

**Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет**

ЗБІРНИК ТЕЗ

**міжвузівської конференції
молодих вчених та студентів**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ БОЛЮ»**

Харків 2011

СОДЕРЖАНИЕ:

ПРОГРАМА КОНФЕРЕНЦІІ.....	4
Абдула А.М.Д., Шадных М.А.....	6
ВЛИЯНИЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ТОНУС АККОМОДАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ПРЕСБИОПИЕЙ.....	6
Александрова А.В.....	6
СТИМУЛЯЦИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ ОЖОГОВОЙ РАНЫ СИНТЕТИЧЕСКИМ ИНГИБИТОРОМ МАТРИЧНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ ДОКСИЦИКЛИНОМ.....	6
Алексеев Р.В.....	7
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМЫ БОЛИ.....	7
Аркатов А.В., Книгавко А.В., Левченко Д.А.....	8
БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ.....	8
Баева М.В.....	9
ФАРМАКО-БИОХИМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕРАПИИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ.....	9
Белогуров С.Н., Овчаренко С.С., Данилова К.А.....	10
ПРИМЕНЕНИЕ ИБУПРОФЕНА У ДЕТЕЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.....	10
Білецький О.В., Ринденко С.В., Долженко М.О., Білецька М.А.....	11
МАЛОИНВАЗИВНА БЛОКАДА М'ЯКИМИ АНЕСТЕТИКАМИ У ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ КІСТОК ТАЗУ, ПОШКОДЖЕННЯМИ ТАЗОВИХ ОРГАНІВ, ОРГАНІВ НИЖЬОГО ПОВЕРХУ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ТА ПОЗАЧЕРЕВНОГО ПРОСТОРУ.....	11
Богун Ю.В., Васильев Д.В.....	12
ИТРАТЕКАЛЬНОЕ (СУБДУРАЛЬНОЕ) ВВЕДЕНИЕ МОРФИНА КАК КОМПОНЕНТ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ОРГАНАХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ.....	12
Бойко Є.П., Петронія П.О., Лиманська Г.О.....	13
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ГОЛОВНОГО БОЛЮ ТА ПІДХОДИ ДО ЙОГО ФАРМАКОКОРЕКЦІІ.....	13
Бородай И.С.....	13
ПРОБЛЕМА БОЛИ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ, ПУТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ.....	13
Бортновская В.С.....	14
БОЛЬ В СОВРЕМЕННОМ ИЗОБРАЗИТЕЛЬНОМ ИСКУССТВЕ.....	14
Васильева О.В., Гречанина Ю.Б.....	15
ХРОНИЧЕСКИЕ МИАЛГИИ КАК ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК МИТОХОНДРИОПАТИИ.....	15
Введенская А.Е., Резниченко Е.К.....	16
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА ПОСТИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ РЕЛАКСАЦИИ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ.....	16
Волкова Ю.В., Долженко М.О.....	17
ВПЛИВ ФОРМИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ НА СТАН ПЛАСТИЧНОСТІ НЕРВОВОЇ ТКАНИНИ У GERONTOЛOГІЧНИХ ХВОРИХ З ПОЛІТРАВМОЮ.....	17
Ворожук Р.С., Фоминов А.А., Амап А.Г., Митрофанова С.В., Гура Е.А., Джурабоева Ф.Ш., Потихенская К.А., Герасимова О.Н.....	17
БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.....	17
Галичева А.С.....	18
БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В КЛИНИКЕ ОРГАНИЧЕСКОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН.....	18
Гелетка А.А.....	19
ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ.....	19

Гони С.-К.Т., Гони С.-А.Т.....	20
БОЛЬ В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ. ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ.....	20
Гончарова Н.Н., Дроздова А.Г.....	21
АБДОМИНАЛЬНАЯ БОЛЬ ПРИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ.....	21
Гузъ І.А., Романенко А.О., Логинова О.О., Матюк Г.Б.....	21
ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СИНДРОМУ СЛАБКОЇ ВІДПОВІДІ ЯЄЧНИКІВ ШЛЯХИ КОРЕКЦІІ.....	21
Диннік О.О.....	22
БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПУБЕРТАТНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧАХ.....	22
Кальчук Р.О.....	23
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕАКЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ВОСПАЛЕНИИ В ХРОНИЧЕСКОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	23
Книгавко А.В.....	23
БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА.....	23
Книгавко А.В., Гольяхмедова Х.В.....	24
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ.....	24
Книгавко А.В., Кацалап Е.С.....	25
ЗНАЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕННОГО ОРГАЗМА И ПРОЧИХ ЭЯКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПАТОГЕНЕЗЕ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ.....	25
Коновал А.О.....	25
ЗНАЧЕННЯ ГОРМОНАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗУ ТА ІМУНОЛОГІЧНОГО СТАНУ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ ЖІНОК З ХРОНІЧНИМ САЛЬПІНГООФОРИТОМ.....	25
Кривошапка А.В., Александрова А.В.....	26
МЕТАБОЛИТЫ ОКСИДА АЗОТА В ЗАЖИВЛЕНИИ ОЖОГОВОЙ РАНЫ.....	26
Кузьмина О.А.....	27
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА.....	27
Кулицкая О.С.....	28
НЕЙРОТОКСИЧНОСТЬ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ.....	28
Куричева Н.Ю.....	29
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.....	29
Куров А.Н.....	30
СНИЖЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА С ПРИМЕНЕНИЕМ СОЛКОСЕРИЛ ДЕНТАЛЬНОЙ АДГЕЗИВНОЙ ПАСТЫ.....	30
Куфтерина Н.С.....	31
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ЛЕГКУЮ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ.....	31
Марковская И.В.....	32
ПРИЧИНЫ И УРОВЕНЬ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ.....	32
Мегера В.С., Мегера Ю.О., Васильев Д.В.....	33
ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЙ СТАН ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ВТРУЧАНИЯХ НА СОННИХ АРТЕРИЯХ В УМОВАХ ЗАГАЛЬНОЇ ТА РЕГОНАРНОЇ АНЕСТЕЗІІ.....	33
Миرونченко С.І., Гринь В.В.....	34
ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ, ІНДУКОВАНИХ УЛЬТРАФІОЛЕТОВИМ ОПРОМІНЕННЯМ.....	34
М'якина О.В., Пода С.Б.....	35
ВПЛИВ БОЛІ НА ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ.....	35
Нагута Л.А.....	35

Миронченко С.І., Гринь В.В.
**ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ, ІНДУКОВАНИХ
УЛЬТРАФІОЛЕТОВИМ ОПРОМІНЕННЯМ**

*Харківський національний медичний університет
Кафедра фармакології та медичної рецептури*

Актуальність. В теперішній час ультрафіолетова радіація все більше впливає на організм людини. Інтенсивне ультрафіолетове опромінення (УФО) шкіри супроводжується відповідною реакцією в вигляді еритеми, яка являє собою асептичне запалення шкіри альтеративно-ексудативного характеру. Одним з ознак запалення є біль. Можна припустити, що «Альтан», «Мазь тіотриазоліну 2%» та «Мазь Метилурацилова 10%» мають фотопротекторну дію, тому зменшують прояви запалення, у тому числі й больовий синдром.

Мета. Вивчення ефективності застосування препаратів «Альтан», «Мазь тіотриазоліну 2%» та «Мазь Метилурацилова 10%» для корекції порушень, індукованих ультрафіолетовим опроміненням.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводили на 72 мурчаків-альбіносах масою (550-600) г. Фотопротекторну активність вивчали на моделі гострого ексудативного запалення - ультрафіолетової еритеми. Рівень дії, що ушкоджує, оцінювали за рівнем відповідної еритемної реакції шкіри, з огляду на час появи після опромінення й інтенсивність еритеми. Тварини були розподілені на 4 групи: без лікування (1 група), лікування препаратами «Альтан» (2 група) внутрішньошлунково, «Мазь тіотриазоліну 2%» (3 група) та «Мазь Метилурацилова 10%» (4 група) за 1 годину до й через 2 години після опромінення. Тварин виводили з експерименту через 4 години після УФО шляхом декалітації згідно з нормами біостатики. Реєструвались загальний стан тварин, інтенсивність еритеми. Для оцінювання стану прооксидантно-антиоксидантної системи вивчали продукти перекисного окислення ліпідів (ПОЛ): первинні - дієнові кон'югати (ДК) і вторинні - тіобарбітурової кислоти активні продукти (ТБК-АП) у шкірі та крові.

Результати. При місцевому ультрафіолетовому опроміненні шкіри мурчаків уже через 1 годину після опромінення еритема розвивалася в 50% тварин (сумарна еритеми 1,2 бали), через 2 години - у 67% (2,2 бали). Через 4 години після опромінення сумарна інтенсивність 3-х п'ям зростає, становлячи 5,7 балів. Еритема розвивалася в 100% тварин. Лікувально-профілактичне застосування мазі метилурацилової попереджало розвиток еритеми через 1 годину після опромінення. Через 2 години сумарна гіперемія виникала у 67% тварин (1,1 та 1,3 бали відповідно). Через 4 години спостерігалось зниження еритеми на 47% (3 бали) порівняно з тваринами без лікування. Захисна дія альтану проявлялася у відсутності розвитку еритеми через 1 і 2 години після опромінення й вираженому зменшенні інтенсивності еритеми через 4 години на 61% (2,2 бали). Мазь тіотриазоліну попереджало розвиток еритеми у 100% тварин через 1 годину після опромінення та у 50% (0,6 балів) через 2 години після нього. Через 4 години інтенсивність еритеми знижувалася на 56% (2,5 бали) порівняно з тваринами без лікування.

Дослідження процесів ПОЛ показало, що УФО викликає їх активацію в шкірі (ДК в 2,2 рази, ТБК-АП в 1,2 рази) і в крові (ДК в 2,2 рази, ТБК-АП в 1,3 рази). Застосування мазі метилурацилової не впливало на зміст продуктів ПОЛ у шкірі й сприяло зниженню в крові рівня ДК на 55,5 % і 36,6 % відповідно. Під впливом альтану й мазі тіотриазоліну рівень первинних і вторинних продуктів ПОЛ у шкірі не змінювався, у крові - знижувалася концентрація ДК на 63 % і 45,7 % відповідно.

Висновки. При УФО спостерігається виражена еритема, що супроводжується активацією процесів ПОЛ. Альтан, мазь тіотриазоліну та мазь метилурацилової знижують інтенсивність ультрафіолетової еритеми на 61%, 56% і 47% відповідно. Фотозахисна дія супроводжується зменшенням процесів перекисації.

М'якина О.В., Пода С.Б.
ВПЛИВ БОЛІ НА ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

Харківський національний медичний університет.

Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я

Актуальність: Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) рекомендує оцінювати якість лікування та рівень життя пацієнтів за допомогою методу оцінки якості життя. Для оцінки якості життя використовуються опитувальники, які частіше всього заповнює сам пацієнт.

Мета дослідження: визначити вплив болу на оцінку якості життя людини.

Матеріалом дослідження було взято один із популярних опитувальників для неспецифічного визначення якості життя "SF-36 Health Status Survey" SF-36 та інструкція для обробки даних отриманих за допомогою цієї анкети.

Методом дослідження було обрано просте визначення кількісного відношення питань пов'язаних з болем, та вплив питань про біль на визначення результатів.

Результат дослідження показав, що два питання з 36 безпосередньо стосуються болу. Це питання сили болу та вплив болу на повсякденне життя. Також при оцінці результатів опитувальника використовуються вісім шкал і одна з восьми шкал визначається, як інтенсивність болу. Випахідники опитувальника SF-36 віднесли шкалу інтенсивності болу до фізичного компоненту здоров'я людини.

Висновки: інтенсивність болу є одним з восьми основних чинників, які визначають якість життя населення, крім того інтенсивність болу згідно методології опитувальника SF-36 в основному впливає на фізичне здоров'я людини.

Нагула Л.А.

**ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ КРИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С
ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ И БОЛЕВЫМ
СИНДРОМОМ**

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Частота дисфункциональных маточных кровотечений (ДМК) колеблется от 15 до 20%, в свою очередь болевой синдром наблюдается в 50-60% случаях. Важность проблемы совершенствования существующих методов лечения ДМК заключается в том, что устранение причин ДМК не всегда приводит к выздоровлению и снятию болевого синдрома. Гормональная терапия сопровождается целым рядом серьезных осложнений и нередко является противопоказанной.

С целью изучения эффективности применения экстремальной криотерапии (ЭК) в лечении больных с ДМК был проведен сравнительный анализ результатов лечения 32 больных, получавших традиционное лечение: гемостатическую и гормональную терапию (группа сравнения) и 30 пациенток, которые получали комплексную терапию, включавшую 5-7 сеансов ЭК через 1 день длительностью 90-300 секунд при температуре от -60°C до -120°C (основная группа). Контрольную группу составили 15 здоровых женщин.

Полная нормализация менструальной функции, отсутствие болезненных месячных была отмечена у 28 (93,3%) пациенток основной группы в сравнении с 18 (56,2%) женщинами группы сравнения. При проведении ЭК реакций, осложненной выявлено не было. Клиническая эффективность ЭК в лечении больных с ДМК подтверждена данными гормонального кольпоцитологического, ультразвукового исследований.

Таким образом, полученные данные, отсутствие болезненных менструаций, отсутствие рецидивов у больных с ДМК применявших ЭК, свидетельствует о высокой эффективности ЭК и может быть рекомендована к широкому применению в гинекологической практике.