознанному представлению об их расположении на черепе и отношении к определенному органу.

Лісіна А. В.

АРХІТЕКТУРНА МЕТАФОРА В АНАТОМІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра латинської мови та медичної термінології
Харків, Україна
Науковий керівник: к. філол. н. Дерев'янченко Н. В.

Використання метафори є одним із найбільш продуктивних способів поповнення термінології в галузі медицини. Метафора є формою узагальненого відображення та пізнання дійсності, що ґрунтується на образному мисленні. Процес метафоризації в медицині полягає в запозиченні назв понять із різних сфер життя в медичну терміносистему.У даному дослідженні ми зосереджуємо увагу на архітектурній метафорі як на одному з найпродуктивніших способів формування термінів в остеології.

Зазвичай, такі терміни будуються за моделлю: архітектурний термін + власне анатомічний термін. Наприклад, термін *arcusvertebrae* демонструє використання архітектурного терміна в якості базового для визначення анатомічного поняття. Термін «колона» (архітектурно оброблена вертикальна опора) вживається для визначення хребта – *columnavertebralis*. Необхідно згадати про термін«канал», адже хребцеві отвори, розташовуючись один над одним утворюють *canalisvertebralis*. Парне утворення решітчастої кістки, що складається із решітчастих комірок, отримало назву *labyrinthusethmoidalis*.На задній поверхні*піраміди*скроневої кістки відкривається водопровід присінку – *aqueductusvestibuli*, де одразу два слова, що формують назву утворення, запозичені з архітектурної термінології. Слово «дах» також застосовується у метафоричному значенні – *tegmentympani*.Зміст архітектурного поняття «стінка» дозволяє використовувати це слово в анатомічній номенклатурі – *pariesmembranaceus, parieslabyrinthicus.*Клиновидна та потилична кістки утворюють скат(*clivus*), на якому зокрема лежить міст (*pons*).У формуванні носових ходів беруть участь носові раковини –*conchanasalis*. Прикладом метафоричного вживання слова «склепіння» є склепіння черепа (*calvaria*). Ділянками склепіння черепа новонародженого є тім'ячка (*fonticulus*), які отримали таку назву через можливість пульсації.

В даному дослідженні увага сконцентрована на архітектурній метафорі в остеології, але перспективою дослідження є виявлення метафори в інших розділах анатомії. Наприклад, терміни*fundusuteri,cupulapleurae, ductusdeferens, tubauterina, pariescordis, pariesuteri* підтверджують поширеність метафоризації ще й в спланхнології.

Формування архітектурної метафори дає можливість для оптимального термінотворення із зрозумілим аналогічним змістомв анатомічній термінології латинської мови.Розкриваючи факт досить великої схожості між значеннями, які вкладені в поняття із двох різних сфер, ми робимо висновок, що метафоричне переосмислення архітектурних термінів є досить продуктивним для номінації анатомічних об'єктів.

Малахова Д. О.

ЗООНІМИ В ЛАТИНСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Харківський національний медичний університет
Кафедра латинської мови та медичної термінології
Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Лозенко В. В.

Зоонімами в етимологічному аспекті вважають назви предметів та явищ, що походять від назв тварин та їх частин. Такі терміни з'являються шляхом метафоричного перенесення за зовнішнім виглядом або функцією.

Загалом зооніми можна поділити на дві групи: власне тваринні назви та назви частин тіла тварин. Останні можна поділити на дві підгрупи: частини тварини, які вже встали терміном, та прикметники, які відображають схожість за формою або функцією.

До першої групи належить слово *musculus, i m,* що в анатомічній термінології позначає м'яз, а дослівно перекладається «мишеня». Давньогрецькі вчені асоціювали скорочення м'язів (наприклад, двоголового м'яза плеча) із тим, наче під шкірою пробігло мишеня. Тому до грецького кореня *mys-* було додано зменшувально-пестливий суфікс *-ul-*. Така метафора є прикладом перенесення за схожістю у динаміці. Більшість термінів здобули відповідну назву завдяки схожістю за формою. Яскравим прикладом такого терміну є *cochlea, ae f* – равлик. Анатомічно це частина внутрішнього вуха, яку коректніше називати «завитка». Цікавою є аналогія зі стопою: латинське слово *solea, ae f* у перекладі має значення «камбала», але анатомічно позначає підошву. Термін *соссух*перекладається як криж в анатомії, але початкове значення цього слова «зозуля». Кістки, що зрослись, в крижовому відділі дістали таку назву через те, що нагадують форму дзьоба цієї пташки. Не дивлячись на те, що деякі слова схожі лише на частини тіла тварин, їм дали саме тваринні назви. Прикладом такої метафоризаціє слугує термін *cristagalli*– півнячий гребінь. Це утворення решітчастої кістки, яке за формою та розміщенням (уверху) нагадує невеличкий гребінь півня. Схожа ситуація із *vermiscerebelli*– черв мозочку. Він при розтині розміщенням сірої та білої речовини нагадує черв'яка. Також слід звернути увагу на термін «пташина шпора» - *calcaravis* – випин на присередній стінці заднього рогу бічного шлуночка головного мозку. Це утворення також відоме як малий гіпоталамус. Ікла у людини теж мають назву, яка походить від тварини: *caninae* або *dentescanini*, що в дослівному перекладі означає «собачі зуби». Крім цього є прикметник anserinus, a, um – гусиний, який використовується для позначення стану шкіри.

До термінів-назв частин тварин слід віднести *caudaequina* – кінський хвіст. Це найнижча частина спинного мозку, яка розшаровується на велику кількість канатиків, що і за розташуванням, і за формою нагадує хвіст коня. Поширеним терміном в латинській анатомічній термінологіє є *ala, ae f* – крило. Зазвичай такі назви мають більш плоскі та розгорнуті частини кісток, наприклад, крила клиноподібної кістки (*alaeossisphenoidalis*), крило кульшової кістки (*alaossisilii*). Крім крил у кістках черепа часто вирізняють луску – *squama, ae f.* Спочатку це слово мало значення луски риби й потім за певною подібністю із функцією стало характеризувати більш плоскі та широкі частини лобової, потиличної, скроневої кісток.

Слід звернути увагу на термін *vibrissae, arum f* – волосся в носі. Вважається, що цей термін наслідував свою назву від позначення вусів котів. Хоча саме слово *vibro* перекладається як «качаю, тремчу». Скоріше за все це пов'язано із тим, що коли до вусів щось торкається, вони здригаються, і схоже явище можна спостерігати при висмикуванні волосся з носу людини. Крім цього існує немало термінів на позначення частин кісток, м'язів, органів, які за формою нагадують частини тіла тварин: *cornu, us n* – ріг (із грецьким коренем *cerato-*), *crista, ae f* – гребінь, *cauda, ae f* – хвіст.

Отже багато медичних термінів латинської мови можна пов'язати із тваринними образами. Це сприяє творенню асоціацій, які допомагають уявити та запам'ятати матеріал. Також зооніми підтверджують, що спершу люди спочатку називали предмети та явища навколишнього середовища, і тільки потім безпосередньо себе.

Махмудов Умид Рустам О'глы

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАТИНСКОГО И УЗБЕКСКОГО ЯЗЫКОВ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра латинского языка и медицинской терминологии
Харьков, Украина
Научный руководитель: Лебедь Ю. Ф.

Актуальность данного вопроса заключается в том, что узбекский язык тесно связан с латинским языком, который изучают студенты из Узбекистана в Харьковском национальном медицинском университете.

Целью этого исследованияявляетсясравнительная характеристика латинского и узбекского языков, так как последний основан на латинском алфавите, который был модифицирован (было 25 букв, а стало 28 и апостроф).

Фонетика:Гласные латинского языка: Ee, Ii, Oo, Aa, Uu, Yy. Гласные узбекского языка: Aa, Ee, Ii, Oo, O'o.

Согласные латинского языка: Bb, Ll, Cc, Mm, Dd, Nn, Ff, Pp, Gg, Rr, Hh, Ss, Jj,Tt, Kk, Zz, Xx, Vv. В узбекском же языке есть те же согласные, что и в латинском и G'g', Shsh, Chch, Ngng, ' [ъ] апостроф.

Диграфы латинского языка: Ch – [x], Rh (rrh) – [р], Th – [т], Ph – [ф], в узбекском есть следующие диграфы: Ch – [ч], Ng – [нинг], Sh – [ш], но они представлены в алфавите как отдельные самостоятельные буквы.

Грамматические категории:

Категория рода в латинском языке представлена тремя родами: masculinum (m)**,** femininum (f), neutrum (n)**.** В узбекском языке род отсутствует.

Грамматическая категория падежа в латинском языке представлена: Nominativus – именительным, Genetivus – родительным, Dativus – дательным, Accusativus – винительным, Ablativus – творительным, Vocativus – звательным. В узбекском языке тоже есть падежи:Основной – нулевой показатель, Родительный (определительный) – показатель –ning, Дательный (направительный) – показатель –ga,Винительный – показатель –ni, Местный – показатель –da,Исходный – показатель -dan;

Модели анатомических терминов:

1. Существительное в Nom.+существительное в Gen.:

венашеи – vena colli –bo'yinvenasi (UZB).

2. Существительное в Nom.+ прилагательное в Nom.:

поперечная вена –venatransversa –ko'ndalang vena (UZB).

3.а. Существительное в Nom.+существительное в Gen. +прилагательное в Gen.: вена правого лёгкого – venapulmonisdextri.

UZB: Сущ2+Прил1+Сущ1: o'pkao'ngtomiri(o'pka – лёгкое, o'ng – правое, tomiri– вена).

Правило перевода на узбекский язык:в отличие от латинского языка, в котором переводится сначала главное слово, в узбекском в первую очередь переводится слово, о котором вообще идёт речь.

3.б.Существительное в Nom.+ существительное в Gen.+ прилагательное в Nom.:поперечная вена шеи – venacollitransversa.

UZB:Существительное в Gen.+ прилагательное в Nom.+существительное в Gen.:bo'yinningko'ndalang venasi.

Муха О.В.

COMPARISON OF THE LATIN AND ENGLISH TERMS OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM

Харківський національний медичний університет
кафедра латинської мови та медичної термінології
Харків, Україна
Науковий керівник: Лєбєдь Ю. Ф.

The knowledge of the English language is necessary not only for the average person, but also for a doctor. Knowing of English language can help with direct communication with a foreign patient, without interpreters, with attending foreign conferences dealing with medicine, and even more, medical English can help students to study human anatomy, because many Latin names of human body, are similar with English names.

The aim of the study is to attract the students on deep studying of medical English language, because the knowledge of medical English can help in studying one of the most difficult and the most basic, subject – anatomy.

Scientific novelty: systematization of methods translation of Latin anatomy terms in to English.

The practical use of the results is to learn more about English and Latin anatomy terms. This information can be used in the lessons of medical English, anatomy, and Latin.

There are a lot of similar words and terms both in Latin and English, not only in casual speech, but also in anatomical terminology.

Medical students begin to study the anatomy from the first year, with a large topic called musculoskeletal system. From their first anatomy lesson, they begin to study the Skeleton.The skeleton is a body part that forms the supporting structure of ahuman being.Medical students study the basic anatomical terms.These terms consist of nouns and adjectives.

In my research, I have compared Latin skeleton terms consisting of nouns and adjectives with the English ones.

In my lists of Latin words 63% are nouns, and 36% are adjectives.

While doing this work, I discovered three categories:

1) The Latin term is completely similar with English.
2) The Latin term has a common root with the English term.
3) The Latin term has nothing similar with the English term.

I studied 60 Latin terms.

These terms were taken from the atlas of the anatomy which is given to the students in the first year of the course, and the book "Latin terminology" byV. G. Cherkassov, I.I. Bobrik, U. I. Gumanskiy, O. I. Kovalchuk.

There is an exact translation Latin terms in to English ones, in these textbooks. I chose the terms from the categories of General Anatomy and Systematic anatomy. These terms are met by students, on their first year, in such courses as: Anatomy, Latin and Medical English.

Having analyzed these terms, I came to the conclusion that 42% are fully coincide, 35% have a common Latin root, and 23% do not coincide at all.

Conclusion: Studying medical English can help in studying anatomy and Latin.

Шаповалова Є. О.

ГЕОМЕТРИЧНІ НАЗВИ У МЕДИЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Харківський національний медичний університет
Кафедра латинської мови та медичної термінології
Харків, Україна
Науковий керівник: Гасанова Е.Ш.

Геометричні назви широко вживаються у медичній термінології. У першу чергу, це пов'язано з необхідністю полегшення сприйняття терміну. Тобто, при використанні таких назв як кругла, трапецієподібний, кутовий чи дугоподібний стають зрозумілими форма та вигляд, локалізація органу чи симптому.

При аналізі анатомічних словників ми знайшли досить багато прикладів використання геометричних назв.

Першою групою, яку можна виділити, є чітко окресленні органи та утворення. Наприклад: кістка багатокутна велика *–osmultangulummajus;*м'яз квадратний нижній – *musculusquadratusinferior;*овальний отвір *–foramenovale;*кругла зв'язка стегна – *ligamentumteresfemoris;*артеріальне коло райдужки *–circulusarteriosusiridis.*Усього ми проаналізували близько 60 термінів. Звісно, це далеко не всі приклади використання геометричних назв, проте нашою метою було прослідкувати їх значимість. Отже, можна зробити висновок, що назви фігур *(круг, квадрат, трапеція, піраміда, ромб та інші)* здебільшого вживаються для опису форми м'язів, кісток, зв'язок, артерій та отворів.

Друга група – це назви умовних утворень. У цих назвах використовуються інші геометричні елементи, такі як *дуга, кут, лінія, діагональ* тощо. Наприклад: зоровий кут – *angulusopticus;*коміркова дуга *–arcusalveolaris;* грудинна лінія *–lineasternalis;* стегновий трикутник *–trigonumfemorale;* діагональна ділянка головного мозку *–regiocerebridiagonalis*.

Геометричні фігури та елементи допомагають уявити форму та вигляд м'язів, кісток, отворів, порожнин, зв'язок. Завдяки простим геометричним назвам – лінія та кут – ми можемо зрозуміти не тільки форму, а й орієнтацію стосовно інших органівв тілі людини.

Медичні терміни включають не тільки анатомічні, а й клінічні терміни. Це назви захворювань, симптомів, методів аналізу та лікування, медичних препаратів та інструментів.

Дуже часто в клінічних термінах використовується прикметник "плоский". Наприклад: лишай червоний плоский *–lichenruberplanus;* бородавка плоска *–verrucaplana*.

Здебільшого, геометричні назви у термінах захворювань указують на назву органу або симптом:глаукома закритокутова*–glaucomaclausoangulare;*глосит ромбоподібний – *glossitisrhomboidea;* синдром пірамідний *–syndromumpyramidale;* кератодермія лінійна – *keratodermialinearis*.

Серед назв методів вимірювання деяких показників нашого тіла також зустрічаються геометричні елементи. Наприклад:кон'югата*–conjugata–* загальна назва деяких лінійних розмірів жіночого таза, що враховуються в акушерській практиці. Так, кон'югата діагональна *–c. diagonalis–* відстань від середини передньої поверхні мису крижів до середини нижнього краю лобкового симфізу.

Проаналізувавши як анатомічні, так і клінічні терміни, ми змогли зрозуміти функціональну необхідність та важливість геометричних назв у медичній термінології. Завдяки назвам геометричних фігур ми чітко розуміємо форму органів скелетно-м'язової, кровоносної та зорової систем.Назви порожнин та умовних ліній, у складі яких є геометричні елементи, легко сприймаються, тому що ми розуміємо, із скількох частин вони складаються. Клінічні назви, а саме назви захворювань з елементами геометрії, одразу вказують на головні симптоми, та, завдяки фігурам, розкривають етіологію деяких хвороб.

Отже, геометричні назви у медичній термінології –досить поширене явище. Вони допомагають розуміти та дозволяють одразу проаналізувати значення клінічних та анатомічних термінів.

Шарашидзе А.Г.

ПОСТАТЬ ТА НАУКОВИЙ ДОРОБОК ВАЛЕНТИНА ОТАМАНОВСЬКОГО

Харківський національний медичний університет
Кафедра латинської мови та медичної термінології
Харків, Україна
Науковий керівник: к.філол. н. Дерев'янченко Н.В.

Історія кафедри латинської мови та медичної термінології Харківського національного медичного університету пов'язана з іменами багатьох вчених, які зробили значний внесок у розвиток філологічної науки. Однак постать Валентина Дмитровича Отамановського вирізняється тим, що ця особистість була видатною у багатьох сферах життя. За основу даної роботи ми взяли монографію Ігоря Робака «Валентин Отамановський– революціонер, вчений, організатор науки».Активний громадсько-політичний діяч, патріот, дослідник в сфері краєзнавства, історії медицини, аптечної справи – все це поєдналось в одній людині, ім'я якої Валентин Отамановський.

Молоді роки Валентина Дмитровича були пов'язані перш за все з участю у 1914 році в організації «Братство самостійників»,ідейним провідником якої був саме юний професор. Об'єднання займалося поширенням націоналістичних ідей, покращувало стан української культури, займалося видавництвом. Продовжуючи брати активну участь в житті власної країни, молодий патріот став учасником бою під Крутами. Але згодомзазнавши розчарування в тогочасному стані подій й політиці, вирішив приділити увагу більш спокійній діяльності, а саме видавницькій.

Протягом 20-х років 20 ст. В. Отамановський долучається до активної науково-організаційної роботи. Зокрема, вінрозвиває бібліотечну справу на Поділлі, ставши директором Вінницької філії Всенародної бібліотеки України ВУАН. Там вперше дослідник зацікавлюється джерелами історії медицини та аптечною справою,що поклали початок вивченню та написанню робіт вченого в сфері медицини.

Упродовж наступних років професор переживає багато подій: звинувачення в націоналізмі, заслання, відбуття терміну покарання, написання та захист кандидатської дисертації.

Восени 1958 року Валентин Дмитрович стає завідувачем кафедри латинської мови на медичної термінології ХНМУ. За роки своєї діяльності доктор історичних наук зумів підняти на новий рівень навчально-методичну та наукову роботу кафедри. Перш за все він змінив підхід до вивчення самої мови. Старший викладач В.В. Яценко згадує: «Він поставив латинську мову на службу медицині, залишив два відмінки, які використовуються в медичних термінах й дієслівні форми в рецептах». Крім того, саме за ініціативи українського вченого молоді викладачі кафедри вивчають граматичні й термінологічні особливості латинської мови праць Пирогова М.І. та згодом захищають дисертації.

Отже, постать і рольВалентина Дмитровича Отамановського неможливо переоцінити.Проявивши себе талановитим організатором, дослідником й вченим в сфері історії медицини та фармації, він зробив великий внесок в розвиток не лише кафедри латинської мови та медичної термінології, але й української культури взагалі.

Яценко А. Ю.

ВАРІАЦІЇ ПЕРЕКЛАДУ МІЖНАРОДНОЇ АНАТОМІЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ УКРАЇНСЬКОЮ МОВОЮ НА ПРИКЛАДІ НАЗВ ОРГАНІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра латинської мови та медичної термінології
Харків, Україна
Науковий керівник: канд. філол. н. Дюрба Д. В.

Анатомічна термінологія є невід`ємною частиною матеріалу для підготовки студентів медичних навчальний закладів. Метою нашого дослідження є структурування анатомічних

термінів та аналіз процесів адаптації латинської анатомічної термінології в українській мові.За основу було взято роботу української дослідниці Л. О. Пономаренко, в якій детально проаналізовано види запозичень з міжнародної анатомічної термінології в українській мові. Л. О. Пономаренко виділяє такі види запозичень: власне запозичення, структурно-семантичне калькування, часткове калькування, семантичне запозичення, семантичне калькування, описовий переклад. Процес адаптації латинськомовних термінів як в українській, так і в будь-якій іншій мові є неоднорідним, адже термінологія зазнає фонетичних, структурних та семантичних змін і утворює вже нову систему слів.Розглянемо цей процес детальніше на прикладі назв термінів серцево-судинної системи, загальна кількість якихстановить 1330 слів.

Власне запозичення – це перехід слова з однієї мови в іншу, зі збереженням його значення: venula–венула, aorta–аорта, arteria – артерія. Таких слів у розглянутій системі небагато, їхня частка становить 0,8%, це 10 слів.

Структурно-семантичне калькування передбачає калькування термінів за структурою та значенням: basiscordis – основа серця, apexcordis – верхівка серця. Відсоток цих термінів дорівнює 21% (279 слів).

Часткове калькування представлене калькуванням лише одного слова із словосполучення, інші перекладаються: retevenosum–венозне сплетіння, circulusarteriosus–артеріальне коло, valvaaortae–клапан аорти. Кількість цих слів переважає у загальній кількості і становить близько 69% (918 слів).

Семантичне запозичення – це запозичення слова, внаслідок якого слово або стійке словосполучення отримує значення, наявне в іншомовної одиниці: tunicamucosa – слизова оболонка, musculipectinati–гребенясті м`язи, atriumsinistrum–ліве передсердя. Цих слів невелика кількість, біля 9% (119 слів).

Семантичне калькування, коли нове значення отримує термін, що знаходиться в приблизно рівних відношеннях зі словами своєї мови, як власне і термін з мови-джерела: valva–клапан, vas–судина, infundibula–лійка. Власнеце і є всі слова, що стосуються серцево-судинної системи, це 0.2%.

Описовий переклад пояснюється утворенням нового терміну із новим звучанням, у якому не копіюється структурний склад іншомовного варіанту. У переліку термінів серцево-судинної системи слів, що запозиченні за допомогою описового перекладу, немає.

Отже, найбільша кількість термінів серцево-судинної системи запозичена методом часткового калькування, хоча кожен зі методів чітко окреслює структуру термінів і дозволяє краще осягнути їхній зміст.Мова є засобом надання назв, а номінативна функція латинської мови є актуальним питанням.Як і потреба у інтернаціоналізації термінів при переході з латинської мови в українську. Адже для людей, які безпосередньо працюють з цими термінами, важливе їхнє правильне, доречне та чітке розуміння.

ТЕОРЕТИЧНА ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА **3**
Donets O.I., Kryvorotko D.N., Pautina O.I. **4**
CLINICAL AND PARACLINICAL PECULIARITIES OF PNEUMONIA IN NEWBORNS 4
Fadeeva A.V., Adamu Issaaka, Zavada O.O. **4**
THE STUDY OF A COMPARATIVE ACTIVITY OF SORBENTS 4
THROUGH THE USE OF AN ADVANCED METHOD 4
Harbuz V.V., Taranets K.S., Kryvoshapka O.V. **5**
CHANGE OF NO LEVEL IN THE FOCUS OF THERMAL BURNER UNDER THE INFLUENCE OF METHYLURACIL OIL 5
Abena Koampan, A.V. Aleksandrova **6**
CHANGES OF THE TNF-α LEVEL IN THE RAT BLOOD IN THE TREATMENT OF THERMAL BURNS BY SYNTHETIC INHIBITOR OF MATRIX METALLOPROTEINASE'S DOXYCYCLINE 6
Nabatyan K. **7**
IDENTIFICATION OF CARRIERS OF STAPHYLOCOCCUS AUREUS AMONG MEDICAL STUDENTS 7
Ovsiienko Y.V.,Krivorotko D.M., Pautina O.I. **8**
THE ROLE OF INFLAMMATION MARKERS IN THE EXPIRATION CONDENSATE OF NEWBORNS WITH PNEUMONIA 8
Saveliev V.V., Levashova O.L. **8**
COMPARATIVE ANALYSIS OF MACRO- AND MICROELEMENTS COMPOSITION OF AMARANTH SEEDS PRODUCTS 8
Shtereb O.I., Demidova I.S., Kryvoshapka O.V. **9**
INFLUENCE OF METHYLURACYL OIL TO THE SH-GROUP LEVEL AT THE EXPERIMENTAL THERMAL BURN 9
Tereshenko A.A., Hloba N.S. **10**
QUALITY OF PSYCHOEMOTIONAL ADAPTATION IN FOREIGN STUDENTS FROM NEAR ABROAD COUNTRIES 10
Topchii S.V. **11**
MORPHOFUNCTIONAL FEATURES OF THE BLOOD SUPPLY OF THE CEREBELLAR TONSIL 11
Авілова О.В., Будник Н.Ю. **12**
МОРФОМЕТРИЧНІ ЗМІНИ ТИМУСУ ЗА УМОВ ДІЇ КСЕНОБІОТИКІВ В ЕКСПЕРИМЕНТІ 12
Адмакіна А.В., Яценко А.Ю., Шостак Г.О. **12**
Дослідження піроплазмозу у собак у м. Харкові 12
Апазиди Э.В. **13**
ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АЗООСПЕРМИИ У МУЖЧИН 13
РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ГАСТРАЛГІЇ ТА НАЙПОШИРЕНІШІ ПРИНЦИПИ ЇЇ ЛІКУВАННЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ 14
Артющенко К.А., Соколова А.А. **15**
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КОРЬЮ В УКРАИНЕ ЗА ПЕРИОД 2012 – 2017 ГОДОВ 15
Безродная А.И., Логвинова А.А. **16**
ВЛИЯНИЕ ФИЛЬТРАТА ПОЛИГОНА ОТХОДОВ НА ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И ИХ КОРРЕКЦИЯ В ПОДОСТРОМ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ 16
Ващенко Н.В., Новикова Д.П. **17**
ЗНАЧЕНИЕ НАЛИЧИЯ ESCHERICHIA COLI В МОЧЕ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН 17
Власенко О.В., Кобылинская Л.И. **18**
ВЛИЯНИЕ ГРИБА ВЕСЕЛКА (PHALLUS IMPUDICUS) НА РАЗВИТИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА 18

Гайнутдінова Г.А. **19**
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ОЦІНКИ У СПРАВАХ СКОЄННЯ СТАТЕВИХ ЗЛОЧИНІВ 19
Георгий Д.А. **20**
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОСЕНСОРОВ НА БАЗЕ АНТИТЕЛ ДЛЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ МИКРООРГАНИЗМОВ 20
Горбунова І.В. **21**
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА НІМЕЧЧИНИ 21
Гритчин В.М., Кривуля Н.Д. **22**
ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГАЛУЗІ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНИ (ЦІЛИТЕЛЬСТВА) В УКРАЇНІ 22
Гулевич Н.П. **23**
ДІТОВБИВСТВО З СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ТОЧКИ ЗОРУ 23
Директоренко О.В. **24**
ВИЗНАЧЕННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН 24
Дмитриєва К.В. **24**
Визначення ступеню алкогольного сп’яніння за показником концентрації ацетальдегіду в крові 24
Долгова Т.С. **25**
СУДОВО-МЕДИЧНИЙ РОЗТИН ТРУПА ЯК НАЙСКЛАДНІШИЙ ВИД ЕКСПЕРТИЗИ. 25
Ерохина В. В. **26**
МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ КРЫС ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ИНДУЦИРОВАННОЙ ИММУНОСУПРЕССИИ 26
Жулікова М.В., Круковець Н.В. **27**
ЗМІНИ КОРИ НАДНИРНИКІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ПОЛИКИСТОЗІ ЯЄЧНИКІВ У ЩУРІВ 27
Журба Е. П. **28**
ИЗУЧЕНИЕ БЕЛОКСИНТЕТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ФИБРОБЛАСТОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ ПОСЛЕ ОЖОГОВ 28
Ібрагімова Ш.Е., Прасол О.В. **29**
ЗВ’ЯЗОК ЧОЛОВІЧОЇ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ З ГІПОТАЛАМО-ГІПОФІЗАРНОЮ СИСТЕМОЮ. МЕХАНІЗМИ РЕГУЛЯЦІЇ ГЕНЕРАТИВНОЇ ТА ЕНДОКРИННОЇ ФУНКЦІЇ ЧОЛОВІЧИХ СТАТЕВИХ ЗАЛОЗ. ВІКОВІ ЗМІНИ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ 29
Кісь С. А. **30**
СУДОВО-МЕДИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ НАСТАННЯ СМЕРТІ ВІД ОТРУЄННЯ ОКИСОМ ВУГЛЕЦЮ ПРИ «НЕСМЕРТЕЛЬНИХ» КОНЦЕНТРАЦІЯХ КАРБОКСИГЕМОГЛОБІНУ В КРОВІ 30
Ковальцова М.В., Александрова К.В., Сіренко В.А., Саберова Ю.О. **31**
ЗМІНИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ЩУРІВ І ЇХ ПОТОМСТВА ВНАСЛІДОК ДІЇ ГІПЕРКАЛОРІЙНОГО ХАРЧУВАННЯ 31
Колесник М.Р., Коротких А.Е. **32**
Выраженность синдрома усталости у онкологических больных после проведения комбинированного противоопухолевого лечения 32
Комаров Д.О. **33**
ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА АКТИВНІСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТРЬОХМІСЯЧНИХ ЩУРІВ 33
Комаров Д.О. **33**
ПОШИРЕНІСТЬ САМОЛІКУВАННЯ ЦЕФАЛГІЇ СЕРЕД СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ 33
Коновал Н.С. **34**

ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ У РАННЬОМУ ПОСТМОРТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ 34
Кравченко Е.В. **35**
ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА 35
К ОБУЧЕНИЮ В ВЫСШЕМ УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ 35
Кузнецова М.А. **36**
ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ БЕРЕМЕННЫХ КРЫС 36
Лісова Є. М. **37**
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК БІОЛОГІЧНИХ РИТМІВ ТА МЕТЕОЧУТЛИВОСТІ З ПРАЦЕЗДАТНІСТЮ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ 37
Литвинова М.В. **38**
ВПЛИВ ІИТЕРОЦЕПТИВНИХ СИГНАЛІВ З ЯЄЧНИКІВ НА РІСТ 38
ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ 38
Лубянова Е.-О.Е., Калашников Д.И., Соловьева Н.Г. **39**
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАЗАЛЬНЫХ ДЕКОНГЕСТАНТОВ ПРИ ОСТРЫХ РИНИТАХ 39
Лысенко Н.Г.[1], Митиогло Л.В.[2] **40**
ИНБРЕДНАЯ ДЕПРЕССИЯ НА МОДЕЛЬНОМ ОБЪЕКТЕ *BOS TAURUS* 40
Мар'єнко Н.І., Галайда А. **40**
АНАТОМІЧНА МІНЛИВІСТЬ МИГДАЛИКІВ МОЗОЧКА ЛЮДИНИ 40
Мар'єнко Н.І., Добровольська О.М. **41**
ФРАКТАЛЬНИЙ АНАЛІЗ БІЛОЇ РЕЧОВИНИ МОЗОЧКА ЛЮДИНИ 41
Моїсеєнко Л.В., Іншина Е.О. **42**
МОРФОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМУ ВУЗЬКОЇ АОРТИ 42
Молчанова А. В., Щёлок Т.С. **43**
ОЦЕНКА КАРДИОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ АНТИОКСИДАНТОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ИНФАРКТА МИОКАРДА 43
Момот А.А. **44**
ЕМБРІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИНИКНЕННЯ ВАД НЕРВОВОЇ ТРУБКИ 44
Мошковская Ю.А. **45**
ВЛИЯНИЕ СВЕТОВОГО РЕЖИМА НА СУТОЧНЫЙ РИТМ СЕКРЕЦИИ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ У СТУДЕНТОВ 45
Невхорошев Е.А., Соловьев В.С., Соловьева Н.Г. **46**
ПРОБЛЕМА АЛЬГОДИСМЕНОРЕИ СРЕДИ СТУДЕНТОК ХАРЬКОВСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА 46
Нечипорук І.А, Дегтяр К.О. **47**
АКТУАЛЬНІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ S. AUREUS ДО ДЕЗИНФІКУЮЧИХ ЗАСОБІВ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬ У ЛІКАРНЯХ 47
Овсієнко Є.В. **48**
ОЦІНКА ЕКСПРЕС-МЕТОДУ 48
ВИЗНАЧЕННЯ ТОКСИНУ У СИРОВАТЦІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ДИФТЕРІЮ 48
Одинец Е.М, Пацкевич А.И. **49**
МУЦИНПРОДУЦИРУЮЩИЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ ЖЕЛУДКА 49
Онищенко А.И. **50**
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-12 ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПОЛИПОЗНОМ РИНОСИНУСИТЕ 50
Оніщенко А.І.[1], Посохов Є.О.[2], Ткаченко А.С.[1], Корнієнко Є.М.[3] **51**
ОЦІНКА СТАНУ ЛІПІДНОГО БІШАРУ МЕМБРАН ЕРИТРОЦИТІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПОЛІПОЗНОМУ РИНОСИНУСИТІ: ДОСЛІДЖЕННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ФЛУОРЕСЦЕНТНОГО ЗОНДА PH7 51
Оситашвили К.Д, Ахундова Г.А. **51**

КАРДИОПРОТЕКТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ ФОСФОКРЕАТИНА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ИНФАРКТА МИОКАРДА 51
Островська А.М., Козіонова А.А. 52
ЗМІНА ПОКАЗНИКІВ ГУМОРАЛЬНОЇ ІМУНОЛОГІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ АСОЦІЙОВАНИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ 52
Письменная О.Т. 53
СОДЕРЖАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В ТВЕРДЫХ ТКАНЯХ ЗУБОВ У ПОТОМСТВА КРЫС, ПОЛУЧАВШИХ НЕСБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ С ИЗБЫТКОМ ПИТАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ 53
Пишняк Ю.С. 54
АНАЛІЗ БАКТЕРІОЛОГІЧНОГО СПЕКТРУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ГЛОТКИ У ДІТЕЙ, ЯКІ ЧАСТО ХВОРІЮТЬ НА АНГІНУ 54
Полікарпова Г.В. 55
ДИНАМІКА фагоцитарної активності нейтрофілів ПРИ експериментальних ОПІКАХ шкіри морських свинок РІЗНОГО ГЕНЕЗУ 55
Полозов И.А. 56
СКРИННИНГ-ИЗМЕРЕНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ АКТИВНОСТИ НА ОСНОВАНИИ МЕТАБОЛИЗМА КРЕАТИНИНА 56
Правило О. С., Вагіна М. О. 56
ВПЛИВ МЕТЕОРОЛОГІЧНИХ УМОВ НА ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ 56
Радченко А.О. 57
ЮВІЛЕЇ ВИДАТНИХ БІОЛОГІВ У 2017-2018 РОКАХ 57
Репа В.В., Дука Д.О. 58
СУЧАСНІ АСПЕКТИ МЕДИКО-КРИМІНАЛІСТИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ АВТОМОБІЛЬНОЇ ТРАВМИ (БАМПЕР-УШКОДЖЕННЯ) 58
Репнікова А.В. 59
СМЕРТЕЛЬНІ ВИПАДКИ ВІД ЕЛЕКТРОТРАВМИ ЗА ДАНИМИ ХАРКІВСЬКОГО ОБЛАСНОГО БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ 59
Саєнко С.С 60
СМЕРТЕЛЬНІ ВИПАДКИ ОТРУЄНЬ ЗА ДАНИМИМ ХАРКІВСЬКОГО ОБЛАСНОГО БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ 60
Сердюк Ю.Д. 61
ПРОБЛЕМА ЛАБІАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ В СУЧАСНОЇ МОЛОДІ 61
Сіренко В.А. 62
Скрипник М.І. 63
РОЛЬ НІТРОЗАТИВОГО СТРЕСУ В УРАЖЕННІ ПАРОДОНТА ЩУРІВ З ІНДУКОВАНИМ ОЖИРІННЯМ, ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА КОРЕКЦІЯ НАНОКРИСТАЛІЧНИМ ЦЕРІЄМ 63
Слупська Е.П., Суровцева К.С. 64
ВИПАДОК ВИСОКОГО РОЗГАЛУЖЕННЯ ПЛЕЧОВОЇ АРТЕРИИ 64
Сушецкая Д.А. 64
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ НА ПРИМЕРЕ 64
СТУДЕНТОВ ХНМУ 64
Ткаченко А.С. 65
детекция метАболитов оксида азота в гомогенате тонкого кишечника на разных стадиях экспериментального гастроэнтероколита 65
Трач О.О., Клочко Н.І. 66
ІНДИВІДУАЛЬНА АНАТОМІЧНА МІНЛИВІСТЬ ПЕРВИННОЇ ЗОРОВОЇ ТА СОМАТОСЕНСОРНОЇ КОРИ ПІВКУЛЬ МОЗКУ ЛЮДИНИ 66
Филиппов А.А. 67
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КИСЛОРОДНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОРГАНИЗМА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ПРОСТУДНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 67

Харченко Е.О., Склярук Д.О. **68**
ТРОМБОТИЧНІ І ТРОМБОЕМБОЛІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ ЗА АРХІВНИМИ ДАНИМИ «ОКЛ ЦЕМД І МК» 68
Циганок О.С, Кудрявих П.К. **69**
ІНДИВІДУАЛЬНІ МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КАНАЛІВ ЕМІСАРНИХ ВЕН ЗАДНЬОЇ ЧЕРЕПНОЇ ЯМКИ 69
Чепа Є.Ю. **70**
ПОШИРЕНІСТЬ СПАДКОВОЇ КОРОТКОЗОРОСТІ СЕРЕД СТУДЕНТІВ 70
Черненко Н.Г. **70**
ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ АЛЕРГІЧНИХ РЕАКЦІЙ СЕРЕД СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ТА ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ 70
Черненко Н. Г. **71**
ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ У РЕГІОНАХ УКРАЇНИ 71
Чернякова Г.М. **72**
ДИНАМІКА ЗМІН РІВНІВ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-1ß ТА ІНТЕРЛЕЙКІНУ-4 У МИШЕЙ З ІНФІКОВАНОЮ ОПІКОВОЮ ТРАВМОЮ ПІД ВПЛИВОМ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ 72
Чугай-Микуленко Н.О., Кравченко В.О. **73**
ОЦІНКА СТАНУ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ 73
У КУРЦІВ 73
Шандра А.В. **74**
ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНИХ ФАКТОРІВ ВИНИКНЕННЯ ВНУТРІШНЬО-ЛІКАРНЯНИХ ІНФЕКЦІЙ В ЛАБОРАТОРНО-ДІАГНОСТИЧНИХ УСТАНОВАХ. 74
Шаповалова Є.О. **75**
УСПАДКУВАННЯ РОЗМІРІВ НІГТІВ У ЛЮДИНИ 75
ВПЛИВ АМІКАЦИНУ РАЗОМ З ЕДТА НА ЗДАТНІСТЬ МІКРООРГІНІЗМІВ ДО ФОРМУВАННЯ БІОПЛІВОК 76
Юнцова К.О., Юркіна І.С. **76**
З ПЕРИТОНІТАМИ 76
Яковенко А.Е., Рибка А.Д. **77**
РИЗИК РОЗВИТКУ ЦИСТИТУ У МОЛОДІ 77
Яніогло О.О. **78**
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ РОЗВИТКУ ЯЄЧНИКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ШЛЯХОМ ВПЛИВУ НА САМКУ ЩУРА ТРИВАЛОГО ПОСТІЙНОГО ОСВІТЛЕННЯ 78
Яніогло О.О., Круковець Н.В. **79**
ПОШИРЕНІСТЬ ПОЛІРЕЗИСТЕНТНИХ ШТАМІВ S.AUREUS СЕРЕД 79
СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ 79
ТЕРАПІЯ **81**
Arkhipkina O. **82**
THE ROLE OF NT-proCNP IN COMORBID COURSE OF THE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND HYPERTONIC DISEASE 82
Diasamidze M., Sukhonos N.K. **82**
PROINFLAMMATORY CYTOKINES IN COMBINATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND DIABETES 82
GENESIS AND CAUSES OF ARRHYTHMIAS IN PREGNANT WOMEN 83
Kuznetsova D. **84**
SYSTOLIC FUNCTION OF MYOCARDIUM DEPENDING ON THE OPTION OF REPERFUSION THERAPY FOR ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION 84
Lapshyna K., Chereliyk N. **85**
ISULINRESISTANSE AND FIBROBLAST GROWTH FACTOR-21 IN NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE PATIENTS WITH HYPERTENSION 85
Melenevych A. Ya., Ali A.S., Edmondson J., Majd H.O. **85**

WHAT FACTORS AFFECT CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE OUTCOMES? 85
Minukhina D.V., Grydneva O.V. **86**
THE ROLE OF ASYMMETRIC DIMETHYLARGININE IN THE DEVELOPMENT OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND DIABETES MELLITUS TYPE 2 86
Minukhina D.V., Kosenko Y.V. **86**
THE ROLE OF INSULIN RESISTANCE IN THE DEVELOPMENT OF COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH ST-EMI MYOCARDIAL INFARCTION AND DIABETES MELLITUS TYPE 2 86
Айвазян К.В. **87**
Баришовець А.В. **88**
АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА СТАН КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ОФІЦЕРІВ СУХОПУТНИХ ВІЙСЬК 88
Бахарєв О.С. **88**
ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОДІЛУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВІКУ 88
Більченко А.О. **89**
ВПЛИВ СТАТІ НА РІВЕНЬ ГАЛЕКТИНУ-3 ТА Р-СЕЛЕКТИНУ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ 89
ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ 89
Борзова-Коссе С.І., Назаренко А.О. **89**
РОЛЬ МАТРИКСНИХ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗ У ПРОГНОЗУВАННІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ ... 89
Боровик К.М., Мартовицький Д.В., Глєбова О.В. **90**
ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПОВТОРНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТУ ST ЗА НАЯВНОСТІ ОЖИРІННЯ ПРОТЯГОМ 6-МІСЯЧНОГО ТЕРМІНУ СПОСТЕРЕЖЕННЯ 90
Боровик К.М., Фарес Алаа **91**
АНАЛІЗ ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST НА ТЛІ АБДОМІНАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ 91
В'юн Т.І. **92**
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ, ПОЄДНАНОГО З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ. 92
Голованова А.Ю., Пільгуй І.В. **93**
ВИНИКНЕННЯ РОЗЛАДІВ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ 93
Диковицкий Ю.В. **94**
ЭКСТРЕННОЕ ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 94
Єрмак О.С., Галашко К.Ю. **95**
ПРОГНОЗ РОЗВИТКУ ГОСТРОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ОЖИРІННЯ З УРАХУВАННЯМ РІВНІВ MRproADM ТА КОПЕПТИНУ 95
Єчина С.М. **95**
РАЦІОНАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ОЦІНЮВАННЯ РОЗМІРІВ ВОГНИЩА 95
ІНФАРКТУ МІОКАРДА 95
Журавльова М.І., Котелюх М.Ю. **96**
ВИВЧЕННЯ УРАЖЕННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ 96
Завгородній А.С., Амер Л.Б. **97**

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ФАКТОРИ І ДИФЕРЕНЦИЙОВАНЕ ЛІКУВАННЯ КРОПИВ'ЯНКИ97
Заїкіна Т. С., Куба Д. М., Мукоко Мбумбе-Кінг Кевін 97
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ РІВНЕМ sVE–КАДГЕРИНУ ТА ПОКАЗНИКАМИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ КРОВІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ 97
Зайцева М.М. 98
ОЦІНКА АСОЦІАЦІЙ ПОЛІМОРФІЗМУ A1166C ГЕНА РЕЦЕПТОРА АНГІОТЕНЗИНА II ПЕРШОГО ТИПА З ПОКАЗНИКАМИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ ТА БІЛКОВОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ.....98
Затолока Д. В. 99
ТЕРАПЕВТИЧНИЙ ЕФЕКТ ОРОТАТА МАГНІЯ У ЧОЛОВІКІВ МОЛОДОГО ВІКУ С АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ 99
Кадикова О.І., Кравчун П.П. 100
ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОДІЛУ ПОЛІМОРФІЗМУ G-308A ГЕНА ФАКТОРА НЕКРОЗУ ПУХЛИНИ – α У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Й ОЖИРІННЯ 100
Кеся В.Ю., Сікало Ю.К. 100
ПОШИРЕНІСТЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ 100
Кисиленко Е.В. 101
УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-22 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.....101
Ковальова Ю.О., Давид Кетрин, Дхаруман Прія 102
ВПЛИВ СТАТИНІВ НА ЕНДОТЕЛІЙ У ХВОРИХ НА СТЕНОКАРДІЮ.....102
Кожем'яка Г.В. 103
ПЛАЗМАТИЧНИЙ РІВЕНЬ ОСТЕОПОНТІНУ, ІНТЕРЛЕЙКІНУ-15 У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ОЖИРІННЯ 103
Колотілов О.В., Тиркін Д.Д. 104
КОМПЛЕКСНИЙ НАВАНТАЖУВАЛЬНИЙ ТЕСТ: ВИЯВЛЕННЯ ПРИХОВАНИХ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ 104
Колюбаєва О. Ю. 105
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ІНФЕКЦІЙНОГО ЕНДОКАРДИТУ.....105
Котелюх М.Ю. Завгородній А.С. 106
ВИВЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЕКСТРАЦЕЛЮЛЯРНОГО МАТРИКСУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ 106
Крапівко С.А., Мусаев Араз. 106
КАРДІОГЕМОДИНАМІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ. 106
Куряча О.П. 107
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОРУШЕНЬ СНУ ТА РІВНЯ ГЛІКОЗИЛЬОВАНОГО ГЕМОГЛОБІНУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ 107
Латанська Н.С. 107
Лисак М.С., Кисіль І.В., Сікало Ю.К. 108
ПОШИРЕНІСТЬ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ СЕРЕД ХВОРИХ НА Цукровий діабет ..108
Луніна А.О. 109
ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ КЛАСТЕРНОГО АНАЛІЗУ ДЛЯ КЛАСИФІКАЦІЇ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ КАРДІОМІОПАТІЮ.....109
Макарова А. В. Діхтяренко К. О. 110
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ.....110
ВИСОКОГО РИЗИКУ 110
Мамасуєва Л.В., Шелест Б.О. 111

ЛІКУВАННЯ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЇ ЕКСТРАСИСТОЛІЇ У ХВОРИХ НА КЛІМАКТЕРИЧНУ КАРДІОПАТІЮ 111
Маркевич М.А., Стоянова Ю.Д. 111
ВПЛИВ ТИПУ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА 111
НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ПОСТІНФАРКТНИЙ КАРДІОСКЛЕРОЗ 111
Мілько А. Ю. 112
ЗАСТОСУВАННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З КОМОРБІТНИМ ПЕРЕБІГОМ ДІАБЕТОНУ MR 112
Міхєєва Н. С. 113
РОЛЬ ДОКСАЗОЗИНА В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЮ. 113
Павлюченко А.С., Лукашук Ю.М. 114
ПОШИРЕНІСТЬ ФАКТОРІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ І ВИРАЖЕНІСТЬ СУБКЛІНІЧНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ЧОЛОВІКІВ МОЛОДОГО ВІКУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ 114
Підкова А.І., Кулікова К.С. 115
ТИРЕОЇДНЕ ОЖИРІННЯ ЯК КОМПОНЕНТ ПОЛІЕНДОКРИННОЇ ПАТОЛОГІЇ 115
Полякова Д.С., Ольховская С.В. 116
ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ СНА НА СКЛОННОСТЬ К РАЗВИТИЮ ОЖИРЕНИЯ 116
Репнікова А.В., Шеховцова Ю.О. 117
ДОСЛІДЖЕННЯ ЧАСТОТИ УСКЛАДНЕНЬ САХАРНОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ 117
Саакян Т.Е. 118
ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ФІБРІЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 118
Сипало А.О. 119
АСОЦІАЦІЯ СОРТИЛІНУ З ПРОГРЕСУВАННЯМ ПОРУШЕНЬ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ 119
Скорый Д.А. 120
ВЛИЯНИЕ СТРЕССОВОГО ФАКТОРА В ЭТИОЛОГИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 120
Соханевич К.М., Сокольнікова Н.В. 120
ВПЛИВ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-1β ТА ЛЕПТИНУ НА ФОРМУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ 120
Сухопара М.О, Огнєва О.В. 121
КОНЦЕНТРАЦІЯ ІНСУЛІНОПОДІБНОГО ФАКТОРА РОСТУ-1 ТА ЙОГО ЗВ'ЯЗОК З БІЛОКСИНТЕТИЧНОЮ ФУНКЦІЄЮ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМ МЕТАБОЛІЗМУ 121
Сушецкая Д.А. 122
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА У МОЛОДЫХ ЛИЦ 122
Табаченко О.С., Хаустов Д.С. 123
ОЦІНКА ЗМІН СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПАРАМЕТРІВ МІОКАРДА ЗГІДНО ПРОЦЕНТІЛЕЙ АПЕЛІНУ-12 У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ПОЄДНАННІ ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ. 123
Федорцова В.В., Шелест Б.О 124
ПРОФІЛАКТИКА АТЕРОТРОМБОЗУ У ХВОРИХ ІЗ СТЕНОКАРДІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 124
Хрипко Е.Ю. 124
ЭВОЛОКУМАБ – НОВАЯ ЭРА В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ 124
Чумакова К.В. , Корнійчук В.І. 125

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТАНУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ ТА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДУ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТУ ST ЛІКАРЯМИ ОДНІЄЇ З ЦЕНТРАЛЬНИХ РАЙОННИХ ЛІКАРЕНЬ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА 2014 ТА 2017 РОКИ 125
Шаенко Ю.В., Хабаль А.В. 126
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 126
Шапаренко О.В., Майорова М.В. 127
НЕСФАТИН ЯК МАРКЕР РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ 127
Щербаков О.О., Сокольнікова Н.В. 127
Яцына А.Г. 128
ПРЕРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЦИСТИТОВ У ЖЕНЩИН 128
ХІРУРГІЯ ТА ТРАВМАТОЛОГІЯ 130
THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH DIFFUSE TOXIC GOITER 131
Omelchenko-Seliukova A.V. 131
THE COMPARISON OF COGNITIVE DEFICIENCY IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC DELIRIUM AND POLYTRAUMA WITH DIFFERENT PRIMARY OBJECTIVE STATUS ASSESSMENT. 131
Авилова Л.Г., Гончарь Е.Н., Переяслова А.С., Николаенко М.Н., Приходько Д.О. 132
ДИАГНОСТИКА ФОВЕАЛЬНОЙ АТРОФИИ ПРИ УВЕИТЕ 132
Білоусова М.С., Робак В.І., Євтушенко Д.В., Євтушенко А.В. 133
СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ВАЖКИЙ 133
ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ 133
Бутеєць І.Ф., Григорова М.В., Жук Н.О. 134
ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ 134
Вивчарук В.П., Пащенко К.Ю., Фернандес Шрия Наполин 135
ЛЕЧЕНИЕ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ 135
Гужва Н.Ю. 135
АСПЕКТЫ ОСЛОЖНЕНИЯ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА 135
Донцова Є.В. 136
ЕНДОВАСКУЛЯРНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ КРИТИЧНУ ІШЕМІЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК 136
Дроздова А.Г., Гончарова Н.Н. 137
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ РЕЦИДИВНЫМ УЗЛОВЫМ ЗОБОМ 137
Дякивнич А.А. 138
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ И ЭЗОФАГОРЕСПИРАТОРНЫХ СВИЩАХ 138
Євтушенко Д.В., Робак В.І., Скляренко Д.О., Євтушенко А.В. 139
МОРФОЛОГІЯ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ З БІЛІАРНОЮ ОБСТРУКЦІЄЮ 139
Завгородній А.С. 140
СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ТА ПРИНИЦИПИ ЛІКУВАННЯ СКОЛІОТИЧНОЇ ХВОРОБИ В УКРАЇНІ 140
Зєнов'єва О.М. 141
ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНТРАВІТРЕАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ АФЛІБЕРСЕПТУ ПРИ НАВАНТАЖУВАЛЬНІЙ СХЕМІ У ПАЦІЄНТІВ З ДІАБЕТИЧНИМ МАКУЛЯРНИМ НАБРЯКОМ 141
Калініченко Д.О. 142

АЛЬТЕРНАТИВНИЙ МЕТОД ВИМІРЮВАННЯ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОГО ТИСКУ ПІСЛЯ ПРОТЕЗУЮЧОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ....142
Кітченко С.С., Сирчіна В.О., Бортник К.Ю., Семенюк М.О. 143
АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗУ....143
Книгавко А.В., Казиев С.Г., Бабаева А.Р. 144
КОРРЕКЦИЯ ВЕНО-ОККЛЮЗИВНОЙ ФОРМЫ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН С ДВУСТОРОННИМ ВАРИКОЦЕЛЕ 144
Кругляк В.А. 144
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕТРОГРАДНОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ ОРГАНИЧЕСКОГО ТИПА ПОСЛЕ ТУР ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 144
ПОСЛІДОВНІСТЬ ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМІВ ДОВГИХ КІСТОК....145
ЗАЛЕЖНО ВІД ТЯЖКОСТІ ПОЛІТРАВМИ 145
Лєсна А.С. 146
ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ІЛЕОПСОІТА 146
Лєсний В.В. 147
ПОШУК ДІАГНОСТИЧНИХ МАРКЕРІВ ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ РОЗЛИТОМУ ПЕРИТОНІТІ 147
Малюченко А.Ю., Якименко І.В., Долгова Т.С. 148
КЛІНІКА ГЕРПЕТИЧНИХ УРАЖЕНЬ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ НЕРВІВ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ 148
Мілько А.Ю. 149
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНДОСКОПІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ ПРИ СИНДРОМІ 149
МЕЛЛОРІ-ВЕЙСА....149
Оноприйко Ю.Ю., Сыкал Н.А. 150
ТРАНСАБДОМИНАЛЬНАЯ ЛАПАРАСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПАХОВЫХ ГРЫЖ 150
Пащенко К.Ю., Вівчарук В.П., Трофимов М.А. 151
КИШКОВИЙ АНАСТОМОЗ У НОВОНАРОДЖЕНИХ І ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ В СКЛАДНИХ КЛІНІЧНИХ СИТУАЦІЯХ....151
Поліков Г.О. 151
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОРАНЕННЯМИ ШИЇ 151
Прокопенко К.А, Сикал Н.А. 152
УСКЛАДНЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ГЕРНІОПЛАСТИК....152
Рєзнік М.А., Гуляєв О.В. 153
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯЛАПАРОСКОПІЧНОГО УШИВАННЯ ПЕРФОРАТИВНОЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ 153
Сидорова А.А. 154
ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ РАН БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ....154
Ситникова Н.Ю. 155
ВЛИЯНИЕ ОРТОКЕРАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛИНЗ PARAGON НА СОСТОЯНИЕ РОГОВИЦЫ У ПАЦИЕНТОВ С БЛИЗОРУКОСТЬЮ СРЕДНЕЙ И ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ 155
Сучкова Н. В. 156
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПАРАЗИТАРНЫХ 156
КИСТ СЕЗЕЛЕНКИ....156
Татьянко Л.С., Іванашко К.А. 157
АКТИВНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ ПЕРИКУЛЬТЬОВИМИ АБСЦЕСАМИ, ВИНИКАЮЧИМИ ЯК УСКЛАДНЕННЯ АПЕНДЕКТОМІЇ 157
Ткачёва А.В. 157
ВЫБОР УРОВНЯ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ....157

Тяжлова Н.Н., Долгова Т.С. **158**
ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА 158
Хартанович М.В. **159**
ЛЕВОСИМЕНДАН В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ АОРТОКОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ 159
ВИБІР ОПТИМАЛЬНОГО ШЛЯХУ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ З ОБТУРАЦІЙНОЮ ТОВСТОКИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ 160
Шарлай К.Ю. **161**
РІЗНІ СХЕМИ АНАЛГОСЕДАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ТЯЖКОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ 161
Юревич Н.А., Алексеева В.В., Кольцова Л.В. **161**
ДИСКОМФОРТ В ГЛОТКЕ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА 161
АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ **163**
Afanasieva V.A. **164**
INFLUENCE OF HYPOKINESIA ON THE MENSTRUAL FUNCTION STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITY AND METHODS OF TREATMENT OF THESE DISTURBANCES 164
Yakubbekova S.S., Muhtarjanova X.N.,Mamarasulova D.Z. **164**
VALUE ANALYSIS ONKOMARKERY CA 125 IN THE DIAGNOSIS OF TUMORS GENITAL 164
Аралова В.О. **165**
ЕТІОЛОГІЧНИЙ ЗВ'ЯЗОК ЕКТОПІЇ ШИЙКИ МАТКИ З UREOPLASMAUREALITICUM І HUMANPAPILLOMAVIRUS 165
Арсентьева А.В., Гнатенко О.В **166**
ХАРАКТЕРИСТИКА БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА С КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ 166
Арутюнян А. Ю., Градиль О. Г. **167**
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 167
Благовещенский Р.Е., Мельник К.А. **167**
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТЕРАТОДЕРМОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ 167
Верба Я.В. Нестерук А.В. **168**
ВЛИЯНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ИЗМЕНЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ 168
Галашко К.Ю., Голубева А.О. **169**
СУЧАСНІ АСПЕКТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНИХ ВАГІНОЗІВ У ВАГІТНИХ ЖІНОК 169
Журба Є.П. **170**
ЗАЛЕЖНІСТЬ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ І ЧАСТОТИ РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ ВІД ПЛОЩІ ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКУ 170
Кебашвили С.В., Добровольская Л.А. **171**
ПЕРЕКРУТ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ 171
Ковальчук В.Н., Кормилец Д.А. **172**
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 172
Колотилов А.В. **173**
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА 173
Кука А.С. **173**

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА 173
Лесная А.С. 174
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ 174
Луцький А.С., Кудін І.Д. 175
ЗНАЧЕННЯ ПРЕІМПЛАТАЦІЙНОЇ ГЕНЕТИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ В ПІДВИЩЕННІ ЕФЕКТИВНОСТІ ЦИКЛІВ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ 175
Луцький А.С., Кудін І.Д. 176
ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОГРАМ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ ШЛЯХОМ ВИБОРА ТРИГЕРА ФІНАЛЬНОГО ДОЗРІВАННЯ ООЦИТІВ 176
Мелихова Т.В. 177
Нагорный И.А. 178
ЭФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА САЛЬПИНГОТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ 178
Острягина О.А. 178
ПРОФИЛАКТИКА ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ГЕНОМ MC1R В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ 178
Петрик А.И. 179
ПРОФИЛАКТИКА ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ 179
Плехова О.А. 180
ПРЕДИКТОРЫ ГИПОТОНИЧЕСКИКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ 180
Полякова В.В. 181
ОЦЕНКА ДАННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ДИСТРЕССЕ ПЛОДА 181
Попович О.О. 182
ОСОБЕННОСТИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ПЕРВО- И ПОВТОРНО РОДЯЩИХ ЖЕНЩИН 182
Ракитянський І.Ю., Резник М.А., Лунева М.С. 182
ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ШИЙКИ МАТКИ, АСОЦІЙОВАНИХ З ВІРУСОМ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ 182
Строгая Е.А. 183
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО КОНФЛИКТА 183
Чехунова А.О. 184
МАТЕРИНСЬКО-ПЛОДОВИЙ ТРАВМАТИЗМ ПРИ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРІВ РОЗТИН 184
Шакирова О.О. 185
АСПЕКТЫ КОНТРАЦЕПЦИИ В УКРАИНЕ 185
Шатунова Ю.И. 185
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ 185
Эллазова А.О. 186
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГОСТИКА МАЛЫХ ФОРМ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ 186
ПЕДІАТРІЯ ТА МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА 187
Potikhenska Khrystyna 188
HENOCH SCHONLEIN PURPURA IN CHILDREN: CLINICAL CHARACTERISTICS 188
Sanina Iryna 188
DIASTOLIC FUNCTION OF THE LEFT VENTRICLE IN CHILDREN WITH A DISTURBANCE OF THE PROCESSES OF MYOCARDIAL REPOLARIZATION 188
Антоненко Я.М., Панова В.В. 189
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ДИТИНИ 189
Бабичева К.А., Бугайова Ю.О., Луб'янова Є.-О.Є., Вєрємєй Д.А., Ніколенко В.В. 190
ІМУННА ВІДПОВІДЬ У ДІТЕЙ З НОСІЙСТВОМ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСА 190

Венжега А.В., Дрокін А.В. **191**
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ 191
Дегтяр К. О., Нечипорук А.І. **191**
ОСОБЛИВОСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВОДНОГО БАЛАНСУ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ .191
Долгова Т. С., Малюченко А. Ю., Якименко І. В. **192**
ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ДИСМЕТАБОЛІЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ДІТЕЙ З ПІЄЛОНЕФРИТОМ.....192
Дробова Н. М. **193**
КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ, У ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ.....193
Зубко А.С., Стребуль Н.В. **194**
ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЦЕЛЬВЕГЕРА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 194
Зюзіна М.С. **195**
ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ.....195
Іванова Є. В., Пашков О.О. **196**
НЕОНАТАЛЬНІ АРИТМІЇ ТА ПОКАЗНИКИ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ДОНОШЕНИХ ТА НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ 196
Івахненко Д. А. **197**
ДЕЛЕЦІЯ 22Q11.2 ХРОМОСОМИ: ХАРАКТЕРНІ ТА РІДКІ ФЕНОТИПОВІ ПРОЯВИ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ.....197
Кожина О.С., Власова А.С., Татаренко О.В., Воробйова М.В. **198**
ПОПЕРЕДНІ ДАНІ IV ФАЗИ ISAAC (INTERNATIONAL STUDY OF ASTHMA AND ALLERGY IN CHILDHOOD) У М. ХАРКОВІ.....198
Королькова А. О., Корчак Я. В., Тиханський Д. С. **199**
СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ ВРОДЖЕНОЇ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ АСОЦІЙОВАНОЇ З ГОСТРИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ ТА КАНДИДОЗОМ КИШКІВНИКА.....199
Корчак Я.В. **200**
ПЕРЕБІГ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ НОВОНАРОДЖЕНИХ, НАРОДЖЕНИХ ВІД ЖІНОК ГРУП ВИСОКОГО РИЗИКУ.....200
Кузнєцова Д.О., Ткачук Л.І. **201**
Малахова В.М. **202**
КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ РІВНІВ ЗАГАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ У ДІТЕЙ З БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ.....202
Махаєва А.В. **203**
Михайлова А. В., Хмиль О. Б., Елисеев В. М. **204**
КОМОРБИДНОСТЬ (ГЕНО - И ФЕНОТИПИЧЕСКАЯ СИНТРОПИЯ) КАК ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ 204
Муратова К.Г., Петренко Є.К., Шульга А.А. **205**
ВРАХУВАННЯ АНАМНЕСТИЧНИХ ДАНИХ ПОШУКУ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ З ПІЄЛОНЕФРИТОМ.....205
Олейник Д.В., Забелина А.А. **206**
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ.....206
Орлова Н.В. **207**
НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЮ НЕВРОПАТИЧНОГО БОЛЮ У ДІТЕЙ(КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК).....207
[1]Пальчик С.М., [2]Грузкова М.Б. **208**
РОЛЬ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ У ДІТЕЙ З ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ.....208
Підкова А.І. **209**
ОСОБЛИВОСТІ ПРОТІКАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ ФЕТОПАТІЇ У НОВОНАРОДЖЕНОГО 209

Пільгуй І.В., Шульга А.А. **210**
ОСОБЛИВОСТІ СОЦІО-ЕМОЦІЙНОГО РОЗВИТКУ ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ 210
Пугачова К.А. **211**
ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ КАТЕЛЕЦИДИНУ LL37 ТА 211
25-ГІДРОКСИВІТАМІНУ D У ПЕРЕБІГУ РЕАКТИВНИХ АРТРИТІВ У ДІТЕЙ 211
Рибка О.С., Голуб К.І., Труш А.М. **212**
ПРОФІЛІ ГЛІКЕМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПІСЛЯ СТАНДАРТНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ГЛЮКОЗОЮ В СВІТЛІ ДІАГНОСТИЧНО ЗНАЧУЩИХ РІВНІВ ГЛІКОВАНОГО ГЕМОГЛОБІНУ У ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ 212
Сіліна М. **212**
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СИНДРОМА ВІСЛЕРА ФАНКОНІ У ДІТЕЙ 212
Стрелкова М.І, Проненко І.Ю., Шатохіна А.Ю. **213**
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ У ДІТЕЙ 213
Ткаченко О.Д. **214**
PANDAS СИНДРОМ У СТРУКТУРІ СУЧАСНИХ РЕВМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ 214
Федорцова В.В. Сенаторова А.В. **214**
ДІАГНОСТИКА ФЕТО-ПУПОВИННОГО КРОВООБІГУ ТА РАННЬОГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ В НОВОНАРОДЖЕНИХ 214
Фесенко І.В., Махаєва А.В. **215**
СТАН ІНФОРМУВАННЯ ДІТЕЙ СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЩОДО СУЧАСНИХ КОНТРАЦЕПТИВНИХ ЗАХОДІВ 215
Хаустов Д.С. **216**
РАННИЕ ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ БОЛЕЗНИ ХАНТЕРА 216
Черненко Л.М., Криворотько Є.І. **217**
СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУЗ ПАТОЛОГІЄЮ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ 217
Шубина М.В. **218**
ГЛИЦИНОВАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 218
ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ **220**
Hvozdetska M.G. **221**
LEVEL OF URIC ACID IN CEREBROSPINAL FLUID OF HIV-INFECTED PATIENTS WITH MENINGOENCEPHALITIS 221
Iliukha S. **221**
Low meat consumption as a risk factor 221
of high tuberculosis incidence 221
Tatuzyan E.G., Ovcharenko L.V. **222**
HAIRYPART OF THE HEAD PLASMATHERAPY IN THE TREATMENT 222
OF ALOPECIA 222
Безвербний В.І., Донцова Є.В., Погорєлова О.О. **222**
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РОЗВИТКУ РАКУ ГОРТАНІ НА ФОНІ 222
ТУБЕРКУЛЬОЗУ ГОРТАНІ 222
Бережна А.В. **223**
РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ДО ПРЕПАРАТІВ ГРУПИ ЦЕФАЛОСПОРИНІВ МІКРООРГАНІЗМІВ, ВИДІЛЕНИХ ВІДХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ 223
Букій С.М. **224**
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ШИГЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ, ІНФІКОВАНИХ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСОМ 224
Бутов Д.А., Скорый Д.А., Юшкевич М.К. **225**
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ 225
Великий А.П. **226**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ХОПТД №1 ЗА 6 МЕСЯЦЕВ 2017 ГОДА 226
Гасанова А.Р., Абдуллаева С.И. 227
ЭНЦЕФАЛИТ СМЕШАННОЙ ЭТИОЛОГИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ 227
Дурсунова Г.М., Лукашук Ю.М., Виноградов Б.О., Михайлова К.А. 227
СТАН ПОКАЗНИКІВ ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С 227
Жидков Е.В. 228
ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ 228
С ХИМИОРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ 228
Зоц Я.В., Нгуєн Х.І. 229
ДІГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ АДРЕНОКОРТИКОТРОПНОГО ГОРМОНУ У ЦЕРЕБРОСПІНАЛЬНІЙ РІДИНІ ХВОРИХ НА ГОСТРІ БАКТЕРІАЛЬНІ МЕНІНГІТИ . 229
Крывуля А.Д. 230
ИЗУЧЕНИЕ КОМПЛАЕНСА У БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ПО ТЕСТУ МОРИСКИ-ГРИНА 230
Крывуля Н.Д. 231
ДЕПРЕССИЯ У БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ... 231
Кузьминова В.В., Малахова Д.А. 231
РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ У БОЛЬНЫХ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИЕЙ 231
Макаренко Н.І., Пономарьова А.В. 232
ІНФОРМОВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ - ОДИН З АСПЕКТІВ ЗНИЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ 232
Мартыненко А.А. 233
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ 233
В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ 233
Махмудов Ю.Ю. 234
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МАЛЯРІЇ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ 234
Нагієва А.Н., Швець О.М. 235
ТРУДНОЩІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНІВ У ХВОРИХ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ/СНІД 235
Павликова А.А. 236
ДІАГНОСТИКА ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ 236
Парасочка О.С. 237
КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРОБІОТИКІВ 237
Писаренко Г.М. 238
ПОСТВАКЦИНАЛЬНІ БЦЖ-УСКЛАДНЕННЯ У ДІТЕЙ В МІСТІ ХАРКОВІ 238
Райлян М.В., Паніч Р.В., Павлічук Є.О. 238
ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА КІР В УКРАЇНІ В СУЧАСНИХ УМОВАХ .. 238
Суходольская Е.И. 239
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ 239
Філіпов О.А. 240
ЕФЕКТИВНІСТЬ ПОЄДНАНОЇ ТЕРАПІЇ ХОЗЛ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ 240
Фомина Л.В. 241
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ЭТИОЛОГИ И ПАТОГЕНЕЗЕ ЭКЗЕМЕ 241
Хаустов Д.С. 241
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПИЩЕВОГО БОТУЛИЗМА 241
Христенко Н.Є., Корнієнко В.В., Тимощук М.В. 242
ВМІСТ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА ХГС 242
Юрко К.В., Івахненко Д.А., Шейко А.Г. 243

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЕНТЕРОВІРУСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В СЕРПНІ-ЛИСТОПАДІ 2017 РОКУ В ХАРКІВСКІЙ ОБЛАСТІ 243
Яцына А.Г. 243
СИНДРОМ ФАВРА-РАКУШИ В ДЕРМАТОЛОГИИ 243
НЕЙРОНАУКИ 245
Аскеров Р.Н. 246
ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ МАКІАВЕЛЛІЗМУ У СТУДЕНТІВ ХНМУ З УРАХУВАННЯМ СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ 246
Безвербний В. І 246
ЕЛЕКТРОНЕЙРОМІОГРАФІЧНИЙ ПАТЕРН ПРИ БОКОВОМУ АМІОТРОФІЧНОМУ СКЛЕРОЗІ 246
Бережний Г.Г. 247
ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛАЄНСУ У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ 247
Буньо І.Б. 248
ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ І ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЛАКУНАРНИЙ ІНСУЛЬТ 248
Волошин - Гапонов И.К. 249
ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО ДАННЫМ МРТ У БОЛЬНЫХ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ 249
Дідова Т.В. 250
ВИВИЧЕННЯ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРДЦЕВОГО РИТМУ ПРИ РОЗСІЯННОМУ СКЛЕРОЗІ РІЗНОГО ТИПУ ПЕРЕБІГУ 250
Домбровська І. К., Багмут А. В. 250
РОЛЬ ОМЕГА-3-ПОЛІНЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ В ПЕРВИННІЙ ТА ВТОРИННІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ АТЕРОСКЛЕРОЗУ ТА ЙОГО УСКЛАДНЕНЬ 250
Зеленська К.О. 251
БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ З СУЇЦИДЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ 251
Калюжка В.Ю. 252
ВИКОРИСТАННЯ СТЕРЕОТАКСИЧНИХ БІОПСІЙ З Впровадженням ТЕХНОЛОГІЇ ФАНТОМНОГО МОДЕЛЮВАННЯ У ДІАГНОСТИЦІ ВНУТРІШНЬОМОЗКОВИХ НОВОУТВОРЕНЬ 252
Книгин М.В., Арциленко К.Ю. 253
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ЇЖІ 253
Комар В.А. 253
ЭТИЛМЕТИЛГИДРОКСИПИРИДИНА СУКЦИНАТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ 253
Коровіна Л.Д., Кондратено А.П. 254
ОСОБЛИВОСТІ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ У МОЛОДИХ ЖІНОК ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ. 254
Косенко Ю.В. 255
СИНДРОМ АДЕЛЬ 255
Котков О.Р. 256
РОЛЬ АТОРВАСТАТИНУ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПОВТОРНИХ 256
ІШЕМІЧНИХ ІНСУЛЬТІВ 256
Кравченко М. Ю, Дрокин А. В. 256
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ГАЛЛЕРВОРДЕНА — ШПАТЦА НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ 256
Красковська Т.Ю. 257
МАЛЮВАЛЬНА ТЕХНІКА «МОЯ РОДИНА» - СТАН ВІДНОСИН У СІМ'ЯХ 257

Курбанов Р.Г.О. **258**
ЗАЛЕЖНІСТЬ МІЖ ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ВИРАЖЕНІСТЮ СИМПТОМІВ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА 258
Лєсна А.С. **259**
КОРЕКЦІЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ 259
Лихая В.М, Колюбаева Е.Ю. **260**
ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПРИСТУП, КАК ПРОЯВЛЕНИЕ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ НА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИМЕРАХ. 260
Ліха В.М. **260**
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕРВОВОЇ БУЛІМІЇ У ДІВЧАТ ТА ЖІНОК МОЛОДОГО ВІКУ 260
Куфтеріна Н.С., Макарова А.В. Зюзіна М.С. **261**
ВИЯВЛЕННЯ НЕРВОВО-ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ 261
Масловська А.О. **262**
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ В ЛІКУВАННІ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ 262
Михайленко Н.О. **263**
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ КЛІНІЧНИМИ ДАНИМИ ТА КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ХВОРИХ НА МОЗКОВИЙ ГЕМОРАГІЧНИЙ ПІВКУЛЬОВИЙ ІНСУЛЬТ В ГОСТРИЙ ПЕРІОД ЗАХВОРЮВАННЯ 263
Нагорний І.А. **263**
СУЧАСНИЙ СТАН ІГРОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД СТУДЕНТІВ 263
МЕДИЧНОГО ВИШУ 263
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ У ХВОРИХ З ПТСР 264
Петрук Б.Ю. **265**
ОСНОВНІ ВАРІАНТИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ З ЕПІЛЕПТИЧНИМИ ЗМІНАМИ ОСОБИСТОСТІ, МОЖЛИВОСТІ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ 265
Репнікова А.В., Саєнко С.С. **266**
ДОСЛІДЖЕННЯ ЧАСТОТИ ПОЄДНАННЯ ШИЙНИХ М'ЯЗОВО−ТОНІЧНИХ СИНДРОМІВ ТА ВЕСТИБУЛО-КОХЛЕАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ З ПОЧАТКОВИМИ ЯВИЩАМИ ШИЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗУ 266
Сіліна М.П. **267**
Оцінка рівню апатії, самовдоволеності життям та ступеню тривожності у хворих на шизофренію 267
Сымкина В.Е., Глущенко С.В. **268**
РИСК РАЗВИТИЯ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ С ФЕБРИЛЬНЫМИ СУДОРОГАМИ В АНАМНЕЗЕ 268
Тарасенко Д.В. **269**
ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ТА СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ТА НАРКОТИЧНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ 269
Тімохіна А.О. **270**
ЗВ'ЯЗОК ТВОРЧОСТІ ТА ПСИХОПАТОЛОГІЇ У ПРЕДСТАВНИКІВ ТВОРЧИХ ПРОФЕСІЙ 270
Тимощук М.В. **271**
Трегубенко А.Р. **272**
Структура синдрому емоційного вигорання у студентів 3 курсу хнму 272
ВЕГЕТАТИВНА ДІСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ З ПАТОЛОГІЄЮ ЦЕРВІКАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА 273
Усик А.В. **274**
ВЛИЯНИЕ СМАРТФОНОВ НА ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ 274
Федосова Д.С. **275**
ВПЛИВ РАЦІОНУ ХАРЧУВАННЯ НА СТАН НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У СТУДЕНТІВ 275

Халімов Є.Г. Остапенко Д.М. **275**
ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї ХВОРГО НА ПСИХІЧНИЙ РОЗЛАД 275
Шаповал В.В. **276**
ОСОБЛИВОСТІ АДДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ 276
Щебетенко В.О. **277**
ОСНОВНІ ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РОЗВИТОК МІГРЕНОЗНОЇ ЦЕФАЛГІЇ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ 277
ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА **279**
Podpryadova A., Lisina A. **280**
ACADEMICIAN OLEKSANDR OLEKSIYOVYCH SHALIMOV: 280
KHARKIV PERIOD OF ACTIVITY 280
Sazonova T. **280**
SLEEP DISORDERS AMONG UNIVERSITY AND SCHOOL STUDENTS OF KHARKIV 280
Veretelnyk Olena, Tinuola Olajide, Tatenda Tekere **281**
HEALTH STATUS IN ZIMBABWE 281
Александрова К.В., Журавльова П.В. **282**
ПРОФІЛАКТИКА ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛЯХОМ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ПРОДУКЦІЇ МОЛОЧНОЙ КИСЛОТИ СЕБУМАЛЬНИМИ ЗАЛОЗАМИ ШКІРИ 282
Арасланова Т.Р., Горбунова І.В. **283**
СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МОЛОДІ З ПОРУШЕННЯМ СЛУХУ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ 283
Безега Е.В., Наумова И.И., Третьякова Е.А., Мітельова Т.Ю. **284**
Взаимосвязь ожирения с пищевыми предпочтениями подростков 10-17 лет Харьковской области 284
Білера Н.В., Дегтяр К. О., Буркуш В.В. **285**
ОСНОВНІ НАПРЯМИ ПРОФІЛАКТИКИ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ 285
Білера Н.В., Буркуш В.В., Дегтяр К.О. **286**
ОЦІНКА УМОВ ПРАЦІ ОСІБ КОМАНДНОЇ ЛАНКИ ВІЙСКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЧАСТИН ТИЛОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ (ВАЖКІСТЬ ТА НАПРУЖЕНІСТЬ ПРАЦІ). 286
Богачова О.С., Бабичева К. А., Голуб М. В., Невхорошев Є. О. **287**
ПСИХОГІГІЄНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ДОНОЗОЛОГІЧНИХ СТАНІВ СЕРЕД СТУДЕНТИВ МЕДИКІВ 287
Іпполітов Д.О. **287**
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ГРУПОВОЇ МОДЕЛІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ У РАЙОНАХ ВЕЛИКИХ МІСТ 287
Кошиль М.С., Саркіс-Іванова В.В. **288**
ПАТОГЕНЕЗ ТА ПРОФІЛАКТИКА СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ 288
Літовченко О. Л., Наумова І. І., Тимбота М.О. **289**
СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ПРИ СПОЛУЧЕНОМУ ВПЛИВІ ХІМІЧНИХ ТА ФІЗИЧНИХ ЧИННИКІВ 289
Літовченко О. Л., Стиценко М. О., Безега Є.В., Біличенко П.С. **290**
МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СІМ'ЯНИКІВ ЩУРІВ ПРИ СПОЛУЧЕНОМУ ВПЛИВІ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ ТА МАСТИЛЬНО-ОХОЛОДЖУЮЧОЇ РІДИНИ 290
Островська А.М., Козіонова А.А., Логвінов Д.І. **291**
ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПРОДУКТИ ХАРЧУВАННЯ 291
Тимбота М.О., Стиценко М.О., Третьякова К.О.. Біличенко П.С. **292**
РОЛЬ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ТА ЕЛЕМЕНТІВ РОБОЧОГО СЕРЕДОВИЩА У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ У ПЕДАГОГІВ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ТА ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ 292
Труш О.М., Черненко Н.Г. Сердюк Ю.Д. **293**

ПРОБЛЕМИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА НАПРЯМКИ ЇХ ВИРІШЕННЯ.....293
СТОМАТОЛОГІЯ..... 294
Movchan O., Andrienko K. 295
THE USING OF AN ADHESIVE CREAM FOR FIXING COMPLETE REMOVABLE PROSTHESES WITH ELECTROMYOGRAPHIC INVESTIGATIONS 295
Богату С.І. 296
СТАН ТКАНИН РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГАСТРИТОМ ТИПУ В.....296
Волкова О.С., Доля Е.И., Токарь А.А., Кануник Т.С. 297
СОЛЕВАЯ СИСТЕМА ДЛЯ ГЛУБОКОГО ФТОРИРОВАНИЯ «FTORCALCIT-D» ПРИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ 297
Волошан О.О. 298
ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ОДОНТОГЕННИМИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИМИ СИНУСИТАМИ ПРИ АТИПІЧНІЙ АНАТОМІЧНІЙ БУДОВІ ГАЙМОРОВОЙ ПОРОЖНИНИ.....298
Заверуха Я.И., Елисеева О.В. 298
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ РАББЕРДАМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ. 298
Калиниченко М.А., Заверуха Я.И., Боцман К.Е. 299
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕСЕНСИТАЙЗЕРНОЙ ПАСТЫ ПРИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЗУБОВ 299
Ключка Є.О. 300
ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ 300
Любченко А.А. 301
РОЛЬ МИКРОФЛОРЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА 301
Микулина А.А., Николенко А.К., Бондарь Т.В., Мирошниченко Н.А. 302
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭМАЛИ.....302
Прасол А.С., Огурцов О.С., Храпко М.Ю. 304
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПАЙЛЕР-СВІТЛА У ПАЦІЄНТІВ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ПРОФЕСІЙНОЇ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА 304
Стеблянко А.А. 304
ВЛИЯНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА НА ДИНАМИКУ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ОДОНТОГЕННОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТЕЙ 304
Сухіна І. С., Сплюхина О.В. 305
КСЕРОСТОМІЯ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ 305
Федотова О.Л., Запара П.С. 306
ЕФЕКТИВНІСТЬ КЛІНІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ЗНІМНИХ КОНСТРУКЦІЙ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ.....306
Худик А.К. 308
ПЕРСПЕКТИВЫ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА 308
Яковлева Д.Ю. 308
ТАКТИКА В ОТНОШЕНИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА.....308
СУСПІЛЬНО-ГУМАНІТАРНІ НАУКИ 310
Magapu Veera Venkata Akhil..... 311
CONFIDENTIALITY IN MEDICINE.....311
Абу Каф Сафа..... 311
ОДНОКОРЕННЫЕ СЛОВА СО ЗНАЧЕНИЕМ «ПОРЯДОК» В ИВРИТЕ 311
Абу Каф Сафа, Худайбердыева Мониса..... 312

ХУДОЖЕСТВЕННЫЕ ФИЛЬМЫ В ЯЗЫКОВОМ УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ (СТУДЕНЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД)....312
Альков В.А. **313**
М. І. ФРЕЙМАН: ЄВРЕЙСЬКИЙ ЛІКАР В ІМПЕРСЬКОМУ ХАРКОВІ....313
Аль-Куадер Ноур **314**
СУЕВЕРИЯ В ВОСТОЧНОМ И СЛАВЯНСКОМ ЯЗЫКОВЫХ СОЗНАНИЯХ....314
Арзуманова І. В., Троценко О.В. **314**
МОВНИЙ АСПЕКТ РОЗВИТКУ ГРЕЦЬКОЇ ОБЩИНИ ХАРКОВА....314
Асадов Тогрул **317**
ЭТИМОЛОГИЯ И СИМВОЛИКА ЦВЕТА «БЕЛЫЙ» В АНГЛИЙСКОМ И СЛАВЯНСКИХ ЯЗЫКАХ....317
Володина П.Н **317**
ПИТАНИЕ КАК ВАЖНЫЙ РЕСУРС ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА....317
Гомера Николас Брендон **318**
ЯЗЫКОВАЯ КАРТИНА МИРА В РАЗНЫХ ЯЗЫКАХ....318
Гончаренко В.И. **319**
Страх человека перед лицом смерти....319
Грома Є.В. **320**
КУЛЬТУРА ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ....320
Далал Сахил **320**
ФРАЗЕОЛОГИЗМЫ ОБ УЧЕНИИ И ЗНАНИЯХ....320
Зерааt Кар Шаян **321**
ЭТИМОЛОГИЯ НАИМЕНОВАНИЙ МЕСЯЦЕВ В РАЗНЫХ ЯЗЫКАХ....321
Ільїн В.Г. **322**
ОБВИНУВАЧЕННЯ ПРОТИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ХАРКОВА, ЯК ДЖЕРЕЛО ІНФОРМАЦІЇ ПРО ЕПОХУ ВЕЛИКОГО ТЕРОРУ....322
Катан Анжелика Сара Монтрезор **323**
«МОЛОДЕЖНЫЕ» МЕЖДОМЕТИЯ В СОВРЕМЕННОМ МОЛОДЕЖНОМ СЛЕНГЕ ..323
Махадев Прашантх Кумар **324**
КАК РЕАГИРОВАТЬ НА КРИТИКУ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ....324
Нестеренко А. К., Антонович С.О. **324**
ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ РЕАЛІЗАЦІЇ НЕПЕРЕРВНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ....324
Нутфииллоева Шалола **325**
СТАНОВЛЕНИЕ, РАЗВИТИЕ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ТЕРМИНОЛОГИИ ИНТЕРНЕТА В УЗБЕКИСТАНЕ....325
Рудаков О.С. , Трошкін Д.С. **326**
НЕЗРУЧНЕ ХРИСТИЯНСТВО ГРИГОРІЯ СКОВОРОДИ....326
Сингх Куш Пратал **327**
С ЛЮБОВЬЮ ОБ УКРАИНЕ....327
Хури Алина **328**
А. П. ЧЕХОВ И УКРАИНА....328
Шарашидзе А.Г., Андрющенко А.А. **328**
МОДА И ЗДОРОВЬЕ....328
Чорноус Н.А. **329**
ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ «ІНТЕЛЕКТУАЛЬНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ»....329
СТУДЕНТІВ ВНЗ....329
Шаик Фараз Ахммед **330**
ЛЕГЕНДА МИРОВОЙ И УКРАИНСКОЙ КАРДИОХИРУРГИИ Н.М. АМОСОВ 330
Шейко А.О. **331**
ПРОТИДІЯ НАСИЛЬСТВУ В РОДИНІ....331
ІНОЗЕМНІ МОВИ **333**
Aliyev R.A. **334**
ALZHEIMER’S DISEASE AND MAN....334
Bazhan A.A. **334**

REPRESENTATION OF CATEGORY OF COLOUR IN CLINICAL TERMINOLOGY 334
Bilousova E. D. **335**
WAYS OF PREVENTING HERPES SIMPLEX VIRUS TRANSMISSION 335
Daschuk A.A. **336**
PROBLEMS OF ALOPECIA.....336
Hordienko P.O. **337**
Environmental factors influence ON present-day human REPRODUCTIVE HEALTH 337
Kamchatna V. A. **338**
THE ROLE OF PSYCOLOGICAL STRESS.....338
Katamadze R.N. **339**
Danger of ANOREXIA.....339
Kolesnyk M. R. **339**
PREDISPOSITION OF MEDICAL STUDENTS TO PEPTIC ULCER 339
Kravchenko E. V. **340**
LABORATORY ON A CHIP 340
Kulinich Y.V. **341**
PROS AND CONS OF TAKING ANTIDEPRESSANTS.....341
Leshenko S.O. **342**
PENTOLOGY OF CANTRELL.....342
Lisova Y.M. **342**
HYPODYNAMIA AS A PROBLEM OF MEDICAL STUDENTS.....342
Moisieienko L.V. **343**
STRESS MANIFESTATIONS AND SUCCESSFUL MANAGEMENT METHODS IN MEDICAL STUDENTS 343
Ovsiannikova K.S. **344**
HISTORY OF MILITARY MEDICINE DEVELOPMENT AND ITS PROBLEMS. 344
Pelych I. M. **345**
Shengeliya T.E. **345**
MOLECULAR FOOTBALL BALLS 345
Stoyan A.O. **346**
Significance of increased awareness of MYOCARDIAL INFARCTION 346
Surovtseva K. S. **347**
MORPHOFUNCTIONAL RECULARITIES OF PATHOLOGICAL PLACENTAL BLOOD CIRCULATION.....347
Tymokhina D.S. **348**
THE LONG-TERM EFFECTS OF INHALATION OF TOBACCO SMOKE ON RATS' NEONATAL DEVELOPMENT AND THE SEXUAL CYCLE OF THEIR DESCENDANTS348
Timoshenko D.V. **349**
INTERRELATION BETWEEN INTESTINAL BACTERIA CONTENT AND OBESITY 349
Бєлова Ю. М. **349**
ВИКОРИСТАННЯ МЕТОФОР В АНАТОМІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ (НА ПРИКЛАДІ ОСТЕОЛОГІЇ) 349
Бойко В.С. **350**
ОСОБЛИВОСТІ АБРЕВІАЦІЇ В МЕДИЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ.....350
Гончаренко В.И. **351**
ЭТИМОЛОГИЯ ЛАТИНСКИХ НАЗВАНИЙ КРАНИОМЕТРИЧЕСКИХ ТОЧЕК.....351
Лісіна А. В. **352**
АРХІТЕКТУРНА МЕТАФОРА В АНАТОМІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ 352
Малахова Д. О. **353**
ЗООНІМИ В ЛАТИНСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ 353
Махмудов Умид Рустам О'глы **354**
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАТИНСКОГО И УЗБЕКСКОГО ЯЗЫКОВ.354
Муха О.В. **355**

COMPARISON OF THE LATIN AND ENGLISH TERMS OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM 355
Шаповалова Є. О. 356
ГЕОМЕТРИЧНІ НАЗВИ У МЕДИЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ 356
Шарашидзе А.Г. 357
ПОСТАТЬ ТА НАУКОВИЙ ДОРОБОК ВАЛЕНТИНА ОТАМАНОВСЬКОГО 357
Яценко А. Ю. 357
ВАРІАЦІЇ ПЕРЕКЛАДУ МІЖНАРОДНОЇ АНАТОМІЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ УКРАЇНСЬКОЮ МОВОЮ НА ПРИКЛАДІ НАЗВ ОРГАНІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ 357