

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДВНЗ "ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ"  
ОБЛАСНА АСОЦІАЦІЯ МОЛОДИХ МЕДИКІВ ТЕРНОПІЛЛЯ

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH OF UKRAINE  
SHEI "I. Ya. HORBACHEVSKY TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY  
OF MPH OF UKRAINE"  
ASSOCIATION OF YOUNG MEDICAL PROFESSIONALS  
OF TERNOPIL REGION

**ХІХ МІЖНАРОДНИЙ  
МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС  
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ**  
присвячений пам'яті ректора,  
члена-кореспондента НАМН України,  
професора  
Леоніда Якимовича Ковальчука

**THE 19<sup>th</sup> INTERNATIONAL  
MEDICAL CONGRESS OF STUDENTS AND YOUNG  
SCIENTISTS**

dedicated to the memory of Rector  
of I. Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University,  
corresponding member of NAMS of Ukraine,  
professor Leonid Kovalchuk



**27 - 29 квітня 2015  
April 27-29, 2015**

**ТЕРНОПІЛЬ  
УКРМЕДКНИГА**

**Відповідальний редактор:**

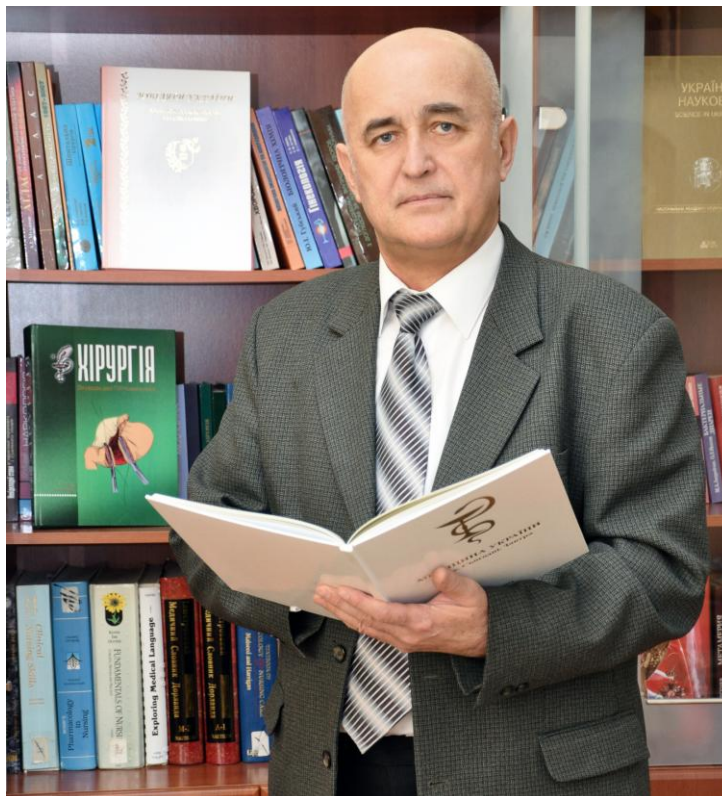
Ректор ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,  
д-р мед. наук, проф. М.М. Корда

**Заступники відповідального редактора:**

- проф. І.М. Кліщ
- доц. Л.П. Андрієшин

**Редакційна колегія:**

Канд. мед. наук, доц.	Л.П. Мазур
Аспірант	С.В. Лотоцька
Інтерни:	Г. Островська А. Дуб М. Очеретна М. Бабій
Студенти:	К. Галей І. Годя М. Бандрівський Ю. Яриш М. Сойка С. Турчин Ю. Крисюк О. Сопель Р. Боймиструк А. Мацько І. Стецюк Г. Прокопишин Л. Данилюк К. Бунт К. Андрушкевич В. Маховський О. Маркевич С. Маркевич П. Чиж Б. Куліковський



1 жовтня 2014 року викладацький та студентський колектив Тернопільського державного медичного університету імені І.Горбачевського втратив свого наставника і керівника – члена-кореспондента НАМН України, заслуженого діяча науки і техніки України, професора Леоніда Якимовича Ковальчука.

Усе своє життя він присвятив медицині, допомозі хворим та розвитку медичного університету. Народився Леонід Якимович 15 березня 1947 року в селі Тернівка Ізяславського району Хмельницької області.

Очільник ТДМУ спершу закінчив Бережанське медичне училище (1967 р.). Спеціальність «лікар-лікувальник» із кваліфікацією «лікар-хірург» вже здобув у Тернопільському державному медичному інституті, отримавши диплом спеціаліста у 1973 році. Після закінчення навчання проходив інтернатуру в Тернопільській обласній клінічній лікарні. У 1974-75 роках працював лікарем-хірургом в селі Устя-Зелене Монастирського району Тернопільської області, а в 1975-78 роках – лікарем-хірургом, завідувачем хірургічного відділення Великодедеркальської лікарні Шумського району Тернопільської області. Починаючи з цього часу Леонід Ковальчук не обмежувався виключно лікарською діяльністю, а коло його наукових інтересів охоплювали питання сучасних лікувальних методик і технологій. У 1977 році Л.Я.Ковальчук захистив кандидатську дисертацію на тему «Активність

ряду окислювальних ферментів нейтрофілів і лімфоцитів у хворих тиреотоксикозом». Цим він започаткував на

Тернопільщині знану сьогодні свою хірургічну школу, що має міцне наукове підґрунтя.

У 1978 році доля закинула його у Кіровоградську область, де Леонід Ковальчук упродовж двох років працював завідувачем хірургічного відділення Знамянської центральної районної лікарні. У 1980 році він повернувся в Тернопільщину на посаду лікаря-хірурга Тернопільської міської лікарні №1. Уже з 1981 по 1983 рік Леонід Якимович працював асистентом кафедри хірургії факультету вдосконалення лікарів Тернопільського медичного інституту. Згодом (1983-1987 рр.) він був головним хірургом Тернопільського облздороввідділу. У вересні 1987 року Леонід Ковальчук став завідувачем кафедри шпитальної хірургії №1 Тернопільської медичного інституту. У 1994-1997 роках обіймав посаду проректора з лікувальної роботи цього навчального закладу.

У серпні 1997 року, зважаючи на вагомий внесок у розвиток тоді ще Тернопільської державної медичної академії, його лідерські здібності, вміння прогнозувати, колектив навчального закладу довірив Леоніду Ковальчуку керівництво.

На посаді ректора Леонід Якимович проявив новаторський підхід в організації всіх видів діяльності ТДМА, яка під його керівництвом отримала статус університету і вийшла в число провідних вищих медичних навчальних закладів України. Його зусиллями відкрито 3 нові факультети: фармацевтичний, стоматологічний, іноземних студентів; чотири навчально-наукових інститути на базі теоретичних кафедр і перші в Україні навчально-науковий інститут медсестринства

та навчально-науковий інститут післядипломної освіти.

Кардинально зміцнена матеріально-технічна база університету, створено видавництво «Укрмедкнига» з власним поліграфічним комплексом, яке є базовим для ЦМК з ВМО МОЗ України і найбільшим нині спеціалізованим медичним видавництвом в Україні, видаються обласні газети «Медична академія» та «Університетська лікарня». Створено також навчально-оздоровчий комплекс «Червона калина» з конгрес-центром, готелем, комплексом харчування, спортивно-фізкультурною базою та студентським профілакторієм.

Ректор ТДМУ заслужено здобув такі нагороди та почесні звання: член-кореспондент НАМН України, орден «За заслуги» III ступеня, заслужений діяч науки і техніки України. Він також нагороджений Почесними грамотами Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України та Міністерства охорони здоров'я, Дипломом міжнародного рейтингу «Золота фортуна», був занесений у «Золоту книгу еліти України». У 2008 році удостоєний звання Почесного професора університету Південної Кароліни (США), у 2014 році – звання Почесного професора Тбіліського державного медичного університету (Грузія). Також нагороджений іменною ювілейною медаллю Братиславського медичного університету (Словаччина), відзнакою «Європейська якість» Європейської бізнес-асамблеї.

З 2009 року очолював постійну комісію Тернопільської обласної ради з питань охорони здоров'я, сім'ї, материнства і дитинства. Його особливо непокоїла необхідність змін в існуючій системі охорони здоров'я. Результатом його діяльності стала «Концепція реформування галузі охорони здоров'я Тернопільської області». Леоніда Якимовича турбували також питання підготовки медичних кадрів. До вирішення цієї проблеми він підійшов нестандартно, а саме із застосуванням новітніх інноваційних методик – методики єдиного дня, практично орієнтованої моделі навчального процесу (Z-модель), ліній практичних навичок, ОСКІ (ОСПІ), тестових технологій оцінювання, комп'ютерних технологій, віртуальних комп'ютерних програм. Ректор ТДМУ особливий наголос робив на здобутті студентами медиками практичних навичок. Саме він вперше в Україні започаткував проект створення університетських лікарень на основі коопераційної моделі. Для підготовки сімейних лікарів Леонід Ковальчук зініціював створення мережі навчально-практичних центрів первинної медико-санітарної допомоги. У цьому Леонід Якимович бачив шлях інтеграції вищої медичної освіти України в міжнародний освітній медичний простір.

В основу нововведень покладено ґрунтовне вивчення і аналіз міжнародного досвіду, налагодження тісної співпраці із провідними закордонними університетами.

Леонід Якимович – знаний фахівець у галузі медицини із значним авторитетом серед колег та друзів, студентів та пацієнтів. Основна наукова діяльність була пов'язана з вивченням фундаментальних проблем виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки. Ним розроблено оригінальні, патофізіологічно обґрунтовані органозберігаючі методи хірургічного лікування виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки, що зменшило частоту рецидивів післярезекційних розладів в чотири рази. Розробив також методи підвищення безпеки та ефективності хірургічного лікування патології магістральних артерій та екстракраніальних судин, зокрема метод попередження тромбозу сегмента реконструкції артеріальної системи.

Він є автором майже 500 наукових і навчально-методичних праць, в тому числі 8 монографій, 4 атласів оперативних втручань, 6 підручників, 5 навчальних посібників, 32 винаходів і патентів. Підготував 10 докторів і 34 кандидати наук. Леонід Ковальчук також був головним редактором науково-практичного журналу «Шпитальна хірургія» та членом редакційної ради «Издательский дом ГЭОТАР-МЕД» (Росія).

Основні наукові праці: «Вибір методів хірургічного лікування гастродуоденальних виразок» (1997 р.); «Лапароскопічна хірургія жовчних шляхів» (1997 р.); «Шпитальна хірургія» (підручник, 1999 р.); «Клінічна хірургія» (підручник, 2000 р.); «Органний кровообіг при передракових станах стравоходу та шлунка» (2001 р.); «Хірургія демпінг-синдрому» (2002 р.); «Анестезіологія, реанімація та інтенсивна терапія невідкладних станів» (2003 р.); «Атлас оперативних втручань на органах шлунково-кишкового тракту і передній черевній стінці» (2004 р.); «Хірургія поєднаних і множинних атеросклеротичних оклюзій екстракраніальних артерій та аорто-стегнового сегмента» (2005 р.); «Клінічна флебологія» (2008 р.); «Хірургія» (підручник, 2010 р.); «Венозні тромбози» (2010 р.).

Він з великою відповідальністю ставився до своєї роботи, намагався зберегти життя та здоров'я кожного пацієнта, працював на благо України. Ректор вірив у кожного студента і щиро радів досягненням і здобуткам своїх випускників.

У 2014 році ТДМУ завдяки мудрому і дбайливому керуванню Леоніда Ковальчука був визнаний Міністерством охорони здоров'я України кращим університетом серед усіх медичних навчальних закладів нашої країни.

Для Тернопільського державного медичного університету імені І.Горбачевського відхід Леоніда Ковальчука є непоправною втратою. Лише з часом кожен, хто працював поряд із цією непересічною людиною, збагне всю велич постаті Леоніда Якимовича і оцінить його внесок сповна!



# Секція: Внутрішні хвороби





*Абдуллаєва Сона, Гасанова Айнур, Смирнова Вікторія*

## **ВПЛИВ ТЕЛМІСАРТАНУ НА МОДИФІКАЦІЮ ФАКТОРІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Т.В. Ащеулова  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

**Мета:** оцінити можливість модифікації факторів серцево-судинного ризику під впливом телмісартану у хворих на ЦД 2 типу.

**Матеріали та методи:** проведено спостереження і лікування телмісартаном протягом 12 тижнів 30 хворих (10 чоловіків, 20 жінок) ЦД 2 з артеріальною гіпертонією (АГ). Вік -  $53,8 \pm 1,32$  року, тривалість ЦД 2 типу -  $6,7 \pm 1,1$  року, АГ -  $11,4 \pm 1,1$  року. У 86,6 % - виявлена кардіоваскулярна форма автономної нейропатії. Рівень глікемії натще -  $6,3 \pm 0,26$  ммоль/л, постпрандіальної глікемії  $7,9 \pm 0,29$  ммоль/л, HbA1c  $7,2 \pm 0,18$  ммоль/л. Рівень АТ оцінювався при офісному вимірюванні і самостійному вимірюванні АТ із заповненням щоденника самоконтролю.

**Результати:** вихідний рівень систолічного артеріального тиску (САТ) склав  $154,3 \pm 1,35$  мм.рт.ст., діастолічного АТ (ДАТ) -  $91,8 \pm 0,91$  мм.рт.ст. У ході спостереження відзначено достовірне зниження САТ ( $133,6 \pm 1,03$  мм.рт.ст.,  $p < 0,05$ ) і ДАТ ( $84,3 \pm 0,86$  мм.рт.ст.,  $p < 0,05$ ). Цільовий рівень АТ ( $< 130/80$  мм.рт.ст.) досягнуто у 18 з 21 хворих на тлі прийому тільки телмісартану.

Відзначено статистично значуще зниження альбумінурії з  $0,13 \pm 0,02$  до  $0,04 \pm 0,05$  г/сут. ( $P < 0,05$ ), ЧСС з  $86,3 \pm 0,68$  до  $77,2 \pm 0,58$  уд/хв ( $p < 0,05$ ). У обстежених з вихідною гіперхолестеринемією та гіпертригліцеридемією виявлено достовірне зниження значень холестерину ( $p < 0,05$ ) і тригліцеридів ( $p < 0,05$ ) у сироватці крові.

**Висновки:** телмісартан сприятливо впливає на модифікаційні фактори серцево-судинного ризику у хворих на ЦД 2 типу - артеріальну гіпертензію, гіперліпідемію, альбумінурію. Крім того, зазначено його позитивний вплив на ЧСС у хворих з діабетичною автономною нейропатією, що свідчить про зменшення симпатичної гіперактивності.

*Антонюк Тетяна, Човган Олександр, Вільцанюк Оксана*

## **ЕЛАСТОМЕТРІЯ ЯК МЕТОД ОЦІНКИ СТАНУ ПАРЕНХИМИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.О. Вільцанюк  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

Проблема діагностики ускладнень вірусних гепатитів залишається однією з актуальних проблем сучасної медицини. Недивлячись на сучасний розвиток медицини, кількість випадків ускладненого перебігу вірусних гепатитів у світі продовжує зростати і супроводжується високою летальністю (Don C. Rockey, 2009).

Клінічне визначення фіброзу при хронічних дифузних захворюваннях печінки і обмеження біопсії мотивувало розробку неінвазивних методів оцінки фіброзу печінки. Еластометрія дає можливість визначити ступінь фіброзу печінки, що є основним показником важкості перебігу і критерієм прогнозу захворювань печінки. Еластометрія, на відміну від біопсії, простіше, дешевше, займає мало часу (проводиться протягом 5-15 хвилин), не вимагає спеціальної підготовки, а по інформативності не поступається біопсії (Діденко В.І., 2013р.).

Нами було проаналізовано результати еластометрії 376 хворих (за 2013-2015 р.), яка виконувалась на базі Військового медичного клінічного центру Центрального регіону, м. Вінниця. Серед обстежених хворих було 190 чоловіків (50,5 %), жінок – 186 (49,5 %). Середній вік хворих склав  $42,5 \pm 14,3$  роки.

Було встановлено, що серед 376 обстежених хворих було: хворих на хронічний вірусний гепатит С – 191 чол. (50,8 %), хронічний вірусний гепатит В – 82 чол. (21,8 %), гепатит неясної етіології – 24 особи (6,38 %), цироз – 17 чол. (4,5 %), та їх поєднання – по 4 випадки, що склало по 1,1 % кожен.

При аналізі результатів еластометрії було встановлено наступні стадії фіброзу за шкалою METAVIR: стадія 0 – 163 чол., стадія 1 – 59 чол., стадія 2 – 55 чол., стадія 3 - 24 чол., стадія 4 – 41 чол., клінічний цироз печінки – 24 чол., неінформативно у 10 чол.

Враховуючи отримані дані, можна стверджувати, що цей метод є високоінформативним для діагностики стадій фіброзу печінки, а також забезпечує безпеку медичного персоналу та не потребує додаткових затрат для обробки інструментів та обладнання.

*Артамонов Роман, Дубовик Валерія, Смирнова Вікторія*

**МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ АДИПОНЕКТИНА В ПАТОГЕНЕЗЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

Кафедра пропедевтики внутренней медицины №1, основ биоэтики и биобезопасности

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Т.Н. Амбросова

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Распространенность метаболического синдрома (МС) высока до 30 % - 60 млн. людей в мире. Сочетание артериальной гипертензии, абдоминального ожирения, атерогенной дислипидемии, нарушений толерантности к глюкозе является кластером неблагоприятных кардиоваскулярных событий, и резко увеличивает риск их развития.

Адипонектин (А) - вновь открытый адипокин, вырабатываемый преимущественно адипоцитами. Интерес к нему обусловлен антидиабетогенными, антисклеротическими и противовоспалительными эффектами. Доказано, что А является регулятором углеводного и жирового обмена. Угнетает глюконеогенез в печени и снижает общее количество глюкозы в крови, повышает чувствительность органов и тканей к инсулину. Влияние на липидный обмен заключается в снижении уровня жирных кислот, препятствии их накоплению, поддержание соотношения ЛПВП и ТГ и способствование окислению циркулирующих жирных кислот. В связи с этим, гипoadипонектинемия рассматривается как предиктор и маркер формирования и развития сахарного диабета.

Последние исследования показывают, что А также является эндогенным ангиопротектором. Накапливаясь в субэндотелиальном пространстве атеросклеротически поврежденного сосуда, вызывает подавление внутриклеточных экспрессии молекул адгезии, аккумуляции ЛПНП и трансформации макрофагов в ксантомные клетки. Также, А подавляет секрецию TNF- $\alpha$ , чем препятствует развитию системного воспаления, и обеспечивает нормальное функционирование фибринолитической системы крови, ингибируя PAI-1.

Изучение установленных и поиск новых эффектов А позволит расширить наши представления о патогенезе МС, а изучение его терапевтического воздействия на липидный и углеводный обмен стабилизировать ситуацию распространения сахарного диабета.

*Бажан О., Гвоздецька Ю.*

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ДОНАТОРІВ NO У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ**

Кафедра внутрішньої медицини №1 з курсом клінічної імунології та алергології ім. акад. Є.М.Нейка

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Р.І. Яцишин

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

м. Івано-Франківськ, Україна

**Актуальність.** Використання донаторів NO в комплексній терапії РА зменшуює побічну дію НПЗП.

**Мета роботи.** Зменшити частоту гастропатій шляхом використання у комплексній терапії РА донаторів NO.

**Матеріали і методи.** Обстежено 40 хворих на РА, віком від 23 до 48 років, з вперше виявленим РА. Всіх хворих було розділено на 2 групи: I група (20 хворих) - НПЗП та метотрексат, II група (20 хворих) – НПЗП, метотрексат та донатори NO.

**Результати дослідження.** Було встановлено, що у I групі у 4 на ЕГДФС – ознаки ерозивного гастродуоденіту, а у 3 – виразки тіла шлунку. У II групі у 1 хворого виявлено ерозивний гастродуоденіт. Функцію ендотелію оцінювали за методикою Selermajer D.S. Початковий діаметр плечової артерії до лікування у I групі становив  $3,78 \pm 0,75$  мм у стані спокою,  $3,98 \pm 0,72$  мм ( $p < 0,05$ ) зразу після проби та  $3,86 \pm 0,72$  мм ( $p < 0,05$ ) через 1 хв. після проби. Через 3 міс. діаметр плечової артерії у спокої становив  $3,67 \pm 0,7$  мм, відразу після проби зростав до  $3,78 \pm 0,77$  мм ( $p < 0,05$ ). У II групі пацієнтів на фоні лікування NO до лікування  $3,74 \pm 0,7$  мм у стані спокою,  $3,89 \pm 0,73$  мм ( $p < 0,05$ ) зразу після проби та  $3,85 \pm 0,76$  мм. ( $p < 0,05$ ). Через 3 міс. діаметр ПА у спокої становив  $3,86 \pm 0,7$  мм. зразу після проби зростав до  $4,35 \pm 0,71$  мм ( $p < 0,05$ ). У I групі хворих при поступленні у стаціонар рівень ендотеліну-1 становив  $5,25$  пг/мл, а через 3 міс. –  $7,21 \pm 0,34$  ( $p < 0,05$ ) пг/мл. У II-й групі пацієнтів рівень ендотеліну-1 до прийому донаторів NO складав  $5,33$  пг/мл, а через 3 міс. –  $2,15 \pm 0,73$  ( $p < 0,05$ ) пг/мл, що є свідченням позитивного впливу NO на ендотелій судин.

**Висновок.** Застосування донаторів NO у поєднанні з НПЗП та метотрексатом зменшує частоту гастропатій у хворих на РА.

*Байрачний Костянтин, Петриченко Іван, Попенко Сергій, Сафаргаліна-Корнілова Надія*

**ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ КРЕАТИНІНУ ТА СЕЧОВИНИ СИРОВАТКИ КРОВІ ЯК МАРКЕР УРАЖЕННЯ ОРГАНІВ-МІШЕНЕЙ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.М. Ковальова

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

За даними ВООЗ, гіпертонічна хвороба (ГХ) виявляється у 25-30% до-рослого населення, її ускладнення часто стають причиною інвалідності та смерті хворого. Ризик розвитку серцево-судинних ускладнень ГХ залежить від рівня артеріального тиску (АТ), стадії ГХ, ураження органів-мішеней (нирок, серця, головного мозку).

**Мета дослідження.** Вивчити частоту підвищеного рівня креатиніну і сечовини сироватки крові у хворих на ГБ з ураженням нирок.

**Матеріал і методи.** Обстежено 78 хворих з ГХ віком 35 – 78 років, (30 чоловіків, 38 жінок), з них ГХ І ст.– 3 чол.(3,8%), ГХ ІІ ст.– 43 (55,1%), ІІІ ст.–32 (41,0%). Обстеження: анамнез, рівень АТ, аналіз сечі, рівень креатиніну (> 106,1 мкмоль/л) та сечовини (> 8.32 ммоль/л) сироватки крові.

**Результати дослідження.** У хворих ГХ ІІ ст. спостерігалось: мікроальбумінурія у 2 чол. (4,6%); підвищення рівня креатиніну сироватки крові – у 1(2,3%), сечовини – 2(4,6%); у хворих ГХ ІІІ ст.: мікроальбумінурія – у 10 (31,3%); креатиніну – 6(18,7%), сечовини – 7(21,8%), креатиніну і сечовини – 5(15,6%). У хворих ГХ І ст. аналогічні показники не перевищували норми. Серед чоловіків і жінок достовірних відмінностей досліджуваних показників не виявлено. У хворих старше 60 років у 10(28,6%) мікроальбумінуріюсу-проводжувало підвищення рівня креатиніну і сечовини сироватки крові, тоді як у хворих віком до 60 років цей показник склав 4,6%.

**Висновок.** Високий рівень креатиніну та сечовини сироватки крові і мікроальбумінурія свідчити про ураження нирок, що частіше спостерігалось у хворих на ГХ ІІІ ст. старше 60 років. Ці показники слід вважати маркерами ураження органів-мішеней при ГХ.

*Балабан Алла, Коцюба Оксана, Слобода Мар'яна*

**ОЦІНКА ВПЛИВУ ЛІЗИНОПРИЛУ ТА НЕБІВОЛОЛУ НА ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА ІХС ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

Кафедра внутрішньої медицини №1

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Н.І. Ярема

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

м. Тернопіль, Україна

**Мета.** Вивчити ефективність застосування лізиноприлу та небівололу на параметри варіабельності ритму серця (ВРС) у хворих на ІХС: стенокардію напруження ІІІ ФК із супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

**Методи дослідження.** Обстежено 54 хворих на ІХС: стабільну стенокардію напруги ІІІ ФК з супутнім ЦД 2 типу. Контрольну групу склали 20 здорових осіб. Усім пацієнтам проведено оцінку показників ВРС (SDNN-I, рNN50 %, HF, LF, LF/HF) до лікування та через 2 тижні терапії лізиноприлом у дозі 30 мг/добу та небівололом у дозі 10 мг/добу.

**Результати.** До лікування у хворих виявлено виражене підвищення тону симпатичної ланки вегетативної нервової системи (ВНС), що у порівнянні з групою контролю проявлялося зниженим рівнем SDNN-I на 31,2 % ((43,2±4,6), мс, (p<0,05)), рNN50 % - на 37,2 % ((13,9±1,9), %, (p<0,05)), HF - на 20,4 % ((590,6±31,1), мс, (p<0,05)) та підвищенням LF на 21,3 % ((1434±64,1), мс, (p<0,01)) і співвідношення LF/HF на 34,6 % (2,43±0,26, p<0,05). Через 2 тижні після початку терапії лізиноприлом та небівололом відмічались позитивні зміни показників ВРС: збільшення SDNN-I на 14,6 % (p<0,05), рNN50% - на 18,7 % (p<0,05), HF - на 8,4 % (p>0,05), значення LF знизилось до ((1255,1±49,7), мс, (p<0,05)) та виявлено зниження співвідношення LF/HF - на 7,2 % (p>0,05) у порівнянні з цими показниками до лікування.

**Висновки.** У хворих на ІХС при наявності супутнього ЦД 2 типу комбіноване застосування лізиноприлу та небівололу сприяє активізації парасимпатичної ланки ВНС та зниження гіперсимпатикотонії після лікування, що проявляється зменшенням дисбалансу вегетативної регуляції серцевої діяльності.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Безкоровайна Тетяна, Бабінець Анастасія*

### **ОЦІНКА ЛІПІДОГРАМИ ПРИ ГІПОТИРЕОЗІ**

Кафедра первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики-сімейної медицини

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л.С. Бабінець

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** За даними літературних джерел, при гіпотиреозі виявляють дисліпопротеїдемію, однак це твердження потребує поглибленого вивчення.

**Мета:** Проаналізувати показники ліпідограми (ЛПВЩ, ЛПНЩ, ЛПДНЩ, ТГ, ЗХ, КА), індексу маси (ІМТ) тіла у хворих на гіпотиреоз у порівнянні з контрольною групою.

**Матеріали та методи.** Вивчено дані 21 медичної карти амбулаторного хворого на гіпотиреоз, які склали другу групу, до першої ж (контроль) увійшли 20 практично здорових осіб. Проводили визначення концентрації ТТГ імуноферментним методом з електрохемилюмінесцентною детекцією та показників ліпідного обміну (ЛПВЩ, ЛПНЩ, ЛПДНЩ, ТГ, ЗХ) колориметричним методом. Вірогідність відмінностей у двох порівнюваних групах оцінювали за критерієм Манна-Уїтні, вважали їх вірогідними при  $p < 0,05$ .

**Результати та обговорення.** Виявлено зміни показників ліпідограми у бік достовірного зростання рівня ЗХ ( $6,59 \pm 1,65$ ) ммоль/л, ЛПНЩ ( $4,25 \pm 1,56$ ) ммоль/л, ЛПДНЩ ( $1,62 \pm 1,69$ ) ммоль/л, ТГ ( $2,55 \pm 1,52$ ) ммоль/л, КА ( $4,67 \pm 2,06$ ) од. у хворих на гіпотиреоз у порівнянні з групою контролю (ЗХ ( $3,76 \pm 0,55$ ) ммоль/л, ЛПНЩ ( $2,21 \pm 0,52$ ) ммоль/л, ЛПДНЩ ( $0,25 \pm 0,10$ ) ммоль/л, ТГ ( $1,62 \pm 0,52$ ) ммоль/л, КА ( $1,45 \pm 0,59$ ) од.). Також констатоване достовірне зниження рівня ЛПВЩ у хворих на гіпотиреоз ( $1,17 \pm 0,22$ ) ммоль/л) у порівнянні з групою контролю ( $1,57 \pm 0,28$ ) ммоль/л). Було встановлено достовірно вищий показник ІМТ ( $31,88 \pm 5,6$ ) кг/м<sup>2</sup> у групі хворих на гіпотиреоз, ніж у групі контролю, у якій ІМТ становив ( $21,84 \pm 1,16$ ) кг/м<sup>2</sup>.

**Висновок:** При гіпотиреозі встановили достовірне підвищення рівня ЗХ, ЛПНЩ, ЛПДНЩ, ТГ, КА та зниження ЛПВЩ, а також - достовірно вищий показник ІМТ у порівнянні з контрольною групою, що засвідчило наявність супутнього атеросклерозу або тенденції до його формування.

*Бенів Мар'яна, Ковбаса Надія, Сидоренко Оксана*

### **ОЦІНКА РИЗИКУ ГЕМОРАГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З НЕКЛАПАННОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ**

Кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.Л. Сидоренко

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Фібриляція передсердь (ФП) - одне з розповсюджених порушень ритму серця, яке зустрічається в популяції з частотою 1-2 на 100 чоловік. Найчастішими ускладненнями при ФП є тромбоемболічні ускладнення, для профілактики яких пацієнтам з високим ризиком призначають непрямі антикоагулянти. Дані препарати зумовлюють виникнення масивних кровотеч.

**Мета.** Оцінити ризик розвитку геморагічних ускладнень у хворих з неклапанною формою ФП.

**Результати та обговорення.** Нами було обстежено 100 пацієнтів з діагнозом «Постійна форма ФП» віком від 38 до 87 років, що знаходились на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні КЗ ТОР «ТУЛ» за період липень-грудень 2014 року. Обрахунок ризику виникнення геморагічних ускладнень проводили за шкалою HAS-BLED. За результатами нашого дослідження згідно шкали HAS-BLED було встановлено, що більшість хворих – 84 пацієнти (84 %) мали низький ризик розвитку кровотеч (0-2 бали), з них чоловіки становили 77,4 %, жінки – 22,6 %. 16 пацієнтів (16 %) мали високий ризик ( $\geq 3$  балів) розвитку геморагічних ускладнень. У групі високого ризику теж переважали чоловіки – 68,8 %, жінки відповідно – 31,2 %.

**Висновок.** Таким чином, згідно нашого дослідження 16 % хворих з ФП, що мали високий ризик розвитку геморагічних ускладнень за шкалою HAS-BLED, що зумовлює підвищену обережність щодо призначення антитромботичної терапії даній категорії пацієнтів та регулярне спостереження в подальшому.

*Бенів Мар'яна, Ковбаса Надія*

### **СЕРЦЕВО-СУДИННІ ПОРУШЕННЯ АСОЦІЙОВАНІ З ГІПЕРТРОФІЧНОЮ КАРДІОМІОПАТІЄЮ**

Кафедра внутрішньої медицини №3  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Т.О. Паламар  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** ГКМП – це первинне ураження серця, яке характеризується товщиною стінки  $\geq 15$  мм в  $\geq 1$  сегменті міокарда лівого шлуночка (ЛШ). У світовій популяції поєднання ГКМП з артеріальною гіпертензією (АГ) зустрічається в 23,5 % випадків, а з систолічною хронічною серцевою недостатністю (ХСН)-10-15 %. Больові відчуття в грудній клітці відзначаються у 75 % хворих. Добове моніторування ЕКГ дозволяє виявити: шлуночкові екстрасистоли (88%), пароксизми шлуночкової тахікардії (25-30%), суправентрикулярні тахіаритмії (30-40 %).

**Мета.** Оцінити частоту розвитку серцево - судинних порушень при ГКМП у популяції госпіталізованих хворих.

**Результати.** Нами було обстежено 39 пацієнтів з ГКМП віком від 21 до 56 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у кардіологічному відділенні КЗ ТОР «ТУЛ» за період січень 2012 - січень 2015 років. Середній вік пацієнтів становив  $43,6 \pm 8,3$  роки. Серед досліджуваного контингенту переважали чоловіки 59%. Згідно з нашим дослідженням у хворих з ГКМП спостерігались такі супутні синдроми: АГ у 48,7 % пацієнтів, легенева гіпертензія у 20,5 %, гемодинамічна стенокардія 48,7 %, систолічна дисфункція ЛШ 12,8 %. Серед порушення ритму і провідності у досліджуваної групи були виявлені: шлуночкова екстрасистолиа у 3 пацієнтів (7,7 %), WPW - синдром 1 ( 2,6 %), фібриляція передсердь 9 (23,1 %), AV – блокади різного ступеня 3 (7,7 %), нестійка шлуночкова тахікардія 12 (30,8 %), синдром подовження QT 1 (2,6 %). У 3 пацієнтів ( 7,7 %) простежувались напади серцевої астми, у 4 (10,3 %) - гіпертонічні кризи, у 2 (5,1 %) - асцит/гідроторакс.

**Висновок.** Найчастішими супутніми серцево - судинними синдромами у досліджуваних хворих є АГ та гемодинамічна стенокардія. Що зумовлює потребу детальної диференціації між гіпертензивним серцем та гіпертрофією ЛШ при ГКМП. Серед порушень ритму переважала нестійка шлуночкова тахікардія, яка є одним із критеріїв ризику раптової серцевої смерті.

*Біда Дар'я, Рождественська Еліна, Ащеулова Тетяна*

### **ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ І ГОРМОНИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. В.І. Смирнова  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

Розрізняють три основних типи порушення харчової поведінки: екстернальний, емоціогенний і обмежувальний.

Екстернальна харчова поведінка - це підвищена реакція не на внутрішні, гомеостатические стимули до прийому їжі, а на зовнішні стимули.

Емоціогенна харчова поведінка -. «Заїдання» проблем Зустрічається емоціогенна харчова поведінка у 60% хворих на ожиріння. Існують дві форми емоціогенного харчової поведінки: пароксизмальна (компульсивний) і переїдання з порушенням добового ритму прийому їжі (синдром нічної їжі).

Обмежувальна харчова поведінка є наслідком самолікування від ожиріння, які проявляються в надмірній харчовому самообмеженні, безсистемних, надто суворих дієтах.

Патогенез аномальних типів харчової поведінки: генетичні порушення, психологічні особливості особистості, знижена стійкість проти стресу, схильність до емоційних перенапружень, дисбаланс гормонів, відповідальних за відчуття голоду і насичення, серотонін-ергічні недостатність.

Корекцію харчової поведінки можна проводити не медикаментозними і медикаментозними методами. До перших належать: поведінкова модифікація, виправлення порушеного харчового стереотипу, зниження домінуючої ролі харчової мотивації. Медикаментозні методи: селективні серотонін-ергічні антидепресанти, інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну.

Однак слід пам'ятати, що лікарські препарати є не основним, а лише допоміжним засобом лікування і повинні використовуватися тільки поряд з поведінкової терапією і дієтотерапією. Основне завдання лікаря - формування правильного способу життя пацієнта.



*Бідованець Лариса*

**ОЦІНКА ВИХІДНОГО РІВНЯ NT PRO BNP В ГОСТРИЙ ПЕРІОД ІНФАРКТУ МІОКАРДА, ЗАЛЕЖНО ВІД СТАРТОВОЇ ТЕРАПІЇ**

Кафедра терапії і сімейної терапії ННІ ПО  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. М.В. Гребеник  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Відомо, що при гострій стадії інфаркту міокарда активується ряд нейрогормональних систем, які стимулюють секрецію міокардіальних ензимів та структурних білків.

Мета дослідження – вивчити та порівняти показники Nt pro BNP у хворих з гострим інфарктом міокарда (ГІМ) на тлі стандартної терапії згідно протоколу (ESC 2012) з включенням раміприлу або зофеноприлу.

Обстежено 31 хворого на ГІМ віком від 59 до 75 років, з них у 45% в першу добу призначали зофеноприл (1 група), у 55 % - раміприл (2 група). Хворі у порівняльних групах суттєво не відрізняються за середнім віком, статтю та розрахунковою масою некрозу міокарда. Рівень Nt pro BNP визначався після стабілізації гемодинаміки на 14 добу захворювання. В 1 групі - рівень Nt pro BNP становив  $101,73 \pm 16,05$  пг/мл, в 2 групі –  $488,54 \pm 33,63$  пг/мл ( $p_{1-2} < 0,05$ ). Попередньо отримані результати свідчать про порівняно нижчу концентрацію Nt pro BNP на фоні стартової терапії із застосуванням зофеноприлу. Фракція викиду лівого шлуночка у обстежених хворих суттєво не відрізнялася в обох групах, в середньому становила в 1 групі –  $(50,97 \pm 4,35)\%$ , в 2 групі –  $(52,83 \pm 2,45)\%$  на 14 добу.

Відомо, що рівень Nt pro BNP у хворих з ГІМ різко зростає на 2 добу та поступово знижується до 6-ї, що є компенсаторним механізмом в умовах захворювання, однак підвищення концентрації на 14 добу є маркером подальшого розвитку серцевої недостатності, що потребує більш детального вивчення та відповідної корекції в лікуванні.

*Боб Оксана, Байдак Оксана*

**ЛЕФЛОЦИН У ЛІКУВАННІ ПОЗАГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ**

Кафедра внутрішньої медицини №1  
Науковий керівник канд. мед. наук, доц. А.О. Боб  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Позагоспітальна пневмонія (ПП) залишається важливою медико-соціальною проблемою, що пов'язано передусім із високою захворюваністю та смертністю, а також значними економічними втратами від цієї патології.

Мета роботи — визначення ефективності та безпечності парентеральних форм препаратів левофлоксацину різних виробників в терапії ПП нетяжкого перебігу у хворих, які потребують госпіталізації в терапевтичне відділення.

Нами обстежено 25 хворих III категорії на позалікарняну пневмонію середнього ступеня важкості у віці 24-50 років, які були розділені на 2 групи. Лікування 1 групи хворих проводили із внутрішньовенного введення ЛЕФЛОЦИН-750 (виробництва "Юрія Фарм", Україна) в дозі 750 мг 1 раз на день, 2 група отримувала левофлоксацин (європейського виробництва) в дозі 500 мг 1 раз на день упродовж 5 діб.

Згідно з протоколом клінічну ефективність антибіотика оцінювали за результатами аналізу комплексу клініко-лабораторних та рентгенологічних показників.

Аналіз результатів лікування засвідчив нормалізацію температури тіла I групи хворих на 2 день від початку лікування, II групи – на 3-4 день. Позитивна динаміка кашлю I групи хворих спостерігалась на 4-5 день, II групи – на 6-8 день. Аускультативна картина I групи покращилась на 5 день, II групи - на 7 день. Рентгенологічне дослідження показало, що повне зникнення інфільтративних змін в легенях спостерігалось в I групі пацієнтів на 7 день, а в II-на 9-10 день. Аналіз лабораторних показників (ШОЕ, лейкоцити) нормалізувався відповідно на 5-6 день в I групі та 7-8 день в II групі.

Отже, результати проведеного дослідження доводять, що застосування препарату ЛЕФЛОЦИНУ-750 (виробництва "Юрія Фарм", Україна) — для короткострокової антибактеріальної терапії хворих на ПП є високоефективним та безпечним.

*Боб Оксана, Кушнір Наталя, Румак Юлія*

**КЛІНІЧНІ ТА ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ НЕБУФЛЮЗОНОМ**

Кафедра внутрішньої медицини №1  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. А.О. Боб  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Адекватна контролююча терапія бронхіальної астми (БА) - одна з найважливіших проблем охорони здоров'я. Інгаляційні глюкокортикостероїди (ГКС) - основа підтримуючої контролюючої терапії БА. За даними опитування, найчастіше в клінічній практиці в якості базової терапії БА призначають 2 препарати: флутиказон у 71,7% пацієнтів та будесонід у 29,3%. Призначенні в терапевтично еквівалентних дозах, препарати даного класу характеризуються близькою ефективністю і переносимістю.

**Метою даного дослідження** була клінічна та фармакоекономічна оцінка призначення Небуфлюзону (флутиказону пропіонату) виробництва «Юрія-Фарм» дорослим пацієнтам з БА в період загострення.

**Методи дослідження:** нами обстежено 69 хворих із важкими загостреннями персистоючої БА, яким у комплексну схему лікування вводили небулізовані форми ГКС (Небуфлюзон) по 1,0 мг/мл по 2 мл 1р/добу протягом 5 днів. Порівняльну групу склали 45 хворих із важкими загостреннями персистоючої БА, яким у комплексну схему лікування вводили парентерально дексаметазон 8 мг з еуфіліном 5мл/добу. Середній вік хворих становив ( 58,3±8,4) років. Часовий горизонт дослідження - 6 місяців.

У групі хворих, що отримували Небуфлюзон, клінічне покращення у вигляді зменшення задишки, виразності фізикальних ознак бронхообструктивного синдрому було відмічено на ( 3,4±0,4) добу. Приріст показників ПОШвид до цього часу в першій групі склав (340+70мл), в другій – тільки (170+25мл),  $p < 0,5$ . Позитивна клінічна динаміка у хворих, що отримувала дексаметазон була досягнута на (5,8±0,7) день перебування у стаціонарі. Середній ліжко-день у хворих I групи склав (10,7±1,3), у порівняльній групі (16,2±1,1). У зв'язку з порівняльною клінічною ефективністю і переносимістю інгаляційних ГКС, був проведений аналіз мінімізації витрат.

Затрати на лікування загострення без підтримуючої терапії в I групі становили 132 гривні (5 небул Небуфлюзону), а в II групі 226 гривень (дексаметазон, еуфілін, фізіологічний розчин, система для в/в крапельного введення на 7 днів).

**Висновки:** проведений аналіз показав, що терапія БА Небуфлюзоном дозволяє усунути загострення БА в швидші терміни і скоротити перебування хворих в стаціонарі. Забезпечує економію в порівнянні з терапією дексаметазоном на 34%, що дозволяє рекомендувати Небуфлюзон до застосування в реальній клінічній практиці при загостренні БА.

*Бойко Тетяна*

**СТРУКТУРА І ПРИЧИНИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ЛЮДЕЙ РІЗНОГО ВІКУ**

Цикл терапевтичних дисциплін  
Науковий керівник: канд. мед. наук П.Є. Мазур  
Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського  
м. Кременець, Україна

Залізодефіцитні анемії призводять до порушення трофіки тканин, розвитку функціональної недостатності в них, зниження імунітету, сприяють зтяжкому перебігу гострих захворювань та хронізації процесу.

**Метою дослідження** було порівняння структури даної патології у людей зрілого, середнього та похилого віку, визначити можливі профілактичні заходи в залежності від причини захворювання.

проведено аналіз історій хвороб у трьох групах пацієнтів: I група - вік від 30-40 років; II група – вік від 41-59 років; III група – старші 60 років. У кожній групі обстежено 50 осіб. У кожній віковій групі оцінювались показники загального аналізу крові.

Структура анемії у I групі: легкого ступеню важкості – 20 чоловік (40%), середнього ступеню важкості - 10 (20%). Структура анемії у II групі: легкого ступеню важкості – 12 пацієнтів (24 %), середнього ступеню важкості - 7 осіб (14%). Структура анемії у III групі, серед осіб, старше 60 років: легкого ступеню важкості – 24 (48 %), середнього ступеню важкості - 12 пацієнтів (24 %). Причини виникнення анемії на першому місці у групах були наступні: I група - незбалансоване харчування; II група - хронічний гостродуоденіт, виразкова хвороба; III група - супутні захворювання серцево-судинної (ІХС) і травної системи (гастрити і виразкова хвороба).

**Висновки:** 1. Найвища частота дефіцитних анемії у людей зрілого і похилого віку. 2. У всіх вікових групах переважають анемії легкого ступеню. 3. Необхідно здійснювати профілактичне лікування препаратами заліза у осіб даних категорій, вчасно проводити диспансерний огляд пацієнтів для ранньої діагностики анемії.

*Бойчук Віра*

**ВПЛИВ ЙОДИДУ КАЛІЮ НА ПАЦІЄНТІВ З ГЕРХ У ПОЄДНАННІ З ЙОДОДЕФІЦИТНИМИ СТАНАМИ**

Кафедра загальної практики (сімейної медицини), фізичної реабілітації та спортивної медицини

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.Г. Міщук

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

м. Івано-Франківськ, Україна

**Вступ.** Коморбітність ГЕРХ та йододифіцитних станів не обмежується лише схожою клінічною симптоматикою. Важливим також є обтяжуючий вплив паталогічного гормонального функціонування щитоподібної залози (ЩЗ) на тлі дефіциту йоду (ЙД) на регуляторні механізми кінетики верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, секреторного забезпечення.

**Мета дослідження:** вивчити ефективність застосування препаратів йоду у пацієнтів із ГЕРХ на тлі йододифіцитних захворювань ЩЗ.

**Матеріали і методи:** Обстежено 40 хворих на ГЕРХ у поєднанні з вузловим (12 пацієнтів) та дифузним (28 хворих) ендемічним зобом I-II ступеня на тлі йододифіциту та 20 хворих на ГЕРХ без функціональних і структурних змін щитоподібної залози та нормальним рівнем йоду в сечі. Усім пацієнтам визначали рівень йоду в сечі, рівень ТТГ, Т3в, Т4в, концентрацію гастрину-17, пепсиногену I та II, холецистокініну-панкреозиміну в сироватці крові.

**Результати та їх обговорення.** Дифузний ендемічний нетоксичний зоб у субклінічній формі у поєднанні з ГЕРХ діагностований у 57,14%, а маніфестний – у 42,86 % обстежених. Вузловий ендемічний зоб у поєднанні з ГЕРХ перебігав в еутиреоїдній формі. У всіх пацієнтів із ГЕРХ у поєднанні з патологією ЩЗ діагностований дефіцит йоду. Після проведеного лікування з застосуванням на фоні базової терапії калію йодиду протягом 1 місяця відмічено позитивну динаміку засвоєння йоду. У пацієнтів із ГЕРХ та вузловим ендемічним зобом виявлено зниження концентрацію гастрину-17 у 1,4 рази та підвищення пепсиногену I в два рази в сироватці крові. Натомість у пацієнтів з дифузним ендемічним нетоксичним зобом зазначено зростання вмісту гастрину-17, пепсиногену II та холецистокініну-панкреозиміну в крові.

**Висновок.** Покращення моторно-евакуаторної функції шлунка, зменшення частоти і тривалості кислих рефлюксів та зниження рівня пепсиногенів в крові і покращення показників інтестинальних гормонів свідчить про оптимізацію регуляторних механізмів, кінетики верхніх відділів ШКТ.

*Брайловська Ольга, Кутинська Ірина*

**ПЛАЗМОВІ РІВНІ МОЗКОВОГО НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ (МНП) У ЖІНОК ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ, МЕШКАНОК ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ, З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НЕУСКЛАДНЕНОЮ ТА УСКЛАДНЕНОЮ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ**

Кафедра внутрішньої медицини медичного факультету №2

Науковий керівник: канд. мед. наук. О.О. Сакович

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Гіпертонічна хвороба (ГХ) - одне з найбільш розповсюджених кардіологічних захворювань. Активність ренін-ангіотензин-альдостеронової системи – важливої ланки розвитку ГХ та хронічної серцевої недостатності (ХСН) – значною мірою зумовлена спадковістю. Спадковістю можуть бути зумовлені зміни в системі натрійуретичних пептидів. Найбільшу специфічність та інформативність відносно функції міокарду має МНП. Установлений зв'язок між змінами рівня МНП та станом функцій лівого шлуночку (ЛШ).

**Мета:** Визначити плазмові рівні МНП у жінок в постменопаузальному віці з гіпертонічною хворобою, неускладненою та ускладненою ХСН.

**Матеріали та методи:** Обстежено 90 жінок в постменопаузі, середній вік яких 57,17±0,30 років. З них 30 практично здорових склали групу контролю, 60 жінок, хворих на ГХ: неускладнену (II стадії) – 30 та ускладнену ХСН IIA стадії (III стадії) – 30. Для визначення рівнів МНП використовували метод ІФА. Для оцінки внутрішньосерцевої гемодинаміки застосовували ЕхоКГ на ехокардіографі «Biomedica Sim 5000plus».

**Результати та обговорення:** Середні значення плазмових рівнів МНП у жінок із ГХ II стадії (59,55±2,92 пг/мл) та з ознаками ХСН IIA стадії (250,41±12,44 пг/мл) достовірно вищі, ніж у осіб контрольної групи (24,18±1,24 пг/мл). У хворих на ГХ III стадії із збереженою ФВ, плазмовий рівень МНП достовірно нижчий, ніж у хворих із СД: 183,15±17,58 пг/мл і 291,64±12,04 пг/мл відповідно. Це підтверджує наявність асоціації між рівнем МНП та станом систолічної дисфункції ЛШ.

**Висновки:** В ході дослідження розраховані межові рівні МНП, які можуть використовуватись для діагностики функціональних порушень міокарду ЛШ у жінок із ГХ при скринінгових обстеженнях та за умов, що утруднюють виконання ехокардіографії. Рівень МНП – 52 пг/мл може бути використаний для виявлення пацієнток із ізольованою діастолічною дисфункцією за умови збереження у них систолічної функції ЛШ. А рівень МНП, який становить 167 пг/мл дозволить виявити осіб із систолічною дисфункцією ЛШ.

Бутова Євгенія

**ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ АТЕРОГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Кафедра клинической фармакологии  
 Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Л.Р. Бобронникова  
 Харьковский национальный медицинский университет  
 г. Харьков, Украина

**Цель работы** - изучить особенности метаболических нарушений у пациентов с гипертонической болезнью и нарушенной массой тела.

**Материалы и методы исследований.** 85 пациентов (47 мужчин и 38 женщин) с гипертонической болезнью (ГБ) 2-й степени. Средние показатели АД у лиц обеих групп: САД  $157,3 \pm 2,14$  и ДАД  $96,2 \pm 2,91$  мм рт. ст. Средний возраст -  $56,8 \pm 4,6$ г. У пациентов исследовали антропометрические показатели, липидный спектр, С-реактивный протеин (С-РП), малоновый диальдегид (МДА), индекс инсулинорезистентности (НОМА-IR), ЭКГ мониторинг. В зависимости от индекса массы тела (ИМТ), пациенты были разделены на группы: в 1-й группе (n=43) ИМТ в среднем составил  $32,07 \pm 3,12$  кг/м<sup>2</sup>; во 2-й группе (n=42) -  $25,07 \pm 4,22$  кг/м<sup>2</sup>.

**Результаты и их обсуждение.** В 1-й группе содержание общего холестерина (ХС) в среднем на 21% выше в сравнении с показателями 2-й группы (p<0,01), содержание ТГ – на 26% (p<0,01), увеличение концентрации ХС ЛПНП – на 28% (p<0,01) уменьшение уровня ХС ЛПВП на 26% (p<0,01). Отношение ТГ/ХС ЛПВП было более высоким у пациентов 1-й группы (в среднем на 30%, p<0,01). Степень снижения ночного уровня САД ассоциировалась с ИМТ (r=0,52; p<0,05). Индекс НОМА-IR составил  $2,32 \pm 0,42$  и  $3,81 \pm 0,77$  соответственно (p<0,05). Содержание С-РП у пациентов 1-й группы было на 46% выше в сравнении с показателями 2-й группы (p<0,01) и коррелировало как с САД (r=0,37; p<0,01), так и с отношением ТГ/ХС ЛПВП (r=0,37; p<0,01), содержанием ХС ЛПНП (r=0,42; p<0,001) и ХС ЛПОНП (r=0,39; p<0,001). Содержание МДА 1-й и 2-ой группах  $0,97 \pm 0,14$  и  $88 \pm 0,16$  соответственно; p<0,01.

**Выводы.** Течение ГБ у лиц с нарушенной массой тела проявляется более выраженными изменениями в виде системного воспаления и оксидантного стресса, нарушениями метаболического статуса, проатерогенной модификации липопротеидов сыворотки крови. Таким образом в механизме прогрессирования атерогенеза у пациентов с ГБ и нарушенной массой тела основой являлся не столько повышенный уровень АД, но и изменения системного метаболизма.

Вильцянюк Оксана, Ткаченко Олена

**ІМУНОМОДЕЛЮЮЧА ТЕРАПІЯ ГЛЮТАМІН-ЦИСТЕІН-ГЛІЦІН ДИНАТРІЮ У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ З ВАЖКИМИ ПЕРЕБІГОМ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини  
 Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Ю.М. Мостовой  
 Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова  
 м. Вінниця, Україна

Не дивлячись на впровадження сучасних методів лікування пневмонії не рідко спостерігається ускладнений перебіг НП, який супроводжується розвитком деструктивних вражень легень та розвитком сепсису. Тому поряд з антимікробною терапією та іншими видами лікувальних заходів хворим показано використання імуномодуляторів з системною цитопротекторною дією. На сьогодні одним з таких препаратів є глутоксим, який є представником нового класу лікарських препаратів – тіопоетинів, що мають імуномодулюючу дію на внутрішньоклітинні процеси тілового обміну.

Об'єктом дослідження було 77 хворих на НП, яка мала важкий перебіг. Хворі були розподілені на дві групи: основну групу, яку склали 30 хворих з НП, які в комплексному лікуванні отримували глутоксим і група порівняння, в яку увійшли 47 хворих на НП, які лікувались відповідно до існуючої нормативної бази.

На фоні використання глутоксиму у комплексному лікуванні НП з важким перебігом, з абсцедуванням і потребі в хірургічному лікуванні не виникло у жодного хворого, а ускладнення (ексудативний плеврит) виникли лише у 4 (13%) хворих основної групи проти 8 (17%) хворих групи порівняння. При цьому середні терміни перебування хворих в стаціонарі зменшились з  $18,0 \pm 3,2$  дні до  $12,5 \pm 1,4$  дні, що свідчить про значний економічний ефект, який ми можемо отримати при використанні глутоксиму.

Таким чином, аналіз клінічних даних використання глутаксиму в комплексному лікуванні НП з важким перебігом показав, що препарат дозволяє в більш короткі терміни зменшити виразність симптомів ендогенної інтоксикації, більш швидкому розсмоктуванню вогнищ запалення, тим самим зменшуючи кількість ускладнень та скорочуючи термін перебування хворих в стаціонарі.

Враховуючи механізм дії глутоксиму перспективою його застосування може бути використання препарату для потенціювання ефективності антибіотиків при НП, інфекційно залежного загострення ХОЗЛ, при інтоксикаційних станах, пов'язаних з вірусним впливом на організм людини, що потребує подальших досліджень.

*Вовчок Марія*

**ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ,  
ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ ТА ОЦІНКА ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ АМЛОДИПІНУ  
В ЛІКУВАННІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ**

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.К. Ташук

ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"

м. Чернівці, Україна

**Актуальність.** Гіпертонічна хвороба (ГХ) є одним з найпоширеніших хронічних захворювань людини. Згідно офіційної статистики, в Україні у 2007 році зареєстровано понад 11 млн людей з артеріальною гіпертензією, що складає 29,9% дорослого населення. Одними з основних препаратів медикаментозної терапії ГХ є антагоністи кальцію, з поміж яких перевага надається похідним дигідропіридину пролонгованої дії. Зокрема, ефективним є вазоселективний препарат III-го покоління амлодипін.

**Мета:** оцінити ефективність та безпечність лікування амлодипіном у пацієнтів з гіпертонічною хворобою II стадії з визначенням його впливу на добовий профіль артеріального тиску та зміни кардіогемодинаміки.

**Матеріали та методи.** Обстежено 30 пацієнтів з об'єктивізованою ГХ II (середній вік  $53,03 \pm 1,97$  років). Дослідження проводили при надходженні в Чернівецький обласний кардіологічний диспансер та через 12 тижнів лікування і спостереження. Наприкінці 1-го, 2-го та 4-го тижнів проводилися вимірювання офісного АТ та електрокардіографія. Ефективність лікування оцінювали на основі динаміки даних моніторингу АТ та ЕКГ, Ехо- та доплерехокардіографії (ЕхоКГ та ДЕхоКГ). Антигіпертензивна терапія включала амлодипін в індивідуально підібраній дозі (5; 7,5 чи 10 мг) одноразово на добу впродовж 12 тижнів зранку до прийому їжі.

**Результати.** Проведений трьохмісячний курс лікування амлодипіну зумовлював достовірне зниження рівнів середньодобового САТ і ДАТ до цільових рівнів, зменшення частоти епізодів їх підвищень, а також зменшення максимальних та мінімальних САТ і ДАТ за добу. Динаміка структурно-функціональних властивостей міокарда ЛШ через три місяці лікування мала тенденцію до покращення: зменшення розмірів лівих відділів серця, збільшення фракції викиду ЛШ та покращення параметрів, які характеризують діастолічну функцію міокарду. При дуплекс-УЗД дослідженні під час аналізу динаміки параметрів трансмітрального кровотоку виявлені позитивні зміни, що вказують на покращення діастолічної функції ЛШ. Зокрема, змінився час ізовольмічного розслаблення – на 12 тижні лікування зменшення IVRT становило в середньому  $7,8 \pm 2,35$  мс (8,2%) ( $p < 0,01$ ). Внаслідок покращення розслаблення міокарда відбулося збільшення наповнення ЛШ в ранній період діастолі – співвідношення Е/А зросло з  $0,73 \pm 0,02$  до  $0,79 \pm 0,02$  ( $p < 0,01$ ). Аналіз показників холтерівського моніторингу ЕКГ не виявив достовірної різниці між показниками до початку лікування та на 12-й тиждень.

**Висновки.** Таким чином, оцінка ефективності та переносимості препарату амлодипіну при лікуванні пацієнтів із гіпертонічною хворобою II ст. свідчить про доцільність і безпечність даного виду терапії та відсутність клінічно значимих побічних ефектів. Виявлено тенденцію до покращення насосної функції ЛШ, а отже використання препаратів з групи пролонгованих дигідропіридинових антагоністів кальцію є високоефективним і рекомендованим до застосування.

*Волинець Наталія, Боровик Ірина*

**Етіопатогенетичне обґрунтування механізмів розвитку хронічного панкреатиту на тлі HCV-інфекції**

Кафедра первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики-сімейної медицини  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л.С. Бабінець  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Анатомічно печінка та підшлункова залоза (ПЗ) знаходяться в тісному взаємозв'язку, тому при гепатиті С (ГС) часто виявляється погіршення перебігу хронічного панкреатиту (ХП), виникають екзокринні порушення і навіть розвивається гострий чи хронічний панкреатит.

**Мета даної роботи** – висвітлення етіопатогенетичних механізмів розвитку ХП у пацієнтів із ВГС, що в подальшому сприятиме ефективному індивідуальному підбору медикаментозного лікування.

**Результати.** У патогенезі ураження ПЗ при ГС можна виділити декілька механізмів. Одним із них є порушення екзокринної функції печінки, холестаза. При мікроструктурних порушеннях будови печінки та жовчовивідних шляхів продукується патологічно змінена жовч, що містить велику кількість перекисів і вільних радикалів, які при попаданні в панкреатичні протоки ініціюють преципітацію білків, утворення каменів та розвиток запалення в ПЗ.

Існують дослідження, що підтверджують можливість реплікації HCV у панкреатоцитах, що своєю чергою спричиняє їх пошкодження та порушення функції. За даними літератури, інфекційний ХП розвивається в 15-20 % випадків при вірусних гепатитах В і С.

Істотне значення в патогенезі ХГС відводиться аутоімунним процесам. Частими системними проявами HCV-інфекції є синдром Шегрена та первинний біліарний цироз печінки, які можуть сприяти виникненню ХП.

Також в літературі описані випадки медикаментозного панкреатиту на тлі введення рентгенконтрастних речовин, прийому урсодезоксихолевої кислоти, інтерферону та рибавіріну, що застосовуються для лікування вірусних гепатитів.

**Висновок:** патогенез розвитку ХП на тлі ХГС є багатофакторним, що потрібно враховувати при формуванні схеми ефективного комплексного лікування.

*Гаврилюк Надія*

**ХРОНОБІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СМЕРТНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ІНФАРКТМ МІОКАРДА**

Кафедра терапії та сімейної медицини ННІ ПО  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. М.В. Гребеник  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Метою** роботи було виявити наявність кореляційних зв'язків між хронобіологічними чинниками та смертністю від інфаркта міокарда (ІМ).

**Матеріали і методи.** Нами проаналізовано 790 медичних карт стаціонарних хворих, які знаходились на лікуванні в блоці кардіореанімації Тернопільською міською лікарні №2 з діагнозом ІМ за 2012-2014рр. Летальні випадки зареєстровано у 209 (26,5%), з них 137 (65,6%) померло в стаціонарі та 72 (34,4%) на дому.

**Результати.** Гендерний та віковий аналіз показав, що серед померлих пацієнтів переважали чоловіки (65,07%, тоді як жінки - 34,93%), віком від 31 до 90. Середній вік померлих  $68,78 \pm 11,34$  років.

За період 2012-2014рр. сумарна кількість ІМ без зубця Q становила 109 випадків, а повторних ІМ- 126, які найчастіше виникали в п'ятницю, відповідно 20,2% і 22,2%; ІМ з зубцем Q передньої стінки - (n=140), переважно реєстровані у понеділок (23,6%); задньо-нижньої ділянки лівого шлуночка (n=160) - у неділю (16,9%). Рангова кореляція Спірмена показала існування кореляційних зв'язків між масою некрозу, яка відображає величину ІМ пов'язану з його локалізацією, та годиною його виникнення ( $r=0,164$ ;  $p=0,018$ ), що підтверджує наявність критичних періодів доби для ініціації ІМ.

Проаналізувавши пори року та дні тижня отримали наступні дані, які свідчать, що найбільша частота виникнення ІМ відмічалась в весняно-осінній період, проте смертність була вищою в весняно-літній.

У переважної більшості пацієнтів ІМ виникав на початку та в кінці тижня, а саме у понеділок (n=139) та в п'ятницю (n=142). Найвища летальність виявлена у групі хворих, у яких ІМ виникав у четвер (34,3%).

Аналізуючи періоди доби, встановлено, що найбільша летальність відмічалась від 8 до 12 год. дня і становила 21,5%, дещо меншою у 20-24 год. (19,8%). Виявлено пряму кореляцію між часом виникнення ІМ та ускладненнями в процесі лікування ( $r=0,235$ ,  $p=0,01$ ), а також між масою некрозу, віком та ускладненнями ( $r=0,168$ ,  $p=0,015$ ).

**Висновок.** Таким чином, нами виявлено прямі кореляційні зв'язки між хронобіологічними чинниками та смертністю від ІМ.

*Галабіцька Ірина*

**ПОЗИТИВНІ ЕФЕКТИ АМІНОКИСЛОТНОГО КОМПЛЕКСУ З ВІТАМІНАМИ У ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

Кафедра первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики - сімейної медицини  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л.С. Бабінець  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Трофологічні порушення при хронічному панкреатиті (ХП) формуються шляхом багатьох патогенетичних механізмів. При тривалому перебігу ХП розвивається гіпопротеїнемія з гіпоальбумінемією, що запускає каскад патологічних процесів. Також виявляється підвищення  $\alpha$ 1- та  $\alpha$ 2-глобулінів у хворих на ХП, що свідчить про наявність запально-деструктивних змін у підшлунковій залозі та інших органах.

**Мета роботи:** дослідити ефективність впливу запропонованої програми терапії на зміни у протеїнограмі хворих на хронічний панкреатит.

**Матеріали і методи.** Було обстежено 38 амбулаторних пацієнтів з ХП у фазі стійкої або нестійкої ремісії. Вік хворих від 25 до 74 років. Контрольну групу склали 20 здорових людей. Діагноз ХП верифікували за загальноприйнятими стандартами. Для визначення протеїнограми сироватки крові використовували метод електрофорезу на папері.

Пацієнтів із ХП поділили на дві групи за програмами корекції: I група (18 хворих) отримувала загальноприйнятий у гастроентерології лікувальний комплекс (ЗЛ), II група (20 хворих) – ЗЛ комплекс, посилений використанням амінокислотного комплексу з вітамінами Моріаміну форте® по 1 таблетці на 2 рази на добу під час їжі протягом двох місяців (ЗЛ+М).

**Результати.** Була достовірно встановлена позитивна динаміка показників протеїнограми після лікування. Достовірно зменшилися явища гіпопротеїнемії у обох групах пацієнтів, проте вагомішою була позитивна динаміка у групі, яка додатково приймала Моріамін форте® (у I групі рівень протеїнів до лікування становив  $65,32 \pm 1,36$  г/л, у II –  $64,12 \pm 2,31$  г/л, після лікування рівень білка збільшився до  $72,42 \pm 1,24$  г/л у I групі та  $76,16 \pm 1,26$  г/л у II групі ( $p < 0,05$ )). Після лікування рівень  $\alpha$ 1- та  $\alpha$ 2-глобулінів знизився, проте достовірно кращими результатами були у II групі (рівень  $\alpha$ 1-глобулінів до лікування у I групі становив  $7,1 \pm 1,2$  %, у II -  $7,1 \pm 1,4$  % відповідно, після лікування у I групі -  $6,4 \pm 1,1$  %, у II -  $6,3 \pm 0,7$  % ( $p < 0,05$ ), рівень  $\alpha$ 2-глобулінів становив у I групі  $9,2 \pm 1,2$  %, у II групі -  $9,1 \pm 0,4$  %, після лікування у I групі -  $8,7 \pm 1,1$  %, у II групі -  $8,6 \pm 0,8$  % ( $p < 0,05$ )).

**Висновок.** Використання у комплексному лікуванні хворих на хронічний панкреатит амінокислотного комплексу з вітамінами Моріамін форте® сприяє достовірному регресу явищ гіпопротеїнемії, а також має протизапальний ефект ( $p < 0,05$ ).

*Галей Катерина, Голик Ірина, Сове'як Інна, Ремезюк Ольга, Вацик Любо*

**ПАРАМЕТРИ ШВИДКОСТІ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

Кафедра загального догляду за хворими  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Л.П. Мазур  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

На даний час перед лікарями досить гостро постала проблема вчасного виявлення цукрового діабету (ЦД), встановлення ступеня його важкості та прогнозування розвитку хронічних ускладнень. Одним з найбільш загрозливих ускладнень ЦД є діабетична нефропатія, оцінити перебіг якої можна з допомогою розрахованої швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ).

Метою даного дослідження було визначити кореляцію між концентрацією гліколізованого гемоглобіну (HbA1c), віком пацієнтів, тривалістю захворювання та ШКФ у пацієнтів із різними ступенями важкості ЦД 1 та 2 типу.

Нами було обстежено 34 хворих, з них із ЦД 1 типу (група 1) – 15 пацієнтів (44,1 %), із ЦД 2 типу (група 2) – 19 (55,9 %). В групі 1 було 5 (33,3 %) чоловіків та 10 (66,7 %) жінок, середній вік становив  $34,07 \pm 2,76$  роки. У всіх пацієнтів із ЦД 1 типу встановлено важку форму захворювання. В групі 2 було 10 (52,6 %) чоловіків та 9 (47,3 %) жінок, середній вік становив  $57,25 \pm 2,48$  роки. Середню важкість ЦД діагностовано в 11 пацієнтів (57,9 %), важку форму – в 8 (42,1 %). Всі пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні в ендокринологічних відділеннях КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня» та Волинської обласної клінічної лікарні в 2014-2015 рр. ШКФ розраховували за допомогою формули СКД-ЕРІ. Для вивчення кореляційних зв'язків між параметрами рівня HbA1c, віку пацієнтів, тривалості ЦД та ШКФ застосовували методіку рангової кореляції Спірмена при значимій кореляції на рівні  $p < 0,05$ .

У хворих на ЦД 1 типу рівень HbA1c становив  $8,85 \pm 0,34$  %, ШКФ –  $105,33 \pm 7,42$  мл/хв/1,73м<sup>2</sup>. У пацієнтів із середньою важкістю та важкою формою ЦД 2 типу вміст HbA1c становив  $10,19 \pm 0,50$  % та  $8,92 \pm 0,41$  %, а ШКФ –  $97,00 \pm 5,11$  та  $71,00 \pm 10,10$  мл/хв/1,73м<sup>2</sup>. У хворих із важкою формою ЦД 2 типу встановлено таку кореляцію ШКФ: із вмістом HbA1c – 0,077, із віком пацієнтів – -0,693, із тривалістю ЦД – -0,375. У пацієнтів із середньою важкістю ЦД 2 типу спостерігали наступну кореляцію ШКФ: із вмістом HbA1c – 0,358, із віком пацієнтів – -0,716, із тривалістю ЦД – -0,348. У групі обстежених з важкою формою ЦД 2 типу названі показники кореляції були такими: -0,143, -0,458, -0,285 відповідно.

Таким чином, нами виявлено сильний кореляційний зв'язок між ШКФ та віком хворих на цукровий діабет пацієнтів, середньої сили – між ШКФ та тривалістю захворювання та слабкий – між ШКФ та вмістом HbA1c.



*Гніздюх Роман*

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ОМНІК У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

Кафедра фармакології з клінічною фармакологією  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.В. Шманько  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Артеріальна гіпертензія (АГ) посідає перше місце серед усіх захворювань, супровідних доброякісній гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) і виявляється у даного контингенту пацієнтів частіше, ніж у популяції цієї вікової групи в цілому. Є дані про те, що симптоми нижніх сечових шляхів при ДГПЗ призводять до розвитку стресових реакцій, прогресування ішемічної хвороби серця, сприяють підвищенню артеріального тиску (АТ). Тому застосування традиційних методів терапії артеріальної гіпертензії у таких хворих є недостатньо ефективним. За даними Інституту урології та нефрології АМН України захворюваність на ДГПЗ в Україні становить 1765,5 на 100 тис. чоловіків, що в абсолютних цифрах досягає 1 100 000 хворих, які потребують урологічного спостереження та лікування. З огляду на тенденцію до зростання питомої ваги людей похилого віку в Україні, кількість пацієнтів із ДГПЗ зростатиме.

**Мета.** Дослідити ефективність застосування препарату омнік (тамсулозин) у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози у поєднанні з артеріальною гіпертензією.

**Матеріали і методи.** Нами було обстежено 42 пацієнта, що знаходились у терапевтичному відділенні ТМКЛ №3 з ДГПЗ у поєднанні з АГ, віком від 47 до 82 років. Середній вік обстежуваних становив  $(62,7 \pm 9,8)$  років. Середня тривалість захворювання на ДГПЗ була  $(11,2 \pm 1,2)$  міс. Всі пацієнти скаржилися на: головні болі, порушення сну, кардіалгії, почащене сечовипускання, відчуття неповного випорожнення сечового міхура, виділення сечі краплями. За даними УЗД передміхурової залози виявлено, що її середні розміри становили  $50 \times 49,2 \times 49,8$  мм. Середній рівень систолічного АТ складав  $(154,1 \pm 7,3)$  мм. рт. ст., а діастолічного –  $(103,3 \pm 7,3)$  мм. рт. ст. ЕхоКГ дослідження показало, що у пацієнтів: ФВ- $(54,28 \pm 4,10)\%$ , товщина МШП- $(1,21 \pm 0,05)$  см, а ЗСЛШ відповідно  $(1,15 \pm 0,01)$  см. Рівень простат-специфічного антигену (PSA) в крові становив  $(12,1 \pm 1,2)$  нг/мл.

Всі обстежені були розділені на 2 групи:

До першої групи включені пацієнти з ДГПЗ у поєднанні з АГ, які отримували в комплексній терапії препарат омнік по 1 капсулі (0,4 мг) на день.

До другої групи (контрольної) – пацієнти з ДГПЗ коморбідною з АГ, яким не призначали омнік, а отримували інгібітори АПФ, антагоністи рецепторів АГ2. Тривалість лікування була від 31 до 105 днів, а середня тривалість склала  $(40,5 \pm 15,1)$  днів.

**Результати.** Аналіз результатів дослідження, у першій групі показав, що у 92 % пацієнтів відмічається значне покращення загального стану, зменшилися розміри передміхурової залози до  $41,9 \times 43,6 \times 40$  мм. Встановлено зниження систолічного АТ до  $(136,9 \pm 7,3)$  мм. рт. ст., а діастолічного –  $(87,7 \pm 5,9)$  мм. рт. ст. У першій групі цільового рівня АТ досягнуто у 87 % пацієнтів. За даними ЕхоКГ зросла фракція викиду на 13,9%, зменшилась товщина МШП та ЗСЛШ на 7,5% і 12,2% відповідно. Також знизився рівень PSA у крові до  $(6,2 \pm 2,1)$  нг/мл. Що стосується пацієнтів другої групи, то нами встановлено: АТ нормалізувався лише у 72% пацієнтів на фоні лікування антигіпертензивними препаратами, не виявлено позитивної динаміки щодо зменшення розмірів ДГПЗ, як і змін показників ЕхоКГ що вказує на їх меншу ефективність у даного контингенту хворих.

Важливо відмітити, що застосування омніку було достатньо безпечним, на що вказують побічні ефекти у вигляді нудоти, загальної слабкості, сонливості, які спостерігались лише у 2 пацієнтів (4,7%).

**Висновки.** Таким чином застосування препарату омнік по 1 капсулі (0,4 мг) на день, протягом 40 днів, у хворих на ДГПЗ у поєднанні з АГ призводить до покращення загального самопочуття пацієнтів, зменшення розмірів передміхурової залози, зниження рівня АТ та позитивної динаміки з боку структурно-функціонального стану серця, тобто цей препарат виявився достатньо ефективним та безпечним у таких пацієнтів.

## Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених

*Гніздюх Роман, Бурмас Юлія, Носко Галина*

### **ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТІВ НЕФРОТЕКТ ТА ІНФЕЗОЛ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З НЕФРОТИЧНИМ СИНДРОМОМ**

Кафедра: внутрішньої медицини №3  
Науковий керівник: канд. мед. наук, асист. І.Г. Якубишина  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Нефротичний синдром найчастіше розвивається у пацієнтів з гострим та хронічним гломерулонефритом, амілоїдозом, діабетичною нефропатією, мієломною нефропатією. Його наявність вказує на глибокі зміни клубочкового апарату при даних захворюваннях. Нефротичний синдром вимагає проведення біопсії нирки та призначення патогенетичної терапії, тому ефективне його лікування має не тільки клінічне, але і соціальне значення.

**Мета дослідження.** Порівняти ефективність препаратів нефротект та інфезол при лікуванні хворих з нефротичним синдромом.

**Матеріали і методи.** Для дослідження відібрано 40 пацієнтів в нефрологічному відділенні КЗ ТОР «ТУЛ» віком від 23 до 69 років. Середній вік обстежуваних становив 49,7 роки, з них 35% становили жінки і 65% чоловіки. Критерієм включення пацієнта в дослідження була одна або більше перерахованих умов: концентрація альбуміну крові менше 25 г/л; протеїнурія більше 3,5 г/добу; наявність генералізованих набряків. Пацієнти були розділені на дві групи. Першій групі пацієнтів призначали розчин нефротекту по 500 мл щоденно внутрішньовенно краплинно протягом 10 днів. Другій групі – розчин інфезолу по 100 мл внутрішньовенно краплинно – 10 днів.

**Результати дослідження.** Небажаних ефектів і побічних реакцій у жодного курованого не зафіксовано. В першій групі пацієнтів - вміст альбуміну крові: до лікування – 21,1 г/л, після – 33,4 г/л; протеїнурія: до лікування – 7,3 г/добу, після – 2,1 г/добу. В другій групі - вміст альбуміну крові: до лікування – 20,8 г/л, після – 29,2 г/л; протеїнурія: до лікування 6,1 г/добу, після – 2,9 г/добу. Таким чином, у пацієнтів, які приймали нефротект вміст альбуміну крові збільшився на 58,3%, протеїнурія зменшилась на 71,2%. У хворих, які приймали інфезол вміст альбуміну крові збільшився на 40,4%, а протеїнурія зменшилась на 52,5%. У всіх пацієнтів спостерігалось покращення загального стану та зменшення або зникнення набряків.

**Висновок.** Проведене дослідження продемонструвало більшу ефективність нефротекту у порівнянні з інфезолом при лікуванні пацієнтів з нефротичним синдромом.

*Голованова Алина, Писаренко Геннадий, Амбросова Татьяна*

### **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У МУЖЧИН, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА НА ФОНЕ ПРИЁМА МИОКАРДИАЛЬНЫХ ЦИТОПРОТЕКТОРОВ**

Кафедра пропедевтики внутренней медицины №1, основ биоэтики и биобезопасности  
Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Т.В. Ащеулова  
Харьковский национальный медицинский университет  
г. Харьков, Украина

**Цель:** изучение качества жизни больных, перенесших Q–инфаркт миокарда, на фоне приёма мeldonия.

**Материалы и методы:** по методике оценки качества жизни обследовано 80 мужчин 37 - 65 лет с Q–инфарктом миокарда. Больные разделены на 2 группы случайным методом. В 1-ю группу сравнения вошли 40 больных, получавших традиционную медикаментозную терапию, во 2-ю – 40, принимающих дополнительно мeldonий в дозе 1 г в сутки. Анкетирование проводили через 6 месяцев и 1 год.

**Результаты:** при оценке изменений, наступивших вследствие заболевания, через 6 месяцев больные чаще всего выбирали ответ «мне это неприятно» – в группе сравнения 38,4% против 48,2% во 2-й группе; через 1 год 42,4% и 48,8% – соответственно. Ответ «отношусь безразлично» отмечался в 35,2% и 27% через 6 месяцев, 32% и 28% через 1 год. 18,2% больных в группе сравнения и 14,6% – во 2-й гр. через 6 месяцев дали ответ «очень переживаю». В динамике (через год) количество «очень переживающих» уменьшилось до 14,6% и 8,7% соответственно. Эти данные говорят о более пессимистическом настроении в 1-й группе, чем во 2-й, хотя уровень беспокойства, депрессии в динамике уменьшился. Суммарная оценка качества жизни у больных составила: в 1-й группе -  $6,66 \pm 1,20$  через 6 месяцев, во 2-й группе  $6,72 \pm 0,38$ . Через год показатели качества жизни улучшились на 19,8% в 1 группе ( $-5,34 \pm 0,83$ ) и на 23% во 2 группе ( $-5,17 \pm 0,52$ ).

**Выводы:** проведенное исследование позволяет судить, о снижении качества жизни больных, перенесших Q–инфаркт миокарда и о том, что применение мeldonия значительно улучшает общее самочувствие пациентов и обеспечивает изменение образа жизни в лучшую сторону.

*Горбань Людмила, Гвоздецький Андрій, Салагорник Олена*

**РЕЗУЛЬТАТИ ВІЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ЖИТЕЛІВ М.ТЕРНОПІЛЬ**

Кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Л.П. Мартинюк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність теми:** Метаболічний синдром (МС) – це мультифакторний стан, обумовлений комплексом генетичних, нейрогуморальних особливостей організму, а також способом життя людини. Оскільки в результаті розвитку МС виникає ризик появи таких захворювань, таких як цукровий діабет (ЦД), гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, проблема діагностики і лікування МС є актуальною для медицини.

**Мета:** встановити наявність клінічних критеріїв МС у жителів м. Тернопіль.

**Методи дослідження:** Обстежено 148 тернополян у віці від 17 до 81 року, з них 45 (30,5%) чоловіків і 103 (69,5%) жінок. Було проведено анкетування, вимірювання окружності талії (ОТ), артеріального тиску (АТ) та рівня глікемії за допомогою глюкометра Ассі – Chek Active. Фактори ризику МС встановлювали згідно клінічних критеріїв, рекомендованих Міжнародною федерацією з вивчення ЦД.

**Результати:** Проведене обстеження показало, що ОТ відповідала нормі у 36 жінок (35%) та у 22 чоловіків (48,9%). Показник ОТ понад норму був виявлений у 67 жінок (65%), і у 23 чоловіків (51,1%). Підвищений рівень АТ був виявлений у 42 жінок (40,8%) та у 29 чоловіків (64,5%). У 13,4% тернополян рівні глікемії відповідали показникам, які характерні для ЦД або порушення толерантності до глюкози.

МС було діагностовано за поєднанням 3 клінічних критеріїв у 8 жінок (7,8%) та у 7 чоловіків (15,6%).

**Висновки:** Отже, під час проведеного обстеження нами було виявлено клінічні критерії МС у 10,1% тернополян. Всім оглянутим з наявним МС та факторами ризику останнього було рекомендовано дообстеження з метою вчасного призначення лікування МС та профілактики ускладнень у майбутньому.

*Горобивская Татьяна, Ружанский Никита*

**ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Кафедра пропедевтики внутренней медицины #1, основ биозитки и биобезопасности  
Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. В.И. Смирнова  
Харьковский национальный медицинский университет  
г. Харьков, Украина

Сахарный диабет (СД) является самым распространенным эндокринным заболеванием. При СД 1 типа основным патогенетическим звеном в развитии артериальной гипертензии(АГ) является прогрессирование диабетической нефропатии.

Одной из главных составляющих Метаболического синдрома и патогенеза СД 2 типа является инсулинорезистентность – нарушение утилизации глюкозы печенью и периферическими тканями. Компенсаторным механизмом этого состояния является гиперинсулинемия, которая обеспечивает повышение уровня АД следующим образом: инсулин повышает активность симпатно–адреналовой системы; инсулин повышает реабсорбцию натрия и жидкости в проксимальных канальцах почек; инсулин усиливает пролиферацию гладкомышечных клеток сосудов, что сужает их просвет; инсулин блокирует активность  $Na^{+}-K^{+}-ATP$ азы и  $Ca^{2+}-Mg^{2+}-ATP$ азы и повышает чувствительность сосудов к воздействию вазоконстрикторов.

Лечение артериальной гипертензии, как уже было отмечено, должно проводиться одновременно с сахароснижающей терапией. И первым пунктом в лечении АГ - исключается поваренная соль. Следующим пунктом является снижение массы тела, при наличии ожирения. Медикаментозную терапию, начинают с ингибиторов АПФ или блокаторов рецепторов ангиотензина II, в комбинацию к которым мы обязательно добавляем высокоселективный  $\beta$ -блокатор. Для оценки индивидуального риска следует учитывать наличие следующих факторов: поражений органов-мишеней, сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, нефропатии, тяжелой ретинопатии.

Таким образом при лечении СД врач должен особенно внимательно относиться к сопутствующей патологии как АГ, И отталкиваясь от этиологии и патогенеза этих заболеваний строить свое лечение.

*Грицак Олександр*

**ІННОВАЦІЙНА ТЕХНОЛОГІЯ АВТОМАТИЗАЦІЇ ІНТЕРПРЕТАЦІЇ ЗАГАЛЬНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ.**

Кафедра внутрішньої медицини № 2

Науковий керівник: канд. мед. наук В.В. Зенін

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

**Актуальність.** Початок 21 століття вражає темпами росту розповсюдження гаджетів серед населення усього світу, їх мобільності та бюджетності (відносно аналогів кінця минулого століття). Напевно ніхто не уявляє сучасне життя без смартфона, планшета, ноутбука, не говорячи вже про стаціонарні ПК.

Саме тому, постає питання про автоматизацію діагностичного процесу, що дозволить у перспективі: поліпшити якість надання медичної допомоги, зменшити час оцінки стану пацієнта, полегшити диференціальну діагностику захворювань, значно заощадити витрати, тощо. Першим кроком у цьому напрямку може стати автоматизація оцінки показників лабораторних та інструментальних досліджень.

Було прийнято рішення почати цей процес з найбільш поширеного скринінгового методу дослідження у світі, а саме загального аналізу крові.

**Мета.** Створити і презентувати мультиплатформову програму для оцінки даних ЗАК, що дозволить визначити:

- відхилення від норми;
- орієнтовні діагнози;
- найбільш доцільну подальшу діагностичну тактику для підтвердження або диференціації діагнозів;
- забезпечити віртуальну консультацію різнопрофільними спеціалістами.

**Матеріали та методи.** Алгоритм роботи програми базується на загальнотеоретичних даних і останніх дослідженнях (The CBC: More Information Than You Thought, Joann Deasy, PA-C. MPH ; How to Interpret and Pursue an Abnormal Complete Blood Count in Adults, Ayalew Tefferi, MD ,Curtis A. Hanson, MD ,David J. Inwards, MD; Normal Ranges for CBC adopted 06/09 by UAMS from Chicago Children's Hospital ; Гематологія і трансфузіологія, проф.Гайдукова, 2001р.).

Для перевірки її роботи були використані дані ЗАК взятих із 200 історій хвороб пацієнтів, що знаходились на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні Львівської першої міської клінічної лікарні імені Князя Лева.

**Результати.** Створена програма ("Віртуальний лікар") інтерпретує ЗАК за лічені секунди базуючись на останніх дослідженнях у цьому напрямку.

Результати перевірки на даних ЗАК пацієнтів були успішними (отримані при тестуванні висновки збігались з діагнозами, а запропонований програмою діагностичний алгоритм відповідав такому в картах стаціонарних хворих).

**Висновки.** Дана програма дозволяє значно економити час для інтерпретації ЗАК, виключаючи людський фактор; дає можливість зв'язатись з відповідним фахівцем для отримання дистанційної консультації.

Так, як медицина не стоїть на місці, у перспективі можливе удосконалення коду (внесення змін в алгоритм роботи по даним нових досліджень ; створення взаємозв'язків між програмами, що відповідатимуть за інтерпретацію інших лабораторно-інструментальних методів досліджень). Тому можна вважати, що перший крок в автоматизації діагностичного процесу є успішним.

*Гряділь Тарас*

**ГЛУТАРГІН В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ ТА АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ**

Кафедра терапії та сімейної медицини  
Науковий керівник: М.Ю. Долгош  
ДВНЗ "Ужгородський національний університет"  
м. Ужгород, Україна

**Актуальність:** Хронічний гепатит (ХГ) – це хронічний поліетіологічний дифузний запально-деструктивний процес, з помірним фіброзом та збереженням її часткової структури печінки, і триває більш ніж 6 міс.

Надлишкова маса тіла провокує виникнення інсулінорезистентності, гіперінсулінемії, гіперглікемії, гіперкоагуляції, запальних процесів, порушення вуглеводного, ліпідного, пуринового обмінів.

**Мета:** Проаналізувати ефект проведеного лікування у хворих з ХГ в стадії загострення та абдомінальним ожирінням.

**Матеріали і методи:** Протягом 2 р. на базі ВКЛ ст. Ужгород, терапевтичного відділення обстежено 103 хворих з ХГ в стадії загострення. Пацієнтам проведено загальноклінічні та інструментальні обстеження, та визначення ІМТ та ОТ. Всіх пацієнтів було поділено на дві групи: I група пацієнтів, отримала есенціале 5,0 мл в/в, тівортін 100 мл в/в, реосорбілакт 200 мл в/в, 5% глюкозу в/в, у II групі пацієнти приймали крім перерахованої терапії в/в кр глутаргін по 5 мл (2г) на 200 мл 0,9% розчину NaCl зі швидкістю 60-70 кр/хв протягом 7 днів.

**Результати:** На 4-5 добу під впливом комплексного лікування з включенням глутаргину у пацієнтів II групи поліпшувалося самопочуття, зменшувалися диспепсичні та больові прояви; у хворих I групи ці зміни відбулись на 7-10 день. Позитивна динаміка також спостерігалася у лабораторних показниках: знижувався вміст в крові білірубіну, рівні ALT та AST, наближаючись до показників норми.

**Висновки:** Ожиріння провокує запальні процеси в організмі, сповільнює процеси регенерації, та спотворює біохімічні показники. Глутаргін в комплексному лікуванні, має дезінтоксикаційні, антиоксидантні та репараційні властивості, сприяв хорошему ефекту у лікуванні хворих з ХГ, позитивно впливаючи на клініко-біохімічні показники.

*Гряділь Тарас*

**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КАРДІОМЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ**

Кафедра факультетської терапії  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.А. Рішко  
ДВНЗ "Ужгородський національний університет"  
м. Ужгород, Україна

**Актуальність:** Кардіометаболічний синдром – інтегральне поєднання артеріальної гіпертензії, порушень вуглеводного, ліпідного, та пуринового обмінів, в основі яких лежить абдомінальне ожиріння та існулінорезистентність.

**Мета:** Продемонструвати клінічний випадок кардіометаболічного синдрому.

**Матеріали і методи:** Хворий П. 50р., що звернувся у січні 2014 р. зі скаргами на періодичний біль за грудиною з іррадіацією в ліву руку, що виникає останні 2-3 місяці при стресах та фізичних навантаженнях; періодичні підйоми АТ до 150/100 мм.рт.ст.

**Результати:** Об'єктивно: зріст – 178 см., маса тіла – 118 кг., об'єм талії – 114 см., ІМТ – 37,24 кг/м<sup>2</sup>, АТ - 152/98 мм.рт.ст. На ЕКГ: патологічний Q в II, III, AVF відведеннях. Ехо-кардіоскопія: дегенеративні зміни аорти, гіпертрофія лівого шлуночка, зона акінезії в задній стінці лівого шлуночка. Фракція викиду лівого шлуночка 58 %.

Лабораторні аналізи: глюкоза натще – 5,3 ммоль/л; індекс НОМА – 8,51; інсулін – 36,14 мкМО/мл; сечова кислота – 445 мкмоль/л; коефіцієнт атерогенності – 5,8.

Діагноз: ІХС: Стабільна стенокардія, II ФК. Кардіосклероз постінфарктний (невідомої давності). ГХ II стадія, 2 ступінь. Гіпертензивне серце. Атерогенна дисліпідемія. Гіперурикемія. Ризик дуже високий. СН I із збереженою систолічною функцією лівого шлуночка. Абдомінальне ожиріння II ст.

**Висновки:** У хворого розгорнута клініка кардіометаболічного синдрому ще на стадії предіабету, але вже з важким серцево-судинним ускладненням. Профілактика метаболічного синдрому, своєчасна діагностика та лікування могли попередити перенесений інфаркт міокарда. Акцент лікування: дієта, фізична активність, зменшення інсулінорезистентності, не призначення препаратів, що негативно впливають на вуглеводневий, ліпідний та пуриновий обміни.

## Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених

*Джула Марія, Кульчинська Вероніка, Пицюк Юлія*

### **ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ ВИДІВ ІНСУЛІНУ У ПАЦІЄНТІВ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Кафедра внутрішньої медицини №1  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Н.В. Пасечко  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність:** «Неінфекційна епідемія XXI століття» — цукровий діабет — затягнула у свій вир в Україні понад 1,3 млн хворих, із яких понад 212 134 потребують щоденних ін'єкцій інсуліну (МОЗ України, 2013).

**Мета дослідження:** Вивчити порівняльну ефективність різних видів інсуліну та їхній вплив на ускладнення цукрового діабету.

**Методи та матеріали дослідження:** Для порівняння ефективності інсулінів проводилось визначення рівня глікозильованого гемоглобіну у пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні у Тернопільській обласній лікарні. В обстеженні взяли участь 100 пацієнтів, хворих на цукровий діабет, які перебували на стаціонарному лікуванні в ТУЛ.

**Результати:** Проаналізувавши отримані дані, ми дійшли наступних результатів: ЦД 1 типу відзначається в 57 % пацієнтів, з них 36 чоловічої статі (63%) і 21-жіночої(37%), ЦД 2 типу- в 43 % пацієнтів відповідно 18-чоловіків(42%) і 25 жінок ( 58%). При лікуванні за схемою Новорапід+Левемір середній показник глікозильованого гемоглобіну становив 7.5%, Епайдра+Лантус – 7,3%; Актрапід+Протафан – 8,6%; Генсулін Рапід + Генсулін Н– 8,5%; Фармасулін Н + Фармасулін ННР– 8,4%; Інсуман Базал + Інсуман Рапід– 8,7%; Хумодар Р + Хумодар Б – 9,8%.

**Висновки:** Отже, за результатами дослідження видно, що найкраща ефективність спостерігається в аналогів людських інсулінів – 7,3-7,5%.

*Дзюбата Марія*

### **ЗАСТОСУВАННЯ КОРОНАРНОГО СТЕНТУВАННЯ**

Кафедра циклової комісії викладачів професійної та практичної підготовки терапевтичного профілю  
Науковий керівник: О.І. Цюмик  
Чортківський державний медичний коледж  
м. Чортків, Україна

В основі лікування гострого трансмурального ІМ є раннє відкриття оклюзованої коронарної артерії фармакологічним або механічним способом. Останній дозволяє відновити кровотік в артерії більше, ніж на 90 %, рідко виникає рецидив і ускладнення.

**Матеріали.** Проведено оцінку показників захворюваності та смертності при ІМ в м. Тернополі та Тернопільській області.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Згідно даних рівень захворюваності на ІМ у м. Тернополі за 2010 р. становив 16, 23; у 2011- 15, 97; у 2012-16, 1 на 10 000 нас. Рівень смертності у м. Тернополі за 2010 р. становив – 1, 99; у 2011- 1, 76; у 2012 – 1, 34; у 2013-1, 2 на 10 000 нас. По області рівень захворюваності за 2010 р. становив 10,1; у 2011- 11,3; у 2012 - 11,7; у 2013 – 12,8 на 10 000 нас. Рівень смертності по Тернопільській обл. за 2010 р. становив – 1,56; у 2011- 1,73; у 2012 – 1,82; у 2013- 2,15 на 10 000 нас.

**Висновки:** Отже, рівень захворюваності по м.Тернополі на ІМ за даний період вищий, ніж по Тернопільській обл. Це може свідчити про «недодіагностування» даної патології по області. Рівень смертності по області продовжує збільшуватися, проте по м. Тернополі - знижується. Це пояснюється тим, що пацієнти м. Тернополя мають можливість отримати невідкладну допомогу в обласному реперфузійному центрі. Він може забезпечити потребу у проведенні ургентних коронарних втручань і по області, якщо транспортування пацієнта після першого контакту з медперсоналом не перевищує 2-х год. Отже, як бачимо, пацієнти з районів також в певній мірі мають можливість отримати реперфузійну терапію при ІМ. На нашу думку, для покращення якості її надання потрібне інформування населення про необхідність раннього звернення до лікаря при появі симптомів ІХС або її нестабільному перебігу, державне забезпечення стентами пацієнтів з ІМ, адже це втручання недешево.

Дорожинська Вікторія

**КОМОРБІДНІ СТАНИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини  
 Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Г.І. Томашкевич  
 Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
 м. Вінниця, Україна

Більшість пацієнтів має коморбідну патологію. Зокрема, часто зустрічається поєднання кардіологічної та гастроентерологічної патології. Метою нашої роботи було проаналізувати частоту супутньої гастроентерологічної патології у кардіологічних хворих.

Встановлено, що у досліджуваній групі осіб чоловіки і жінки представлені порівну. В обох підгрупах переважають особи старше 50 років - 79%, в тому числі чоловіки у віці 50-60 років 44,5%, жінки у віці 60-70 років (40%). З приводу ІХС госпіталізовано 20 хворих (53,2%), артеріальної гіпертензії (АГ) - 16 осіб (41,0%), кардіоміопатії 6 осіб (6%).

АГ, що спричиняє розвиток серцево-судинних та судинно-мозкових катастроф, зареєстрована у 28 (73,7%) осіб. Це хворі на ІХС, АГ, ІХС у поєднанні з АГ незалежно від статі: 77,8% чоловіків і 70,0% жінок. Перенесений ГІМ зареєстрований у 10 осіб (26,3%), у тому числі у 7 чоловіків (38,9%) та у 3 жінок (15%). З них хворих на АГ відповідно 71,4% (13 чоловіків) та 66,7% (12 жінок). На наявність хронічної патології з боку ШКТ та відповідні скарги вказують 27,8% (5 чоловіків) та 40,0% (7 жінок). Серед осіб із згаданими коморбідними станами АГ діагностована у 29 хворих (77%), ГІМ - у 9 хворих (23,1%). Встановлено, що скарги з боку органів травлення пред'являють не лише пацієнти з раніше діагностованими захворюваннями, а також особи без клінічно підтвердженої патології ШКТ. При цьому частка пацієнтів з відповідними скаргами зі сторони ШКТ в цілому більша, ніж хворих з верифікованим гастроентерологічним діагнозом, у 1,4 рази (53% проти 37%; відповідно 20 проти 14 чоловіків).

Під час курації хворих на АГ слід враховувати наявність супутньої патології ШКТ та вплив гіпотензивних препаратів на його функцію. Поява скарг зі сторони ШКТ часто обумовлена правшолюночковою недостатністю, яка спричиняє диспепсичні явища та розлади з боку вегетативної нервової системи у таких хворих.

Дроняк Юлія

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СУПУТНЬОГО АСКАРИДОЗУ**

Кафедра первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики-сімейної медицини  
 Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л.С. Бабінець  
 ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
 імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
 м. Тернопіль, Україна

Оцінка якості життя (ЯЖ) пацієнтів є інтегральним і об'єктивним мірилом клінічного перебігу хвороби або поєднання декількох, а також констатації ефективності комплексного лікування і реабілітації. Яскравим прикладом є поєднаний перебіг хронічного панкреатиту (ХП) та супутнього аскаридозу (А). Актуальність такого коморбідного стану зумовлена передусім значною поширеністю, вираженим негативним впливом на організм людини, поліморфізмом клінічних проявів, який утруднює диференціальну діагностику захворювань, відсутністю стерильного імунітету та специфічних методів профілактики.

**Мета дослідження:** порівняти якість життя пацієнтів з ХП та пацієнтів з ХП+ А.

**Матеріали та методи:** Обстежено 53 пацієнти на ХП. Хворі були розподілені на дві групи: I - 33 пацієнти з ХП в поєднанні з А, II – 20 осіб із ХП. Для оцінки показників ЯЖ використовували опитувальник SF-36 та спеціалізований опитувальник гастроентерологічних хворих GSRS.

При аналізі параметрів спеціалізованого опитувальника гастроентерологічних хворих GSRS отримали наступні дані ЯЖ у балах у пацієнтів у I-ї групи проти таких у II-ї: с-м абдомінального болю (AP) -  $4,5 \pm 0,5$  проти  $2,8 \pm 0,3$ ; рефлюксний с-м (RS) -  $3,4 \pm 0,3$  проти  $2,2 \pm 0,3$ ; діарейний с-м (DS) -  $2,6 \pm 0,4$  проти  $1,9 \pm 0,2$ ; диспепсичний (IS) -  $4,0 \pm 0,4$  проти  $3,0 \pm 0,3$ ; с-м закрепи (CS) -  $3,8 \pm 0,4$  проти  $3,0 \pm 0,3$ ; ( $p < 0,05$ ). Загальна сума балів у I-ї групі становила  $3,6 \pm 0,2$ , тоді як у II-ї групі -  $2,5 \pm 0,1$  ( $p < 0,05$ ).

При дослідженні ЯЖ у пацієнтів на ХП за шкалою SF-36 показники загального стану здоров'я були нижчими у I-ї групі ( $9,5 \pm 3,4$ ) балів проти ( $14,0 \pm 2,8$ ) – II-ї. Було встановлено зниження показників ЯЖ за компонентами фізичного здоров'я хворих I-ї групи ( $39,2 \pm 5,0$ ) балів проти ( $58,0 \pm 3,7$ ) – II-ї ( $p < 0,05$ ) та психологічного здоров'я ( $36,9 \pm 4,2$ ) балів I-ї групи проти ( $59,5 \pm 3,6$ ) – II-ї ( $p < 0,05$ ).

**Висновки:** При хронічному панкреатиті із супутнім аскаридозом у хворих було констатовано достовірно нижчий рівень показників якості життя за всіма шкалами як неспецифічного опитувальника SF-36, так і специфічного для патології шлунково-кишкового тракту опитувальника GSRS. Це засвідчило об'єктивну обтяжуючу роль супутнього аскаридозу при перебігу ХП.

У перспективі подальших досліджень вважаємо за доцільне провести оцінку ефективності результатів лікування ХП із супутнім аскаридозом за показниками якості життя.



*Жебель Наталія*

**В- ТА С- НАТРІЙУРЕТИЧНІ ПЕПТИДИ ЯК ДІАГНОСТИЧНІ МАРКЕРИ СТІЙКОГО ПІДВИЩЕННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ**

Кафедра внутрішньої медицини №1  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.К. Серкова  
Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова  
м. Вінниця, Україна

Один з основних компонентів виявлення та діагностики важкості гіпертонічної хвороби (ГХ) є УЗД дослідження серця, однак цей метод, на відміну від В - (ВНП) та С - (СНП) натрійуретичних пептидів, важко застосувати при скринінговому огляді великих контингентів.

Метою нашого дослідження стало перевірити інформативність визначення ВНП та СНП в якості маркерів експрес-діагностики наявності стійко підвищеного артеріального тиску при гіпертонічній хворобі у чоловіків і жінок.

Дизайн дослідження: обстежено 50 жінок постменопаузного віку, які страждають на ГХ, середній вік хворих становив (56,91±0,36 років) та 104 чоловіків (54,45±0,34). Групи контролю склали 80 жінок та 103 чоловіків, що не мали ознак серцево-судинної патології і співставлялись за віком.

Для визначення плазмової концентрації ВНП і СНП використовувався метод ІФА. Усім пацієнтам вимірювали АТ, проводили ЕКГ – дослідження та ехокардіографію.

Отримано наступні результати: концентрація ВНП в крові чоловіків 50 пг/мл дозволяє виявляти серед хворих на неускладнену ГХ осіб (при умові збереженої систолічної функції ЛШ) з точністю 82%. У жінок рівні ВНП вказують на наступні розлади: 52 пг/мл для виявлення пацієток із ДД за умови збереження ФВЛШ, точність – 89%, 167 пг/мл дозволить виявити осіб із систолічною дисфункцією лівого шлуночка, точність 96%. Тобто, рівні ВНП у жінок і чоловіків при неускладненому перебігові ГХ суттєво не відрізнялись. Деякі інші дані було отримано при обрахуванні змін концентрацій СНП. Зокрема, у чоловіків з ГХ II стадії рівень СНП є вірогідно вищим ніж у жінок (5,86±0,03 пм/мл проти 4,04±0,01 пм/мл; p<0,05).

Отже, використання низьких значень плазмової концентрації ВНП прийнятне для обстеження великих неоднорідних груп пацієнтів, загальної популяції із метою виявлення осіб з високим АТ та явищами міокардіальної дисфункції (пре-ехокардіографічний скринінг). З цією метою можна використати і рівень СНП, однак слід враховувати стаеві відмінності його концентрацій при ГХ.

*Жегестовська Діана, Палихата Мар'яна, Сидоренко Оксана*

**ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ**

Кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.Л. Сидоренко  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

За даними МОЗ України, станом на 2013 рік, зареєстровано близько 12 млн. осіб хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ). Медикаментозна терапія є однією із визначальних ланок лікувального процесу, що спрямована на попередження прогресування захворювання та розвиток ускладнень.

Тому метою нашої роботи був аналіз ефективності застосування різних груп антигіпертензивних препаратів та їхніх комбінацій для лікування хворих на ГХ.

Проаналізовано 30 історій хвороби пацієнтів із діагнозом ГХ, які перебували на стаціонарному лікуванні в КЗ ТОР «ТУЛ» з червня по грудень 2014 року. Кількість осіб чоловічої статі складала 46,7 % (n=14), жіночої – 53,3 % (n=16). Середній вік пацієнтів становив 48,9±2,4 років. Тривалість захворювання в середньому складала 7,9±0,9 років, натомість середня тривалість антигіпертензивної терапії – 5,6±0,8 років. При цьому, лише 40 % (n=12) пацієнтів приймали антигіпертензивні препарати щоденно. У 10 % (n=3) хворих було діагностовано I стадію ГХ, у 76,7 % (n=23) – II стадію, у 13,3 % (n=4) – III стадію. Ступені ГХ розподілилися з такою частотою: 1ступінь – 3,3% (n=1), 2 ст. – 73,3 % (n=22), 3 ст. – 23,3 % (n=7).

В плані антигіпертензивної терапії призначали лише препарати першої лінії. Їх, у свою чергу, застосовували із такою частотою : бета-адреноблокатори вживали 76,7 % хворих (а саме бісопролол – 50 %, карведілол – 6,7 %, метопролол – 3,3 %, небіволол – 16,7 %), блокатори кальцієвих каналів призначалися 40 % хворим (зокрема амлодипін – 36,7 %, ніфедипін – 3,3 %), діуретики застосовувалися в 83,4 % випадків (гідрохлортіазид – 10 %, індапамід – 46,7 %, торасемід – 6,7 % спіронолактон – 20 %), інгібітори АПФ – 46,6 % (квінаприл -6,7 %, еналаприл - 16,6 %, лізиноприл 10 %, периндоприл 10 %, раміприл 3,3 %), сартани – 50 % (валсартан в усіх випадках).

Таким чином, лікування пацієнтів з ГХ в умовах КЗ ТОР «ТУЛ» відповідає рекомендаціям Української Асоціації Кардіологів (2013р.). Найчастіше призначали препарати групи діуретиків, бета-адреноблокаторів та сартанів, а саме індапамід, бісопролол та вальсартан. При чому, переважали комбінації із трьох препаратів, такі як бета-адреноблокатор + діуретик + сартан та бета-адреноблокатор + діуретик + інгібітор АПФ.

*Загвоцька Віта*

**ГЛІКОЗИЛЬОВАНИЙ ГЕМОГЛОБІН ЯК НЕОБХІДНА УМОВА ДЛЯ ЗНИЖЕННЯ РОЗВИТКУ  
УСКЛАДНЕНЬ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ**

Цикл терапевтичних дисциплін  
Науковий керівник: канд. мед. наук. П.Є. Мазур  
Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського  
м. Кременець, Україна

На сьогоднішній день цукровий діабет (ЦД) є найпоширенішою ендокринною патологією. Епідемія ЦД та визнання того, що досягнення цільових показників глікемії може значно знизити захворюваність, висунуло ефективність визначення глікозильованого гемоглобіну на перший план. Багато років тому метою лікування було усунення симптомів гіперглікемії, таких як поліурія, спрага, слабкість. Сьогодні мета лікування спрямована на запобігання, відтермінування, сповільнення або припинення розвитку пізніх ускладнень, які є основною бідною діабету.

Чисельні дослідження говорять про покращення стану пацієнтів, які мають постійний глікемічний контроль. Вони надали клініцистам основний метод визначення ризику розвитку ускладнень у залежності від контролю глюкози в крові конкретної людини і вказали на необхідність визначення глікозильованого гемоглобіну у випадку доступності такого дослідження. Глікозильований гемоглобін відображає середню концентрацію глюкози в крові за попередні 2-3 місяці. Дослідження, що виконуються в лабораторіях за місцем лікування, є точними, якщо їх адаптують до міжнародних стандартів. Однак існує ряд запитань пов'язаних із самим гемоглобіном (структурні і обмінні порушення) та з використанням абсолютного стандарту кількісного аналізу. У зв'язку з цим рекомендується використовувати кількісний аналіз на основі вискоєфективної рідинної хроматографії для визначення фракцій гемоглобіну.

Випадкове визначення рівня глюкози в плазмі крові в клінічних умовах не є важливим показником для якісного лікування хворих на ЦД, тому рівень глікозильованого гемоглобіну у венозній крові є необхідною умовою для зниження ризику розвитку ускладнень ЦД.

*Захарчук Марта, Головчак Марія*

**ОПОРТУНІСТИЧНІ ІНФЕКЦІЇ У ВІЛ - ІНФІКОВАНИХ**

Кафедра внутрішньої медицини № 2  
Науковий керівник: канд. мед. наук, асист. О.Я. Королюк  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

**Актуальність:** У 2013 р. в Україні виявлено 21631 нові випадки ВІЛ-інфекції, що у 3,5 рази більше, ніж у 2000 р. У практиці терапевта найбільшою проблемою у цієї категорії є опортуністичні інфекції – пневмоцистна пневмонія (ПП) та туберкульоз (ТБ).

**Мета:** висвітлити особливості клініки, діагностики та лікування ПП та ТБ у ВІЛ-інфікованих.

**Матеріали і методи:** аналіз даних літератури за період з 2000 до 2014 рр.

**Результати:** ПП виявляють у 40 % ВІЛ-інфікованих та 80 % хворих на СНІД. Клінічні прояви: наростаюча інспіраторна задишка, сухий кашель, схуднення, гарячка; невідповідність даних аускультатії (ослаблене везикулярне дихання) тяжкості задишки. Діагностичні критерії: ШОЕ >50 мм/год, лактатдегідрогеназа крові >220 Од/л, зниження сатурації, кандидамікоз/лейкоплакія слизової рота, дифузні інтерстиційні зміни в легенях. Діагностика: виявлення цист, трофозоїдів у харкотинні (Х) чи матеріалі бронхо-альвеолярного лаважу (БАЛ). Лікування: триметоприм/сульфаметоксазол (Т/С) 15-20/75-100 мг/кг/д. У 36,7 % ВІЛ-інфікованих виявляють ТБ. Клінічні прояви: астенія, лихоманка, тривалий кашель, схуднення, діарея, анемія, гепатомегалія, лімфаденопатія. Рентгенологічно: ураження верхівок і утворення каверн нечасті; інфільтрація нижньочасткова пневмонієподібна; дисемінація міліарна чи вогнищева; ТБ внутрішньогрудних лімфовузлів, випітний плеврит. Діагностика: виявлення мікобактерій у Х чи БАЛ. При кількості CD4-клітин < 200/мм<sup>3</sup> ТБ невиліковний, тому рифампіцин-вмісні схеми поєднують з антиретровірусними засобами (тенофовір + емтрицитабін + ефавіренз) та Т/С (160/800 мг 3 місяці) через ризик фатальної ПП.

**Висновки:** ПП і ТБ виявляють відповідно у кожного другого чи третього ВІЛ-інфікованого. Їх прояви часто атипові з переважанням загальної інтоксикації, респіраторного дистресу та гіпоксемії при ПП та ексудативно-запального компоненту над казеозно-некротичним при ТБ. Для зменшення летальності специфічне лікування поєднують з антиретровірусною терапією.

*Захарчук Уляна*

**ОЦІНКА СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ**

Кафедра первинної медико-санітарної допомоги та сімейної медицини

Науковий керівник : д-р мед. наук, проф. Л.С. Бабінець  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Цукровий діабет (ЦД) є проявом хронічного панкреатиту (ХП), при якому збільшується виснаження хворого, а також починають визначатись когнітивні порушення. У світовій практиці для оцінки когнітивних порушень з успіхом використовується шкала оцінки психічного статусу MMSE, а для вивчення ступеня тяжкості ХП - бальна система M-ANNHEIM.

**Мета роботи** – оцінити ступінь тяжкості клінічного перебігу та когнітивних порушень у хворих ХП та ХП із супутнім ЦД.

**Матеріали і методи.** Було обстежено 42 хворих з діагнозом ХП, з них –20 з ХП (I група) і 22 – з ХП і ЦД (II група). Загальний середній вік – (48,2±1,8) років. Середній вік хворих з ХП становив – (44,3±2,9) років, а хворих з ХП і ЦД – (51,9±1,8) років. Тяжкість перебігу ХП оцінювалась за системою M-ANNHEIM з урахуванням індексу та ступеня тяжкості. Наявність когнітивних порушень визначали за шкалою MMSE. Достовірність відмінностей середніх та відносних величин здійснювали за U-критерієм Манна-Уїтні (p<0,05).

**Результати.** Дослідження психологічного статусу у хворих на ХП із ЦД показало більш значущі зміни показників порівняно з такими у хворих з ХП без ЦД. Оцінка ступеня тяжкості перебігу ХП у I групі за системою M-ANNHEIM становила (8,5±0,5) балів, у II-ій – (13,8±0,8) балів (p<0,05). У групі хворих на ХП із ЦД середній показник за шкалою MMSE становив (25,4±0,4) балів, що відповідало наявності когнітивних порушень проти (28,2±0,3) у групі хворих на ХП, що відповідало межах норми.

**Висновки.** ЦД ускладнював клінічний перебіг ХП за ступенем тяжкості за системою M-ANNHEIM та призводив до формування об'єктивних когнітивних розладів за шкалою MMSE.

*Караванская И., Шевченко О., Будик П.*

**ВЛИЯНИЕ ПРОГРАММНОГО ГЕМОДИАЛИЗА НА СОСТОЯНИЕ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Кафедра госпитальной терапии № 1 и профпатологии  
Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. И.Л. Караванская  
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»  
г. Днепропетровск, Украина

**Актуальность:** Заболеваемость и смертность среди пациентов на программном гемодиализе (ПГ) высокая. В структуре кардио-васкулярной летальности превалирует внезапная смерть, одной из причин которой рассматривается кальциноз сердца (КС) и сосудов.

**Цель:** Оценить в проспективном наблюдении изменения за 5 лет на аортальном клапане (АК) у пациентов, находящихся на ПГ, во взаимосвязи с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

**Пациенты и методы:** В исследование включено 19 пациентов (9 мужчин и 10 женщин, средний возраст - 51,5 лет), впервые взятых на программный гемодиализ, без гемодинамически значимых изменений на АК. У 9 больных ХПН развилась вследствие хронического гломерулонефрита, у 7 – хронического пиелонефрита, у 3 – сахарного диабета 1 типа. Контрольную группу составили 5 здоровых лиц (средний возраст 49,2 года). Проведением ежегодного динамического ЭХО-КГ исследования оценивалось развитие изменений на АК в виде фиброза, фиброкальциноза и стеноза. Также изучалось влияние традиционных факторов риска ССЗ: курение, отягощенный семейный анамнез по развитию ССЗ, артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия.

**Результаты:** В течение пятилетнего наблюдения выявлено поражение АК у 15 больных (78,9%), значимых стенозов не выявлено. Изменения на АК преимущественно развивались у пациентов старше 50 лет (у 5 больных (33,3 %) - фиброз, у 10 ( 66,7 %) – фиброкальциноз, при отсутствии гендерных различий ( 8 пациентов (53,3%) мужского пола, 7 пациентов ( 46,7%) женского пола). Развитие изменений на АК ассоциировано с традиционными факторами риска ССЗ.

**Выводы:** Пятилетнее наблюдение показало у большинства пациентов (78,9%) развитие изменений на АК. Кальциноз структур сердца связан со сроком пребывания на ГД, общим стажем ХПН, возрастом больных, АГ и биохимическими маркерами нарушений фосфорно-кальциевого обмена.

Кицай Катерина, Бабінець Лілія

**ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ РІЗНИХ ГРУП ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БІЛІАРНИЙ ПАНКРЕАТИТ**

Кафедра первинної медико-санітарної допомоги, загальної практики-сімейної медицини

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л.С. Бабінець  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Оцінка якості життя (ЯЖ) має велике значення у сучасній медичній практиці, оскільки є показником загального стану пацієнта, ефективності лікування і реабілітації. ЯЖ відображає ступінь адаптації людини до хвороби і можливість виконання нею звичних функцій, які відповідають її соціально-економічному становищу.

Серед хронічних гастроентерологічних захворювань провідне місце займає хронічний панкреатит (ХП). У патогенезі ХП важливе значення слід надати біліарним чинникам, тому тема дослідження є актуальною.

**Мета дослідження.** Дослідити ЯЖ різних груп хворих на хронічний біліарний панкреатит (ХБП) за міжнародною специфічною гастроентерологічною шкалою GSRS.

**Матеріали і методи.** Обстежено 65 пацієнтів, що страждають на ХБП. 19 пацієнтів (1 група) з ХП у поєднанні з функціональними розладами біліарної системи, 29 хворих (2 група) ХП на тлі жовчно-кам'яної хвороби і 17 пацієнтів (3 група) після малоінвазивної холецистектомії. Групи хворих були співставимими за віком, статтю та тривалістю захворювання. ЯЖ оцінювалася за міжнародною гастроентерологічною шкалою GSRS.

**Результати та їх обговорення.** При оцінці ЯЖ були отримані такі результати: у хворих 1 групи синдром абдомінального болю становив  $(2,1+8\pm 0,25)$  бали; у 2 –  $(3,98\pm 0,31)$  бали, у 3 –  $(2,20\pm 0,23)$  бали; диспепсичний синдром оцінили у 1 групі  $(2,36\pm 0,19)$  бали; у 2 –  $(3,00\pm 0,31)$  бали, у 3 групі –  $(2,25\pm 0,18)$  бали; рефлюкс-синдром складав у пацієнтів 1 групи –  $(2,14\pm 0,16)$  бали, у 2 групі –  $(2,97\pm 0,33)$  бали, у 3 групі –  $(2,25\pm 0,18)$  бали; синдром запору у 1 групі  $(2,08\pm 0,20)$  бали, у 2 групі –  $(3,32\pm 0,28)$  бали; у 3 групі –  $(2,23\pm 0,23)$  бали; діарейний синдром у 1 групі становив  $(2,15\pm 0,26)$  бали, у 2 групі –  $(3,27\pm 0,18)$  бали, у 3 групі –  $(2,37\pm 0,21)$  бали;  $(p<0,05)$ ,  $(p_1<0,05)$ , де  $p$  – різниця достовірності між показниками 1 і 2 групи, а  $p_1$  – така між 2 і 3 групами.

**Висновок.** За шкалою GSRS було встановлено достовірно вищі показники ЯЖ у пацієнтів з функціональними розладами та після малоінвазивної холецистектомії в порівнянні з пацієнтами що страждають на ХП на тлі жовчно-кам'яної хвороби.

Ковбаса Надія, Бенів Мар'яна

**ОЦІНКА РИЗИКУ РАПТОВОЇ СЕРЦЕВОЇ СМЕРТІ У ХВОРИХ З ГІПЕРТРОФІЧНОЮ КАРДІОМІОПАТІЄЮ**

Кафедра внутрішньої медицини №3

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Т.О. Паламар  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** ГКМП – це первинне ураження серця, яке характеризується товщиною стінки  $\geq 15$  мм в  $\geq 1$  сегменті міокарда лівого шлуночка (ЛШ). Найбільш грізним ускладненням ГКМП є раптова серцева смерть (РСС), яка зустрічається з частотою 2% в рік, у дітей – до 6%. При анамнезі захворювання більше 10 років частота РСС зростає до 20%.

**Мета.** Оцінка ризику РСС у хворих на ГКМП згідно HCM Risk-SCD Calculator та New ESC Guidelines on hypertrophic cardiomyopathy 2014.

**Результати та обговорення.** Нами було обстежено 39 пацієнтів з ГКМП віком від 21 до 56 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у кардіологічному відділенні КЗ ТОР «ТУЛ» за період січень 2012 - січень 2015 років. Середній вік пацієнтів становив  $43,6\pm 8,3$  роки. Серед досліджуваного контингенту переважали чоловіки 59%. Пацієнти з необструктивною формою становили 69 %, а з обструкцією вихідного тракту ЛШ – 31 %. Спадковий анамнез був обтяжений лише у 5 %.

Предикторами РСС є молодий вік, синкопальні стани невстановленої етіології, товщина стінки ЛШ  $\geq 30$  мм, розмір лівого передсердя (ЛП), градієнт тиску у вихідному тракту ЛШ, нестійка шлуночкова тахікардія (ШТ), випадки РСС у родичів. Згідно з нашим дослідженням встановлено, що у 5 пацієнтів (13 %) спостерігались синкопальні стани невстановленої етіології, нестійка ШТ – у 12 пацієнтів (31 %). Середня товщина стінки ЛШ становила  $19\pm 3$  мм; максимальна – 32 мм. При оцінці розміру ЛП середній діаметр  $42\pm 7$  мм. Максимальний градієнт тиску вихідного тракту ЛШ у досліджуваного контингенту хворих – 85 мм. рт. ст.

Також нами встановлено, що за HCM Risk-SCD 5 – річний низький ( $< 4$  %) ризик розвитку РСС був констатований у 35 пацієнтів (90 %), середній (4 - 6 %) у 4 пацієнтів (10 %). Хворих з високим ризиком виявлено не було.

**Висновок.** Таким чином, можна припустити, що отримані результати зумовлені переважанням в обстежених хворих з необструктивною формою ГКМП.

*Ковалко Мар'яна, Воцінкіна Софія*

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗКІВ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ, ПОЄДНАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

Кафедра внутрішньої медицини № 2

Науковий керівник: асист. Н.С. Бек

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

**Актуальність.** У хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) виникають ураження органів-мішеней, зокрема, серця, судин, нирок, а поєднання з цукровим діабетом (ЦД) асоціюється з їх прогресуванням та новими органічними ураженнями.

**Мета.** Дослідити особливості рівнів клінічних та лабораторних показників та кореляційних зв'язків між ними у пацієнтів з ГХ, поєднану з ЦД 2 типу.

**Матеріали і методи.** Обстежено 42 хворих на ГХ, II стадії, 1 та 2 ступеня. Основна група (група 1) – 28 хворих на ГХ у поєднанні з ЦД 2 типу, високого ризику, 9 чоловіків та 19 жінок, віком  $67,1 \pm 6,1$  років, з індексом маси тіла (ІМТ)  $31,8 \pm 5,8$  кг/м<sup>2</sup>, тривалість ГХ  $12,3 \pm 3,6$  років, тривалість ЦД 2 типу  $8,4 \pm 1,1$  років; група порівняння (група 2) – 14 хворих, 4 чоловіки та 10 жінок, віком  $61,3 \pm 10,1$  років, з ІМТ  $31,3 \pm 3,2$  кг/м<sup>2</sup>, тривалість ГХ  $11,4 \pm 2,4$  років. Проведено планове обстеження згідно протоколу надання допомоги хворим на артеріальну гіпертензію (наказ МОЗ України № 384 від 24.05.2012 року), антропометричні виміри, розрахунок швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою MDRD в мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>. Результати опрацьовані за допомогою пакета програм "Statistica for Windows 6.0" (Statsoft USA). Показники порівнювали за допомогою критерію Манн-Вітні (рівень істотності  $p < 0,05$ ) та подавали як медіану [нижній; верхній кuartилі]. Кореляційні зв'язки між параметричними показниками порівнювали за критерієм т Кендалла.

**Результати.** Хворі групи 1 характеризувались вищим об'ємом талії (ОТ) (106,0 [102,0; 118,0] см проти 98,0 [93,0; 108,5] см,  $p = 0,03$ ), вищим відношенням ОТ до об'єму стегон (ОС) (ОТ/ОС) (0,95 [0,90; 1,02] проти 0,90 [0,85; 0,94],  $p = 0,01$ ) та нижчим вмістом загального білірубину (9,0 [8,1; 10,3] мкмоль/л проти 19,5 [13,5; 20,5] мкмоль/л,  $p = 0,01$ ). Кореляційні зв'язки в групах різнились. У групі 1 вміст С-реактивного протеїна (СРП) прямо корелював з рівнем систолічного (САТ) та пульсового артеріального тиску (ПАТ) ( $\tau = 0,74$ ,  $p = 0,04$  та  $\tau = 0,80$ ,  $p = 0,02$ ) відповідно, а рівень ПАТ обернено корелював з вмістом загального білірубину ( $\tau = -0,33$ ,  $p = 0,01$ ); тривалість ЦД 2 типу (в роках) прямо корелювала з рівнем САТ ( $\tau = 0,62$ ,  $p = 0,03$ ). Величина ОТ прямо корелювала з вмістом креатиніну ( $\tau = 0,50$ ,  $p = 0,02$ ), ОС – з вмістом холестерину ( $\tau = 0,38$ ,  $p = 0,04$ ), ОТ/ОС – з коефіцієнтом де Рітца ( $\tau = 0,29$ ,  $p = 0,03$ ), а ШКФ обернено корелювала з вмістом  $\beta$ -ліпопротеїнів ( $\tau = -0,67$ ,  $p = 0,02$ ). У групі 2 вміст аланінамінотрансферази (АлАТ) прямо корелював з рівнями САТ, діастолічного АТ та ПАТ ( $\tau = 0,69$ ,  $p = 0,005$ ,  $\tau = 0,68$ ,  $p = 0,005$  та  $\tau = 0,52$ ,  $p = 0,04$ ), а також з ОТ ( $\tau = 0,50$ ,  $p = 0,04$ ), який також прямо корелював з аспартатамінотрансферазою (АсАТ) ( $\tau = 0,51$ ,  $p = 0,04$ ).

**Висновки.** У хворих на ГХ, поєднану з ЦД 2 типу, встановлені вищі, ніж у хворих на ГХ без порушень вуглеводного обміну, антропометричні виміри (ОТ, ОТ/ОС), що вказують на абдомінальний тип ожиріння, нижчий, хоча і в межах нормальних значень, вміст загального білірубину, який обернено корелює з рівнем ПАТ, що характеризує артеріальну жорсткість. Триваліший перебіг поєднаної патології корелює з вищим рівнем САТ. Зростання рівней САТ, ДАТ та ПАТ асоціюється зі збільшенням показника системного неспецифічного запалення СРП, а збільшення антропометричних вимірів (ОТ, ОС та ОТ/ОС) – з погіршенням функції нирок, ліпідного обміну та зростанням відношення АсАТ/АлАТ.

Ковбаса Надія, Бенів Мар'яна, Сидоренко Оксана

### КОМОРБІДНІ СТАНИ ПРИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.Л. Сидоренко  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Фібриляція передсердь ( ФП ) – це найпоширеніша аритмія у Європі. ФП у 2 рази підвищує ризик смерті від усіх захворювань та у 2,4 рази від серцево-судинних ускладнень. Супутні медичні проблеми мають адитивний вплив на перебіг даної аритмії, сприяючи погіршенню тих патофізіологічних змін, які лежать в її основі.

**Мета.** Встановити частоту поєднання неклапанної форми ФП з іншими захворюваннями.

**Результати та обговорення.** Нами було обстежено 100 пацієнтів з діагнозом «Постійна форма ФП», що знаходились на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні КЗ ТОР «ТУЛ» за період липень-грудень 2014 року. Середній вік пацієнтів становив 64,94±10,43 роки. Найбільш частими серцево-судинними захворюваннями були: артеріальна гіпертензія – у 60 % пацієнтів; кардіосклероз – у 93 %; стабільна стенокардія напруги – у 44 %, синдром слабкості синусового вузла – у 8 %; систолічна дисфункція лівого шлуночка – у 52 %; серцева астма – у 12 % пацієнтів. Серед супутніх захворювань спостерігались: хвороби нирок (19% пацієнтів), хвороби шлунково-кишкового тракту (17 %), хронічні захворювання легень (15 %), цукровий діабет (12 %), ожиріння ( 10 %), захворювання щитоподібної залози (3 % пацієнтів).

У пацієнтів на момент включення у дослідження виявили наступні ургентні ситуації: інсульт/транзиторна ішемічна атака – у 7 % пацієнтів, тромбоемболія легеневої артерії – у 2 %, інфаркт міокарда – у 19 %, синдром Фредеріка та напади Морганьї–Едемса-Стокса – у 12 % пацієнтів.

**Висновок.** Таким чином, найчастішими фоновими захворюваннями при неклапанній формі ФП є ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія та серцева недостатність. Вторинна профілактика даних патологій потребує призначення препаратів, дія яких направлена на попередження чи сповільнення процесів ремоделювання міокарда.

Кокряцька В., Кучер І., Головін Д.

### АСИМЕТРІЇ ШИЙНОГО ТА ГРУДНОГО ВІДДІЛІВ ХРЕБТА ЯК ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ АРИТМІЙ СЕРЦЯ

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи  
Наукові керівники: канд. мед. наук, доц. Ю.К. Откаленко,  
канд. мед. наук, асист. Р.А. Кравець  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Аритмії серця є одним з найбільш поширених ускладнень серцево-судинної патології, яке погіршує прогноз та якість життя пацієнтів. Патологія шийних сегментів може призводити до змін вегетативної іннервації серця та розвитку передумов для виникнення порушень ритму серця.

**Метою даної роботи** є вивчення зв'язків між результатами вертебрологічного дослідження і показниками обстеження серцево-судинної системи у хворих з аритміями серця і кардіалгіями при захворюваннях хребта.

**Матеріали та методи:** обстежено 35 хворих з порушеннями ритму серця і кардіалгіями та супутніми захворюваннями хребта. Для комплексного обстеження пацієнтів застосовувались такі методи дослідження: загальне клінічне обстеження, вертебрологічне обстеження, рентгенографія шийного і грудного відділів хребта, магнітно-резонансна томографія, холтеровське моніторування електрокардіограми за допомогою трьохканальної системи DiaCard (Solvaig) протягом 24 годин, ехокардіографія, електрокардіографія, УЗД брахіоцефальних артерій. Статистична обробка отриманих результатів проводилась за допомогою програми "Microsoft Excel 2007".

**Результати:** Для кардіалгій і порушень серцевого ритму у обстежених хворих характерний зв'язок з патологічними змінами шийно-грудного відділу хребта, порушення його форми, а також сегментарні травмуючі елементи (латеральне відхилення суглобів Люшка, остеофіти, псевдоостеофіти, зміщення хребців, зміщення кісткової маси при компресійних змінах). Досить тісними виявились кореляційні зв'язки між даними вертебрологічного обстеження та показниками, отриманими при холтеровському моніторингу ЕКГ.

**Висновок:** Враховуючи наявність кореляційних зв'язків між даними вертебрологічного обстеження і показниками холтеровського моніторингу, відсутність органічної патології серцево-судинної системи, підтвердженої даними ехокардіографії, можна зробити висновок про вплив патологічних змін в шийно-грудних сегментах хребта на виникнення порушень серцевого ритму.

*Колесник Михайло*

**ДИНАМІКА ЦИСТАТИНУ С У ЧОЛОВІКІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ПІД ВЛИВОМ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ЛОЗАРТАНОМ ТА АМЛОДИПІНОМ**

Кафедра сімейної медицини і терапії ФПО  
Науковий керівник: академік НАМН України, д-р. мед. наук, проф. Г.В. Дзяк  
Запорізький державний медичний університет  
м. Запоріжжя, Україна

Цистатин С вважається раннім універсальним маркером ураження нирок, а його концентрація не залежить від статі, віку та м'язової тканини.

Існують дані, що в умовах артеріальної гіпертензії (АГ) цистатин С може бути більш чутливим та інформативним показником, ніж рівень креатиніну, швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) та мікроальбумінурія. Динаміка маркеру на фоні антигіпертензивної терапії не вивчалася. Метою дослідження стала оцінка ефективності комбінації лозартану та амлодипіну щодо впливу на рівень циркулюючого цистатину С при АГ.

**Матеріали і методи.** До роботи залучено 30 чоловіків з неускладненою АГ (середній вік -  $52 \pm 8$  роки). У дослідження не включали хворих зі значенням ШКФ менше 60 мл/хв. Всім пацієнтам було виконано стандартне клінічне та лабораторне обстеження, добовий моніторинг артеріального тиску, трансторакальну ехокардіоскопію, визначення ШКФ, рівня креатиніну, та цистатину С у плазмі до та після призначення комбінації лозартану та амлодипіну.

**Результати.** Через 6 місяців терапії вдалося досягнути цільового рівня АТ у 55 % хворих. Рівень цистатину С знизився статистично значуще з  $1 \pm 0,22$  мг/л до  $0,86 \pm 0,28$  мг/л ( $p=0,005$ ). При цьому рівень креатиніну залишався майже незмінним –  $80 \pm 16,63$  мкмоль/л на початку та  $82 \pm 18,91$  мкмоль/л в кінці спостереження ( $p=0,37$ ). Динаміки ШКФ зафіксовано не було -  $99 \pm 20$  мл/хв на початку та  $96 \pm 24$  мл/хв в кінці терапії ( $p=0,54$ ).

**Висновки.** Шестимісячна терапія комбінацією лозартану та амлодипіну у чоловіків з неускладненою АГ знижує рівень циркулюючого цистатину С, не впливаючи на показники креатиніну та ШКФ. Це дозволяє розглядати цистатин С як більш інформативний та динамічний маркер при АГ, ніж традиційні показники ураження нирок.

*Компанієць Кіра, Сирота Ірина*

**СПІЛЬНІ МЕХАНІЗМИ ПАТОГЕНЕЗУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНОГО НЕКАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Т.В. Ащеулова  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

**Актуальність.** Проблема особливостей перебігу різних соматичних хвороб у разі їх поєднання набуває виключної актуальності, оскільки для більшості терапевтичних хворих характерним є наявність декількох захворювань, що породжує чималі труднощі у встановленні діагнозу та лікуванні. Значною мірою це стосується найбільш розповсюджених захворювань органів травлення – хронічного некалькульозного холециститу (ХНХ) та серцево-судинної системи – ішемічної хвороби серця (ІХС).

**Мета.** Проаналізувати біохімічні показники, що характеризують ліпідний обмін, у хворих на ХНХ у сполученні з ІХС на фоні хелікобактеріозу.

**Матеріали та методи дослідження.** Під нашим наглядом знаходилось 15 хворих на ХНХ на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ІХС у віці від 23 до 69 років. Контрольну групу склали 5 донорів. Усім хворим була проведена стратифікація ризику стабільної стенокардії за клінічною оцінкою та деталізацією історії хвороби, даних об'єктивного обстеження, включаючи визначення індексу маси тіла та окружності талії, електрокардіограми (ЕКГ) в стані спокою у 12 класичних відведеннях.

Пацієнтам проводилось визначення загального рівня холестерину (ХС), холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ), холестерину ліпопротеїнів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ), холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ).

**Отримані результати та їх обговорення.** За отриманими результатами дослідження, у хворих на ХНХ на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ІХС виявлено, що у більшості пацієнтів (91,7%) простежувалось вживання висококалорійних, м'ясних та молочних продуктів, надлишкова маса тіла (89,3%) з середнім значенням ІМТ  $29 (7 \pm 6,1 \text{ кг/м}^2)$ . Під час загострення ХНХ у хворих спостерігалися ангінозний біль зі збільшенням в середньому в 2–2,5 рази кількості приступів стенокардії (63,1%), задишка, порушення серцевого ритму (34,1%).

**Висновки.** Таким чином, у обстежених хворих на ХНХ на фоні хелікобактеріозу в сполученні з ІХС спостерігалися значні зміни ліпідного спектру крові: підвищення концентрації всіх атерогенних (ХС, ТГ, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ) та зниження рівня антиатерогенних фракцій (ХС ЛПВЩ) ліпідів, що асоціюється з прискореним розвитком атеросклеротичних процесів в судинній стінці.



*Компанієць Кіра, Шкільнюк Марина, Кисіль Ірина*

**ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ У СПОЛУЧЕННІ З ПЕПТИЧНОЮ ВИРАЗКОЮ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Т.В. Ащеулова  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків. Україна

**Актуальність.** За даними експертів ВООЗ, смертність від ішемічної хвороби серця (ІХС) в структурі смертності серцево-судинної патології складає 48,5%. Водночас захворюваність на пептичну виразку дванадцятипалої кишки (ПВ ДПК) складає 28,8% від загальної кількості хронічних захворювань органів травлення. У ряді досліджень було показано взаємозв'язок між наявністю хронічної інфекції, обумовленої *Helicobacter pylori* (HP), розвитком атеросклеротичного ураження судин та ІХС. Значна роль в патогенезі як серцево-судинних захворювань, так і патології системи травлення належить порушенням продукції оксиду азоту (NO). Крім того, хелікобактер індукує викид тучними клітинами ендотеліну-1 (ЕТ-1). Аргінін є донатором та природнім переносником азоту, який постачає систему ферментів, що синтезує NO. В цьому плані нашу увагу привернув препарат тівортину аспартат, який є субстратом для NO-синтази - ферменту, що каталізує синтез NO в ендотеліоцитах, та володіє антигіпоксичною, цитопротекторною, антиоксидантною, антирадикальною та дезінтоксикаційною властивостями.

**Мета:** Оптимізувати лікування хворих на ішемічну хворобу серця у сполученні з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки.

**Матеріали та методи дослідження:** Під нашим наглядом знаходилось 15 хворих на ІХС (стабільна стенокардія II ФК) у сполученні з ПВ ДПК, віком від 25 до 59 років.

Функціональний стан судинного ендотелію визначали за вмістом ЕТ-1 у плазмі крові за допомогою імуноферментного набору. Вміст NO вивчали за концентрацією його метаболітів - нітриту (NO<sub>2</sub>) та нітрату (NO<sub>3</sub>) в цитратній крові. Розрахунок кількості нітритів здійснювався за калібрувальним графіком, побудованим за нітритом азоту.

Обстежені хворі були розподілені на дві рандомізовані за віком, статтю та клінічним перебігом сполученої патології групи: основну (10 осіб) та зіставлення (5 осіб).

Всім пацієнтам проводилася стандартна терапія ІХС та ПВ ДПК. Хворим основної групи додатково призначали тівортин аспартату, який вводили внутрішньовенно крапельно у добовій дозі 100 мл розчину, через день, всього п'ять крапельниць на курс лікування.

**Отримані результати та їх обговорення.** У хворих на ІХС у сполученні з ПВ ДПК спостерігалось зростання рівня ЕТ-1 у середньому в 2,3 рази. Водночас були отримані дані, про наявність дефіциту NO. Так, рівень NO<sub>2</sub> був нижчим на 56,7%; NO<sub>3</sub> – на 42,6%; а NO<sub>x</sub> - на 53,3%.

Наприкінці лікування у хворих основної групи вміст ЕТ-1 у плазмі крові знизився в порівнянні з початковим в 1,42 рази; а вміст метаболітів NO зростав: NO<sub>x</sub> - до 20,9±1,2 мкмоль/л, NO<sub>2</sub> – до 8,98±0,8 мкмоль/л, тобто в 1,22 рази, NO<sub>3</sub> - до 12,4±1,3 мкмоль/л, тобто в 1,49 рази, що практично дорівнювало реферативній нормі.

В групі зіставлення, відмічалось зменшення концентрації ЕТ-1 у плазмі крові до 7,68±0,64 пг/мл, однак вона залишалася в 1,2 рази вище за норму. В групі зіставлення показник NO<sub>x</sub> наприкінці загальноприйнятої терапії підвищувався на 17,7% в порівнянні з початковим рівнем, однак залишався в 1,2 рази менш за референтну норму. Водночас показник NO<sub>2</sub> у крові хворих групи зіставлення зростав до 8,23±0,9 мкмоль/л, тобто на 8,9 %; NO<sub>3</sub> – до 9,82±1,4 мкмоль/л, тобто в 1,24 рази.

**Висновки:**

1. У хворих на ІХС у сполученні з ПВ ДПК після призначення тівортину аспартату відзначалася нормалізація рівня ЕТ-1 та кінцевих метаболітів оксиду азоту у крові, тоді як в групі зіставлення – тільки тенденція до зменшення проявів ендотеліальної дисфункції.

2. В подальшому ми плануємо проаналізувати ефективність впливу тівортину аспартату на показники перекисного окислення ліпідів та антиоксидантного захисту у хворих із сполученою патологією.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Кордонець Михайло, Макаруч Надія, Сов'як Інна, Вонс Людмила*

### **РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ КЕЛТІКАНУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ПОЛІНЕЙРОПАТІЮ**

Кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Л.П. Мартинюк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Медико-соціальна значимість цукрового діабету (ЦД) пов'язана із зростанням ризику розвитку інвалідизуючих ускладнень, зокрема, діабетичної периферійної полінейропатії (ДПН).

Опубліковані результати позитивної дії келтікану на перебіг ряду неврологічних захворювань дозволили використати цей препарат у лікуванні хворих на діабетичну полінейропатію.

**Мета:** Встановити ефективність келтікану у комплексному лікуванні хворих на ДПН.

**Матеріали і методи:** Нами було обстежено 32 хворих на ЦД 2 типу з наявністю ДПН у віці 47-79 років Крім рутинного обстеження пацієнтів, використовували опитувальники для діагностики нейропатичного болю DN4 (Attal N et al., 2010) та анкети стану здоров'я EQ-5D-3L (Ukraine 2004, EuroQol).

Всі хворі були розділені на дві репрезентативні за віком, статтю, тривалістю захворювання групи. До першої групи увійшли пацієнти, які отримували стандартне лікування діабетичної полінейропатії. Хворим другої групи, додатково було призначено келтікан по 1 капсулі тричі на день 1 місяць.

Контроль ефективності лікування проводили через 10 днів від початку терапії та через 2 місяці шляхом телефонного опитування.

**Результати.** Аналіз анкет стану здоров'я EQ-5D-3L виявив проблеми з ходьбою у 75% опитаних, доглядом за собою у 15,6% осіб, труднощі із звичайною повсякденною діяльністю, помірну тривогу/депресію у половини опитаних, біль/дискомфорт турбували 87,5% пацієнтів.

Усі хворі відмітили позитивний ефект стаціонарного лікування.

Проведене планове телефонне опитування виявило відмінності в результатах анкетування. Так, проблеми з ходьбою зменшилися у 26,6% хворих 1-ї групи і 33,3% 2-ї, полегшення у виконанні повсякденної діяльності відмітили 20% і 33,3% хворих відповідно, біль/дискомфорт турбували менше 27,7% осіб 1-ї групи і 36,4% другої, а тривога/депресія зменшилися у 30% і 66,6% діабетиків відповідних груп.

**Висновок:** Використання келтікану у комплексній терапії хворих на діабетичну полінейропатію дозволяє досягти тривалого позитивного клінічного ефекту.

*Корильчук Богдан*

### **ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ - ПРЕДИКТОР ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ В ДОРОСЛОМУ ЖИТТІ**

Кафедра первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики сімейної медицини  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Н.І. Корильчук  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Фактором, що ініціює розвиток інсулінорезистентності (ІР) - є абдомінальне ожиріння (АО), що знижує чутливість периферійних тканин до інсуліну з подальшим збільшенням маси тіла і розвитком ускладнень (ЦД).

Нами обстежено 30 хлопців у віці 17-20 років з об'ємом талії (ОТ)>90 см. В 33,3% з обстежених виявлена надмірна маса тіла, у 20,0% - ожиріння різних ступенів та нормальна вага визначена в 46,7%. 80,0% обстежених задоволені станом свого здоров'я, вважаючи його "прекрасним", 16,7% респондентів оцінюють своє здоров'я як «посереднє» і 3,3% - «погане». У 26,7% обстежених надмірна вага (ожиріння) було в близьких родичів (мати, батько, бабуся, дідусь). На проблеми з тиском в сім'ї вказувало 86,7% опитаних, спадковість ЦД була в 46,7% респондентів. За анкетуваннями виявлено низький рівень фізичної активності, опитані віддають перевагу пасивним формам проведення дозвілля. 13,4% - відвідують спортивні серції та 26,7% - спортивні зали з тренажерами, але жоден з опитаних не робить вранішню зарядку. Проте 60% - палять (від 1 пачки на тиждень до 1 пачки в день), 36,7% періодично (2-4 рази на тиждень) вживають слабоалкогольні напої (пиво, тоніки, мікси тощо). За пробою Руф'є встановлено, що в 66,7% хороша фізична форма, в 16,7% - середня, у 13,3% - задовільна і в 3,3% - погана. В 26,7% встановлена гіперінсулінемія, а в 46,7% - ІР, у 36,7% виявлено порушення ліпідогамми, у 13,3% підвищений АТ.

Отже, нами виявлено велику кількість предикторів формування цукрового діабету в юнаків з абдомінальним ожирінням. Лише належна корекція способу життя зможуть запобігти розвитку цукрового діабету в подальшому житті вже мужчин.

*Косянчук Наталія*

## **ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПАЛІАТИВНІЙ МЕДИЦИНІ З ПАЦІЄНТАМИ ПОХИЛОГО ВІКУ**

Кафедра «Сестринська справа»  
Наукові керівники: д-р мед. наук, проф. В.З. Свиридюк;  
канд. мед. наук А.М. Чугрієв  
Житомирський інститут медсестринства  
м. Житомир, Україна

**Актуальність теми.** За віковою структурою популяції Україна вже багато років належить до демографічно старих країн світу. За кількістю осіб 65 років і більше Україна займає 11 місце у світі, а їх частка становить 20,4% у загальній чисельності населення з прогнозованою тенденцією до подальшого збільшення до середини XXI сторіччя майже вдвічі, а кількість людей, старших 75 років, дорівнює близько 3,5 млн осіб.

Збільшення частки людей похилого віку в загальній структурі населення країни визначає необхідність розвитку та вдосконалення геріатричного напрямку у роботі медичних закладів, в першу чергу, первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), а саме - амбулаторій загальної практики-сімейної медицини (ЗПСМ).

В Україні в результаті проведених не чисельних наукових досліджень щодо існуючих підходів до надання паліативної допомоги населенню похилого віку було встановлено невідповідність між потребами сучасної медицини та підготовкою медичних сестер.

**Метою** нашого дослідження було вивчення особливостей роботи сімейної медичної сестри з пацієнтами похилого віку у паліативній медицині та розробка перспективних підходів для покращення медичної допомоги таким хворим сімейними медсестрами.

Для цього нами було вивчено структуру захворюваності осіб похилого віку, існуючі організаційні форми надання медичної та соціальної допомоги літнім людям, проведено визначення рівня знань майбутніх та практикуючих медичних сестер з основ паліативної медицини та геронтології.

**Висновки:** Таким чином, встановлено недостатній рівень підготовленості медичних сестер з паліативної медицини та геронтології.

*Коцюба Оксана*

## **ПОКАЗНИКИ УРИКЕМІЇ І ДИСЛІПІДЕМІЇ ПРИ РІЗНИХ ТИПАХ ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ**

Кафедра терапії і сімейної медицини ННІ ПО  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. М.В. Гребеник  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Мета.** Вивчити показники сечової кислоти і ліпідного профілю та їх кореляції з порушенням процесів ліпопероксидації при різних типах діастолічної дисфункції лівого шлуночка (ДДЛШ) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ).

**Матеріали і методи.** Обстежено 54 пацієнти на ГХ II стадії із 2-3 ступенями АГ. У 32 хворих (1 група) діагностовано релаксаційний тип ДДЛШ, у 22 – псевдонормальний тип ДДЛШ (2 група). Контрольну групу склали 20 здорових осіб такого ж віку та статі. Було проведено: двохвимірну ехокардіоскопію, визначення сечової кислоти (СК) у крові, ліпідограми, дослідження перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ).

**Результати дослідження.** У 1 групі ГУЕ виявили у 12 хворих (37,5 %), у 2 групі – у 14 пацієнтів (63,6 %). Рівень СК у хворих 1 групи становив  $(384,10 \pm 12,75)$  мкмоль/л, що на 62,6 % ( $p < 0,05$ ) вище від контрольного рівня. Показник СК у пацієнтів 2 групи був достовірно вищим порівняно як із групою контролю – на 75,9 %, так і з хворими 1 групи – на 10,2 %. Дисліпідемію виявили у 22 пацієнтів (68,8 %) 1 групи і у 20 хворих (90,9 %) 2 групи. У хворих 2 групи рівень малонового діальдегіду був на 45,6 % ( $p < 0,05$ ) вищим порівняно з контролем, і на 22,8 % ( $p < 0,05$ ) - у порівнянні із 1 групою хворих, а показники супероксиддисмутази (СОД) були достовірно нижчі відповідно на 34,2 % та на 12,1 %. У 2 групі пацієнтів встановлено обернену кореляцію між підвищенням рівня СК та зниженням активності СОД ( $r = -0,39$ ,  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Встановили достовірно вищі рівні СК в плазмі крові та наявність ГУЕ у пацієнтів на ГХ із псевдонормальним типом ДДЛШ, а також більшу частоту дисліпідемій з надмірною активацією процесів ПОЛ і пригніченням СОД у порівнянні з групою хворих з релаксаційним типом, що свідчить про глибші метаболічні порушення з прогресуванням ДДЛШ.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Кравець Оксана, Наумова Людмила, Довбуш Надія, Куліковський Богдан*

### **РЕЗУЛЬТАТИ СКРИНІНГОВОГО ВИМІРЮВАННЯ РІВНЯ ГЛІКЕМІЇ У ЖИТЕЛІВ М.ТЕРНОПІЛЬ**

Кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Л.П. Мартинюк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність теми:** Цукровий діабет (ЦД) є одним з найбільш поширених захворювань сучасності, яке супроводжується розвитком серйозних ускладнень. У 2013 році загальна кількість хворих на ЦД у світі склала 347 мільйони, проте реальна кількість хворих у 2-3 рази більша.

**Мета:** Виявити латентні форми ЦД.

**Матеріали і методи:** Нами було обстежено 149 тернополян у віці від 17 до 81 року (середній вік – 52,1 роки), серед яких було 38 (25,5%) чоловіків та 111 (74,5%) жінок. Всім бажаним проводили визначення рівня глікемії індивідуальним глюкометром Accu–Chek Active. Час останнього прийому їжі встановлювали шляхом опитування обстежених. Результати обстеження оцінювали відповідно до рекомендацій ВООЗ (1999 р).

**Результати:** Рівень глікемії натще було визначено у 25 (16,8%) тернополян, у решти обстежених (83,2%) виміряли постпрандіальний рівень глюкози.

Рівень глікемії відповідав нормі у 129 обстежених (86,6%). А саме, натще рівень глюкози крові був меншим 5,5 ммоль/л у 13 осіб (8,7%), а через 2 години після останнього прийому їжі не перевищував 7,8 ммоль/л в 116 обстежених (78,1%).

Інші результати обстеження: рівень глікемії натще був в межах 5,5 - 6,1 ммоль/л у 6 (4%) осіб, понад 6,1 ммоль/л у такої ж кількості обстежених, а постпрандіальні показники коливалися від 7,8 до 11,1 ммоль/л у 4 людей (2,7%) і понад 11,1 ммоль/л також у 2,7% осіб.

**Висновки:** Таким чином, у 6,7% обстежених рівень глікемії відповідав показникам характерним для ЦД, у такої ж кількості громадян лабораторні показники могли свідчити про порушення толерантності до глюкози. Усім, в кого спостерігалось відхилення рівня глікемії від норми рекомендували звернутися до сімейного лікаря.

*Кравченко Владислав, Смірнова Вікторія, Тесленко Олександра*

### **ГЕРХ ТА БРОНХІАЛЬНА АСТМА**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Т.В. Ащеулова  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

Відомо, що серед пацієнтів з бронхіальною астмою (БА) частота захворюваності гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) становить більше 60%, що обумовлює її більш важкий перебіг. При цьому обговорюється можливість, що ГЕРХ може виступати в якості патогенетичного чинника виникнення БА, також виявляється і зворотна залежність.

ГЕРХ як причину БА пояснюють дві теорії:

- теорія рефлюксу - симптоми астми розвиваються внаслідок рефлюксу вмісту шлунку в стравохід і аспірації в проксимальні дихальні шляхи.

- теорія рефлексу - потрапляння кислого вмісту шлунку в дистальні відділи стравоходу викликає стимуляцію блукаючого нерва і подальшу бронхоконстрикцію незалежно від мікроаспірації.

На користь БА як причини розвитку ГЕРХ свідчить:

- підвищення тиску в нижньому відділі стравоходу;
- зменшення тонуусу діафрагми внаслідок гіперінфляції;
- підвищення внутрішньочеревного тиску внаслідок кашлю;
- прийом бронхолітиків і попадання їх на слизову стравоходу і шлунку.

На відсутність зв'язку між ГЕРХ і БА вказують такі факти:

- поширеність БА серед хворих з ГЕРХ, порівнянна з захворюваністю в загальній популяції;
- часта наявність позастравохідних проявів ГЕРХ, які можуть імітувати БА.

З одного боку, ГЕРХ може ускладнювати перебіг бронхіальної астми, але при цьому сама астма та препарати для її лікування також можуть вплинути на розвиток ГЕРХ. З іншого боку, лікування ГЕРХ часто сприяє полегшенню симптомів астми, що і виявляє зв'язок між цими захворюваннями, хоча і є вказівки на можливий незалежний плин даних захворювань.

Таким чином, необхідні ретельніші дослідження, які могли б виявити достовірні етіопатогенетичні зв'язки ГЕРХ та БА.

*Крайдашенко Олександр*

**ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ГЛОБАЛЬНОЇ СИСТОЛІЧНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ТА ШВИДКОСТІ ДЕФОРМАЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА.**

Кафедра клінічної фармакології, фармації, фармакотерапії і косметології  
Науковий керівник: О.О. Свинтозельський  
Запорізький державний медичний університет  
м. Запоріжжя, Україна

Старіння міокарда - це комплексний процес, пов'язаний зі змінами організації клітинміокарда. Ці зміни призводять до підвищення жорсткості міокардату впливають на розвиток дисфункції лівого шлуночка. У зв'язку із цим на велику увагу заслуговують методи кількісної оцінки скоротливої здатності лівого шлуночка на основі тканинного доплерівського дослідження, оцінки деформації міокарда відповідних сегментів.

Метою нашого дослідження є вивчення показників деформаційних процесів міокарда у віковому аспекті.

Дослідження глобальної систолічної деформації та швидкості деформації лівого шлуночка проводили на ультразвуковому сканері MyLab 50XVision, (Esaote, Італія) з подальшою обробкою за допомогою програмного забезпечення XStrain.

У дослідження включено 46 осіб різного віку без ознак серцево-судинних захворювань: 1-а група - 12 осіб до 45 років, середній вік  $34,7 \pm 1,4$  р., 2-а група - 15 осіб віком від 45 до 65 років, середній вік  $52,4 \pm 2,6$  р. та 3-я група 19 осіб віком понад 65 років, середній вік  $71,8 \pm 3,5$  р.

В результаті дослідження було встановлено, що найбільші зміни відзначаються в 3-й групі в порівнянні з 1-ю групою. У осіб похилого віку відзначається достовірне зниження поздовжнього стрейну на 11,6%, швидкості поздовжнього стрейну на 14,2%, циркулярного стрейну на базальному рівні ЛШ на 9,8%, циркулярного стрейну на апікальному рівні ЛШ на 12,4%, відповідно. Також мало місце зниження деяких показників в 2-й групі: поздовжнього стрейну на 5,2%, швидкості поздовжнього стрейну на 7,4%, достовірної відмінності показників ротації між 1-ю та 2-ю групами не відзначено.

Отримані дані дозволяють зробити висновок, що з віком відбувається прогресуюче субклінічне зниження скоротливої функції лівого шлуночка.

*Кульчінська В., Джула М.*

**ПОРУШЕННЯ РІВНЯ МАГНІЮ У ХВОРИХ З СУБ- ТА ДЕКОМПЕНСОВАНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1-ГО ТА 2-ГО ТИПІВ**

Кафедра внутрішньої медицини №1  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Н.В. Пасечко  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність:** цукровий діабет займає третє місце серед захворювань, які найчастіше спричиняють інвалідизацію населення та смерті (атеросклероз, рак, цукровий діабет). Дані наукових джерел свідчать про те, що дефіцит мікроелементу магнію значно погіршує перебіг серцево-судинної патології, а у хворих з цукровим діабетом збільшує інсулінорезистентність.

**Мета роботи:** визначити та порівняти рівень мікроелементу магнію у хворих з суб- та декомпенсованим цукровим діабетом 1-го та 2-го типів.

**Методи обстеження:** нами обстежено 30 хворих з цукровим діабетом 1-го та 2-го типів віком від 20 до 67 років, серед них було 16 жінок і 14 чоловіків. З ЦД 1 типу було 11 хворих, відповідно з ЦД 2 типу - 19. Усі хворі з ЦД 2 типу мали супутнє захворювання - ІХС. У 8 хворих були наявні прояви СН I, у 11 хворих - СН II А- II Б. Рівень магнію визначали у біохімічному аналізі крові.

**Результати:** у хворих з ЦД 1 типу рівень магнію наближений до норми, або в межах норми ( $0,75 \pm 0,05$ ), при нормі  $0,7-1,02$ . У хворих з ЦД 2 типу, які мають ІХС та СН I рівень магнію дещо нижче норми ( $0,68 \pm 0,01$ ). У хворих з ЦД 2 типу, які мають ІХС та СН II А- II Б рівень магнію становив ( $0,66 \pm 0,01$ ).

**Висновок:** у хворих з ЦД 2 типу, які мають прояви СН II А- II Б відмічається нижчий рівень магнію ніж у хворих з ЦД 2 типу, які мають прояви СН I, або у хворих з ЦД 1 типу. Гіпомагніємію можна вважати предиктором декомпенсації хронічної серцевої недостатності у хворих з ЦД 2 типу. Оскільки знижений рівень магнію викликає дис- та гіперліпідемію, інсулінорезистентність, призводить до пришвидшення розвитку атеросклерозу, підвищення активності плазмового реніну, що сприяє прогресуванню серцевої недостатності. Отже, хворі з ЦД 2 типу, які мають прояви СН та знижений рівень магнію вимагають необхідної корекції рівня цього мікроелемента.

*Курята Олександр, Сіренко Оксана*

**ЛІПІДНИЙ ПРОФІЛЬ ТА СТАН МАГІСТРАЛЬНИХ АРТЕРІЙ, ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ**

Кафедра госпітальної терапії № 1 та профпатології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.В. Курята  
ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України"  
м. Дніпропетровськ, Україна

Артеріальна гіпертензія (АГ) та ревматоїдний артрит (РА) вважаються незалежними предикторами розвитку атеросклерозу, багатофакторність та складність верифікації якого обумовлює поглиблене вивчення традиційних та пошук додаткових факторів ризику. Мета дослідження - визначити ліпідний профіль, стан магістральних артерій, ендотеліальної функції судин у хворих на АГ в поєднанні з РА. Матеріали та методи дослідження: Обстежено 42 хворих на АГ в поєднанні з РА (38 жінок, 4 чоловіки, середній вік 54 [51;60] років). Усім хворим визначали ліпідний спектр крові, кардіоваскулярний ризик за SCORE, ендотелій залежну вазодилатацію (ЕЗВД), УЗД магістральних артерій голови та шиї (МАГ). Результати: Більшість хворих мали підвищений рівень тригліцеридів, холестерину ліпопротеїдів низької щільності, загального холестерину - 17 (40,48%), 24 (57,14%), 21 (50%) хворих відповідно та знижений рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності - 18 (42,86%). У 27 (65%) хворих встановлені ознаки субклінічного атеросклерозу, при цьому кардіоваскулярний ризик за SCORE склав в середньому 4 [1,0; 5,5] %. Середній показник ЕЗВД в основній групі склав 4,9 [3,3; 10,0]%, ендотеліальна дисфункція відзначалася у більшості хворих - 31 (73,8%). Встановлено кореляційні зв'язки між рівнем ЕЗВД та активністю запального процесу при РА за шкалою DAS28 ( $r = -0,68$ ,  $p < 0,05$ ), показником SCORE ( $r = -0,65$ ,  $p < 0,05$ ), ОТ ( $r = 0,84$ ,  $p < 0,05$ ), рівнем СКФ ( $r = 0,58$ ,  $p < 0,05$ ). Висновки: Хворі на АГ в поєднанні з РА мають високу поширеність та вираженість дисліпідемії, ендотеліальної дисфункції, субклінічного атеросклерозу, що не зовсім відображається шкалою SCORE. Проведення УЗД МАГ та визначення ЕЗВД можуть бути додатковими опціями задля оцінки кардіоваскулярного ризику у цих хворих.

*Кухаришин Юрій*

**СТАН ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Н.З. Ярема  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність теми.** Подагра – системне тофусне захворювання з відкладенням у різних тканинах кристалів мононатрію урату та розвитком в зв'язку з цим запалення в осіб із гіперурикемією, зумовленою зовнішньою секреторними чи (або) генетичними чинниками. Беручи до уваги спільні ланки розвитку подагри(П) та уражень гепатобіліарної системи (ГБС) (аліментарні порушення, підвищена схильність до вживання алкогольних напоїв, супутнє ожиріння) , актуальним є дослідження стану органів ГБС у зазначеної категорії пацієнтів.

**Мета дослідження.** Вивчити частоту та особливості уражень органів ГБС у хворих на П., їх вплив на клінічний перебіг та прояви хвороби.

**Матеріали та методи.** Обстежено 24 хворого на П. віком від 42 до 68 років, що перебували на стаціонарному лікуванні. Чоловіків було 23 і 1 жінка, тривалість захворювання склала від 1 до 8 років.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Скарги, які характерні для ураження ГБС, виявляли тільки у 9(37,5%) хворих. Зокрема, тяжкість у правому підребер'ї відмічали 9(37,5%) пацієнтів, помірний біль у правому підребер'ї (періодично, після вживання жирної і/або смаженої їжі)– 7(30%), здуття живота –6(24%), періодично проноси – 2(9,2%), запори – 6(24,3%). При об'єктивному обстеженні надмірну масу тіла виявлено у 62% пацієнтів, ожиріння III-IV ст. – у 11,5%. Збільшення розмірів печінки констатовано у 8(31,1%) хворих, болючість при пальпації у правому підребер'ї – у 7(28,9%) обстежених. За результатами лабораторних досліджень у 18 (75%) хворих виявлені ознаки, які свідчили про ураження печінки і жовчного міхура. Так, помірне підвищення рівня загального білірубину зареєстровано в 4(15,8%) пацієнтів, холестерину – у 3(14,3%). Незначне (у 1,5-2 рази) підвищення активності аспартатамінотрансферази (АСТ) у крові виявлено у 6(26%) хворих, аланінамінотрансферази (АЛТ) – у 7(30%). Підвищену концентрацію сечової кислоти у крові виявили у 12(48,6%) хворих. При УЗД органів черевної порожнини виявлено незначне чи помірне збільшення розмірів печінки в 15(64,3%) пацієнтів, проте заокруглений край та підвищення її ехогенності – вже в 6(24,3%). Зміни жовчного міхура при УЗД виявлялися частіше, ніж ураження паренхіми печінки, і проявлялися дифузним ущільненням та потовщенням до 3-5 мм його стінки в 16(67%) та наявністю в ньому помірної чи значної кількості осаду у жовчі – у 19(79%) хворих. Характерно, що безсимптомні ураження ГБС відмічалися при нетривалій подагрі та в пацієнтів молодших (до 50 років) вікових груп. Явні ознаки захворювань органів ГБС виявили при тривалості хвороби більше 10 років та хворих старших вікових груп (старше 50 років).

**Висновок.** Хворим на П. властиві ураження ГБС, які на початкових стадіях мають прихований характер з наступним швидким прогресуванням.

*Кучмий Юлія, Хритошкіна Юлія, Ащеулова Тат'яна*

**ЦЕЛІАКІЯ КАК АКТУАЛЬНАЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА**

Кафедра пропедевтики внутренней медицины №1, основ биоэтики и биобезопасности

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. В.И. Смирнова

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Целиакия (глютеновая энтеропатия) — мультифакториальное заболевание, вызванное повреждением ворсинок тонкой кишки некоторыми пищевыми продуктами, содержащими — глютен и близкими к нему белками злаков. Имеет смешанный аутоиммунный, аллергический, наследственный генез, наследуется по аутосомно-доминантному типу, возникает у людей с HLA DQ2 или DQ8 аллелями.

Willem-Karel Dicke, определил связь целиакии с употреблением в пищу пшеничного белка глютена и совместно с J.H. Van de Kamer доказал «токсичность» глиадин, исключив его из диеты больных детей. В ответ на повреждение энтероцитов глиадином развивается атрофия ворсинок слизистой оболочки тонкой кишки с нарушением всасывания и/или аутоиммунная реакция с образованием антител к собственным тканям организма.

В крови появляются антитела к глиадину и компонентам эпителиальных клеток (эндомизию, тканевой трансглутаминазе, ретикулину). При значительном поражении кишки развивается синдром мальабсорбции. При полном исключении из диеты хлебных злаков ворсинки слизистой постепенно восстанавливаются.

Аутоиммунные заболевания, ассоциированные с целиакией, объясняются появлением антигенов к эндомизию и тканевой трансглутаминазе – ферменту, находящемуся не только в энтероците, но и широко представленному в других тканях.

Исходя из значительной роли целиакии в этиологии многих аутоиммунных заболеваний, появляется возможность их профилактики путем активной диагностики целиакии, т.к. применение безглютеновой диеты способствует излечению не только от целиакии, но и связанных с нею заболеваний.

*Лихацька Галина, Бойко Тетяна*

**ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ З ВКЛЮЧЕННЯМ ГЕПАБЕНЕ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ**

Кафедра внутрішньої медицини № 2

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.І. Сміян

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

м. Тернопіль, Україна

Хронічні запальні захворювання гепатобіліарної системи (ХЗЗГБС) надзвичайно поширені серед патології органів травлення.

Мета роботи - вивчити ефективність комплексної терапії з включенням гепабене у хворих на хронічні запальні захворювання гепатобіліарної системи.

Обстежено 28 хворих на ХЗЗГБС: хронічний криптогенний гепатит з мінімальною активністю та хронічний некаменевий холецистит у стадії неповної ремісії віком від 20 до 55 років. Серед них було 16 (57,0 %) чоловіків та 12 (43,0 %) жінок. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Хворі були поділені на 2 групи: 1-ша (16 хворих) одержувала стандартне комплексне лікування, що включало: дезінтоксикаційні засоби, глутаргін, лактулоза, вітаміни впродовж двох тижнів; 2-га група (12 хворих) додатково вживали і гепабене по 1 капсулі 3 рази в день до їди протягом двох тижнів. Діагноз верифікували на основі загальноприйнятих клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень.

Аналіз досліджень показав, що у хворих до лікування відмічали такі синдроми: диспепсичний у 85,7 %, астено-вегетативний - у 70,1 %, больовий - у 50,0 %, цитолітичний -у 36,8 %, холестатичний - у 25,4 % хворих. Після лікування більш виражена позитивна динаміка у хворих 2-ої групи. Зникли больовий синдром, диспепсичний залишився у 20,1 %, астено-вегетативний – у 23,6 %. У хворих 1-шої групи відповідно - 22,1 %, 28,5 %, 31,2 %. У хворих 2-ої групи відмічалось достовірне зниження і біохімічних показників крові (білірубін, трансамінази, холестерин). Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні клініко-лабораторних показників у хворих на ХЗЗГБС залежно від тривалості хвороби.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Лобанець Володимир, Балан Ірина, Безверхна Надія, Гліган Мар'яна*

### **КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНО РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ПОЄДНАНОЇ ІЗ ЗАПАЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНИМИ ЗМІНАМИ У ПАРОДОНТІ ЗАЛЕЖНО ВІД ФОРМИ ЗАХВОРЮВАННЯ**

Кафедра патологічної фізіології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Ю.І. Бондаренко  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
ТМКЗ «Центр первинної медико-санітарної допомоги»  
м. Тернопіль, Україна

Проблема гастроєзофагеально рефлюксної хвороби (ГЕРХ) поєднаної із запально-дистрофічними змінами в пародонті залишається відкритою. Актуальність обумовлена взаємно обтяженим впливом на перебіг обох захворювань та призводить також до зрушення імунного стану організму.

З метою вивчення особливостей перебігу ГЕРХ обстежено 40 хворих даного профілю у ТМКЛ № 2 (обраних за випадковим принципом), а саме: 12 жінок і 28 чоловіків. Середній вік загалом сягнув  $(49 \pm 2)$  років. Тривалість захворювання за анамнестичними даними була  $(6 \pm 2)$  років. Проведений стоматологічний огляд ротової порожнини даних пацієнтів виявив ураження тканин пародонта деструктивно-запального характеру різного ступеня тяжкості. Група контролю складала 20 осіб з інтактним пародонтом та відсутніми клінічно чи анамнестично симптомами ГЕРХу.

На основі загальноприйнятих клінічних досліджень діагностовано неерозивну форму ГЕРХ (НЕРХ) у 24 (60 %) хворих, ерозивну (ЕРХ) - у 16 (40 %) осіб. Середній вік пацієнтів НЕРХ становив  $(48 \pm 3)$  років, проти  $(50 \pm 4)$  років серед хворих ЕРХ ( $p < 0,05$ ). Тривалість захворювання у хворих НЕРХ визначено як  $(6 \pm 3)$  років, тоді як у пацієнтів ЕРХ -  $(5 \pm 2)$  років, без вірогідної різниці у групах ( $p > 0,05$ ).

Доведено, що регулятором секреторного імунітету є саме Т-лімфоцити, які запускають процеси альтерації у тканинах пародонта. Проведено визначення рівня CD3+ клітин у крові, як узагальнюючого показника Т-клітинної ланки імунітету і CD4+, як головного регулятора імунної відповіді. У обстежених хворих досліджували показники сягнули CD3+  $(54,9 \pm 0,3)$  % та CD4+  $(35,9 \pm 0,9)$  % проти  $(70,9 \pm 1,5)$  % та  $(44,6 \pm 1,3)$  % групи контролю, що також у 1,3 і 1,2 рази було нижче зазначених характеристик серед здорових осіб ( $p < 0,05$ ). У хворих НЕРХ визначено CD3+  $(55,7 \pm 0,1)$  % та CD4+  $(35,3 \pm 0,1)$ , тоді як у пацієнтів ЕРХ -  $(53,4 \pm 0,9)$  % та  $(32,7 \pm 0,3)$  % відповідно, різниця обох показників була вірогідною ( $p < 0,05$ ). Дані результати свідчать про більш виражений імунодепресивний стан у хворих ЕРХ та поєднаними запально-дистрофічними змінами в пародонті.

Отже, глибина порушень Т-лімфоцитарної ланки клітинного імунітету у хворих ГЕРХ та поєднаними запально-дистрофічними змінами у тканинах пародонта більш виражена при ерозивній формі захворювання.

*Лой Галина, Сов'як Інна, Ремезюк Ольга, Богонюк Божена, Пицюк Юлія*

### **ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ВОКСИД У ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯМ**

Кафедра внутрішньої медицини №1  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Н.В. Пасечко  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

«Неінфекційна епідемія XXI століття». Саме так визначає Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) цукровий діабет (ЦД). На ЦД 2-го типу припадає близько 90% усіх випадків даної патології. Ожиріння є основним фактором ризику інсуліннезалежного ЦД.

**Мета.** Визначення впливу препарату Воксид на масу тіла, постпрандіальну глікемію, гліколізований гемоглобін у пацієнтів із ЦД 2 типу та ожирінням чи надмірною масою тіла.

**Методи та матеріали.** У дослідженні взяли участь 14 пацієнтів (8 жінок і 6 чоловіків) із ЦД 2 типу та ожирінням чи надмірною масою тіла, які отримували метформін у максимальних дозах. Середній вік склав –  $(52,71 \pm 1,96)$  років. Серед них надмірну масу тіла мали 2 хворих, ожиріння І ст. – 5 хворих, ожиріння ІІ ст. – 4 хворих, ожиріння ІІІ ст. – 3 хворих. У всіх пацієнтів визначали постпрандіальну глікемію і HbA1c.

Хворим поряд із метформінами було призначено препарат Воксид (0,6 г/д при надмірній масі тіла і 0,9 г/д при ожирінні).

**Результати.** Після 12 тижнів прийому препарату Воксид у комбінації з метформіном в усіх пацієнтів відмічалось зменшення маси тіла із  $(98,42 \pm 4,42)$  до  $(96,28 \pm 4,26)$  кг (в середньому -2,14 кг). Крім того, маємо достовірне зниження глікемії через 2 години після їжі з  $(10,40 \pm 0,40)$  до  $(8,46 \pm 0,25)$  ммоль/л ( $-1,94$  ммоль/л,  $p < 0,01$ ) та рівня HbA1c з  $(8,41 \pm 0,32)$  до  $(7,46 \pm 0,29)$ % ( $-0,87$  %,  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Здатність препарату Воксид зменшувати масу тіла зумовлює його ефективність у пацієнтів із надмірною масою чи ожирінням тіла при ЦД 2 типу. Хороший гіпоглікемізуючий ефект, особливо, у відношенні щодо постпрандіальної гіперглікемії, підтверджує доцільність його застосування при лікуванні пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу.



*Ломакіна Олександра, Олійник Анна, Щербина Наталія*

## **ВПЛИВ РІВНЯ УСПІШНОСТІ НА РОЗВИТОК СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Н.А. Сафаргаліна-Корнілова  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

Емоційне вигорання (ЕВ) – це вироблений особистістю механізм психологічного захисту у формі повного або часткового виключення емоцій у відповідь психотравмуючі впливи. Як показали числені дослідження, серед студентів вищих навчальних закладах до ЕВ найбільше схильні студенти-медики.

**Мета дослідження:** вивчити вплив рівня успішності студентів на розвиток синдрому емоційного вигорання (СЕВ) та стан тону вегетативної нервової системи (ВНС).

**Матеріали та методи.** Обстежено 106 студентів 3 курсу. В залежно-сті від рівня успішності всі студенти були розділені на 3 групи: I – «відмінники», II – «хорошисти», III – «трієчники». Для оцінки рівня ЕВ використовувалась методика, що розроблена В.В. Бойко; тону ВНС – вегетативний індекс Кердо і таблиці Вейна- Соловйової.

**Результати дослідження.** Найбільший рівень ЕВ спостерігається в II групі: фаза напруження – 20,2%, резистентності – 49,5%, виснаження – 30,3%. Домінуючими симптомами ЕВ були: в I групі – неадекватне вибіркове емоційне реагування (47%), редукція професійних обов'язків (35,4%); в II групі – відповідно 63% і 44,5%; в III групі – редукція професійних обов'язків (45%), емоційний дефіцит (43%). В II групі у 62,9% студентів спостерігалась ейтонія ВНС, 26% - симпатикотонія, 11,1% - ваготонія; в I групі СЕВ супроводжувався високим рівнем АТ (вище 140/90 мм.рт.ст.) – у 47% студентів.

**Висновки.** Виявлений взаємозв'язок розвитку СЕВ з рівнем успішності: ризик розвитку ЕВ вищий у студентів з високим показником успішності, що зумовлено постійним психоемоційним напруженням та періодичними стресами в процесі навчання. У студентів-відмінників СЕВ частіше супроводжувався розвитком симпатикотонії з підвищенням АТ.

*Маркевич Микита, Калюжка Владислав, Сафаргаліна-Корнілова Надія*

## **ОПТИМАЛЬНА КОПІНГ-МОДЕЛЬ ПОВЕДІНКИ ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.М. Ковальова  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

Хронічний стрес є одним з основних факторів ризику розвитку таких серйозних захворювань як гіпертонічна хвороба (ГХ), атеросклероз, ІХС з усіма можливим ускладненнями.

Стрес - неспецифічна реакція організму на вплив, що порушує його гомеостаз, а також відповідний стан нервової системи організму. Копінг-поведінка - це поведінкові, когнітивні стратегії, що використовуються особистістю для подолання стресових ситуацій і ситуацій емоційного напруження.

**Мета дослідження.** Вивчити залежність між копінг-стратегіями, застосовуваними різними за якістю навчання групами людей і такими показниками діяльності серцево-судинної системи, як частота серцевих скорочень і артеріальний тиск (АТ).

**Матеріал та методи.** Об'єктом досліджень стали 200 студентів 1-3 курсів ХНМУ. Результати дослідження оброблені за допомогою ключів опитувальника, розробленими Р.Лазарусом і доповненими Крюковою Т.Л. та Куфтяк Є. В. Проведена вибірка і оформлення висновків відповідно до отриманих результатів.

**Результати дослідження.** Виявлено, що студенти, які навчаються переважно на оцінки «задовільно» та «відмінно» мали вищі показники АТ та імовірності розвитку ГХ. Студенти, що навчаються переважно на «добре» мають найбільш оптимальні показники. Останнім етапом дослідження став аналіз, який дозволив вивести найоптимальнішу копінг-стратегію для всіх студентів з мінімальним ризиком розвитку патологій серцево-судинної системи.

**Висновок.** В ході роботи проаналізовані відомі копінг-моделі, а також виведена оптимальна, що дозволяє студентам найбільш вигідно, з фізіологічної точки зору, пристосовуватися до різних стресових факторів; надані рекомендації студентам, які входять до групи ризику.

*Лотоцька Світлана*

**ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСНЕННЯ У ХВОРИХ РІЗНОГО ВІКУ НА ХОЗЛ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ЕНТЕРОСОРБЦІЇ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.М. Андрейчин  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – це екологічно детерміноване захворювання, патофізіологічною основою якого є хронічний запальний процес в легенях, коли у відповідь на вплив пошкоджуючих чинників зовнішнього середовища порушується баланс між активністю про- і антиоксидантних систем організму. Для нормалізації показників гомеостазу в організмі часто використовують різні методи еферентної детоксикаційної терапії, а саме ентеросорбцію.

Метою нашого дослідження було з'ясувати вплив кремнійорганічного ентеросорбента «Ентеросгель» та вуглецевого «Карболайн», при включенні їх в комплексну терапію захворювання, на лабораторні показники вільнорадикального окиснення (ВРО) у сироватці крові хворих на ХОЗЛ.

Обстежувані були розділені на 3 групи: 1-у (контрольну) склали 20 здорових людей, співставних за віком і статтю, 2-у – 90 осіб зрілого і середнього віку, 3-ю – 64 хворих похилого та старечого. Пацієнтам проводилося диференційоване лікування. Всі хворі отримували базисну терапію (БТ) згідно наказу МОЗ України № 555. 51 особа одержувала лише БТ (30 хворих 1-ої групи та 21 – 2-ої). Окрім БТ 51 хворий (30 осіб 1-ої і 21 – 2-ої) додатково отримував перорально по 1 чайній ложці протягом 10 днів 3 рази на день за 2 години до або через 2 години після приймання їжі та медикаментозних засобів вуглецевий ентеросорбент IV покоління «Карболайн» у вигляді дрібних гранул (виробництва Інституту експериментальної патології, онкології і радіобіології імені Р.Є. Кавецького НАН України). 52 пацієнти (30 осіб 1-ої і 22 – 2-ої) окрім БТ додатково отримували перорально по 1 столовій ложці протягом 10 днів 3 рази на день за 2 години до або через 2 години після приймання їжі та медикаментозних засобів кремнійорганічний ентеросорбент «Ентеросгель» у вигляді гелю.

Інтенсивність процесів преокиснення ліпідів (ПОЛ) визначали за вмістом малонового діальдегіду (МДА) в сироватці крові за реакцією з тіобарбітуровою кислотою за методом В. Н. Орехович. Для вивчення антиоксидантного захисту (АОЗ) досліджували активність одного із основних його ферментів – супероксиддисмутази (СОД) за методом С. Чеварті і співавт. Визначення проводили спектрофотометричним методом

Обробка результатів виконана у відділі системних статистичних досліджень ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України» в програмному пакеті Statsoft STATISTICA. Оцінку достовірності відмінностей між групами проводили зі застосуванням непараметричного методу за U-критерієм Уїлкоксона (Уїтні-Манна).

У хворих на ХОЗЛ усіх вікових груп при госпіталізації мало місце статистично достовірне підвищення вмісту МДА та зменшення активності СОД порівняно з контролем.

Результати наших спостережень свідчать, що призначення ентеросорбентів на тлі БТ сприяє зменшенню змін процесів ВРО, про що свідчить зменшення кількості МДА та підвищення вмісту СОД у крові хворих.

В 2-й групі обстежуваних після проведення БТ вміст МДА в сироватці крові зменшився на 24 % в порівнянні з вихідним рівнем, після приєднання «Ентеросгелю» – на 47 %, а «Карболайну» – на 78 %. В 3-й групі мала місце подібна тенденція. Рівень МДА після проведеної БТ зменшився на 35 %, після приєднання «Ентеросгелю» – на 64 %, а «Карболайну» – на 95 %.

Щодо СОД, то в результаті проведеного лабораторного дослідження сироватки крові хворих на ХОЗЛ ми встановили, що в 2-й групі після застосування БТ спостерігалось підвищення її вмісту на 17 %. Застосування на фоні БТ «Ентеросгелю» призвело до підвищення активності СОД на 24 %, а при застосуванні «Карболайну» – на 32 %. Аналогічні зміни спостерігалися і в 3-й групі. Кількість СОД зросла після проведеної БТ на 19 %, після приєднання «Ентеросгелю» – на 31 %, а «Карболайну» – на 47 %.

Підсумовуючи отримані результати, слід зазначити, що ХОЗЛ супроводжується вираженими змінами в системі ПОЛ-АОЗ, про що свідчать збільшення кількості МДА та зменшення кількості СОД в сироватці крові. Додаткове застосування ентеросорбції на фоні БТ хворих на ХОЗЛ покращує ефективність лікування, що проявляється зниженням вмісту МДА та зростанням активності СОД зі зростанням віку пацієнтів.

Лотоцька Світлана

**ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ РІЗНОГО ВІКУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ЕНТЕРОСОРБЦІЇ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії  
 Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.М. Андрейчин  
 ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
 імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
 м. Тернопіль, Україна

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) становить серйозну загрозу здоров'ю і є четвертою за частотою причиною смертності у світі. Впродовж найближчих десятиліть прогнозується збільшення кількості хворих на цю патологію в результаті зростаючого впливу факторів ризику і старіння популяції. Як і будь яке хронічне захворювання ХОЗЛ супроводжується вираженим ендотоксикозом.

Методи діагностики та лікування ХОЗЛ постійно доповнюються. Незважаючи на це, існуюча комплексна терапія не завжди є ефективною, тому потребує подальшого удосконалення. Проте методи еферентної детоксикаційної терапії, а саме ентеросорбції, метою якої є припинення дії токсинів різного походження та їх елімінація з організму, завжди займали значне місце в комплексі лікувальних заходів, оскільки сприяли помітному зменшенню вираженості ендогенної інтоксикації та попередженню поліорганних уражень.

Метою наших досліджень було з'ясувати вплив на лабораторні показники ендотоксикозу у сироватці крові хворих різного віку кремнійорганічного ентеросорбента "Ентеросгель" та вуглецевого "Карболайн" при включенні їх в комплексну терапію захворювання.

Обстежувані були розділені на 3 групи: 1-у (контрольну) склали 20 здорових людей, співставних за віком і статтю, 2-у – 90 осіб зрілого і середнього віку, 3-ю – 64 хворих похилого та старечого. Пацієнтам проводилося диференційоване лікування. Всі хворі отримували базисну терапію (БТ) згідно наказу МОЗ України № 555. 51 особа одержувала лише БТ (30 хворих 1-ої групи та 21 – 2-ої). Окрім БТ 51 хворий (30 осіб 1-ої і 21 – 2-ої) додатково отримував перорально по 1 чайній ложці протягом 10 днів 3 рази на день за 2 години до або через 2 години після приймання їжі та медикаментозних засобів вуглецевий ентеросорбент IV покоління «Карболайн» у вигляді дрібних гранул (виробництва Інституту експериментальної патології, онкології і радіобіології імені Р.Є. Кавецького НАН України). 52 пацієнти (30 осіб 1-ої і 22 – 2-ої) окрім БТ додатково отримували перорально по 1 столовій ложці протягом 10 днів 3 рази на день за 2 години до або через 2 години після приймання їжі та медикаментозних засобів кремнійорганічний ентеросорбент «Ентеросгель» у вигляді гелю.

Рівень ЕІ оцінювали по вмісту молекул середньої маси (МСМ) у сироватці крові на спектрофотометрі при довжинах хвиль 254 та 280 нм і величині еритроцитарного індексу інтоксикації (ЕІІ) за адсорбційною здатністю мембрани еритроцитів.

Обробка результатів виконана у відділі системних статистичних досліджень ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України» в програмному пакеті Statsoft STATISTICA. Оцінку достовірності відмінностей між групами проводили зі застосуванням непараметричного методу за U-критерієм Уілкоксона (Уітні-Манна) [12].

У хворих на ХОЗЛ усіх вікових груп при госпіталізації мало місце статистично достовірне підвищення концентрації МСМ<sub>254</sub>, МСМ<sub>280</sub> та ЕІІ у сироватці крові порівняно з контролем.

Результати наших спостережень свідчать, що призначення ентеросорбентів на тлі БТ сприяє зменшенню виявів ендотоксикозу, що підтверджено зниженням кількості МСМ та нормалізацією ЕІІ. Так, якщо в 2-й групі після проведення БТ вміст МСМ<sub>254</sub> зменшився на 7 %, то після приєднання «Ентеросгелю» – на 14 %, а «Карболайну» – на 26 %. Аналогічні зміни спостерігалися і з кількістю МСМ<sub>280</sub>. При застосуванні БТ його кількість знизилася на 10 %. Використання на фоні БТ «Ентеросгелю» призвело до зменшення вмісту МСМ<sub>280</sub> на 14 %, а при застосуванні «Карболайну» – на 20 %. ЕІІ після курсового прийому БТ зменшився на 11 %, після поєднання проведеного лікування з «Ентеросгелем» – на 17 %, а з «Карболайном» – на 24 %.

В 3-й групі відмічалася така сама динаміка, тільки більш виражена. МСМ<sub>254</sub> зменшилися після проведеної БТ на 10 %, після приєднання «Ентеросгелю» – на 19 %, а «Карболайну» – на 31%. Кількість МСМ<sub>280</sub> після курсового застосування БТ знизилася на 13 %, при застосуванні «Ентеросгелю» – на 21 %, а «Карболайну» – на 35 %. ЕІІ після курсового застосування БТ зменшився на 17 %, а після поєднання проведеного лікування з «Ентеросгелем» – на 24 %, а з «Карболайном» – на 37 %.

Підсумовуючи отримані результати, слід зазначити, що ХОЗЛ супроводжується вираженим ендотоксикозом, про що свідчить збільшення вмісту МСМ<sub>254</sub>, МСМ<sub>280</sub> та ЕІІ в сироватці крові. Додаткове застосування ентеросорбції на фоні БТ хворих на ХОЗЛ покращує ефективність лікування, що проявляється зниженням кількості МСМ та нормалізацією ЕІІ зі зростанням віку пацієнтів.

*Мартиняк Ольга, Старичков Павло*

### **ІНДЕКС МАСИ ТІЛА У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ I І II ТИПІВ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Н.Я. Верещагіна  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність теми:** зміни вуглеводного обміну перебувають у кореляційних зв'язках із показниками ліпідного обміну, що може погіршувати перебіг основного захворювання і сприяти ранньому виникненню ускладнень та супутньої патології.

**Мета :** дослідити зміни індексу маси тіла (ІМТ) у хворих на цукровий діабет I і II типу.

**Матеріали і методи:** було обстежено 28 хворих на ЦД: I типу-10, II типу– 18, віком 34-81 р.. З них 16-чоловіків і 12-жінок. Тривалість захворювання - від 1 місяця до 26 р.. Хворим, окрім клініко-лабораторного та інструментального обстеження проводилось визначення ІМТ за формулою Кетле.

**Результати:** у 7% обстежуваних ІМТ не перевищував норми, у 22% встановлено перед ожиріння, у 63% - ожиріння I ст., у 4% - II ст., у 4% - III ст. Усі хворі з ЦД II типу мали надлишкову масу тіла (ожиріння I, II, III ст.). У 20% хворих на ЦД I типу була нормальна маса тіла, у 80% - перед ожиріння і ожиріння I ст. При аналізі скарг виявлено, що 80% хворих відмічали погіршення зору різного ступеня. Більше 50% хворих, переважно з ЦД II типу, скаржилися на спрагу і поліурію. 90% обстежуваних скаржилися на болі в нижніх кінцівках, 70% відмічали їх затерпання і змерзання. У 24 хворих були скарги на біль у ділянці серця, задишку при ходьбі. У 61% діагностовано ретинопатію, у 21 хворого ЦД поєднувався з артеріальною гіпертензією (АГ). У 75 % хворих діагностовано діабетичну ангіопатію, у 11 хворих виявили облітеруючий атеросклероз нижніх кінцівок(ОАНК),а у 18-ІХС.

Отже, у багатьох хворих на ЦД II типу (92%) спостерігається підвищення ІМТ. При зростанні маси тіла частіше діагностується ретинопатія (61%), а також макроангіопатії (ІХС, ОАНК), АГ. У хворих на ЦД доцільно сприяти нормалізації ІМТ.

*Маховський Василь, Довжаниця Ольга*

### **ВПЛИВ АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ**

Кафедра внутрішньої медицини №2  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.І. Сміян  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

За даними сучасного наукового пошуку встановлено, що поширеність серцево-судинних захворювань серед пацієнтів із ревматоїдним артритом (РА) зростає. Найчастіше місце розвитку запалення при РА – синовіальна оболонка, але прозапальні цитокіни, зокрема ФНП-альфа та ІЛ-6, опинившись в системному кровотоці, впливають і на віддалені органи – печінку, жирову тканину, імунну систему та ендотелій. В результаті системний запальний процес призводить до проатерогенної перебудови, а саме – осидативного стресу та атерогенних дисліпідемій, що є сприятливою передумовою для прогресування системного атеросклерозу та розвитку серцево-судинних катастроф.

**Мета.** Метою даної роботи було встановити взаємозв'язок між активністю запального процесу та показниками ліпідного профілю у пацієнтів з РА.

**Методи дослідження.** Було обстежено 80 пацієнтів з РА I-III ступеня активності, середній вік яких складав  $50,2 \pm 5,72$ , тривалість захворювання  $9,21 \pm 4,25$ , без діагностованої ІХС і попередньої гіполіпідемічної терапії; до контрольної групи було віднесено 30 здорових, репрезентативних по віку і статі осіб. Було визначено вміст загального холестерину (ЗХ), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНП), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВП), тригліцеридів (ТГ), атерогенного індексу плазми (AIP); ступінь активності РА визначався за показником DAS28. Розподіл проводився за ступенем проатерогенної перебудови (норма - AIP <0,11, середній - 0,11 – 0,21, високий - >0,21) у групах пацієнтів з різною активністю РА та у контрольній групі.

**Результати та обговорення.** Аналіз дослідження показав, що ступінь атерогенної дисліпідемії зростає пропорційно активності РА. Так, у пацієнтів з I ступенем активності (n=20) розподіл за AIP був наступним: норма – 50%, середній – 30%, високий – 20%; з II ступенем активності (n=30): норма – 33,3%, середній – 26,6%, високий – 40%; з III ступенем активності (n=30): норма – 26,6%, середній – 30%, високий – 43,3%; контрольна група (n=30): норма – 60%, середній – 23,3%, високий – 16,6%.

**Висновок:** Отже, контроль за активністю основного захворювання та показниками ліпідограми повинні бути об'єктом підвищеної уваги задля зниження серцево-судинного ризику у пацієнтів з РА.

*Медвідь Ігор, Герасимець Ірина*

**ВПЛИВ ВКЛЮЧЕННЯ АПЛІКАЦІЙ ЗА МЕТОДОМ ЛЯПКО НА ВЕГЕТАТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ КОМОРБІДНІСТЮ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

Кафедра первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики-сімейної медицини

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л.С. Бабінець  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Метою даного дослідження було визначити характер вегетативних порушень у хворих із гіпертонічною хворобою (ГХ) і хронічним панкреатитом (ХП) та обґрунтувати програму їх корекції за допомогою включення аплікаторів Ляпко (АЛ) до стандартного загально-клінічного комплексу лікування (ЗКЛ).

Обстежено 20 пацієнтів із поєднанням ГХ і ХП в фазі загострення та 15 практично здорових осіб. Дослідження здійснювалось за допомогою проведення кардіоінтервалографії у стані спокою та під час навантаження з визначенням стандартних спектральних показників. Виключно ЗКЛ, заснований на протоколах, отримали 8 хворих. Додатково проходили курс аплікацій за методом Ляпко 10 осіб.

При коморбідності ГХ і ХП виявлено критично низьке значення ТР – (259,1±30,3) мс<sup>2</sup>, що є фактором ризику виникнення небезпечних порушень серцевого ритму. Наявна викривленість співвідношення коливань спектру за рахунок відносного зростання частки VLF – (73,70±3,47) %, яке свідчить про патологічне посилення ролі гуморально-метаболических впливів на серцевий ритм. Серед спектральних показників тільки при використанні АЛ спостерігалось достовірне (p<0,01) збільшення ТР (до початку – (256,9 ± 46,9) мс<sup>2</sup>, наприкінці – (442,5 ± 46,8) мс<sup>2</sup>) та покращання сегментарної вегетативної регуляції за даними спектру (до початку – LF/HF/VLF (16,80 ± 4,04/10,60 ± 1,96/72,60 ± 5,77) %, наприкінці – LF/HF/VLF (24,84 ± 2,54/21,96 ± 1,85/53,20 ± 4,32) %). У групі ЗКЛ достовірної динаміки спектральних показників не відмічено.

Констатовано, що використання АЛ згідно із стандартною методикою у комплексному лікуванні хворих на поєднання ГХ і ХП в амбулаторній практиці є перспективним для нормалізації вегетативних порушень, що часто передують розвитку органічних ускладнень.

*Мельник Наталія*

**ОСОБЛИВОСТІ АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ НА ТЛІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ**

Кафедра первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики-сімейної медицини

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л.С. Бабінець  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Відомо, що при хронічному панкреатиті (ХП) розвивається трофологічна недостатність (ТН), яка проявляється зниженням маси тіла, розвитком анемічного синдрому (АС), остеоденфіциту, імунодефіциту. Також встановлено, що АС у хворих на ХП є маркером тяжкості захворювання та предиктором резистентності його до лікування.

**Мета:** вивчити особливості АС та зміни трофологічного статусу у хворих на ХП із супутньою ішемічною хворобою серця (ІХС).

**Матеріали та методи.** Вивчено медичні карти 20 хворих на ХП та 32 хворих на ХП у поєднанні з ІХС протягом 2013-2014 рр. Трофологічний статус оцінювали за індексом маси тіла (ІМТ), окружністю м'язів плеча (ОМП), товщиною шкірно-жирової складки над тріцепсом (ШЖСТ), АС – за рівнем гемоглобіну (HGB), загальною залізов'язувальною здатністю сироватки (ЗЗЗС), сироваткових трансферину (ТС), феритину (ФС) та заліза (ЗС).

**Результати та обговорення.** Було встановлено, що показник ШЖСТ в групі хворих ХП+ІХС був достовірно вищим ((19,24±0,69)мм), ніж у групі хворих без ІХС ((16,09±0,72)мм) і свідчив про надлишок запасів жиру. Доказом цього стали показники ІМТ в обох порівнювальних групах ((30,28±0,99)кг/м<sup>2</sup> у групі ХП+ІХС та (25,09±1,23)кг/м<sup>2</sup> у групі ХП). В той же час, відмічалось достовірне зниження показника ОМП в групі ХП+ІХС порівняно із групою контролю, що свідчило про збіднення соматичного пулу білка. Про нестачу вісцерального пулу білка вказували достовірно (p<0,05) нижчі показники HGB у хворих на ХП+ІХС, порівняно із групою ХП: (102,34±2,84) г/л проти (120,05±4,31) г/л. Також виявлено розвиток анемії легкого та середнього ступеня тяжкості у 24 (75 %) хворих на ХП+ІХС проти 10 (50 %) – без ІХС. Щодо показників обміну заліза, то встановлено достовірне зниження рівня ЗС і ФС та збільшення рівня ЗЗЗС і ТС у хворих з анемією в обох досліджуваних групах порівняно із групою контролю.

**Висновок:** Трофологічні порушення при ХП швидше прогресували за наявності ІХС, про що свідчив розвиток анемії різної глибини у 75 % пацієнтів (проти 50 %) з достовірно нижчим рівнем HGB порівняно із групою на ХП. При цьому достовірно знижувався і соматичний пул білка (за рівнем ОМП) на тлі збільшення ІМТ і товщини ШЖСТ. Враховуючи показники обміну заліза АС у хворих на ХП в поєднанні з ІХС та у хворих на ХП без ІХС має залізодефіцитний характер.

## Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених

Меркуленко Зоряна, Чудинович Ирина, Смирнова Виктория

### **ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Кафедра пропедевтики внутренней медицины №1, основ биоэтики и биобезопасности

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. В.И. Смирнова

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

*Плачет мозг, а слезы - в сердце, печень, желудок.*

*А.Р. Лурия*

Тревога считается нормальным состоянием эмоциональной среды человека, если она кратковременна - реакция на различные стрессовые ситуации: болезнь или смерть близкого человека, неудачи в личной жизни. Кратковременная тревога позволяет адаптироваться к нестандартным ситуациям и является своего рода защитным механизмом для организма.

Длительная патологическая тревога – одно из наиболее распространенных расстройств человеческой психики в современном обществе. В последние годы отмечается неуклонный рост тревожности в структуре непсихиатрических заболеваний – кардиологии, травматологии, гастроэнтерологии, пульмонологии, эндокринологии. Каждый третий пациент семейного врача страдает тревожными расстройствами.

Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют, что на протяжении жизни тревожные состояния развиваются примерно у 25% популяции. Следует заметить, что конкретных клинических проявлений тревоги практически нет. Пациенты жалуются на затрудненное дыхание, головокружение, чувство замирания сердца, усиление перистальтики.

Без лечения тревожные симптомы могут усугубляться. Выбор лечения зависит от степени выраженности уровня тревоги и длительности заболевания. Имеются данные об использовании фитопрепаратов. Антидепрессивными свойствами также обладают финики, клюква, красный виноград. Но препаратами первого выбора на современном этапе являются анксиолитики.

Современные подходы к лечению тревожных расстройств вне зависимости от конкретных терапевтических состояний строятся с учетом приоритетного использования антидепрессантов, обладающих выраженной противотревожной активностью и максимально безопасных в применении.

Мокрій Олеся

### **МОНІТОРИНГ ПРИЧИН ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ПРОГРАМНОМУ ГЕМОДІАЛІЗІ**

Кафедра внутрішньої медицини №3

Науковий керівник: канд. мед. наук, асист. О.О. Ружицька

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Пацієнти, що знаходяться на лікуванні програмним гемодіалізом, становлять групу з високою захворюваністю та смертністю порівняно з загальною популяцією. Виділення основних причин госпіталізації цих хворих дає можливість звернути увагу на найбільш часті ускладнення та попередити їх.

**Мета роботи.** Визначити частоту та причини госпіталізації хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН), які знаходилися на лікуванні програмним гемодіалізом у відділенні гемодіалізу в КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня» протягом 2014 року.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз амбулаторних карт та витягів з історій хвороб 116 пацієнтів з ХХН, які знаходилися на лікуванні програмним гемодіалізом у відділенні гемодіалізу в КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня» протягом 2014 року. Серед пацієнтів було 75 (65 %) чоловіків і 41 (35 %) жінка віком від 19 до 85 років. Проведено аналіз наступних даних: вік, стать, нозологічна форма первинного захворювання, тривалість перебування на гемодіалізі, кількість та причини госпіталізацій.

**Результати.** Протягом 12 місяців 2014 року зареєстровано 142 госпіталізації 76 (65,5 %) пацієнтів. Середня тривалість госпіталізації становила (14,2±0,37) днів. Середня тривалість лікування гемодіалізом – (4,1±0,47) років. Найчастішими причинами госпіталізацій були наступні: неконтрольована артеріальна гіпертензія – 45 (31,7 %), проблеми з судинним доступом – 19 (13,4 %), переломи – 15 (10,6 %), пневмонія – 11 (7,7 %), анемія тяжкого ступеня – 9 (6,3 %), гіпотензивні стани – 6 (4,2 %), атеросклероз нижніх кінцівок – 6 (4,2 %); інші причини – 31 (21,9 %) випадок.

**Висновок.** У 65,5 % пацієнтів з ХХН, які отримують лікування гемодіалізом, протягом року виникає необхідність у стаціонарному лікуванні, найчастішими причинами якої є неконтрольована артеріальна гіпертензія, проблеми з судинним доступом, переломи та пневмонії.

*Нагірна Ірина, Подолянська Марія*

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ АЗИТРОМІЦИНУ У ЛІКУВАННІ ПНЕВМОНІЇ ПО ДАНИХ  
ЧОРТКІВСЬКОЇ ЦКРЛ**

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки терапевтичного профілю  
Науковий керівник: Д.Я. Багрій  
Чортківський державний медичний коледж  
м. Чортків, Україна

Діагноз позашпитальної пневмонії є показанням для застосування антибіотиків. Згідно результатів дослідження Європейської співдружності антимікробної хіміотерапії в більшості країн Європи по мірі споживання серед антибіотиків, які використовуються в амбулаторній практиці, друге місце займають макроліди. Зокрема азитроміцин, підвищує фагоцитарну активність нейтрофілів і макрофагів, збільшує активність Т-кілерів. Ці характеристики є основою для включення азитроміцину в якості антибіотика I – ряду у всі рекомендації по лікуванню пневмоній.

Нашою метою було вивчити клінічний ефект азитроміцину у хворих з позашпитальною пневмонією.

Студентами гуртка опрацьовано амбулаторні карти 30 пацієнтів у віці від 18-60 років з документованим діагнозом позашпитальної пневмонії з легким перебігом. Клінічну оцінку ефективності лікування проводили на основі динаміки основних симптомів захворювання. Азитроміцин призначали по 500мг 2 рази на добу, протягом 10 днів.

Тривалість терапії коливалась від 7 до 14 днів. Після закінчення лікування у 28 пацієнтів наступило клінічне видужання.

Незначні клінічні прояви, такі як кашель з виділенням слизистого харкотиння у 5 пацієнтів, підвищення температури тіла до 37-37,20С у вечірній час у 3 пацієнтів, збереження хрипів при аускультатії у 4 пацієнтів за умови нормалізації показників периферичної крові, нами розцінені як прояви супутнього хронічного бронхіту.

Після закінчення лікування у 1 пацієнта зберігався лейкоцитоз  $10 \times 10^9/\text{л}$ , а у 3 пацієнтів – прискорене ШОЕ. Контрольне рентгенологічне дослідження проведено після закінчення антибактеріальної терапії на 14 день. Повна нормалізація рентгенологічної картини у ці терміни виявлена у 12 пацієнтів, у решти зберігались незначні зміни у вигляді локального підсилення легеневого малюнка.

Проведене дослідження вказує на те, що азитроміцин дійсно є добре переносимим і ефективним лікарським препаратом при лікуванні позашпитальної пневмонії у амбулаторних умовах.

*Нагурна Ярина*

**ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКУ**

Кафедра терапії 1 та медичної діагностики ФПДО  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.І. Вдовиченко  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

Неспецифічний виразковий коліт та хвороба Крона – це хронічні запальні захворювання шлунково-кишкового тракту, які переважно уражають молодих, працездатного віку людей, і характеризуються тривалим, важким перебігом, що призводить до великої кількості ускладнень. Питання етіології запальних захворювань кишечника (ЗЗК) залишаються досі нез'ясованими, та існує вже визначений перелік факторів ризику, які сприяють розвитку вищеперерахованих захворювань. Однак ступінь зв'язку та вплив на розвиток ЗЗК поєднання різних факторів ризику досі неописаний, що й пояснює інтерес даного вивчення.

**Мета роботи:** визначити сукупність факторів ризику розвитку ЗЗК у виокремлених порівняльних групах.

**Матеріали і методи:** Проаналізовано результати анкетування 100 хворих (41 чоловік та 59 жінок) на хронічні ЗЗК (хвороба Крона – 22, неспецифічний виразковий коліт – 78) віком від 18 до 80 років. Контролем були 100 здорових осіб відповідного віку і статі. Відтак за допомогою створеної програми здійснювались статистичні розрахунки, що визначали фактори ризику розвитку ЗЗК серед усієї поданої сукупності.

**Результати і обговорення:** В досліджених групах, чинники ризику складають великий перелік, що потребує формування більш специфічних передумов виникнення ЗЗК. До широко поширених й узагальнюючих факторів ризику можна віднести: генетичну схильність, недоношену вагу при народженні, штучне вигодовування, відставання у фізичному розвитку в дитинстві, перенесені дитячі інфекційні захворювання, оперативні втручання, травми фізичні і психологічні, часті простудні захворювання в анамнезі, тривале медикаментозне лікування, зокрема антибіотиками, гормональними препаратами, перенесений вірусний гепатит, цукровий діабет, часте споживання fast food.

**Висновки:** Згідно наведених даних, визначені фактори ризику у поєднанні разом з аналізом клінічних даних та допоміжними лабораторними методами досліджень, стануть основою для прогнозування та раннього виявлення пацієнтів із ЗЗК лікарями первинної ланки.

*Назарчук Наталія*

**ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ**

Кафедра загальної практики – сімейної медицини  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л.С. Бабінець  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність:** Багаточисленні дослідження свідчать про зниження якості життя (ЯЖ) у хворих на хронічний панкреатит, в тому числі і тих, що перенесли холецистектомію (ХЕ). Навіть у віддалені строки після видалення жовчного міхура у всіх хворих відмічається зниження ЯЖ і різні типи біліарних дисфункцій, що потребують подальшого лікування, тому дослідження ЯЖ у таких хворих є актуальним.

**Мета:** Встановити зв'язок клінічного перебігу та тривалості захворювання хворих на хронічний біліарний панкреатит (ХБП) із ЯЖ пацієнтів.

**Матеріали і методи:** Обстежено 78 пацієнтів з ХБП, в тому числі 48 пацієнтів після ХЕ. I-групу склали 23 пацієнти з тривалістю захворювання 0-4 років, II-33 хворих, що хворіють 5-10 років, III-11 пацієнтів, що хворіють 11-15 років, IV-11 пацієнтів з тривалістю захворювання більше 15 років. З них - 62 жінки (74,2%) та 16 чоловіків (25,8%). Середній вік пацієнтів - (55,38±0,79) років. Тривалість захворювання ХП - (9,0±0,5) років. ЯЖ досліджували за допомогою опитувальника SF-36.

**Результати:** Встановлено, що ЯЖ значно знижувалась із збільшенням тривалості захворювання: за шкалою соціального функціонування з (68,0±3,9) до (39,9±8,1) балів ( $p<0,05$ ). Констатували достовірно високий прямий кореляційний зв'язок між частотою загострень протягом року та тривалістю захворювання на ХБП ( $r=0,73$ ). Тривалість захворювання на ХБП корелює із наступними показниками ЯЖ: біль ( $r=0,43$ ) та із загальним станом здоров'я ( $r=-0,29$ ); Психічне здоров'я знаходиться в прямій кореляційній залежності від життєздатності ( $r=0,39$ ) та від соціального функціонування ( $r=0,44$ ). Наявність вираженого больового та диспепсичного синдромів, зокрема блювання призвело до зниження практично всіх показників ЯЖ ( $p<0,05$ );

**Висновки:** Зниження показників ЯЖ знаходиться в тісній кореляційній залежності з частотою загострень протягом року та виразністю клінічної картини хворих, зокрема, її зовнішньо секреторної недостатності та тривалістю захворювання.

*Огнєва О., Журавльова А., Хомич М., Ганьшин М.*

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕНЬ СЕРЦЯ У ХВОРИХ ІЗ СТЕНОКАРДІЄЮ DE NOVO**

Кафедра внутрішньої медицини №3  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Н.М. Котовщикова  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

**Актуальність:** В даний час захворювання серцево-судинної системи займають перше місце серед причин загальної смертності населення не тільки в Україні, але й у світі. Тому вивчення ефективності діагностичних методів кардіоваскулярної патології є перспективним напрямком.

**Мета:** Оцінити діагностичну значимість холтеровського моніторингу в порівнянні з електрокардіографічним (ЕКГ) і ультразвуковим дослідженнями (УЗД) серця у хворих з вперше виниклою стенокардією.

**Матеріали і методи:** На базі кардіологічного відділення Комунального закладу охорони здоров'я «Обласної клінічної лікарні – Центру екстреної медичної допомоги і Медицини катастроф» (КЗОЗ «ОКЛ - ЦЕМД і МК») м. Харкова було обстежено 23 хворих з вперше виниклою стенокардією у віці від 42 до 58 років (жінок - 12, чоловіків - 11), з больовим синдромом тривалістю від 2 до 4 тижнів. Холтеровське моніторування, ЕКГ та УЗД серця проводилося за першу добу у всіх хворих. Результати: Встановлено, що при холтеровському моніторингу в 100% випадках реєструвалася депресія ST - сегмента в межах від 1,06 мм до 4,26 мм, з них у 85,2% випадках це клінічно супроводжувалося больовим синдромом, а в 14,8% - відзначалася безбольова ішемія. За даними ЕКГ тільки в 8% випадках спостерігалася ішемія міокарду під час нападу, при УЗД в 100% випадках ехокардіографічно патологія не виявлялася, скорочувальна функція міокарда була в нормі (фракція викиду від 52% до 68%).

**Висновки:** Дані дослідження свідчать про значну перевагу холтеровського моніторингу порівняно з ЕКГ і УЗД серця в діагностиці вперше виниклої стенокардії.



*Ожиганов Андрій, Хомовський Віктор*

### **ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ВЕРТЕБРОГЕННОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи  
Науковий керівник: канд. мед. наук, асист. Р.А. Кравець  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Підвищений рівень артеріального тиску (АТ) визначає ступінь неблагополуччя епідеміологічної ситуації щодо ризику смерті від ішемічної хвороби серця та інших серцево-судинних захворювань серед населення. За даними вітчизняної статистики, показник поширеності артеріальної гіпертензії (АГ) в міській популяції складає 29,3 %, у тому числі 32,5 % серед чоловіків і 25,3 % серед жінок. У сільській популяції України розповсюдженість АГ вища — 36,3 %, серед чоловіків — 37,9 %, серед жінок — 35,1 %. Контроль артеріальної гіпертензії в популяції вважається одним із провідних напрямків у системі лікувально-профілактичних заходів щодо серцево-судинних захворювань. Численними дослідженнями остаточно доведена висока ефективність у лікуванні АГ таких немедикаментозних заходів, як нормалізація маси тіла при її надлишку, зменшення вживання кухонної солі, обмеження вживання алкогольних напоїв, підвищення рівня фізичної активності.

**Мета:** Дослідити наявність зв'язку між захворюваннями хребта та розвитком АГ, а також виявити чинники, що сприяють розвитку даної патології.

**Матеріали і методи:** обстежено 125 хворих на артеріальну гіпертензію I та II стадій. Всім хворим проводилось опитування, добове моніторування артеріального тиску, вертебологічне обстеження (рентгенологічне, МРТ-обстеження шийного відділу хребта, соматографія), фізикальне обстеження, які є обов'язковими при наявності АГ. Вивчення стану мозкової гемодинаміки проводилось за допомогою транскраніальної доплерографії церебральних судин.

#### **Результати дослідження:**

Для підвищення ефективності діагностики вертеброгенної гіпертензії нами запропоновано використовувати найбільш прості діагностичні критерії, які дозволяють стверджувати про причетність патології хребта до підвищення АТ:

- загострення АГ збігається за часом з загостренням патології хребта або остання передуює підвищенню АТ;
- виявлення ушкоджених сегментів на рівні шийно-грудного відділу хребта;
- підвищення АТ в нічний або ранковий час;
- підвищення АТ збігається з фізичним чи статичним перевантаженням шийно-грудного відділу хребта;
- наявність великої кількості тригерних пунктів у м'язах шиї та комірцевої зони;
- одночасна наявність скарг, які вказують на порушення кровотоку по хребтових артеріях (вертебробазилярні) та на патологічні зміни хребта (вертебологічні);
- резистентність підвищеного АТ до дії фармакологічних гіпотензивних препаратів;
- нормалізація АТ після застосування вертебологічних методів лікування;
- схильність АГ до „хронізації” при незастосуванні вертебологічного лікування;
- позитивна динаміка показників доплерографії.

**Висновок:** Патологія хребта складає вагому частку серед етіологічних факторів розвитку АГ, саме тому не можна недооцінювати значення вищенаведених критеріїв для своєчасної діагностики, лікування та профілактики артеріальної гіпертензії.

*Орищин Ярослав, Флис Анастасія*

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ІЗ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ТА ЗНИЖЕНОЮ СКОРОТЛИВІСТЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА.**

Кафедра внутрішньої медицини №2  
Наковий керівник: канд. мед. наук І.І. Чубучна  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

**Актуальність.** Систолічна дисфункція лівого шлуночка у пацієнтів після інфаркту міокарда зумовлює формування серцевої недостатності та погіршує прогноз пацієнта.

**Мета роботи.** Вивчити клінічні, анатомічні та функціональні особливості пацієнтів після інфаркту міокарда із збереженою та зниженою скоротливістю лівого шлуночка.

**Матеріали та методи.** Вивчали медичну документацію 114 пацієнтів Львівського кардіологічного центру із постінфарктним кардіосклерозом, яким виконали аортокоронарне шунтування. Пацієнтів розділили на групи залежно від фракції викиду(ФВ) лівого шлуночка: 1 група – пацієнти із збереженою ФВ, 2 група – пацієнти із зниженою ФВ. За критерієм зниженої систолічної функції приймали ФВ<45% (за рекомендаціями ESC). Враховували клінічні дані (наявність гіпертонічної хвороби, цукрового діабету), дані коронарографії (кількість критичних стенозів коронарних судин та кількість оклюзій), дані ехокардіографії (розміри лівого шлуночка та лівого передсердя, фракція викиду, ступінь мітральної недостатності). Відмінності між групами порівнювали за допомогою t-тесту.

**Результати.** Проаналізували історії хвороби 114 пацієнтів із ІХС, стенозуючим атеросклерозом коронарних артерій, середній вік  $63,9 \pm 6,3$  року, 22 жінок. Збережену ФВ зареєстрували у 81 пацієнта, знижену – у 33 пацієнтів. Середня фракція викиду у 1 групі становила  $55,4 \pm 5,65\%$ , у 2 групі –  $35,2 \pm 3,94\%$ . Пацієнти 1 і 2 групи не відрізнялися за віком ( $64,4 \pm 5,9$  у групі 1 проти  $62,5 \pm 3,94$  у групі 2). Цукровий діабет був у 18 пацієнтів 1 групи (22%) та у 7 пацієнтів 2 групи (21%), гіпертонічна хвороба 2 ступеня – у 31 пацієнта 2 групи (93%) та 59 пацієнтів 1 групи (70%); 3 ступеня – у 2 пацієнтів 2 групи (6%) та 17 пацієнтів 1 групи (20%). У пацієнтів 2 групи більші розміри лівого передсердя ( $4,2 \pm 0,38$  проти  $3,9 \pm 0,39$ ,  $P=0,05$ ) та лівого шлуночка ( $5,85 \pm 0,43$  проти  $5,0 \pm 0,43$ ,  $P<0,01$ ). У 1 групі трисудинне ураження коронарних артерій виявлено у 38 хворих (46%), двосудинне – у 30 хворих (37%), односудинне – у 14 хворих (17%). У 2 групі трисудинне ураження виявили у 12 пацієнтів (36%), двосудинне - у 17 пацієнтів (51%), односудинне – у 4 пацієнтів (12%). Тотальну/субтотальну оклюзію двох коронарних судин у 1 групі виявили у 7 пацієнтів (0,02%), однієї судини – у 35 пацієнтів (43%). У 2 групі оклюзію двох коронарних судин виявили у 7 пацієнтів (21%), однієї судини – у 10 пацієнтів (30%).

**Висновки.** Для систолічної дисфункції лівого шлуночка після ІМ характерна дилатація лівих відділів серця, більша частота та ступінь важкості гіпертонічної хвороби. Частота критичного ураження коронарних артерій істотно не відрізнялася у пацієнтів із збереженою й зниженою скоротливістю лівого шлуночка, однак частота тотальної оклюзії коронарних судин була вищою у пацієнтів із зниженою скоротливістю. Хронічна тотальна/субтотальна оклюзія коронарних судин є фактором формування систолічної дисфункції ЛШ.

*Орловская Эльвира, Марченко Татьяна*

**ЭНТЕРОСОРБЦИЯ. ПРИИМУЩЕСТВА МЕТОДА**

Кафедра пропедевтики внутренней медицины №1, основ биоэтики и биобезопасности  
Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. В.И. Смирнова  
Харьковский национальный медицинский университет  
г. Харьков, Украина

Энтеросорбция — метод, основанный на связывании и выведении из желудочно-кишечного тракта с лечебной или профилактической целью эндогенных и экзогенных веществ.

Среди основных функций энтеросорбции выделяют: сорбционную; каталитическую; изменение объема неперевариваемого остатка.

Сферы применения энтеросорбции сегодня широки и многообразны. Во-первых, профилактика патологических состояний, в основе которых лежат проявления экзо- и эндотоксикоза. Во-вторых, терапия заболеваний органов пищеварения с нарушением барьерной функции слизистых оболочек пищеварительного канала, количественного и качественного состава бактериальной микрофлоры (диспепсии, дизентерия, дисбактериозы, острые отравления и другие поражения кишечника). В-третьих, это профилактика и терапия заболеваний, связанных с нарушениями обменных процессов (атеросклероз, сахарный диабет, желчнокаменная и почечнокаменная болезни и др.)

Метод энтеросорбции по сравнению с инвазивными методами, в частности, гемосорбцией, имеет следующие преимущества: отсутствие необходимости оперативного вмешательства на кровеносных сосудах и связанного с этим риска возможных осложнений; отсутствие прямого повреждающего действия в отношении биологических жидкостей (кровь, лимфа); простота применения и возможность широкого использования при амбулаторном лечении, в полевых и домашних условиях, во время тренировки и соревнований; практически полное отсутствие противопоказаний и побочных эффектов.

Орлецький Богдан, Ілюшина Антоніна

### ЗАСТОСУВАННЯ ХОЛОПЛАНТУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2 У ПОЄДНАННІ ІЗ ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Н.В. Пашковська  
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
м. Чернівці, Україна

**Вступ:** Цукровий діабет (ЦД) — одне з найпоширеніших захворювань з неухильною тенденцією до зростання. Щорічно кількість нових випадків становить 6 -10% по відношенню до загального хворих, що веде до його подвоєння кожні 10 - 15 років. В економічно розвинених країнах цукровий діабет у зв'язку з цим став не тільки медичною, але й соціальною проблемою. [Балаболкин М.І. -1999]

**Метою дослідження** було вивчення ефективності застосування препарату "Холоплант" при лікуванні некалькульозного холециститу у хворих на ЦД типу 2. Для лікування хворих використовували рослинний препарат «Холоплант» (SWISS CAPS, Німеччина).

Було обстежено 20 хворих на ЦД типу 2 з хронічним некалькульозним холециститом (7 жінок та 13 чоловіків). Середній вік хворих становив 42,5±3 роки. Середній індекс маси тіла 28,1±1,3 кг/м. До початку лікування хворим проводили загально-клінічні та біохімічні дослідження з визначенням основних показників вуглеводного обміну, УЗД органів черевної порожнини. Перед початком лікування всі хворі скаржилися на зниження працездатності, відчуття тяжкості в правому підребер'ї, гіркоту у роті вранці, вздуття живота. У даних хворих в комплексне лікування було включено препарат «Холоплант», який вони приймали по дві капсули тричі на день за 15 хв. до прийому їжі.

**Результати** нашого дослідження показали, що через місяць лікування відмічалось суттєве зменшення концентрації білірубіну та збільшення концентрації ліпопротеїнів високої щільності. Також спостерігалось зменшення тяжкості у правому підребер'ї та відчуття гіркоти у роті. Дані УЗД свідчать про те, що зменшились розміри стінок жовчного міхура. Під час прийому препарату не відмічалось перепадів глікемії у даних пацієнтів.

Таким чином, препарат «Холоплант» позитивно впливає на функції жовчного міхура, сприяє швидкому усуненню диспептичного, астено-невротичного синдромів та нормалізації лабораторних показників, без впливу на обмін глюкози та інсуліну в крові, що необхідно враховувати при лікуванні хворих на ЦД типу 2.

Орловський В., Кучма Н., Муренець Н.

### РІВЕНЬ ГОМОЦИСТЕЇНУ ПЛАЗМИ КРОВІ У ХВОРИХ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЮ ОЖИРІННЯ

Кафедра сімейної медицини з курсом пропедевтики та ендокринології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.Ф. Орловський  
Сумський державний університет, Медичний інститут  
м. Суми, Україна

По різним даним неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) зустрічається у 30-50 % дорослого населення і є однією з основних причин розвитку дисфункції печінки у розвинутих країнах. Широке розповсюдження зайвої ваги робить проблему НАЖХП актуальною як серед дорослого населення так і серед дітей. НАЖХП разом з ожирінням та артеріальною гіпертензією входять до складу метаболічного синдрому, патогенез якого різноманітний та включає багато факторів. Однією з причин патологічних змін у печінці розглядають гомоцистеїн, роль якого доведена в метаболічних порушеннях.

**Метою роботи** було дослідити рівень гомоцистеїну плазми крові у хворих з НАЖХП в залежності від ступеню ожиріння.

**Матеріали та методи:** В дослідженні приймали участь 103 пацієнти з діагнозом НАЖХП. Варифікацію діагнозу проводили на основі анамнестичних, клінічних та лабораторних даних, наявність жирового гепатозу підтверджували даними УЗД. Методом імуноферментного аналізу визначили рівень гомоцистеїну плазми крові. Розрахунок ІМТ проводили за формулою Кетле – вага (кг) / зріст (м)<sup>2</sup>. Всі пацієнти були розподілені на три групи в залежності від ступеню ожиріння: I група (ІМТ 30,0 – 34,9 кг/м<sup>2</sup>) – 27 пацієнтів, II група (ІМТ 35,0 – 39,9 кг/м<sup>2</sup>) – 45 пацієнтів, III група (ІМТ – > 40,0 кг/м<sup>2</sup>) – 31 пацієнт.

**Результати.** У пацієнтів I групи рівень ІМТ становив – 32,5±1,39 кг/м<sup>2</sup>, II групи – 36,8±2,12 кг/м<sup>2</sup>, III групи – 41,3±1,72 кг/м<sup>2</sup>. Рівень гомоцистеїну плазми крові у пацієнтів I групи був 15,4±1,35 ммоль/л, пацієнтів II групи – 18,6±2,17 ммоль/л, та пацієнтів III групи – 22,7±2,25 ммоль/л. Таким чином виявлено достовірне зростання показників гомоцистеїну плазми крові по мірі збільшення ІМТ хворих. Взаємозв'язок між цими показниками підтверджується зростанням коефіцієнта кореляції від 0,43 у I групі до 0,61 у III групі обстежених р < 0,05.

**Висновки.** У хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки рівень гомоцистеїну зростає відповідно зростанню ІМТ.

*Отрішко Оксана*

**РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ЖИТЕЛІВ  
ЧЕРКАСЬКОГО РЕГІОНУ НА ПРИКЛАДІ ЧЕРКАСЬКОГО КАРДІОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ**

Кафедра функціональної діагностики та клінічної патофізіології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, доц. М.І. Марущак  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність проблеми.** Проблема серцево-судинних захворювань в Україні сьогодні займає одне з провідних місць. Серед усіх захворювань системи кровообігу одним із самих загрозливих є гострий інфаркт міокарду. Це поширене захворювання призводить до високої смертності та інвалідності саме у працездатному віці. Тому застосування ефективної системи реабілітації осіб, що перенесли інфаркт міокарда, є основним чинником у відновленні фізичних параметрів, по можливості до колишнього рівня активності, сприяє зменшенню кардіологічних порушень.

**Метою роботи** було визначення ролі медичної сестри в процесі реабілітації хворих на інфаркт міокарда жителів Черкаського регіону на прикладі Черкаського обласного кардіологічного центру.

**Методи досліджень.** Для досягнення мети було проведено вивчення ролі медичної сестри в процесі реабілітації хворих на інфаркт міокарда з урахуванням того факту, що саме медична сестра має найбільший контакт з хворим та його родиною і виконує найбільший обсяг роботи. Вона є помічником та порадиником, консультантом і наставником на всіх етапах лікування та реабілітації пацієнта.

**Результати досліджень.** У Черкаському обласному кардіологічному центрі комплекс відновних заходів, що проводяться після інфаркту міокарда, включає дотримання суворої дієти, прийом лікарських препаратів, виконання помірних фізичних навантажень, заняття лікувальною гімнастикою та проходження курсу психологічної реабілітації. При чому, реабілітаційні заходи розпочинаючись на лікарняному рівні (у блоці інтенсивної терапії) і продовжуються на післялікарняному (санаторний, диспансерно-поліклінічний). На всіх етапах медична сестра є помічником та порадиником, консультантом і наставником пацієнта. Саме освітня програма грає найважливішу роль у підвищенні мотивації пацієнтів до тривалого і усвідомленого виконання заходів з реабілітації.

**Висновки.**

1. Реабілітація хворих, які перенесли інфаркт міокарда є актуальною медико-соціальною проблемою українського суспільства.
2. Реабілітація після інфаркту міокарда спрямована на досягнення оптимальних умов якості життя пацієнта.
3. Медична сестра відіграє важливу роль в процесі первинної та вторинної кардіореабілітації шляхом навчання пацієнта та контролю за дотриманням індивідуальних планів реабілітаційних заходів.

*Отчик Анна*

**ЕЛЕКТРОЛІТНИЙ ТА КАТЕХОЛАМІНОВИЙ ОБМІН У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ  
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №2 та медсестринства  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Т.Ю. Хіміч  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) - хронічне захворювання, що характеризується дифузним ураженням дихальних шляхів, обмеженням прохідності дихальних шляхів. Хронічне обструктивне захворювання легень є однією з провідних причин смерті в усьому світі. ХОЗЛ страждає як мінімум 7% населення України або 3 млн осіб. Однією з груп препаратів, що застосовуються для лікування, є похідні глюкокортикостероїдів.

Дія даних препаратів на симпатоадреналову систему і мінеральний обмін недостатньо вивчена, тому метою нашої роботи стало вивчити зміст деяких біогенних елементів і катехоламінів в сироватці крові у хворих на ХОЗЛ, що проходять курс лікування глюкокортикостероїдними препаратами.

Нами обстежено 10 хворих, середній вік -  $55 \pm 4,6$  років, які перебували на стаціонарному лікуванні в ОКБ м.Харкова в пульмонологічному відділенні. Всі хворі були чоловічої статі. Тривалість перебігу хронічного обструктивного захворювання легень в середньому 10 років ( $10 \pm 2$ ). Всі хворі приймають серетид.

Встановлено, що концентрація цинку в сироватці крові у хворих людей на рівні норми ( $12,5 \pm 0,37$  ммоль / л проти  $7 - 23$  ммоль / л в нормі). Вміст кальцію достовірно знижений у 80% випадків ( $1,8 \pm 0,17$  ммоль / л проти  $2,15 - 2,55$  ммоль / л в нормі). У 30% випадків виявлено підвищення концентрації міді, в середньому ж її концентрація на рівні верхньої межі норми ( $23,3 \pm 0,3$  ммоль / л проти  $11 - 24$  ммоль / л в нормі). Вміст адреналіну достовірно вище норми ( $2,35 \pm 0,16$  нМ / л проти  $1,59 \pm 0,11$  нМ / л у здорових людей). Концентрація норадреналіну достовірно знижена ( $10,81 \pm 1,28$  нМ / л проти  $24,86 \pm 2,41$  нМ / л).

Отримані результати дозволяють зробити такі висновки:

1. При лікуванні глюкокортикостероїдними препаратами порушений електролітний обмін, що може призводити до розвитку супутніх захворювань.
2. Глюкокортикостероїди також впливають на синтез адреналіну і норадреналіну.

*Пирогова Катерина*

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ВПЕРШЕ ВІЯВЛЕНИХ ХВОРИХ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ВИКЛИКАНИХ ШТАМОМ M. TUBERCULOSIS РОДИНИ BEIJING

Кафедра фтизіатрії  
Науковий керівник: Ю.П. Цапенко  
ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія"  
м. Полтава, Україна

Туберкульоз (ТБ) продовжує становити одну із основних загроз для людства серед інфекційних хвороб. Розповсюдження туберкульозу легень в останні роки супроводжується неухильним збільшенням показників лікарської стійкості та превалюванням МБТ родини Beijing в популяції МБТ, що є біологічною небезпекою для населення, і може свідчити про її недавню глобальну дисемінацію. Такому швидкому розповсюдженню штаму родини Beijing сприяє висока вірулентність, здатність обходити захисний ефект БЦЖ, підвищена мінливість та асоційованість з лікарняною стійкістю, що призводить до більш тривалого періоду контагіозності та терапії.

**Мета роботи:** проаналізувати терміни настання ефективності лікування при інфікуванні штамми M. Tuberculosis родини Beijing серед вперше виявлених хворих Полтавської області.

**Матеріали і методи.** У дослідженні брали участь хворі із вперше виявленим туберкульозом легень (n=111) на базі Полтавського обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру. Визначення належності ізолятів M. Tuberculosis до родини Beijing проводили за допомогою полімеразної ланцюгової реакції.

**Результати:** Частота інфікування штамми родини Beijing серед вперше діагностованих хворих туберкульозом по Полтавській області сягала 66 інфікування іншими генотипами становило 34% випадків.

Середній показник припинення бактеріовиділення за весь період лікування в групі інфікованих іншими генотипами склав (3,1±0,18) місяців і (4,5±0,2) місяців у хворих з іншими генотипами, що на (1,4±0,02) місяця швидше ніж у хворих інфікованих родиною Beijing (p<0,01).

Незважаючи на те, що припинення бактеріовиділення і загоєння порожнин розпаду на 2-му місяці інтенсивної фази лікування між обома групами не мало достовірної різниці (p>0,05), в групі хворих інфікованих іншими генотипами найважливіші бактеріологічні і рентгенологічні зрушення наставали значно швидше за весь період основного курсу лікування. Так, середній термін закриття порожнин розпаду серед хворих даної групи наступив на (1,1±0,1) міс. швидше і становив (4,8±0,3) міс., у порівнянні з групою хворих інфікованих родиною Beijing (5,9±0,2) міс. (p<0,001).

Також проводився аналіз випадків смерті та невдалого лікування в обох групах. Так, серед хворих, від яких були отримані ізоляти родини Beijing, відмічено (16,7±2,3)% випадків (11 із 66 пацієнтів) невдалого лікування, в той час в іншій групі лише (8,8±3,1)% випадків (3 із 34пацієнтів) (p<0,05).

Смерть від туберкульозу реєструвалася в 2 рази частіше в групі інфікованих родиною Beijing і становила (18,0±2,1)% випадків (12 із 66 пацієнтів) проти (8,8±2,6)% випадків (3 із 34пацієнтів) серед інфікованих родинами інших генетичних родин (p<0,01).

### **Висновки:**

Таким чином, належність штаму M. Tuberculosis до родини Beijing є одним з факторів несприятливого перебігу та малоефективного лікування вперше діагностованого туберкульозу легень.

*Пискливець Тетяна*

## ДИНАМІКА ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА МОРФОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ СИРОВАТКИ КРОВІ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА

Кафедра терапії та сімейної медицини ННІ ПО  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. М.В. Гребенюк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Мета.** Дослідити діагностичну цінність методу клиноподібної дегідратації (МКД) для вивчення ефективності лікування хворих з інфарктом міокарда (ІМ) на основі змін показників ліпідного обміну.

**Матеріали і методи дослідження.** В процесі лікування обстежено 45 хворих з ІМ віком 63,62±11,82 роки, у яких, за попередніми зробленими нами дослідженнями, на основі МКД виявлено циркулярний тип фації.

**Результати.** У 45 хворих з ІМ, у яких при надходженні до стаціонару був циркулярний тип фації, морфологічна картина і показники ліпідного спектру сироватки крові були простежені в динаміці - до і після лікування. Усім хворим проводили лікування ІМ згідно сучасного протоколу ESC, 2012, в тому числі, із застосуванням фармакоінвазивних технологій. Серед 45 хворих за результати МКД морфологічна картина крові покращилась у 24 (55%). У цих пацієнтів до лікування спостерігався циркулярний тип фації, а після лікування – радіальний, також зменшилась кількість патологічних локальних структур типу "лист" та сітка трьохпроменевих тріщин. У ході дослідження динаміки ліпідогам у обстежуваних виявлено достовірне зниження рівня загального холестерину та холестерину ЛПНЩ (p<0,01). У решти 21 пацієнта (45%) достовірної динаміки ліпідогам не виявлено. При цьому, за результатами МКД морфологічна картина крові також особливо не змінилась.

**Висновки.** Отже, МКД реально відображає зміни у ліпідному спектрі крові, що може знайти застосування в методиці безпосереднього контролю ефективності статинотерапії на амбулаторному етапі.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Пицюк Юлія, Лой Галина, Джула Марія*

### **ЧАСТОТА ДЕПРЕСІЙ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ, ЯКІ ЛІКУВАЛИСЯ В ЕНДОКРИНОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ ТУЛ ІМ. І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО**

Кафедра внутрішньої медицини №1  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Н.В. Пасечко  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Серед афективних розладів, що виявляють у пацієнтів з ЦД, найбільш частими є депресії. Поширеність розвитку депресії у хворих на ЦД становить 14,4-32,5%, коли у популяції її показники сягають 5-10 %.

**Мета дослідження:** виявлення депресії серед хворих на ЦД, визначення глибини депресії, її залежність від статі, типу цукрового діабету, ступеня важкості, виду терапії.

**Методи та матеріали дослідження:** використовувалась шкала Цунга для визначення депресії у хворих. В обстеженні взяли участь 95 пацієнтів, що перебували в ендокринологічному відділенні ТУЛ з вересня по грудень 2014 року,

**Результати.** Стан без депресії виявлено в 65 людей, а її наявність – у 30, що становить 31,58% від загального числа обстежених хворих. На ЦД 1 типу хворіють 11 (36,7%), а на ЦД 2 типу – 19 пацієнтів (63,3%); середній ступінь важкості захворювання у 10 (33%), а важкий – у 20 людей (66%); на інсулінотерапії – 22 (73%), а на пероральних цукрознижуючих – 8 чол (27%). Депресивний стан діагностовано у 24 жінок (80% від усіх хворих на ЦД з депресією) і у 6 чоловіків (20% від усіх хворих на ЦД з депресією). У віковій групі 18-30 років депресія виявлена у 6 хворих (20%), 31-49 років – у 6 хворих (20%), 52-69 років – у 13 хворих (43%), 70 років і більше – у 5 хворих (17%). Легка депресія виявлена у 24 людей (80%); з них – 6 чоловіків (25%) і 18 жінок (75%). Середньо-важку депресію виявлено у 5 людей (16,7%); всі жінки. Важкий депресивний стан виявлено у 1 пацієнтки (3,3%). Лише 2 пацієнта приймали антидепресанти.

#### **Висновки**

1. Проведене дослідження підтверджує, що поширеність депресій при ЦД значно перевищує популяційні показники (5-10%) і складає 31,58%.

2. Найчастіше депресії виникають у жінок віком 50-69 років з ЦД 2 типу і важким перебігом захворювання, які знаходяться на інсулінотерапії; доцільним буде в подальшому лікуванні депресивних станів, призначаючи антидепресанти хворим поряд з цукрознижуючою терапією.

*Пограбняк Михайло*

### **КОМПЛЕКСНЕ ВИВЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ЕКЗЕМИ ЯК ГОЛОВНА ЛАНКА У ПРГНОЗУВАННІ ТЯЖКОСТІ ЇЇ ПЕРЕБІГУ В РОБОТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ - СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ**

Кафедра сімейної медицини ФПО  
Науковий керівник: д-р мед. наук І.Л. Височина  
ДЗ "Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України"  
м. Дніпропетровськ, Україна

На сьогоднішній день в Україні питома вага хворих з екземою залишається високою та становить біля 20-30% звернень пацієнтів на амбулаторному етапі надання медичної допомоги. Комплексне вивчення факторів ризику виникнення екземи дозволяє прогнозувати її формування, а можливості впливу на них – контролювати перебіг дерматозу.

**Мета.** На підставі опитування хворих, анамнестичних даних, об'єктивного дослідження пацієнтів працездатного віку з екземою вивчити фактори ризику розвитку алергодерматозу та виявити окрему групу факторів ризику, які предетермінують погіршення стану цих хворих та обумовлюють необхідність госпіталізації до спеціалізованого стаціонару.

**Матеріали і методи:** проведено опитування стаціонарних хворих працездатного віку з екземою (60 хворих дерматологічного відділення).

**Результати:** Згідно результату власного дослідження та на підставі проведеного статистичного аналізу даних з історій хвороб виявлені основні фактори ризику

1. 25 (41,6%) хворі з алергічними факторами ризику - компоненти продуктів харчування, побутові (хімія, полютанти (пил)), пилок рослин (амброзії).

2. У 19 хворих (31,6%) зафіксовані неалергічні фактори ризику – такі як психоемоційний та напруженість праці.

3. Супутні захворювання у пацієнтів з екземою виявлені у 10 (16,8%) хворих за рахунок патології нервової системи, шлунково-кишкового тракту, судин (особливо варикозна хвороба).

4. Травми з порушенням цілісності шкірного покриву, переломи кінцівок за нашими даними мали місце у 6 (10%) хворих.

Узагальнений аналіз виявлених факторів ризику показав, що у 41 (68,3%) пацієнта з екземою мала місце поєднана дія алергічних та неалергічних тригерів.

**Висновки:** Таким чином, комплексне вивчення факторів ризику виникнення екземи у хворих працездатного віку з подальшим прогнозуванням особливостей перебігу захворювання дозволить в практику первинного рівня надання амбулаторної допомоги розробити алгоритм дієвих профілактичних заходів щодо контролю дії та впливу цих тригерів.

Примачук О., Скрипник Н.

### ОЦІНКА КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПОЄДНАНЕ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

Кафедра внутрішньої медицини №2  
Науковий керівник: канд. мед. наук, асист. І.П. Осипенко  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) в сучасному суспільстві відноситься до найпоширеніших захворювань (236,1 на 10000 населення), що значно впливає на якість життя пацієнтів, призводить до інвалідності та смертності. Впродовж останнього десятиріччя відмічається тенденція до зростання поєднання ХОЗЛ із неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ).

**Мета:** Вивчити вплив НАСГ на клініко-функціональні характеристики ХОЗЛ.

**Матеріали та методи:** Нами було комплексно обстежено 60 пацієнтів (середній вік -  $50,7 \pm 1,3$  роки), з них 20 пацієнтів із ХОЗЛ, 20 – із поєднанням ХОЗЛ й НАСГ та 20 осіб - з НАСГ. Діагноз НАСГ встановлювався на підставі ультразвукових ознак та рівня біохімічних маркерів: аланінамінотрансферази (АлАТ), аспартатамінотрансферази (АсАТ). В обстеження включені хворі на ХОЗЛ з II та III ступенями важкості (GOLD 2014). Параметри функції зовнішнього дихання (ФЗД) визначали за допомогою спірометрії. Для статистичної обробки результатів дослідження були використані методи варіаційної статистики.

**Результати:** Аналіз клінічної картини показав, що у 46,75% хворих на ХОЗЛ у поєднанні з НАСГ порівняно з ізольованим стеатогепатитом достовірно частіше мали прояви диспептичного та астено-вегетативного синдромів ( $p < 0,05$ ). За результатами спірометрії показники ФЗД у хворих на ХОЗЛ (ФЖЕЛ  $57,1 \pm 3,32\%$ , ОФВ1  $45,64 \pm 3,01\%$ , ОФВ1/ФЖЕЛ  $64,72 \pm 2,43\%$ ) та у пацієнтів із поєднаною патологією (ХОЗЛ та НАСГ) (ФЖЕЛ  $55,1 \pm 3,12\%$ , ОФВ1  $43,94 \pm 3,21\%$ , ОФВ1/ФЖЕЛ  $63,52 \pm 2,73\%$ ) суттєво не відрізнялись ( $p > 0,05$ ). Середній рівень АсАТ і АлАТ у пацієнтів із поєднаною патологією (ХОЗЛ та НАСГ) був достовірно вищим, ніж у пацієнтів із НАСГ ( $p < 0,05$ ).

**Висновки:** Таким чином, особливостями поєднаного перебігу ХОЗЛ та НАСГ є більша вираженість диспептичного та астено-вегетативного синдромів, суттєве підвищення рівнів трансаміназ, що значно погіршує якість життя даної когорти пацієнтів.

Романів Світлана, Савицька Мар'яна, Добридень Ганна, Ковальська Лариса

### ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТОНЗІЮ І ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Кафедра внутрішньої медицини №3  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Б.Г. Насалик  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальною** проблемою на сьогодні є діагностика і лікування артеріальної гіпертензії (АГ) у хворих на цукровий діабет (ЦД). Моніторування артеріального тиску (АТ) протягом доби є найбільш інформативним методом діагностики рівня артеріального тиску і його варіабельності.

**Мета роботи** – оцінити зміни добового ритму АТ і варіабельності його показників у хворих на артеріальну гіпертензію і цукровий діабет 2 типу.

**Матеріал і методи.** Добове моніторування артеріального тиску проведено в 18 хворих на артеріальну гіпертензію і цукровий діабет 2 типу, у 6 із них був синдром діабетичної стопи (СДС).

**Результати.** Нами встановлено, що у хворих на АГ і цукровий діабет 2 типу з СДС у порівнянні з пацієнтами, що мають АГ і цукровий діабет типу 2 без СДС: більш високі значення середнього рівня систолічного артеріального тиску на 16 мм рт.ст. / 22 мм рт.ст. (8,8% і 14,7%) у денні та в нічні години відповідно; більш високі значення середнього рівня діастолічного артеріального тиску на 6 мм рт.ст. / 10 мм рт.ст. (6,1% і 8,8%) у денні та в нічні години відповідно; більший індекс часу підвищеного систолічного артеріального тиску (на 10% / 27%) в денний і нічний час відповідно; більший індекс часу підвищеного діастолічного артеріального тиску (на 6% / 19%) в денний і нічний час відповідно; більша величина ранкового підвищення діастолічного артеріального тиску на 16,5%; більша швидкість ранкового підвищення діастолічного артеріального тиску на 17%.

За рівнем добового індексу частіше трапляється категорія пацієнтів «non-dippers» та «night-peakers» (відповідно 72,2% і 15,1% у хворих на АГ і цукровий діабет 2 типу з СДС у порівнянні з пацієнтами, що мають АГ і цукровий діабет 2 типу без СДС-51,2% і 11,6%).

**Висновки.** Метаболічні порушення у хворих на АГ і цукровий діабет 2 типу, істотно впливають на її перебіг за рахунок недостатнього зниження діастолічного артеріального тиску вночі, збільшення індексу часу артеріальної гіпертонії в нічні години, збільшення варіабельності діастолічного артеріального тиску в нічні години, підвищеного ранкового піку артеріального тиску. Виявлені зміни більш виражені у хворих на АГ і цукровий діабет 2 типу з СДС у порівнянні з пацієнтами, що мають АГ і цукровий діабет типу 2 без СДС. Таку відмінність можна пояснити ймовірно за рахунок різного ступеня дисбалансу симпатичної та парасимпатичної нервової системи. Дані особливості слід враховувати при призначенні гіпотензивної терапії даній групі хворих і контролі над її ефективністю.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Рондяк Ірина, Рибак Галина, Шульгай Анна-Марія, Прокопович Олена*

### **РЕЗУЛЬТАТИ СКРИНІНГОВОГО ВИМІРЮВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ЖИТЕЛІВ**

#### **М.ТЕРНОПІЛЬ**

Кафедра внутрішньої медицини №3  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Л.П. Мартинюк  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність теми:** Висока поширеність, значна розповсюдженість, частота ускладнень, які приводять до тривалої госпіталізації, ранньої інвалідизації та передчасної смерті хворих обумовлюють велику медичну та соціально-економічну значимість артеріальної гіпертензії (АГ).

**Мета:** Виявити артеріальну гіпертензію у жителів м. Тернопіль.

**Матеріали і методи:** Нами було обстежено 141 житель м. Тернопіль у віці від 18 до 81 року (середній вік – 49,5 роки), серед яких було 43 (30,5%) чоловіків та 98 (69,5%) жінок. Усім бажаним проводили вимірювання артеріального тиску (АТ) за допомогою механічного сфїгмоманометру BP AG 1-20 Microlife. Результати обстеження оцінювали відповідно до рекомендацій Європейського товариства гіпертензії, Європейського товариства кардіологів [Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al., 2003].

**Результати:** Аналіз отриманих результатів показав, що про наявність АГ знають 38 (26,95%) обстежених, з яких 12 (31,6%) отримують антигіпертензивну терапію, але лише у 7 (58,3%) з них рівень АТ був в рекомендованих межах. Показники АТ в інших обстежених розподілилися наступним чином: рівень артеріального тиску відповідав нормі у 67 (65,04 %) осіб, прегіпертензії у 9 (12,5%) жінок, 3 (9,7%) чоловіків, наявність АГ можна було запідозрити у 18 (22,2%) і 6 (19,4%) осіб відповідно.

**Висновки:** Таким чином, у 67 (47,52 %) обстежених тернополян рівень артеріального тиску був понад 130/85 мм рт.ст. Даним особам було рекомендовано звернутися до сімейного лікаря або кардіолога з метою подальшого обстеження та призначення адекватної антигіпертензивної терапії.

*Романчук В., Чорней К., Волошина Л.*

### **ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ЯК КРИТЕРІЙ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ**

Кафедра внутрішньої медицини  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц Л.О. Волошина  
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
м. Чернівці, Україна

**Актуальність теми:** Остеоартроз (ОА) є одним з найбільш поширених хронічних вік-залежних захворювань суглобів, який діагностується у 15% населення світу, з них 65% припадає на вік старше 60 років. Ключовим фактором ризику ОА є похилий вік, який супроводжується високим рівнем коморбідності, що значно впливає на якість життя такого пацієнта та визначає ефективність лікування.

**Мета дослідження:** Вивчити вплив тривалості й тяжкості перебігу остеоартрозу на якість життя хворих у гендерному, віковому, професійному та лікувальному аспектах.

**Матеріали та методи:** Проведено обстеження 54 хворих на остеоартроз у віці 45-73 років, серед яких домінували особи жіночої статі - 47 (87,04%). Лікування здійснювалося згідно Наказу МОЗ України №676 від 12.10.2006 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ревматологія», а оцінку якості життя (ЯЖ) – за опитувальником SF-36.

**Результати:** ОА I стадії діагностовано в 12 (22,22%) хворих, II стадії – у 28 (51,85%), III стадії – у 14 (25,92%) осіб. Встановлено, що більш тяжкий клінічний перебіг остеоартрозу властивий пацієнтам похилого та старечого віку, які мали збільшений індекс маси тіла та попередньо були пов'язані з фізично-важкою професією (тривале стояння, піднімання та перенесення вантажів, швидке пересування, тривале незручне положення ніг та тіла, незручне взуття тощо). При вираховуванні індексу маси тіла у цих хворих відсоток мав значно вищі показники: до 24,9 кг/м<sup>2</sup> – 2 особи (3,7%), від 25,0 до 29,9 кг/м<sup>2</sup> – 11 пацієнтів (20,37%), від 30,0 до 34,9 кг/м<sup>2</sup> – 18 осіб (33,33%), від 35,0 до 39,9 кг/м<sup>2</sup> – 20 хворих (37,04%), більше 40,0 кг/м<sup>2</sup> – 3 особи (5,56%). Зростання індексу маси тіла посилювало клінічні прояви остеоартрозу, перешкоджало отримувати позитивного результату лікування. Прогресування клінічних проявів ОА погіршувало якість життя цих пацієнтів. У хворих на ОА I стадії якість життя практично не погіршувалася, окрім емоційного стану, проте у пацієнтів II стадії ОА показники ЯЖ за всіма параметрами, включаючи інтегральні показники фізичного й психічного компонентів здоров'я, були помірно порушені, найбільш істотні зміни досліджуваних показників ЯЖ виявлено у пацієнтів із III стадією захворювання.

**Висновок:** Визначення показників якості життя у хворих на остеоартроз з урахуванням гендерних, вікових та професійних особливостей пацієнтів є важливим аспектом розробки лікувально-профілактичних програм та критерієм ефективності їх лікування.



Руснак А., Безрук Т.

**АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Кафедра внутрішньої медицини  
 Науковий керівник: канд. мед. наук, асист. Т.О. Безрук  
 ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
 м. Чернівці, Україна

**Метою роботи** є встановлення спектру чутливості до антибактеріальних препаратів (антибіотиків) серед основних груп збудників інфекції сечової системи (ІСС) у дорослого населення Чернівецької області та виявлення їх регіональних особливостей.

**Матеріали і методи:** проведено бактеріологічне дослідження 396 зразків сечі пацієнтів лікувальних закладів Чернівецької області: з них 81 (20,45%) чоловіки та 315 (79,55%) жінки (всіх вікових груп). Антибіотикочутливість штамів бактерій визначали диско-дифузійним методом згідно до МВ 9.9.5-143-207 «Визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів».

**Результати дослідження.** Виділено 801 штам бактерій та грибів в етіологічно значимих кількостях. У переважному числі випадків, з одного зразка сечі виділяли тільки один етіологічно значимий штам (до етіологічно значимих відносили штам, кількість яких в 1 мл сечі перевищувала, або була близькою до  $1 \times 10^3$  колонієутворюючих одиниць (КУО) у випадку виділення ентеробактерій; при виділенні псевдомонад, золотистого стафілококу, дріжджеподібних грибів їх кількість складала щонайменше  $1 \times 10^2$  КУО в 1мл).

Етіологічний спектр збудників ІСС виявлений у обстежених хворих Чернівецької області включав в себе штам родини Enterobacteriaceae (E.coli, K.pneumoniae, C.freundii, P.mirabilis, P.rettgeri), псевдомонади (P.aeruginosa), стафілококи (S.aureus, S.epidermidis), ентерококи (E.faecalis), стрептококи (S.pyogenes), дріжджеподібні гриби (C.albicans).

Результати дослідження вказують, що на антибіотикорезистентність родини Enterobacteriaceae (за винятком протей) впливають вікові та гендерні параметри пацієнтів. Антибіотикорезистентність має тенденцію до зростання серед штамів збудників інфекції сечової системи, які виділені з сечі хворих дорослого населення Чернівецької області обох статей. Штами збудників, які виділені від пацієнтів чоловічої статі є більш резистентними практично до всіх використаних в роботі антибіотиків.

**Висновки:** Серед дорослого населення обох статей Чернівецької області виявлена негативна тенденція до зниження чутливості збудників ІСС до цефалоспоринов 3-4-го покоління та фторхінолонів (пацієнти жіночої статі).

Штами бактерій, що виділені з сечі хворих дорослого населення обох статей Чернівецької області, та належать до основних груп збудників ІСС (ентеробактерії, протей та псевдомонади) виявляють високу чутливість до карбапенемів, аміноглікозидів ( $p < 0,05$ ).

Скоропляс Валерій, Мусієнко Володимир

**ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії  
 Науковий керівник д-р мед. наук, проф. С.І. Корнага  
 ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
 імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
 м. Тернопіль, Україна

**Актуальність теми:** протягом останніх двох десятиліть збільшується захворюваність на туберкульоз (ТБ) в Україні і в усьому світі. Особливе занепокоєння викликає зростання кількості деструктивних і стійких до АМБП форм захворювання, які потребують оперативного втручання.

**Мета:** проаналізувати та дослідити захворюваність на туберкульоз легень в осіб яким проводилось оперативне втручання. А в подальшому - покращення ситуації із захворюваністю на ТБ у напрямку підвищення ефективності хірургічного лікування даного захворювання.

Нами було проаналізовано 94 медичних карт стаціонарних хворих, які знаходилися на лікуванні в обласному протитуберкульозному диспансері, і яким проводилось оперативне втручання. Серед оперованих 26,6% жінок і 73,4% чоловіків. 57,4% були пацієнти віком до 50 років, 42,6% - віком понад 50 років. Жителів села було 59,6%, жителів міста – 40,4%. 56,4% становили хворі на ВДТБЛ, 19,2% - на РТБЛ, 12,8% - на ХТБЛ, 10,6% - на МРТБЛ, 1% - на ЗЗТБЛ. Серед клінічних форм найчастіше зустрічались інфільтративний - 58,5%; дисемінований – 24,5%; вогнищевий – 9,6% та фіброзно-кавернозний туберкульоз легень – 7,4%. З оперативних втручань 54,3% були резекції сегментів; 14,9% - лобектомії; 14% плевректомія + декортікація; 6,4% становили лобектомія + резекція і декортікація + резекція; 2% декортікація, 1% лобектомія + енуклеація. 70,2% хворих мали деструкції легень, МБТ виділяли 44,7% хворих. Локалізація процесу у більшості випадків була правобічною – 51%; 38,3% - лівобічна, і у 10,7% процес був двобічним. У всіх обстежених хворих лікування (хірургічне + консервативне) було ефективним. По закінченню основного курсу лікування, у хворих з різними типами туберкульозного процесу, порожнини розпаду в легеневій тканині не визначалися, припинилося бактеріовиділення, знялися явища інтоксикації, відновилася функція зовнішнього дихання до оптимальних показників.

**Висновок:** хірургічне лікування в поєднанні з антимікобактеріальною терапією є методом вибору, особливо у хворих на хронічні та мультирезистентні форми туберкульозу легень.

*Сабат Зоряна, Шайген Олена*

**ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПАНКРЕАТИТУ НА ТЛІ ПОРУШЕННЯ КАЛЬЦІЄВОГО ОБМІНУ**

Кафедра первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики-сімейної медицини

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л.С. Бабінець  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Враховуючи значущість патології панкреатиту, першочерговим завданням є ретельне вивчення етіології та патогенезу хвороби з удосконаленням заходів щодо запобігання її виникненню та прогресуванню.

**Мета дослідження:** на основі вивчення літературних джерел дослідити роль порушення кальцієвого обміну у патогенезі панкреатиту.

В результаті проведеного огляду літератури ми встановили, що на сьогодні можна вважати доведеним положення про центральну роль кальцію в запуску і координації екструзії ферментів клітинами травних залоз. Результати досліджень свідчать, що видалення позаклітинного  $Ca^{2+}$  пригнічує екструзію амілази ацинарними клітинами. Визначено, що продукування секретину, панкреозиміну і ферментів ПЗ є кальційзалежним. Для нормальної роботи ПЗ велике значення має вміст  $Ca^{2+}$  в панкреатичному соці. Його концентрація в ПЗ значно нижча, ніж у концентрації в крові, і змінюється залежно від фази секреції залози, а також від характеру і сили стимуляції. При ХП концентрація кальцію в панкреатичному соці знижується паралельно до зменшення дебіту ферментів. Інфузія солей кальцію приводить до значного посилення вироблення ферментів ПЗ, а гіперкальціємія – до розвитку ГП. Кальцій сприяє активації трипсиногена, стабілізує трипсин, хімотрипсин і фосфоліпазу. Гіпокальціємія значно інгібує секрецію ензимів ПЗ. У багатьох випадках у хворих з ХП та виявами недостатності екзокринної діяльності ПЗ формуються ознаки вторинної остеопенії чи остеопорозу.

Гіпокальціємія може бути наслідком як прогресування екзокринної недостатності ПЗ, що приводить до недостатнього надходження корисних речовин, так і порушення балансу харчування через дотримання жорсткої дієти й/або ситофобії. Тривалий прийом ферментних препаратів може зумовити пригнічення остаточного потенціалу неушкодженої частини екзокринного апарату ПЗ за механізмами зворотного зв'язку, який може бути загальмовано через призначення препаратів кальцію.

Іони кальцію стимулюють секрецію соляної кислоти, беруть участь у регулюванні м'язових скорочень, а отже, порушення кальцієвого метаболізму можна розглядати як один із чинників дисфункції сфінктера Одді, що належить до патогенетичних моментів у розвитку хвороби. Стан сфінктерного апарату також впливає на кальцієвий обмін, сприяє збільшенню втрат мікроелемента з жовчю при гіпотонусі сфінктера або перешкоджає процесам всмоктування за рахунок зменшення виділення жовчних кислот до кишечника у разі гіпермоторної дискінезії.

Підвищення вмісту кальцитоніну в крові у більшості хворих з високою активністю амілази та імунореактивного трипсину, можливо, свідчить про компенсаторний підйом рівня цього гормону з метою нейтралізації підвищеної концентрації панкреатичних ферментів. Є дані про те, що введення кальцитоніну хворим веде до зниження активності панкреатичних ферментів.

На думку деяких авторів, підвищений рівень глюкагону в крові стимулює секрецію кальцитоніну.

Панкреатит при гіперпаратиреозі пов'язаний із гіперкальціємією. При цьому кальцій осідає у лужному середовищі у вигляді кальцію фосфат, утворюються камені протоків, що веде до кальцифікації залози. Це спостерігається у 3,5 – 5 % випадків при гіперпаратиреозі.

Тяжка форма ГП може спостерігатись також при гіперкальціємії, спричиненій спадковим зниженням екскреції  $Ca^{2+}$  із сечею. Дизрегуляція кальцієвого обміну, поряд з оксидантним стресом, може являтися індуктором апоптозу, роль якого у патогенезі захворювань ПЗ вивчається.

**Висновки.** На основі вивчення літературних джерел було константовано, що зміни кальцієвого обміну визначають порушення ферментативної функції ПЗ, впливають на формування остеопенічних станів та інших трофологічних параметрів. Вивчення стану кальцієво-мінерального обміну та його гормональної регуляції є значимим у патогенезі та клінічному перебігу панкреатиту, а також має враховуватись у комплексному лікуванні.

Сабат Зоряна

**ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ І ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ**

Кафедра анестезіології та реаніматології  
 Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.В. Олійник  
 ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
 імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
 м. Тернопіль, Україна

**Актуальність** проблеми гострого некротичного панкреатиту в Україні у медико-соціальному аспекті зумовлена дорогою консервативною терапією, незадовільними результатами хірургічного лікування, високим рівнем післяопераційної летальності, яка становить 20-25% та інвалідизації, особливо серед осіб молодого віку. Більшість летальних випадків зумовлені інфікованим панкреонекрозом з гнійно-септичними ускладненнями і сепсисом.

**Метою наших досліджень** було опрацювання джерел інформації для вивчення патогенетичних аспектів і сучасного лікування гострого панкреатиту.

В результаті проведеного огляду літератури ми встановили, що більшість вчених підтримують ферментну теорію патогенезу ГП. Активація ферментів ПЗ (трипсину, калікреїну, ліпази, фосфоліпази і т.д.) починається з секреції цитокінів пошкодженими клітинами (ІЛ-1, ІЛ-6, ІЛ-8, фактору некрозу пухлин ФНО- $\alpha$ ), циклооксигенази. Внаслідок їх впливу спостерігається збільшення проникності судин, локальне пошкодження тканин, міграція лейкоцитів, генералізація запальної реакції, пошкодження легень, нирок і в кінцевому результаті розвиток SIRS, який визначає тяжкість і прогноз захворювання. Гіпоксія, пошкодження ендотелію, уповільнення кровотоку і збільшення згортання крові призводить до утворення тромбів, в основному невеликих вен. Токсемія, що спостерігається в першу добу захворювання, викликає гостру недостатність кровообігу з синдромом низького серцевого викиду. Печінкова недостатність виникає в одного з чотирьох пацієнтів з панкреонекрозом, ставши причиною смерті в 40% випадків.

Проблема лікування панкреонекрозу ще не повністю вирішена. Поліорганна недостатність залишається основною причиною смертності пацієнтів. Є різні концепції щодо лікування панкреонекрозу, які включають в себе: підтримку дихання, адекватну анестезію, функціональний відпочинок для підшлункової залози з нутритивною підтримкою, лікування антибіотиками. На думку більшості вчених, хірургічні втручання, такі як лапаротомія, повинні використовуватись лише у випадку ускладнень, якщо вони не можуть бути усунені ендоскопічно (деструктивний холецистит, шлунково-кишкові кровотечі, інфікованих панкреатит, рак підшлункової абсцес, флегмона заочеревинного простору, гнійний перитоніт). Застосування імунокоректорів при ГП сприяє ліквідації післяопераційних ускладнень, пришвидшує загоєння ран, зменшує період реабілітації хворих після операції. Інтенсивна консервативна терапія залишається основним видом лікування гострого панкреатиту.

Таким чином, чітке уявлення патогенетичних аспектів гострого панкреатиту відіграє важливу роль у виборі оптимальної схеми лікування.

Скоропад Катерина

**РІВЕНЬ КОЛАГЕНУ IV ТИПУ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ АЛКОГОЛЬНИМ УРАЖЕННЯМ ПЕЧІНКИ ТА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

Кафедра загальної практики (сімейної медицини), фізичної реабілітації та спортивної медицини  
 Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.Г. Міщук  
 ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
 м. Івано-Франківськ, Україна

**Актуальність проблеми** полягає в значній поширеності алкогольних захворювань печінки та підшлункової залози, уражається переважно молоде населення працездатного віку, на початку дані захворювання добре піддаються лікуванню та зворотному розвитку. Актуальним є пошук нових методів, які б дозволили на ранніх етапах запідозрити структурні зміни у печінці та підшлунковій залозі.

**Мета:** покращення діагностики фіброзних змін печінки та підшлункової залози при їх алкогольному ураженні.

**Матеріали і методи.** Було обстежено 44 хворих, з них 38 чоловіків(86,36%) та 6 жінок(13,64%). У дослідження включали хворих на алкогольний цироз печінки та хронічний алкогольний панкреатит. Алкогольну етіологію підтверджували за допомогою опитувальників CAGE, MAST, враховували рівні ГГТ, АСТ/АЛТ. ГГТ/АСТ, СКОЕ.

Хворі були розділені на 3 групи: I – 12 хворих на хронічний алкогольний панкреатит (ХАП), II – 12 хворих на цироз печінки (ЦП), III – 20 хворих з поєднанням ХАП і ЦП.

**Результати досліджень.** У клінічній картині хворих I групи переважав диспепсичний синдром, який виявляли у 83,30%(10), антеро-вегетативний синдром – у 41,7%(5). У хворих II групи дані синдроми виявлялись у 41,7%(5) та 66,7%(8), у хворих III групи у 85%(17) та 95%(18).

Рівень білірубину в I групі склав  $15,5 \pm 0,98$  ммоль/л, в II –  $44,8 \pm 1,03$  ммоль/л, в III –  $73,16 \pm 2,23$  ммоль/л ( $p < 0,01$ ). Рівень білка становив  $74,22,89 \pm 1,96$  г/л,  $65,0 \pm 1,96$  г/л,  $63,1 \pm 1,93$  г/л у хворих I, II, та III груп відповідно ( $p < 0,01$ ). Рівні АСТ та АЛТ дорівнювали  $0,95 \pm 0,042$  і  $0,77 \pm 0,031$  ммоль/л,  $1,17 \pm 0,05$  і  $0,87 \pm 0,038$  ммоль/л,  $1,45 \pm 0,068$  і  $1,12 \pm 0,041$  ммоль/л у хворих I, II, та III груп відповідно ( $p < 0,01$ ).

Рівень колагену IV типу у хворих I групи склав  $121,2 \pm 14,3$  пг/мл, у хворих II групи –  $310,93 \pm 22,38$  пг/мл, у хворих III групи –  $408,0 \pm 16,06$  пг/мл ( $p < 0,01$ ).

**Висновки.** Поєднання ХАП і ЦП призводить до більш вираженої клінічної картини, значних змін біохімічних показників, підвищення рівня колагену IV типу в 3 рази порівняно з ізольованим ХП, в 1,3 рази порівняно з ЦП.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Семенов Віктор, Караванська Ілона, Лисунець Тетяна, Курята Олександр*

### **СИСТЕМНА СКЛЕРОДЕРМІЯ: ПРОГНОЗ РОЗВИТКУ НЕФРОПАТІЇ**

Кафедра госпітальної терапії №1

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.В. Курята  
ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України"  
м. Дніпропетровськ, Україна

**Введення.** Системна склеродермія (ССД) - прогресуюче полісиндромне захворювання нез'ясованої етіології, що супроводжується хронічним запаленням і розвитком склерозу і приводить до порушення мікроциркуляції. Прогноз хвороби багато в чому визначає ураження нирок, яке є причиною смерті у 50% пацієнтів.

**Методи.** Проведене 5-тирічне проспективне спостереження за хворими ССД, що знаходяться у регіональному реєстрі. Досліджені дані 139 пацієнтів з ССД (5 чоловіків і 134 жінки). Максимальна тривалість спостереження - 21 рік. З них був відібраний 81 пацієнт (3 чоловіки та 78 жінок) у середньому віці  $44,9 \pm 11,0$  років, з середньою давністю захворювання  $6,05 \pm 3,9$  років, яким проводилися регулярні обстеження. Один пацієнт помер, у одного розвинувся хронічний лімфолейкоз. Переважали пацієнти з генералізованою формою ССД - 54 пацієнти (67%), лімітована ССД - у 26 (32%), overlap-синдром - у 1 (1%). В якості маркерів ураження нирок враховувалися розвиток артеріальної гіпертензії (АГ), підвищення сироваткового креатиніну, поява протеїнурії. Пацієнти з гострою склеродермічною ниркою були виключені з дослідження.

**Результати.** На початку спостереження ознаки нефропатії були виявлені у 34 пацієнтів (42%), через 3 роки - 48 (59%), через 5 років - 56 (69%) обстежених пацієнтів. За 1-й рік спостереження протеїнурія виявлена у 22 пацієнтів (27%), через 3 роки - у 33 пацієнтів (41%), через 5 років - у 43 пацієнтів (53%). АГ на початку дослідження виявлена у 19 пацієнтів (23%), через 3 роки - у 32 пацієнтів (32%), через 5 років - у 31 пацієнта (38%). Середній рівень креатиніну на початку спостереження -  $73,4 \pm 17,1$  мкмоль/л, через 3 роки -  $72,2 \pm 21,7$  мкмоль/л, через 5 років -  $68,5 \pm 18$  мкмоль/л.

У молодих пацієнтів (до 45 років - 39 осіб) ознаки нефропатії визначалися на початку дослідження - у 15 пацієнтів (38%), через 3 роки - у 22 (56%), через 5 років - у 26 (67%). Протеїнурія на першому році - у 12-ти осіб (31%), через 3 роки - у 17 (43%), через 5 років - у 21 (54%). АГ на початку - у 3 пацієнтів (7%), через 3 роки - у 5 (13%), через 5 років - у 5 (13%). Креатинін на початку -  $67,6 \pm 17,5$  мкмоль/л, через 3 роки -  $68,9 \pm 23$  мкмоль/л, через 5 років -  $74,3 \pm 12,5$  мкмоль/л.

У пацієнтів старше 45 років (41 чоловік) нефропатія на початку дослідження була виявлена у 19 пацієнтів (46%), через 3 роки - у 26 (63%), через 5 років - у 30 (73%). Протеїнурія на початку - у 9 пацієнтів (22%), через 3 роки - у 12 (29%), через 5 років - у 16 (39%). АГ на початку - у 15 пацієнтів (36%), через 3 роки - у 19 (46%), через 5 років - у 21 (51%). Креатинін на початку -  $75,8 \pm 15,5$  мкмоль/л, через 3 роки -  $73,9 \pm 20$  мкмоль/л, через 5 років -  $70 \pm 10,5$  мкмоль/л.

**Висновки.** Прогноз розвитку нефропатії гірше у пацієнтів з дебютом захворювання в молодому віці. Такі хворі потребують більш агресивного патогенетичного лікування. Найбільш надійна прогностична ознака - поява протеїнурії.

*Слобода Мар'яна, Коцюба Оксана, Балабан Алла*

### **РІВЕНЬ С - РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ У ХВОРИХ НА ІХС З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ**

Кафедра внутрішньої медицини № 1

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Н.І. Ярема  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Вступ:** Фібриляція передсердь (ФП) - одне із найпоширеніших порушень ритму у клінічній практиці, складає близько 40 % всіх видів аритмій. Важливим є вивчення ролі медіаторів запалення, зокрема С - реактивного протеїну (СРП) у патогенетичних механізмах ФП.

**Мета:** встановити особливості рівня СРП та сечової кислоти у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з персистуючою та постійною формою фібриляції передсердь.

**Методи і матеріали:** було обстежено 34 пацієнти на ІХС з персистуючою та постійною формою фібриляції передсердь. Контрольну групу складала 15 практично здорових осіб. Тривалість ФП становила  $(8,7 \pm 3,7)$  роки. ІХС з персистуючою формою фібриляції передсердь діагностовано у 18 пацієнтів (1 група), а постійна форма - у 16 пацієнтів (2 група). Імуноферментним методом визначали СРП, рівень сечової кислоти - за загальноприйнятою методикою.

**Результати досліджень:** Було встановлено, що у пацієнтів 1 групи рівень СРП становив  $(8,00 \pm 0,86)$  мг/л, що практично у 2 рази вище ніж у контрольній групі  $(3,9 \pm 0,9)$  мг/л; а рівень сечової кислоти -  $(308,2 \pm 35)$  мкмоль/л, що на 18 % ( $p < 0,05$ ) вище у порівнянні з контрольною групою  $(265 \pm 55)$  мкмоль/л. У пацієнтів 2 групи рівень СРП у крові склав  $(12,46 \pm 5,23)$  мг/л, а сечової кислоти -  $(365 \pm 54,7)$  мкмоль/л, що відповідно у 3,2 рази і у 1,4 рази вище, ніж у контрольній групі і на 55,7 % і на 18,5 % вище у порівнянні з показниками 1 групи.

**Висновки:** У хворих з постійною формою ФП рівень СРП та сечової кислоти був достовірно підвищеним у порівнянні як із контрольною, так із 1 групою, що може свідчити про значну роль медіаторів запалення, зокрема СРП, у механізмах прогресування аритмії при ІХС.

Совтус Ірина

## ЛІКАРСЬКІ РОСЛИНИ ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ В ФІТОТЕРАПІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Кафедра загального догляду за хворими  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Л.П. Мазур  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Захворювання на ЦД в останні роки у зв'язку зі стрімким зростанням кількості хворих в усьому світі набуває загрозливого масштабу світової епідемії. Відомо, що багато препаратів рослинного походження нормалізують обмін глюкози у хворих. Все частіше пацієнти з цукровим діабетом (ЦД) звертаються за порадою до фахівців щодо використання лікарських рослин у зв'язку з недостатньою ефективністю стандартних схем лікування. Тому актуальним є вивчення ресурсного потенціалу лікарських рослин (ЛР) Волинської області, проведення аналізу розподілу лімітів використання лікарсько-технічної сировини, яка застосовується при лікуванні ЦД, та формування у пацієнтів обізнаності стосовно застосування фітотерапії при ЦД.

Для досягнення мети дослідження – формування переліку ЛР, які зростають на території області і можуть застосовуватися в лікуванні ЦД, проведено аналіз та узагальнення літературних та наукових даних.

Аналізуючи дані лімітів використання дикорослих ягід (у тоннах свіжої ваги), встановлено, що найбільшими у Волинській області є ресурси заготівлі чорниці – 62,5 % (4873 т), бузини чорної – 12,8 % (1000 т). Не мають значних запасів такі дикорослі ягоди: журавлина (500 т), лохина (500 т), ожина (500 т) – по 6,4 % кожної, горобина звичайна – 2,6 % (200 т), брусниця – 2,6 % (200 т), малина – 0,4 % (28 т). Усі вищезгадані ягоди застосовуються у комплексній фітотерапії ЦД. У Волинській області проводиться заготівля 15 ЛР, які можуть використовуватись для корекції глікемії при ЦД. При аналізі лімітів використання ЛР (у тоннах свіжої ваги) встановлено, що найбільшими у Волинській області є ресурси заготівлі листя кропиви дводомної – 22,74 %, трави вересу звичайного – 8,89 %, листя чорниці – 4,41 %. Також на території Волинської області зростають 37 ЛР, які не нормуються в розподілі лімітів використання лісових ресурсів та можуть використовуватися в комплексній фітотерапії ЦД.

Таким чином, у пацієнтів із ЦД, які проживають у Волинській області, можливе широке застосування комплексної фітотерапії захворювання з метою досягнення стану компенсації та ефективного попередження розвитку його ускладнень.

Старов К., Стоянова Ю., Титаренко В., Сафаргаліна-Корнілова Н.

## ОЦІНКА ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.М. Ковальова  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

Гіпертонічна хвороба (ГХ) як фактор ризику ІХС та цереброваскулярної пато-логії займає провідне місце в інвалідизації та смертності (88,1%) населення. За даними Фремінгемського дослідження, хворі на артеріальну гіпертензію (АГ) в 7 разів більше мають ризик розвитку інсульту, в 6 разів - серцевої недостатності. АГ є однією з важливих медико-соціальних проблем в усьому світі.

**Мета дослідження.** Оцінити порушення ліпідного обміну у хворих на ГХ та ГХ у поєднанні з ІХС.

**Матеріали та методи.** Обстежено 86 хворих з ГХ у віці 40-80 років, серед них: 40 чоловіків і 46 жінок. Методи обстеження хворих: анамнез, АТ в динаміці, антропометрія, ЕКГ, ЕхоКГ, ліпідний спектр. Всі хворі були розділені на 2 групи: I група – хворі ГХ (24 чол.), II група – хворі ГХ у поєднанні з ІХС (62 чол.).

**Результати дослідження.** У I групі: хворі ГХ I ст.–11 чол.(45,8%), II ст.– 9 (37,5%), III ст.– 4 (16,7%); у II групі – відповідно: 8 (12,9%) - 32 (51,6%) -22 (35,4%). Виявлено фактори ризику (ФР): абдомінальне ожиріння (АО) у 47% хворих, з них: у I групі: I ст.– 5 чол. (20,8%), II ст.– 3 (12,5%), III ст.– 1 (4,1%); у II групі – відповідно: 18 (29%) – 11(17,7%) – 8 (12,1%). Дисліпідемія виявлена у 44,2% хворих, з них: хо-лестерин (> 6,5 ммоль/л) – у 36 (41,8%), ЛПНЩ (> 4 ммоль/л) – 24 (27,9%), ЛПДНЩ (> 1,0 моль/л) – 28 (32,6%), ЛПВЩ (<1,0 ммоль/л у чоловік. і <1,2 ммоль/л у жін.) - відповідно 40 і 41,3%. Коефіцієнт атерогенності (КА> 3) виявлено у 46 чол. (53,5%), з них: у I гр. (середній показник КА 3,32) – у 8 (29,2%), у II (КА 4,21) – 38 (66,1%).

**Висновок.** Найбільш значущими ФР в розвитку ГХ є: обтяжений анамнез, гіперхолестеринемія, абдомінальне ожиріння. Значення цих факторів збільшується з віком і у поєднанні ГХ з ІХС.

*Стеничева Диана*

**МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ОСНОВЫ И ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ВРОЖДЕННОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ  
КАРДИОМИОПАТИИ**

Кафедра госпитальной терапии № 1 и профпатологии  
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»  
г. Днепропетровск, Украина

Актуальность вопроса гипертрофической кардиомиопатии в последнее время не вызывает сомнений - это достаточно редкая патология, проявляющаяся преимущественно у молодого контингента пациентов признаками острого коронарного синдрома и внезапной смертью.

Патофизиологические изменения различны в зависимости от типа точечной мутации контрактильных белков саркомера (миозина, кардиального актина, тропонина Т и I, тропомиозина, титина, дистрофина, десмина, ламина и прочих) и, соответственно, наследуются по аутосомно-доминантному типу или возникают спорадически.

Наиболее характерной морфологической аномалией является гипертрофированный и недилатированный левый желудочек. Часто она отмечается в области межжелудочковой перегородки (90% всех форм), в средней части левого желудочка (3%), в области верхушки (3%); симметричная форма составляет 5% среди всех форм заболевания. Степень гипертрофии и ее локализация определяют клиническое проявление болезни. Также в патологический процесс нередко вовлекается эндокард, что связывают с перенесенным бактериальным эндокардитом.

В патогенезе ГКМП важное значение имеют следующие факторы: 1.обструкция выходного тракта левого желудочка (подаортальная или в средней порции желудочка), 2.систолическая дисфункция, 3.диастолическая дисфункция и 4.миокардиальная ишемия.

Клиническое течение сильно варьирует, что осложняет своевременную диагностику патологии:

- малосимптомный,
- вегетодистонический,
- инфарктоподобный,
- кардиалгический,
- аритмический,
- декомпенсационный,
- псевдоклапанный,
- смешанный
- молниеносный.

Таким образом, у семейного врача и терапевта данная патология всегда должна рассматриваться в схемах дифференциальной диагностики синдрома «загрудинной боли» у лиц молодого возраста.

*Степанова О.<sup>1</sup>, Фельдман Д.<sup>1</sup>, Гударі А.<sup>1</sup>, Нестеренко А.<sup>1</sup>, Сьомова О.<sup>2</sup>*

**КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ**

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.Я. Бабак

1. Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №1

2. ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України»

м. Харків, Україна

**Мета дослідження:** вивчити гіполіпемічний ефект статинів і урсодезоксихолевої кислоти (УДХК) у пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП).

**Матеріали та методи дослідження:** обстежено 60 пацієнтів з дисліпідемією і НАЖХП. Всім пацієнтам був проведений біохімічний аналіз крові (загальний холестерин (ЗХ), ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ), тригліцериди (ТГ), ліпопротеїни високої щільності (ЛПВЩ), коефіцієнт атерогенності (АГ), аспартатамінотрансфераза (АСТ), аланінамінотрансфераза (АЛТ)).

Пацієнти були розділені на 3 групи. Пацієнти першої групи (n = 20) застосовували монотерапію статинами (Аторвастатин, 10 мг / добу), пацієнти другої групи (n = 20) - УДХК (10 мг / кг на добу), пацієнти третьої групи (n = 20) - статини з УДХК (Аторвастатин, 10 мг / добу, УДХК-10мг / кг на добу). Ефект від терапії був оцінений через 6 місяців після початку дослідження.

**Результати дослідження.** У першій групі пацієнтів ЗХ знизився на 5,8%; рівень ЛПНЩ - На 17%; ТГ - На 5,0%; коефіцієнт АГ - На 38%; рівень ЛПВЩ підвищився на 37,5%. У другій групі пацієнтів Про ЗХ знизився на 4,3%; у ровень ЛПНЩ - на 13,2%; ТГ з - на 5,5%; коефіцієнт АГ - На 38%; рівень ЛПВЩ підвищився на 37,5%. У третьої групи пацієнтів ЗХ знизився на 10%; рівень ЛПНЩ - на 18%; ТГ - на 15,8%; коефіцієнт АГ - на 42,2%; рівень ЛПВЩ підвищився на 44,4%. У пацієнтів всіх груп АСТ і АЛТ залишалися в нормі, без змін.

**Висновки.** Таким чином, результати дослідження свідчать про найбільшу ефективність та доцільність спільного прийому статинів (Аторвастатин, 10 мг / добу) і УДХК (10мг / кг на добу).

*Сучко Костянтин, Абрамова Наталія*

**ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛІЗМУ ТИРЕОЇДНИХ ГОРМОНІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ ЛЕПТИНУ В СИРОВАТЦІ ВЕНОЗНОЇ КРОВІ ТА АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ**

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології  
Науковий керівник: Н.О. Абрамова  
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
м. Чернівці, Україна

За даними Міжнародної Діабетичної Федерації на метаболічний синдром (МС) страждає близько четверті дорослого населення планети.

**Мета.** З'ясувати особливості тиреоїдного гомеостазу у пацієнтів із метаболічним синдромом.

**Матеріали і методи.** Обстежено 32 пацієнта із МС та 11 практично здорових осіб.

Визначались рівні тиреотропного гормону (ТТГ), вільного тироксину (вТ4) та вільного трийодтироніну (вТ3) в сироватці крові імуноферментним методом. Периферичну активність тиреоїдних гормонів оцінювали за допомогою співвідношення вТ3/вТ4 [Старкова Н.Т., 1991]. Для встановлення абдомінального ожиріння розраховували співвідношенням об'єму талії до об'єму стегон (ОТ/ОС) та індекс маси тіла (ІМТ).

Прозапальну активність адипоцитів визначали за концентрацією лептину в сироватці венозної крові. Статистичний аналіз отриманих даних проводився із використанням критерію Стьюдента та коефіцієнту рангової кореляції Пірсона за допомогою програмного комплексу Statistica 6.0 for Windows.

**Результати.** У пацієнтів з МС виявлено вірогідне зниження сироваткового рівня вільного вТ3 на 26,1% порівняно із групою здорових осіб ( $p < 0,05$ ). Встановлене вірогідне зниження коефіцієнту вТ3/вТ4 на 78,4% в основній групі порівняно із групою порівняння ( $p < 0,05$ ).

Отримані негативні кореляції зв'язки між рівнем лептину та вмістом Т3 ( $r = - 0,436$ ,  $p < 0,05$ ), а також коефіцієнтами вТ3/вТ4 ( $r = - 0,572$ ,  $p < 0,05$ ). Встановлені від'ємні кореляційні зв'язки між співвідношенням ОТ/ОС та вТ3/вТ4 ( $r = - 0,417$ ,  $p < 0,05$ ).

**Висновки:**

1. Отримані результати вказують на формування у хворих із метаболічним синдромом синдрому нетиреоїдної патології внаслідок порушення периферичної конверсії тиреоїдних гормонів в органах-мішенях.

2. Порушення тиреоїдного гомеостазу на тлі метаболічного синдрому пов'язане із зростанням експресії лептину та розподілом жирової клітковини за абдомінальним типом.

*Тагосє Махмадулло, Шерназарєв Абіджан, Питецька Н.*

**СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА І СТАРІННЯ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки  
Науковий керівник: д-р мед.наук, проф. Н.І. Питецька  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

Згідно зі статистичними прогнозами, на планеті до 2035 року кожна четверта людина буде у віці 65 років і старше.

Мікроскопічно в міокарді з віком відзначається збільшення кількості жиру, зменшення еластичних волокон, підвищення щільності й кількості колагену. Зниження кількості міоцитів за рахунок їх некрозу й апоптозу супроводжується збільшенням розмірів збережених кардіоміоцитів. Макроскопічно спостерігається стовщення міокарда лівого шлуночка зі збільшенням обсягу його порожнини, ущільнення клапанів серця. Крім анатомічних змін порушується системна гемодинаміка: знижується скорочувальна здатність міокарда, діастолічне наповнення лівого шлуночка, підвищується загальний периферичний опір. Значно трансформуються при старінні судини. З одного боку, у їх стінці активізується еластаза, забезпечуючи фрагментацію еластину й зменшення еластичних волокон у їх середній оболонці, з іншого боку – підсилюється продукція колагену гладком'язовими клітинами, з'являються локальні фіброзно-м'язові стовщення, особливо в ділянках турбулентного руху крові. Вікове зменшення продукції біологічно активних речовин з вазодилатуючими властивостями і підвищена відповідь судинної стінки на пресорні агенти, в результаті метаболічного стресу й загибелі клітин створюють основу для формування спазму, підвищення артеріального тиску, збільшення проникності судин для білків, ліпопротеїнів, надмірної продукції аніона супероксиду й медіаторів запалення. Лише корекція артеріального тиску сприяє зниженню смертності від серцево-судинних захворювань на 15-20%.

## Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених

Ткачук Надія, Муцяк Мар'яна, Паньків Ірина

### **ТОВЩИНА КОМПЛЕКСУ ІНТИМА-МЕДІА ВНУТРІШНІХ СОННИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Н.Я. Верещагіна  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність теми:** відомо, що ураження серцево-судинної системи зумовлені цукровим діабетом (ЦД) посідають перше місце у структурі інвалідизації та смертності хворих на ЦД. Особи з підвищеною товщиною комплексу інтима-медіа внутрішніх сонних артерій (ТКІМ ВСА) мають високий ризик розвитку серцево-судинних захворювань.

**Мета:** дослідити стан КІМ ВСА у хворих на ЦД I і II типів, які знаходились на лікуванні в ТКМЛ №2.

**Матеріали і методи:** проведено обстеження 28-ми хворих з ЦД: 10 (35%) з ЦД I типу, 18 (65%) - ЦД II типу, з них 16 чоловіків та 12 жінок, віком від 34 до 81 р.. Тривалість захворювання від 1 місяця до 26 р.

Окрім клініко-лабораторного та інструментального обстеження, пацієнтам проводили доплерографічне ультразвукове дослідження (УЗД) ТКІМ ВСА на апараті «УЗД сканер Soho Ace PICO».

**Результати:** усіх обстежених, залежно від показників ТКІМ, розподілили на 2 групи: до 1-ї групи, з показником ТКІМ <0,9 мм, увійшло 9 (32%) хворих, 5 чоловіків та 4 жінки, віком від 34 до 55 р., з них у 7 (78%) діагностовано ЦД I типу, у 2 (22%) - ЦД II типу, з тривалістю захворювання від 1 місяця до 7 р.. До 2-ї групи зарахували 19 хворих - 68% з них 11 чоловіків та 8 жінок, віком від 52 до 81 р. з тривалістю захворювання понад 10 р. з показником ТКІМ ВСА  $\geq 0,9$  мм; серед них у 3 (16%) діагностовано ЦД I типу, а у 16 (84%) - II типу.

Аналіз результатів показав, що збільшення ТКІМ спостерігається переважно у хворих на ЦД II типу, віком від 52 до 81 р.. Лише 3 хворих з ЦД I типу мали потовщення КІМ при тривалості хвороби понад 10 р..

Отже, ТКІМ ВСА збільшується у хворих з тривалим перебігом ЦД, незалежно від статі, а також переважно у хворих на ЦД II типу та у пацієнтів старшого віку.

Трендовацька Наталія

### **РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОЛОГІЧНОГО СПЕКТРУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ УСКЛАДНЕНОМУ ПІЄЛОНЕФРИТІ**

Кафедра внутрішньої медицини №3  
Науковий керівник: канд. мед. наук, асист. О.О. Ружицька  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Хронічний ускладнений пієлонефрит характеризується значною поширеністю та рецидивуючим перебігом захворювання з прогресуючою втратою ниркових функцій при нераціональній антибактеріальній терапії, що зумовлює необхідність вивчення регіональних особливостей етіологічної структури та чутливості до антибіотиків збудників.

**Мета.** Вивчити регіональні особливості мікробного спектру при хронічному ускладненому пієлонефриті.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз результатів мікробіологічного дослідження сечі 32 пацієнтів з хронічним ускладненим пієлонефритом, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в нефрологічному відділенні КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня».

**Результати та обговорення.** Аналіз мікробного спектру сечі продемонстрував зростання частки грампозитивної флори в етіологічній структурі хронічного ускладненого пієлонефриту. Серед виділених штамів більшість складала *E. Coli* 10 (24,4 %), *Staphylococcus saprophyticus* 6 (18,8 %), *Enterococcus faecalis* 6 (18,8 %), *Enterobacter* 3 (9,4 %), *Klebsiella* 3 (9,4 %). У 2 (6,3 %) пацієнтів виявлено асоціацію *Enterococcus faecalis* та *Staphylococcus saprophyticus*. Крім того, у хворих було ідентифіковано *Citrobacter*, *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus intermedius*, *Streptococcus pneumoniae*. Таким чином, серед виділених штамів 53 % становила грамнегативна флора, у 47 % - грампозитивна.

**Висновок.** У 47 % хворих з хронічним ускладненим пієлонефритом при мікробіологічному дослідженні сечі ідентифікується грампозитивна флора, частота визначення *E. Coli* складає 24,4 %, асоціація бактеріальних збудників визначається в 6,3 % випадків.



*Уразова Лілія, Дудник Оксана, Данило Роман, Сафаргаліна-Корнілова Надія*

## **МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.М. Ковальова  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

Однією з проблем в сучасній медицині є метаболічний синдром (МС), який характеризується ожирінням, зниженням чутливості тканин до інсуліну, порушенням вуглеводно-ліпідного обміну, розвитком артеріальної гіпертензії (АГ). У клінічних умовах МС часто не діагностується і відповідно, тільки в 20% випадків отримують антигіпертензивну і в 10% – гіполіпідемічну терапію.

**Мета дослідження:** виявити частоту розвитку МС у хворих з АГ.

**Матеріали та методи.** Обстежено 102 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) у віці від 30 до 80 років. Методи обстеження: збір анамнезу, антропометрія (зріст, вага, окружність талії), вимірювання артеріального тиску, цукор крові і ліпідний спектр.

Діагноз «метаболічний синдром» встановлюється при наявності у хворого трьох і більше з перерахованих факторів: абдомінальне ожиріння (АО) (окружність талії у чоловіків >102 см, у жінок >88 см); АГ (САТ=130 мм рт.ст., ДАТ =85 мм рт.ст.); високий рівень тригліцеридів (>1,7 ммоль/л або 150 мг/дл); низький рівень холестерину ЛПВЩ (<1 ммоль/л – для чоловіків <1,3 ммоль/л – для жінок); рівень глюкози в плазмі крові натще 6,1 ммоль/л або через 2 години після глюкозотолерантний тесту > 7,8 ммоль/л.

**Результати дослідження.** У хворих на ГХ складові МС зустрічалися у 84 чол (82,3%), з них АО –56,8%, дисліпідемія – 31,4%, гіперглікемія – 27,4%. Хворі з повним МС склали 22,6%, з поєднанням 2-3 факторів – у 61 чол.(59,8%). У хворих старше 60 років аналогічні показники відрізнялися від хворих віком до 60 років: з повним МС – 20,6% проти 3,9%, з окремими ознаками – 41,2% проти 18,6%.

**Висновки:** МС є достовірним фактором ризику розвитку ГХ, який збільшується із віком хворого.

*Франчук Максим, Франчук Уляна*

## **МІКРОАЛЬБУМІНУРІЯ ТА МІКРОГЛОБУЛІНУРІЯ ЯК МАРКЕР ПОДАГРИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ**

Кафедра внутрішньої медицини №2  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.І. Сміян  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Патогенез подагричної нефропатії (ПН) пов'язаний з гіперпродукцією сечової кислоти (СК) та дисбалансом між процесами канальцевої секреції та реабсорбції уратів. Якщо в сечі збільшується кількість альбумінів та інших високомолекулярних білків, то це свідчить про ураження ниркових клубочків. Канальцевий тип порушень характеризується збільшенням в сечі низькомолекулярних білків – мікроглобулінів ( $\beta_2$ -,  $\alpha_1$ - і ретинол-зв'язуючий білок). При змішаному типі ураження в сечі виявляють як низько-, так і високомолекулярні білки. Саме тому рання діагностика мікроальбумінурії (МА) та мікроглобулінурії (МГ) з патогенетичнообґрунтованою терапією допоможе попередити прогресування ураження нирок у хворих на подагру.

**Метою дослідження** було вивчити частоту ураження нирок у хворих на подагру без клінічних проявів ПН.

**Матеріали і методи.** Обстежено 20 хворих на хронічний подагричний артрит, які отримували стандартизовану гіпоурикемічну терапію (Аллопуринол, 300 мг/добу). Усі пацієнти ніколи не мали проблем з боку сечо-статевої системи і ніколи не отримували профілактичного лікування ПН. Рівень мікроальбумінів та мікроглобулінів визначали в ранковій порції сечі за допомогою імуноферментного методу.

**Результати.** У 100 % обстежених хворих виявлено сольовий діатез. У 35 % констатована МА, у 45 % - МГ і в 15 % - макропротеїнурію.

**Висновок.** Значна поширеність змін з боку нирок вимагає ретельної уваги ревматологів з метою раннього виявлення уражень нирок з подальшим застосуванням превентивних заходів.

*Ханас М., Цюприк Х.*

**ВПЛИВ НАДЛИШКОВОЇ ВАГИ НА ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Н.Я. Верещагіна  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ) - це повільно прогресуюче захворювання, що характеризується необоротною або частково оборотною обструкцією бронхіального дерева. Проблема ХОЗЛ актуальна у зв'язку з високою захворюваністю, частими і важкими ускладненнями, інвалідизацією, значними витратами на лікування та реабілітацію. ХОЗЛ є четвертою провідною причиною смерті в усьому світі. У наш час спостерігається також тенденція до збільшення числа осіб з надлишковою вагою. Майже у половини дорослого населення Європи є надлишкова маса тіла, тобто індекс маси тіла перевищує 25 кг/м<sup>2</sup>. За розрахунками експертів ВООЗ до 2025 року кількість хворих на ожиріння в світі становитиме 300 млн. осіб.

Метою нашої роботи було дослідити вплив надлишкової ваги на перебіг ХОЗЛ II ст. та ХОЗЛ III ст., оцінити порушення функції зовнішнього дихання та рівень якості життя у хворих з різною вагою.

Для виконання поставленого завдання на базі ТКМЛ № 2 здійснювали загально клінічне обстеження 40 хворих на ХОЗЛ (з них 25 чоловіків та 15 жінок) віком від 35 до 68 років. Використовували додаткові методи дослідження та обробки отриманих даних, проводили аналіз історій пацієнтів. Тяжкість перебігу визначалася за наступними показниками: тривалість захворювання, частота загострень, скарги (прогресування кашлю, задишки), результати об'єктивного обстеження, показники ФЗД (ОФВ1/ФЖЕЛ, ОФВ1), швидкість прогресування. У першу групу ввійшло 18 хворих з середньо-тяжким перебігом хвороби, у другу – 22 пацієнтів із тяжким перебігом ХОЗЛ. Індекс маси тіла (ІМТ) вираховували за формулою  $I = m/h^2$  (m — маса тіла в кілограмах, h — зріст в метрах<sup>2</sup> (кг/м<sup>2</sup>). Критерії оцінювання: Нормальна маса тіла (НМТ) – ІМТ від 18,5 до 24,9 кг/м<sup>2</sup>; Зайва маса тіла (ЗМТ) – ІМТ від 25 до 29,9 кг/м<sup>2</sup>; ожиріння I ст. – ІМТ 30 – 34,9 кг/м<sup>2</sup>; ожиріння II ст. – ІМТ 35 – 39,9 кг/м<sup>2</sup>; ожиріння III ст. ІМТ 40 і більший; дефіцит маси тіла ІМТ менший 18,5 кг/м<sup>2</sup>.

Серед пацієнтів I групи виявлено 7 (38, 9%) хворих із НМТ, 5 (27,8 %) хворих з ожирінням I ст., 4 (22,2 %) хворих з ожирінням II ст., 1 ( 5,55 %) пацієнт ожирінням III ст. та 1 (5,55 %) хворий мав ІМТ менше 18,5 кг/м<sup>2</sup>, що відповідає дефіциту маси тіла. Серед пацієнтів II групи було 2 (9,1 %) хворих з НМТ, 9 (40,9 %) хворих з ожирінням I ст., 5 (22,7 %) хворих з ожирінням II ст., з ожирінням III ст. було виявлено 4 (18,2 %) хворих та 2 (9,1 %) хворих мали ІМТ менше 18,5 кг/м<sup>2</sup>. Показники ОФВ1 у пацієнтів надмірною вагою були гіршими ніж у хворих на ХОЗЛ з НМТ.

Отже, існує взаємозв'язок між тяжкістю перебігу ХОЗЛ та ІМТ хворих. Надлишкова вага обтяжує перебіг ХОЗЛ та якість життя. Ожиріння різних ступенів мали 61,1 % пацієнтів I групи та 90,9 % пацієнтів II групи. Функція зовнішнього дихання більш порушена у пацієнтів з ожирінням. У хворих на ХОЗЛ доцільно проводити корекцію ваги.

*Шелепетень Галина*

**МАКРОГЛОБУЛІНЕМІЯ ВАЛЬДЕНСТРЕМА: КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ**

Кафедра внутрішньої медицини №2  
Науковий керівник: канд. мед. наук, асист. О.О. Зімба  
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького  
м. Львів, Україна

Макроглобулінемія Вальденстрема (МВ) – злоякісна пухлина з лімфоплазматичних клітин, що секретують IgM. Є рідкісною хворобою і зустрічається з частотою 3 випадки на 1 млн.

Демонструємо власне спостереження МВ з клінічною маніфестацією хвороби у вигляді криоглобулінемічного васкуліту. Чоловік 54 роки, хворіє з вересня 2012 року, коли вперше з'явилися холодова кропив'янка та синдром Рейно. З липня 2013 року почали утворюватись геморагічна пурпура, некротичні виразки в ділянці колін, гомілок, задньої поверхні п'яток, вушних раковин. Турбувала різка загальна слабкість, схуднення, виділення кров'яних згустків з носа, біль та набряк лівого гомілково-ступневого суглоба. Спостерігались непереносимість холоду; позитивні імунологічні холододові проби на істинну холододову преципітацію, криофібриноген; збільшені титри холододових гемаглютининів, криоглобулінів. Неодноразово консультований лікарями різних спеціальностей зі встановленням суперечливих діагнозів (кропив'янка; криоглобулінемічний васкуліт; недиференційована системна хвороба сполучної тканини; хвороба Рейно; хронічний тромбофлебіт поверхневих вен; саркома Капоші; вірусне імунодефіцитне порушення за лімфоцитарним типом). У квітні 2014 року проведено комплексне імунологічне дослідження, що показало різке збільшення кількості В-лімфоцитів – 93,1% (референтний інтервал 5-14%) та рівня IgM – 12,59 г/л (референтний інтервал 0,40-2,30). Зазначені зміни, а також наявність криоглобулінемії, як основного клінічного синдрому дозволили припустити можливість макроглобулінемії Вальденстрема. Діагноз був підтверджений результатами дослідження кісткового мозку з виявленням дифузної проліферації лімфоїдних клітин.

*Юрчик Олена, Юрчик Василь, Гнат Соломія, Юрчик Василь*

**ПРОБЛЕМА НЕДОСКОНАЛОСТІ НОРМАТИВНОЇ ЗАКОНОДАВЧОЇ БАЗИ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ВИРІШЕННЯ**

Кафедра внутрішньої медицини №1  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Н.В. Пасечко  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Запровадження системи первинної медико-санітарної допомоги за принципом сімейного лікаря — це прогресивний процес в існуючій системі охорони здоров'я з таких причин: по-перше, лікар бере на себе постійну відповідальність за стан здоров'я свого пацієнта; по-друге, об'єктом уваги сімейного лікаря стає родина з усіма її членами; по-третє, при цьому суттєвій реорганізації піддаються й інші види медичної допомоги (амбулаторна, спеціалізована, невідкладна, стаціонарна), тому що створюються позалікарняні форми стаціонарної допомоги населенню.

Оскільки здоров'я є найбільшою суспільною та індивідуальною цінністю, впливає на процеси і результати економічного, соціального та культурного розвитку країни, демографічну ситуацію, а також є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку і благополуччя суспільства, проблеми охорони здоров'я вимагають постійної уваги держави, а їх розв'язання має бути одним з пріоритетних напрямів соціальної політики.

Щоб забезпечити ефективність системи охорони здоров'я, держава зобов'язана забезпечити нормативно-правове регулювання її організації та діяльності, оскільки в цивілізованому суспільстві право є необхідною умовою існування та розвитку будь-якої системи і галузі народного господарства.

Систематизація нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я сприятиме усуненню колізій у нормативно-правових актах, зростанню рівня правової свідомості медичних працівників, забезпечить правильне застосування, неухильне додержання вимог актів законодавства та запобігання невиконанню їх медичними працівниками під час виконання покладених на них завдань і функціональних обов'язків і, як наслідок, сприятиме суттєвому зменшенню витрат бюджетних коштів на відшкодування шкоди пацієнтам, збалансованості ризиків відшкодування можливої шкоди.

*Юрчишин Оксана, Биць Іванна, Татарчук Людмила*

**ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ДІТЕЙ З ЙОДОДЕФІЦИТОМ У КІНЦІ НАВЧАЛЬНОГО РОКУ**

Кафедра загальної гігієни та екології  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.М. Сопель  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Показники варіабельності ритму серця широко використовуються для кількісної неінвазивної оцінки стану різних ланок та рівнів автономної нервової регуляції для оцінки адаптаційних можливостей організму. У шкільному віці даний метод дає можливість оцінити адаптаційні можливості учнів і може бути використаний при моніторингу стану здоров'я дітей шкільного віку. ВСР добре відображає ступінь напруження регуляторних систем, обумовлених активацією системи гіпофіз-наднирники і реакцією симпато-адреналової системи, що виникає у відповідь на будь-яку дію стресових чинників.

Реєстрацію параметрів ВРС у дітей з дефіцитом йоду 6-10 років (n=243) мешканців Тернополя проводили за допомогою приладу комплексної комп'ютерної діагностики "Полі-Спектр" компанії "Нейрософт". Для визначення йодурії у дітей досліджували рівень екскреції йоду у разових порціях сечі методом Dunn I. et al., пальпували щитоподібну залозу.

Оцінка ВРС включала визначення достовірно менше значення показників Мф (0,70±0,15), Мо (0,60±0,11), СКф (0,07±0,01), СКо (0,11±0,02), Моф (0,69±0,13), Меф (0,69±0,13), ВРф (0,63±0,12), ВРо (1,43±0,27), ІН2/ІН1 (17,82±2,26) та більше — ЧССф (88,96±17,12), АМоф (35,19±6,77), АМоо (39,50±7,60), ІВРф (89,72±17,26), ІВРо (65,08±12,52), ПАПРф (54,51±10,49), ПАПРо (70,06±13,48), ВПРо (2,74±0,52), ІНф (71,85±13,82), ІНо (60,78±11,69) (p>0,05), що свідчить про домінування симпатичного впливу цих учнів. Виявлені зміни можна розглядати як зниження адаптаційних резервів організму, помірне виснаження регуляторних впливів.

*Якобчук Христина*

**ОСОБЛИВОСТІ ПУРИНОВОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК, ЯКІ  
ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ГЕМОДІАЛІЗІ**

Кафедра внутрішньої медицини №3  
Науковий керівник: канд. мед. наук, асист. О.О. Ружицька  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Висока частота порушень пуринового обміну на тлі хронічної хвороби нирок (ХХН) та недостатнє вивчення особливостей гіперурикемії у пацієнтів в умовах лікування гемодіалізом обумовлюють актуальність даної теми.

**Метою роботи** було вивчення особливостей пуринового обміну у пацієнтів з ХХН в умовах замісної терапії програмним гемодіалізом.

**Матеріали і методи обстеження.** Обстежено 86 хворих на ХХН, які перебували на лікуванні гемодіалізом. Середній вік обстежених становив  $(51,58 \pm 1,3)$  років, середня тривалість перебування на гемодіалізі – 4,6  $(4,7 \pm 0,7)$  років. Вивчали рівень сечової кислоти у сироватці крові, а також наявність тофусів та приступів гострого артриту в анамнезі.

**Результати.** Підвищений рівень сечової кислоти в сироватці крові спостерігався у 16 (18,6 %) обстежених, серед них 14 (16,27%) становили чоловіки, 2 (2,32 %) – жінки. У 41,9 % пацієнтів з гіперурикемією нозологічною формою первинного захворювання, яке привело до розвитку термінальної ниркової недостатності, був гломерулонефрит, у 20,2 % осіб – пієлонефрит, у 21,4 % хворих – діабетична нефропатія, в 7,0 % пацієнтів – полікістоз нирок. Приступи гострого артриту були в анамнезі у 4,7 % пацієнтів з гіперурикемією. У 2,3 % хворих з порушеннями пуринового обміну виявлено тофуси.

**Висновки.** Гіперурикемія спостерігається у 18,6 % пацієнтів на ХХН, які отримують лікування гемодіалізом, та виникає частіше у чоловіків.

*Boateng Isaac, Pytetska N.*

**HYPERTENSION AS A FACTOR OF CARDIOMETABOLIC RISK**

Department of Propedeutics of Internal Medicine #1, bases of bioethics and biosafety  
The research supervisor: PhD, Prof. N.I. Pytetska  
Kharkiv National Medical University  
Kharkiv, Ukraine

The collective impact of diabetes, cardiovascular disease (CVD) and obesity represents one of the biggest health challenges facing the world today. Cardiometabolic risk is a construct that comprises a cluster of risk factors that are good indicators of a patient's overall risk for type 2 diabetes and CVD. Cardiometabolic risk focuses clinical attention on the value of systematic evaluation, education, lifestyle behavior changes, disease prevention and treatment. Assessing cardiometabolic risk gives clinicians a more comprehensive picture of a patient's health and potential risk for future disease.

The specific factors that can cause this increased risk include: 1 – obesity (particularly central); 2 – hyperglycemia; 3 – hypertension; 4 – insulin resistance; 5 – dyslipoproteinemia. When patients have one or more risk factors and are physically inactive or smoke, the cardiometabolic risk is increased even more. In addition, when these risk factors occur in clusters, they can greatly increase the risk of CVD. Medical conditions that often share the above characteristics, such as type 2 diabetes, can also increase cardiometabolic risk.

Hypertension is a potent and modifiable CVD risk factor. The relationship between blood pressure (BP) and CVD risk is linear, consistent, and independent of other risk factors. For instance, the probability of myocardial infarction, heart failure, chronic kidney disease, and stroke rises in step with BP. From a start point of 115/75 mmHg, CVD risk doubles for each 20 mmHg rise in systolic BP (SBP) and each 10 mmHg rise in diastolic BP. Hypertension-related CVD risk also escalates in the presence of other risk factors.

*Demydenko Ganna, Kovalyova Olga, Ashcheulova Tatiana*

**INFLUENCE OF METFORMIN ON CARBOHYDRATE METABOLISM AND VASOACTIVE NITRIC OXIDE POOL IN PATIENTS WITH COMORBID PATHOLOGY**

Department of Propedeutics of Internal Medicine #1, bases of bioethics and biosafety

The research supervisor: PhD, Prof. O.M. Kovalyova

Kharkiv National Medical University

Kharkiv, Ukraine

**The aim of this study** was investigation of metformin action on vasoactive nitric oxide pool in patients with essential hypertension with accompanied type 2 diabetes mellitus.

**Material and methods:** dynamic observation of 20 patients with essential hypertension and type 2 diabetes mellitus (1, main group), 48 patients with essential hypertension (2 nd., comparative group) was provided. SAP and DAP, body mass index, fasting glucose, insulin, HbA1c, HOMA index were investigated. Nitric oxide pool was investigated biochemically. Treatment with metformin was provided during 3 months and the dosage 850-1500 mg per day was reached under the control of lab analysis. Base treatment was performed as ACE or/with cardioselective  $\beta$ -blocks.

**Results:** average age of the 1 gr. was  $61,7 \pm 5,2$  years, 2 -  $57,3 \pm 7,1$  y. Anamnesis of EH in the 1 gr. -  $11 \pm 2$  y., 2 group -  $10 \pm 2$  y. The average anamnesis of T2DM -  $6 \pm 1$  y. After treatment the SAP and DAP significantly decreased, but difference between groups was non significant. In patients with comorbid state the improvement of carbohydrate metabolism was revealed as significant decreased fasting glucose, insulin, HOMA, HbA1c. Body mass decreased non significant. Carbohydrate metabolism in pts of comparative group hasn't changed.

**Summary:** treatment with metformin caused positive influence on vasoactive nitric oxide pool in patients with essential hypertension with accompanied type 2 diabetes mellitus. Pharmacologic effects of metformin are connected with increasing of endothelial nitric oxide synthase, decreasing if inducible nitric oxide synthase, glicemic control, diminishing of insulin, glicated hemoglobine and insulinresistance indexes. Metformin as a first choice medicine for the patients with EH and T2DM doesn't cause and complication that leads to the cancelling of the treatment.

*Elochukwu Onyeka, Moses Ayodele Oke, Andriy Lepyavko*

**CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND HEART RATE VARIABILITY: GENDER ASPECTS**

Department of Internal Medicine № 2

The research supervisor: PhD, Prof. S.I. Smiyan

SHEI " I. Ya. Horbachevskiy Ternopil State Medical University

of MPH of Ukraine"

Ternopil, Ukraine

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is an important problem of medicine. Bronchopulmonary and cardiovascular systems have close morphological and functional connections. The influence of autonomous nervous system (ANS) on bronchial tonus and heart rate is well known. At the same time, available information sources rarely consider gender aspects in the research of heart rate variability (HRV) in patients with bronchial obstruction.

We examined 34 patients with COPD stage II-III in the phase of exacerbation, 19 of them were males ( $\text{♂}$ ) and 15 - females ( $\text{♀}$ ). The average age of  $\text{♂}$  was 58 years, of  $\text{♀}$  - 54 years. 78,9% of  $\text{♂}$  and 53,3% of  $\text{♀}$  were smokers. Control group consisted of 12 healthy persons (6  $\text{♂}$  and 6  $\text{♀}$ ). We estimated respiratory rate (RR), forced expiratory volume in 1 second (FEV1) and HRV parameters using timed and spectral analysis: heart rate (HR), total power of spectrum (TP) and its components in domain of very low (VLF), low (LF) and high frequency (HF), the ratio LF/HF.

It was found that  $\text{♂}$  and  $\text{♀}$  patients with COPD demonstrated decreased HRV, which correlated with the stage of the disease. Thus, with increase of COPD stage, we observed decreased TP of HRV mainly due to HF, meanwhile LF/HF ratio was increased. In  $\text{♂}$  such changes were significantly greater than in  $\text{♀}$  ( $p < 0,05$ ). HR and RR increased in proportion to the stage of COPD, gender differences were not statistically evident in this case.

We conclude that with the progression of COPD, a decrease of HRV in patients of both genders is present. In men such changes are more evident comparing to women. Analysis of HRV of patients with COPD regarding to their gender can enhance efficiency of treatment of this pathology as well as to predict, at least partially, development of complications.

*Guyvan Irina, Gardashova Jamila, Smirnova Victoria*

### **THE DEFINITION OF THE METABOLIC SYNDROME**

Department of Fundamentals of Internal Medicine #1, Fundamentals of Bioethics and Biosafety

The research supervisor : PhD, Prof. T.V. Ashcheulova

Kharkiv National Medical University

Kharkiv, Ukraine

Metabolic syndrome is a disorder of energy utilization and storage, diagnosed by a co-occurrence of three out of five of the following medical conditions: abdominal (central) obesity, elevated blood pressure, elevated fasting plasma glucose, and low high-density cholesterol (HDL) levels.

The principal symptom of metabolic syndrome is central obesity (also known as visceral, male-pattern or apple-shaped adiposity), overweight with adipose tissue accumulation mainly around the waist and trunk.

The exact mechanisms of the complex pathways of metabolic syndrome are under investigation. The pathophysiology is very complex and has been only partially elucidated. Most patients are older, obese, sedentary, and have a degree of insulin resistance. The most important factors are genetics, aging, diet (particularly sugar-sweetened beverage consumption), sedentary behavior or low physical activity, disrupted chronobiology/sleep, mood disorders/psychotropic medication use, and excessive alcohol use. There is debate regarding whether obesity or insulin resistance is the cause of the metabolic syndrome or if they are consequences of a more far-reaching metabolic derangement.

The major goal of treating metabolic syndrome is to reduce the risk of heart disease. Treatment is directed first at lowering LDL cholesterol and high blood pressure and managing diabetes (if these conditions are present). The second goal of treatment is to prevent the onset of type 2 diabetes. The main focus of treating metabolic syndrome is managing the risk factors that are within your control, such as overweight or obesity, an unhealthy diet, and an inactive lifestyle.

*Harkavenko Kateryna, Zienovieva Olga, Ambrosova Tatiana*

### **STUDYING OF THE AWARENESS OF TREATMENT OF THE PATIENTS WITH DUODENAL ULCER**

Department of Propedeutics of Internal Medicine #1, bases of bioethics and biosafety

The research supervisor: PhD, Prof. T.V. Ashcheulova

Kharkiv National Medical University

Kharkiv, Ukraine

**The goal:** To study the awareness of patients with duodenal ulcer (DU) of the treatment.

**Materials and Methods:** 32 patients (32- 48 years old) were examined comprehensively (12 men and 20 women). Diagnosis was based on conventional methods of clinical and instrumental examinations, Helicobacter pylori (Hp) diagnosis – cytology and ELISA. Medical history was clarified by using of the questionnaire, which we created. Ulcerative defect was detected in 28 patients, scarring bulbs - in 4 according to fibrogastroduodenoscopy (FGDS).

**Results:** The duration of the disease was  $11,4 \pm 3,8$  years, ulcer history  $7 \pm 4,2$ . The diagnosis was clarified  $3,5 \pm 2,4$  years after the complaint. 5 patients were suffering more than 15 years, the majority of patients - more than 5 years and 7 less than two years. 5 patients with an initial diagnosis of DU, that were not included in further research, used nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), patients did not associate their condition with using of NSAIDs. During careful interview, only 18 patients knew about role of Hp in duodenal ulcer. Only 15 patients were concerned about the presence of this pathogen. Most of surveyed people were puzzled when they were interviewed about the aspects of the previous therapy. 19 patients confirmed that antibiotics have been prescribed for the treatment of DU. 21 – metronidazole.

**Conclusions:** Unfortunately, we found out that patients almost don't aware of the role of Hp in the cases of DU, and don't interested in the therapy for today. That may affects the compliance adversely and violates integrity between doctors of different levels.

Ivasenko Tetiana, Filus Vanessa

**CONNECTION BETWEEN COFFEE CONSUMPTION AND GI-CANCER**

Department of Gastroenterology and Hepatology  
 Research Supervisor Dr.hab. K. Neubauer.  
 Uniwersytet Medyczny im.Piastow Slaskich we Wroclawiu  
 Department of Clinical Farmakology  
 Research Supervisor Prof. Samohalska O.Ye.  
 SHEI " I. Ya. Horbachevskyi Ternopil State Medical University  
 of MPH of Ukraine"  
 Ternopil, Ukraine

**BACKGROUND:** Coffee is one of the most popular beverages, with a yearly world average consumption of 1.1kg per capita, which reaches 4.5kg in industrialized countries .The potential role of coffee consumption in the development of various types of cancer has been extensively investigated in different studies.

**METHODS:** We examined data from meta-analyses of different cohort and case-control studies, covering EU, USA, Japan and Singapore. The studies involved each part of GI tract : esophagus, stomach , liver , pancreas and colon. A wide range of coffee consumers (from 1 to 4 cups of coffee or more) was examined .Some of the studies were multi-gender , other involved only women.

**RESULTS:** A literature survey pooled the data of 22 studies (17 case-control studies, 2 pooled analyses and 3 cohort studies; 14 originating from the USA and Europe) ,concerning **esophageal cancer**. They reported an unchanged, or reduced, risk of esophageal cancer with the consumption of 3 or more cups of coffee a day. Five meta-analyses reported a significant reduction in the risk of developing **liver cancer**. This risk reduction reached a mean value of 30% in coffee drinkers versus non coffee drinkers, with up to 55% lower risk in heavy coffee consumers (relative risk 0.45). A large Japanese cohort study, involving 102,137 participants followed over 11 years, did not observe an increased risk of **pancreatic cancer** with coffee consumption. The study even reported a reduced risk in men consuming 3 cups of coffee daily compared to non coffee drinkers. Meta-analysis of 5 cohort and 12 case-control studies, including, 192 cases of **colorectal cancer**, found a 24% lower risk (relative risk 0.76) in those with a high coffee consumption (at least 4 cups/day) compared to non-coffee drinkers. Several cohort studies in Poland, Sweden and Singapore were held .They revealed no visible connection between coffee-consuming and gastric cancer.

**CONCLUSION:** Findings from meta-analyses showed ,that there is a connection between coffee consumption and reduced risk of GI-cancer. However, the biochemical mechanisms and ethnical backgrounds remain to be explored.

Kochubiei Oksana

**ASSESSMENT OF LIPID METABOLISM USING CLUSTER ANALYSIS IN HYPERTENSIVE PATIENTS**

Department of Propedeutics of Internal Medicine #1, bases of bioethics and biosafety  
 The research supervisor: PhD, Prof. O.M. Kovalyova; PhD, Prof. T.V. Ashcheulova  
 Kharkiv National Medical University  
 Kharkiv, Ukraine

**The aim.** To investigate the parameters of lipid metabolism depending on the oncostatin M (OSM) level based on cluster analysis in hypertensive patients.

**Methods.** 103 hypertensive patients were examined.

All patients underwent complex clinical examination. OSM plasma level detected using ELISA.

**Results:** The result of clustering procedures depending on OSM plasma level. 1st cluster was formed 32 patients, OSM plasma level was 40.15 (30.65-46.28) pg/ml, 2nd cluster - 19 patients, OSM plasma level was 79.41 (50.14-7.,41) pg/ml and 3rd cluster - 52 patients, OSM plasma level was 11.72 (10.00-18.63) pg/ml. According to the obtained results, the 1st cluster was characterized by total cholesterol 5,67 (4,74- 6,45) mmol/L, triglyceride 2,75 (2,47-3,15) mmol/L, low-density lipoprotein-cholesterol (LDL)3,45 (2,53-3,86) mmol/L, very low-density lipoprotein-cholesterol (VLDL)1,25 (1,12-1,43) mmol/L, high-density lipoprotein-cholesterol (HDL) 1,05 (0,88-1,37) mmol/L. The 2nd cluster was characterized by total cholesterol 9,64 (7,51-9,64) mmol/L, triglyceride 3,72 (2,78-3,72) mmol/L, LDL 6,33 (4,70-6,33) mmol/L, VLDL 1,69 (1,26-1,69) mmol/L, HDL 1,62 (1,55-1,62) mmol/L. The 3rd cluster was characterized by total cholesterol 5,00 (4,33-5,47) mmol/L, triglyceride 2,37 (1,11-1,78) mmol/L, LDL 3,03 (2,52-3,38) mmol/L, VLDL 1,08 (0,50-1,26) mmol/L, HDL 1,15 (0,91-1,28) mmol/L.

**Conclusions.** In the 1st cluster, we observed the lowest values except of total cholesterol, triglyceride, LDL, VLDL. The 2nd cluster was characterized by the highest values except HDL. We found the lowest levels of total cholesterol, triglyceride, LDL, VLDL, among the 3rd clusters. The combination of adverse pathological changes lipid metabolism in patients 2nd cluster were detected,and OSM plasma level was most expressed in patients 2nd cluster.

*Kolesnik Alina, Manzhelii Victoria, Smirnova Victoria*

**ANALYSIS OF TACTICS ACHIEVE TARGET BLOOD PRESSURE LEVELS  
IN AN OUTPATIENT SETTING**

Department of Proupedeucic of Internal Medicine № 1, basis of Bioethics and Biosafety  
The research supervisor: PhD, Prof. T.N. Ambrosova  
Kharkiv National Medical University  
Kharkiv, Ukraine

**Objective:** To analyze the tactics to achieve target BP in an outpatient setting.

**Materials and Methods:** The analysis of 60 outpatients patients (age  $59,2 \pm 10,8$  years) with arterial hypertension (AH), 9 men and 51 women, in the outpatient department CGD №3 for 2013 - 2014gg.

**Results:** The initial target BP levels were 6.7% of patients. In assessing the tactics revealed that 15% of patients treated has not changed, 37% increased dose in 37% of the drug was administered an additional, 38% were replaced on the preparation of another class, 40% of the trade name changed, 10% of the dose was reduced. The number of drugs taken for the year has not changed ( $1,9 \pm 0,8$  and  $1,9 \pm 0,8$ ), while among the patients who need to achieve BP  $<130/80$  - decreased from  $2,3 \pm 0,8$  to  $1,9 \pm 0,8$  ( $p < 0.05$ ). Among the prescribed drugs 62% at baseline and 77% at the end of the year accounted for ACE inhibitors (ACE inhibitors); 43% and 37% - thiazide diuretics (TD); 42% and 48% - beta-blockers (BB); 27% and 28% - calcium antagonists (AK). By the end of the year only 15% of patients failed to achieve target blood pressure. The frequency of visits to the doctor patient was  $4,8 \pm 2,3$  times, reached the target BP level visits by doctors than those who have not reached ( $8,3 \pm 2,9$  and  $4,2 \pm 1,6$ ;  $p < 0.001$ ). Change of therapy was  $3,4 \pm 2,9$  times. Successfully treated with ACE inhibitors often taken (100% vs. 73% of patients not achieving target blood pressure) and TD (67% vs. 31%). The frequency of statin use on average was 20% in patients with an associated type 2 diabetes 27%.

**Conclusions:** The low frequency to achieve target BP in outpatient setting (7-15% of patients) due to lack of power augmentation therapy, insufficient use of combination therapy involving TD and AK.

*Kulakova Kateryna*

**STRATIFICATION APPROACH IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HYPERTENSION**

Department of Proupedeucic of Internal Medicine № 1, basis of Bioethics and Biosafety  
The research supervisor: PhD, Prof. T.N. Ambrosova  
Kharkiv National Medical University  
Kharkiv, Ukraine

Arterial hypertension is permanent increase of arterial pressure from 140/90 mm Hg and above. According to WHO data (2009) the increased arterial pressure became the reason of 13% of all death around the world. The analysis of an indicator of the general mortality in Ukraine testifies that mortality from diseases of the blood circulatory system makes 61,6%. The elevated pressure is one of three risk factors of coronary heart disease which can be controlled. Timely control of the pressure will help to reduce risk of diseases of kidneys.

For stratification of patients with hypertension on groups of risk use 4 criteria: the presence of established risk factors, the presence of other risk factors adversely affecting the prognosis, the presence of target organ damage, the presence of combined (associated) diseases. Established risk factors include: age over 55 years for men, over 65 years for women, smoking, high cholesterol  $> 6.5$  mmol / l, adverse family history of cardiovascular disease. Other factors negatively affecting the prognosis: include: glucose intolerance, obesity, high levels of fibrinogen, a sedentary lifestyle. Existence of defeat of target organs is established at identifying: left ventricular hypertrophy, proteinuria, presence of atherosclerotic plaques (carotid, iliac, femoral arteries and aorta), generalized or local narrowing of retinal artery. For the combined (associated) diseases include: cerebrovascular diseases, heart diseases, kidney diseases, cardiovascular diseases, severe retinopathy.

Depending on the above -mentioned factors in the development of hypertension, it's allocated 4-risk patients: low (the probability of emergence of cardiovascular complications for 10 years makes less than 15%), moderate (risk of cardiovascular complications makes 15-20%), high (risk of complications makes 20-30%) and very high (risk of complications –makes more than 30%). During treatment the patient can move from one degree of risk to another, which is important when assessing antihypertensive therapy.

Thus, the stratification approach in the diagnosis and treatment of hypertension provides identification of the factors of cardiovascular risk and target organ damage, that allows to identify patients of high and very high risk and predetermines the correct tactics of their treatment.



*Mbabazi Solomon, Pytetska N.*

**MODIFIED CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN HYPERTENSIVE POSTMENOPAUSAL WOMEN**

Department of Propedeutics of Internal Medicine #1, bases of bioethics and biosafety

The research supervisor: PhD, Prof. N.I. Pytetska

Kharkiv National Medical University

Kharkiv, Ukraine

Complications of hypertension are the most important reason of disability and mortality of population. Menopause is a natural change in a woman life when she stops having her menstrual period occurring exactly a year after her last normal cycle. This typical occurs in ones 40s or 50s though the average age occurs of menopause is 50. In postmenopausal period women have a high risk of the development of hypertension. The aim of our investigation was to identify main cardiovascular risk factors in hypertensive women with the age of more than 50 years old. Material and methods. 153 women with hypertension from 50 to 76 years old were examined. To identify main cardiovascular risk factors we used a questionnaire. Results. The mean age of women was  $62.1 \pm 1.2$  years old, the duration of hypertension was  $11.3 \pm 1.04$  years. I degree arterial hypertension was determined in 2% of women, II degree – in 19.6%, III degree – in 78.4%. After analysing of questionnaire answers we revealed that 3.9% of women smoked regularly, 66% – used alcohol drinks moderately. Often emotional stresses were fixed in 53.6% of women, excessive use of salt – in 41.8%. The antropometric data examination showed the normal weight in 9.1% of women, the excessive weight in 35.3% and 55% of women had obesity. 37.2% of women had the central type of adipose tissue distribution and 24.2% – had the peripheric one. Conclusions. It was established the III degree arterial hypertension prevalence among women with hypertension in postmenopausal period. The most important risk factors of arterial hypertension were obesity, emotional stresses, excessive use of salt.



# **Секція: Хірургічна патологія**





*Банадига Андрій, Тиш Юрій*

**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

Кафедра хірургії ННІПО

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. І. Я. Дзюбановський

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

КЗ ТОР «ТУЛ»

м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Хірургічні методи лікування панкреатиту (П) залежать від форми, наявних ускладнень, порушення функції підшлункової залози(ПЗ). Блискавичний перебіг деструктивних форм П вимагає вчасної і адекватної хірургічної допомоги, важливість визначення її об'єму часто має вирішальне значення.

**Мета:** проаналізувати ефективність хірургічного лікування, ведення післяопераційного періоду у конкретного хворого з гострим деструктивним П.

**Матеріали і методи.** Пацієнту Є.О.(медична карта № 02/11727), який знаходився на лікуванні у хірургічному відділенні КЗ ТОР «ТУЛ» протягом 92 днів, виконаний повний комплекс обов'язкових лабораторно-інструментальних методів обстеження, проведено хірургічне і консервативне лікування.

**Результати.** Пацієнт поступив в клініку на 3-й день захворювання, коли проведено втручання-лапароцентез, дренивання черевної порожнини (ДЧП). Гнійно-септичні ускладнення мотивували проведення повторного операційного втручання на 20-й день захворювання: розкриття та дренивання абсцесу ПЗ, некрсеквестректомія, розкриття та дренивання флегмони заочеревинного простору; на 64-й день: лапаротомія, розкриття і дренивання абсцесу лівого піддіафрагмального простору, некрсеквестректомія, лаваж, ДЧП. Консервативна терапія: антисекреторна, в тому числі двічі вводився соматулін, дезінтоксикаційна, антибактеріальна, гемостатична, замісна, плазмозаміщення. На УЗД при виписці- порожнинних утворів в ПЗ, вільної рідини в черевній порожнині-не виявлено.

**Висновки.** Ефективність хірургічного втручання при П залежить від термінів госпіталізації, раціонального вибору обсягу втручання та адекватності медикаментозного супроводу в післяопераційному періоді.

*Бельський Сергій, Базелюк Олександр, Соловей Юрій*

**СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ РІЗНИХ СТУПЕНІВ ВАЖКОСТІ В ЕКСПЕРИМЕНТІ**

Кафедра догляду за хворими та ВМО

Науковий керівник: канд. мед. наук Ю.М. Соловей

ДВНЗ України "Буковинський державний медичний університет"

м. Чернівці, Україна

Відомо, що існуючі моделі експериментального абдомінального сепсису (АС) мають ряд недоліків: відсутність чіткої клінічної картини та фазності перебігу, ступеня важкості АС. Тому метою роботи була розробка адекватної експериментальної моделі, яка максимально тотожна АС в людини. Експериментальні дослідження виконані на 116 білих нелінійних щурах. Тварин виводили із експерименту під наркозом шляхом декапітації, проводили макроскопічний опис органів і тканин черевної порожнини, забирали ексудат черевної порожнини для мікробіологічного дослідження, проводили гістологічне дослідження парієтальної очеревини, печінки, нирок, селезінки, тимусу та периферичних лімфовузлів. Нами розроблений спосіб моделювання АС (патент № 54919), який полягає в наступному: після знечуження виконують середину лапаротомію. Відступивши 1см дистальніше ілеоцекального кутика голкою в діаметрі 2 мм робили прокол стінки сліпої кишки, після чого через просвіт голки заводили катетер в діаметрі 1,8 мм на 4-5 см у висхідну частину ободової кишки. Голку видаляли, а катетер фіксували до стінки сліпої кишки серозном'язовим кисетним швом, вільний кінець якого виводили в черевну порожнину. У подальшому внутрішньоочеревинно в різні відділи вводили свіжеприготовлений (профільтрований через 4 шари марлі) розчин автокалу різної концентрації (7,5 %, 15 %, 30 %) з розрахунку 0,5 мл на 100 г маси щура. Рану пошарово ушивали. Вивчали летальність. Встановлено, що при використанні 7,5 % автокалу (легка ступінь), летальність на 12 год. склала 8,3 %, на 24год. – 13,3 % на 48год. -27,7 %, при застосуванні 15 % автокалу (середній ступінь) летальність на 12 год. склала 58,3 %, на 24год. – 40 % на 48год. -50 %, при застосуванні 30% автокалу (тяжка ступінь), летальність на 12 год. склала 83 %, на 24год. – 90 % на 48год. -100 %. Таким чином, розроблена експериментальна модель дозволяє вивчати АС, його фази перебігу при різному ступені тяжкості.

*Боброва Алла*

**ПРИЧИНИ РОЗВИТКУ РЕЦИДИВУ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ В БАСЕЙНІ  
МАЛОЇ ПІДШКІРНОЇ ВЕНИ**

Кафедра хірургії та трансплантології  
Науковий керівник: П.І. Нікульников  
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології  
імені О.О. Шалімова" НАМН України  
м. Київ, Україна

Частота рецидиву варикозної хвороби (РВХ) нижніх кінцівок після видалення малої підшкірної вени (МПВ) коливається в межах 22-38,7 % [1,3], приводячи до розвитку венозних виразок у 5% хворих [2].

**Метою** дослідження було виявлення основних причин розвитку рецидиву варикозної хвороби після хірургічного лікування.

**Матеріали та методи.** Обстежено 57 хворих з РВХ в басейні МПВ після хірургічних втручань, виконаних 3 місяці - 5 років тому. Вік хворих коливався від 21 року до 68 років, (у середньому 44,5 ± 13,9 року). Чоловіків було 20 (35,09 %), жінок - 37 (64,91 %). Основним методом інструментальної діагностики було колірне дуплексне сканування (КДС) на апараті «EnVisor» фірми Philips (Голландія).

**Результати дослідження.** Рецидив варикозу в результаті рефлюксу крові по довгій культурі МПВ при її високому впадінні відзначали у 29 (50,88 %) пацієнтів. У 12 (41,38 %) з них РВХ був виявлений в терміни від 3 до 5 місяців після ізольованого видалення великої підшкірної вени (ВПВ), що свідчило про недостатнє передопераційне обстеження хворих.

У 11 (19,29 %) пацієнтів реєстрували неусунений рефлюкс крові по вені Giacomini, який в 9 (81,82%) випадках поширювався з варикозно зміненої ВПВ, у 2 (18,18 %) хворих - з гілок вени Giacomini при наявності антигравітаційного висхідного рефлюксу через неспроможне сафенопоплітеальне співв'язування.

У результаті неправильної інтерпретації анатомії варикозного розширення вен в передопераційному періоді у 5 (8,77 %) хворих РВХ був обумовлений рефлюксом крові через перфоранти підколінної ямки, при цьому у всіх випадках раніше було виконано видалення МПВ.

**Висновки:**

1. У більшості випадків РВХ розвивається внаслідок помилок, допущених під час передопераційної діагностики і в ході операції.

2. Профілактикою РВХ є об'єктивне дослідження топографії МПВ і встановлення джерел рефлюксу крові по підшкірній системі з використанням КДС.

*Бовгар Владислав, Назимок Євгенія*

**ВІДОМОСТІ ЩОДО ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО НЕЙРОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ  
ДИСКОГЕННИМ НЕЙРОКОМПРЕСІЙНИМ СИНДРОМОМ  
ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА**

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії  
Науковий керівник: канд. мед. наук Є.В. Назимок  
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
м. Чернівці, Україна

**Актуальність.** Дискогенні нейрокомпресійні синдроми (ДНКС) попереково-крижового відділу хребта посідають перше місце в структурі неврологічних захворювань і друге – в структурі патології опорно-рухового апарату дорослого населення економічно розвинутих країн (Зозуля Ю.А. та ін., 2006).

**Мета:** Вивчити методи корекції у хворих з ДНКС.

**Методи дослідження:** Для виявлення амплітуди рухомості суміжних хребців, поперекового відділу хребта використовують спондилографію з функціональним навантаженням; для визначення розміру грижі, її локалізації, розташування у хребтовому каналі, ступеня дегенеративних змін зв'язкового апарату застосовують спіральну комп'ютерну томографію; для визначення ступеню дегідратації міжхребцевого диску – магніторезонансну томографію (МРТ); пункційну лазерну мікродискектомію використовують для видалення форамінальних гриж міжхребцевих дисків за умови максимально точного встановлення голки до основи грижі.

**Результати досліджень.** За даними літератури серединно розташовані грижі розміром 6–8 мм підлягають пункційній лазерній мікродискектомії за відсутності ознак їх секвестрації (Reulen H.-J., et al., 2009). Встановлено, що пункційна лазерна мікродискектомія суттєво не впливає на стабільність хребтово-рухового сегменту. Пункційна лазерна мікродискектомія є ефективною у хворих з форамінальними грижами міжхребцевих дисків за умови максимально точного встановлення голки до основи грижі. Науково обґрунтоване розширення відносних показань та звуження кола протипоказань до виконання пункційної лазерної мікродискектомії. На підставі порівняльного аналізу встановлено, що запальна реакція з боку тканин, які оточують міжхребцевий диск, менш виражена після застосування діодного лазера (Kalichman L. et al., 2008).

**Висновки.** Мікродискектомія зі збереженням жовтої зв'язки попереджає формування перидурального і перирадикулярного рубців, попереджає компресію нервових структур гематомою в рані.

*Бовгар Яніна, Назимок Євгенія*

**ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТРОМБОФЛЕБІТУ**

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії  
Науковий керівник: канд. мед. наук Є.В. Назимок  
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
м.Чернівці, Україна

Відомо, що венозний тромбоз судин призводить до порушення їх повної або часткової прохідності, з запаленням стінки. Доречно зазначити, що запалення венозної стінки на тлі ін'єкцій або інфузій препаратів з агресивними властивостями може бути первинним і призводити до тромбозу і, навпаки, флеботромбоз може ускладнитися запаленням і трансформуватися у тромбофлебіт (Ватутин Н.Т. та ін., 2008).

Тромботичні захворювання глибоких та поверхневих вен є досить розповсюдженою патологією. Згідно з даними літератури, цю патологію діагностують у 10-20% населення. У 30-50 % випадків варикозна хвороба поверхневих вен ускладнюється тромбофлебітом. Якщо тромботичний процес локалізований в глибоких венах нижньої кінцівки, в клубових венах або нижній порожнистій вені виникає небезпека тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) (Криса В.М. та ін., 2009). Близько 6 % випадків ТЕЛА призводять до раптової смерті хворого. Тромботичні захворювання вен нижніх кінцівок викликають інвалідизацію у 40-60 % хворих протягом трьох років.

Сучасним методом вибору хірургічного лікування при великому варикозному розширенні вен є мініфлебектомія. Варикозні вени видаляються через проколи шкіри під місцевою анестезією. При цьому залишаються непомітні рубці розміром 1-2 мм, які практично не видно через 3-6 місяців. Втручання проводиться амбулаторно або з госпіталізацією на один день. Ходити пацієнт може вже в перший день після операції, працювати через 3 дні. Це хірургічне лікування тромбофлебіту з використанням мікророзрізів. Мініфлебектомія виконується при великому діаметрі підшкірних вен, якщо не підходять інші методи лікування. Для виконання цієї операції застосовуються проколи і спеціальні інструменти, які роблять сліди від втручання абсолютно непомітними вже через кілька місяців. Великі розрізи і післяопераційні болі пішли в минуле (Чернуха Л.М. та ін., 2008).

Отже, в оперативному лікуванні варикозної хвороби йде постійний пошук нових технологій, які б дозволяли досягти високого косметичного результату.

*Боднар П.*

**ПРОФІЛАКТИКА РЕТРОМБОЗУ ГЛИБОКИХ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК  
НИЗЬКОМОЛЕКУЛЯРНИМИ ГЕПАРИНАМИ**

Кафедра хірургії №1 з урологією імені професора Ковальчука Л.Я.  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Частота виникнення тромбозу глибоких вен у світі щорічно становить 100-160 випадків на 100 000 населення. Незважаючи на сучасні методи консервативної терапії до 80 % тромбозів глибоких вен ускладнюється післятромбофлебітичним синдромом, а 20 % з яких ускладнюється ретромбозом, що призводить до зниження працездатності та якості життя хворих. З метою вторинної профілактики ТГВ використання низькомолекулярний гепаринів (НМГ), може бути доцільним оскільки не вимагають обов'язкового лабораторного моніторингу.

Проведено обстеження та лікування: 16 (64%) чоловіків і 9 (36%) жінок у віці від 46 років до 68 років. Усі пацієнти були розподілені на 2 групи. I група включала 11 (44%) пацієнтів, які після отримання консервативної терапії у стаціонарі амбулаторної отримували терапію 3/4 лікувальної дози (проміжна доза) НМГ. II група включала 14 (56%) пацієнтів, які отримували терапію варфарином під контролем міжнародного нормалізованого відношення. Курс лікування складав від 3 до 6 міс залежно від характеру захворювання. Після виписки із стаціонару у 1 (9%) пацієнта I групи відмічено ускладнення - рецидивуюча носова кровотеча. У 1 (7%) пацієнта II групи виник епізод макрогематурії. Обидва пацієнти внаслідок виявлення вищеписаних ускладнень самовільно припинили прийом антикоагулянтів, що в послідовному призвело до ретромбозу глибоких вен нижніх кінцівок. В результаті дослідження можна стверджувати, що вторинна профілактика ТГВ проміжними дозами НМГ не перевищує геморагічні ускладнення, ніж терапія антагоністами вітаміну К і може використовуватися за умов неможливості обов'язкового лабораторного моніторингу.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Буднік Дмитро, Забавська Олена*

### **ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ГОСТРИЙ ВИСХІДНИЙ ТРОМБОФЛЕБІТ – ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ**

Кафедра загальної та малоінвазивної хірургії  
Науковий керівник, д-р мед. наук, проф. І.К. Венгер  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Частота діагностики ГТФ при ГВТФ знаходиться на рівні 6,8 – 40 %. І, можливо, тому у 5,6 – 28 % пацієнтів із ГВТФ діагностують симптоми ТЕЛА, а деякі дослідники, стверджують, що частота розвитку ТЕЛА досягає 33,3 %.

**Мета роботи.** Вивчити особливості розвитку тромботичного процесу в системі підшкірних вен нижніх кінцівок в післяопераційному періоді та розробити алгоритм лікувальних заходів в залежності від поширеності тромботичного процесу.

**Матеріали та методи дослідження.** Під наглядом знаходились 278 хворих, у яких у післяопераційному періоді розвинувся гострий висхідний тромбофлебіт. Серед оперативних втручань були операції на органах черевної та грудної порожнини, кульшовому суглобі. Гострий висхідний тромбофлебіт діагностовано у 127 пацієнтів на 3 – 4 добу післяопераційного періоду, у 114 – на 5 – 6 добу і у 37 – пізніше 7 доби після оперативного втручання.

**Результати та обговорення.** Оперативне лікування ГВТФ I групи пацієнтів розпочинали із кросектомії і тромбектомію із загальної стегнової вени (81 спостереження) і подальшим видаленням основного стовбура ВПВ (58 випадки) або коротким стріпінгом і дистальною склерооблітерацією (23 спостережень). В об'єм хірургічних маніпуляцій на венозній системі ВПВ входили флектомія тромбованих приток (15 випадків) та резекція або екстирпація перфорантів (14 спостережень). Методом лікування у пацієнтів II групи була кросектомія з флектомією, що доповнювалась операцією Нарата і виконувалась у перші 24 години з моменту діагностики. У пацієнтів III гр. у зв'язку із виявлення венозного рефлюксу, як ведучого гемодинамічного фактору тромбоутворення, була необхідність термінового оперативного втручання у хворих на ГВТФ нижньої третини стегна та верхньої третини гомілки при розповсюдженому рефлюксі ВПВ. Слід вказати, що показом до невідкладного хірургічного втручання у виділеній групі пацієнтів було не тільки висхідний характер ГВТФ та наявність флотуючого тромба, але й неспроможність перфорантів Додда та Гантера, ізольований ГВТФ вени Джакоміні, що має зв'язок із гирлом МПВ, і є загроза поширення тромботичного процесу на підколінну вену та стовбур ВПВ. Обсяг та вид операцій у пацієнтів четвертої групи включав кросектомію, флектомією, міні-Лінтон, видалення вени Леонардо та операцію Нарата.

**Висновки.** Оперативне лікування післяопераційного ГВТФ попередило розвиток ТЕЛА.

*Вавринчук Максим, Миколайчук Богдан*

### **МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИЧНОЇ РОБОТЕХНІКИ В УКРАЇНІ. ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ КОМП'ЮТЕРНОЇ СИСТЕМИ «DA VINCI»**

Кафедра Хірургії №2  
Науковий керівник: канд. мед. наук. Форманчук Т.В.  
Вінницький національний медичний університет  
імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Надзвичайно важливим в наш час залишається питання впровадження в практичну медицину малоінвазивної хірургії. Сучасні світові тенденції передбачають використання комп'ютерної роботехніки, віртуальних маніпуляторів та інших систем для проведення надскладних операцій у різноманітних галузях хірургії.

**Мета:** Популяризація впровадження комп'ютерної роботехніки в українській системі охорони здоров'я на прикладі огляду системи «da Vinci».

**Матеріали та методи:** Детально опрацювавши значну кількість наукових джерел (як зарубіжного, так і вітчизняного авторства), ми прийшли до висновку, що комп'ютерна роботизована система «da Vinci» має цілий ряд переваг порівняно із звичайними методами оперативних втручань, які в теперішній час переважно застосовуються в Україні. Це спрощення багатьох уже розроблених оперативних втручань; можливість виконання нових мініінвазивних процедур (при цьому складні мініінвазивні операції стають практично рутинними); зручні умови і особиста безпека роботи хірурга; значне зниження ризику розвитку післяопераційних ускладнень.

**Результати та висновки:** На прикладі більш розвинених країн доведено, що застосування в медицині роботизованої апаратури (такої, як робот «da Vinci») дає можливість виконувати лікувальні маніпуляції, які до цього були неможливі при застосуванні будь-яких інших методів. Тому ми вважаємо, що в Україні має сенс впровадження застосування таких роботехнологій у високоспеціалізованих клініках третього та четвертого рівня для того, щоб наші громадяни мали можливість лікувати більшість хірургічних захворювань у власній країні, а не їхати для цього за кордон.



*Буката Володимир, Данилюк Любомир*

## **РОЛЬ ЛАПАРОСКОПІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ОЧЕРЕВИНИ**

Кафедра хірургії № 2

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. І.М. Дейкало  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Спайкова хвороба очеревини (СХО) є однією із складних і до кінця не вирішених актуальних проблем абдомінальної хірургії. За даними авторів у 93% хворих які мали в анамнезі оперативні втручання розвивається спайковий процес, що у 55% пацієнтів здатний призвести до гострої спайкової кишкової непрохідності (ГСКН). У більшості випадків СХО вимагає хірургічного втручання. Проте лапароскопія в діагностиці та лікуванні цієї патології має певні обмеження і протипокази. Вирішення питання про використання лапароскопічного адгезіолізу при СХО потребує подальшого вивчення та аналізу.

**Мета роботи:** вивчити ефективність лапароскопії в діагностиці та хірургічному лікуванні спайкової хвороби очеревини.

**Матеріали і методи.** Проаналізовані результати лікування 150 хворих на СХО в хірургічному відділенні Тернопільської міської комунальної лікарні швидкої допомоги за період з 2011 по 2014 рік. Діагностика хворих проводилась згідно протоколів надання медичної допомоги хворим на гостру кишкову непрохідність.

**Результати.** У 66 (47,1%) хворим із СХО проведено консервативне лікування, яке принесло позитивний результат, а 84 (52,9%) хворих – оперовані. ГСКН ліквідована у 56 хворих за допомогою лапароскопічних методик.

Оперативне втручання розпочинали з діагностичної лапароскопії з подальшим визначенням причин характеру непрохідності та можливості її лапароскопічної ліквідації. Основними умовами проведення лапароскопічної операції були: перша стадія кишкової непрохідності, «ілеусного крику», та відсутність верхньо–серединної або тотальної лапаротомії в анамнезі. Введення відеопорта в черевну порожнину та створення пневмоперитонеума проводили за методом Хассона. У хворих, яким в анамнезі проведено нижньо-серединну лапаротомію відеопорт інсталиували над пупком, в інших випадках під пупком. Додаткові порти встановлювали після панорамної лапароскопії з'ясування причини ГСКН. Ревізію тонкої кишки проводили від зв'язки Трейца до ілеоцекального кута, чи навпаки. Роз'єднання спайок проводили ножицями, в окремих випадках використовували технологію Liga–sure. У двох пацієнтів у яких інтраопераційно були сумніви щодо життєздатності кишки, в черевній порожнині залишали відеопорт з метою спостереження за стінкою кишки. Контрольна лапароскопія на другу добу після операції показала повне відновлення життєздатності кишки. У 3-х хворих в анамнезі яких не було операцій на органах черевної порожнини причиною кишкової непрохідності були спайки Лейна. В одному випадку причиною завороту тонкої кишки був дивертикул Меккеля, який шнуровидним тяжем був фіксований до пупка. Дивертикул видалено лапароскопічно.

У жодному випадку конверсій на лапаротомію не було. Тривалість операції складала від 15 хвилин до 65 хвилин. Ускладнень не спостерігали. Середній ліжко день склав 3, 5.

**Висновки.** Таким чином лапароскопічний адгезіолізис є високоефективним у лікуванні гострої спайкової кишкової непрохідності. Перевагами лапароскопічного адгезіолізу є мініінвазивність, відсутність типових для лапаротомії ускладнень та швидка реабілітація хворих, що знижує вірогідність рецидиву спайкового процесу.

*Бурак Андрій*

**ВИВЧЕННЯ ГІСТОЛОГІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ПЕЧІНКИ У ФОРМУВАННІ  
СИНДРОМУ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

Кафедра хірургії №1 з урологією  
Науковий керівник: д-р. мед.наук, проф. А.Д. Беденюк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Цироз печінки в більшості випадків є головною причиною розвитку синдрому портальної гіпертензії. На сьогодні до кінця не вивчені морфологічні закономірності розвитку синдрому портальної гіпертензії.

Метою роботи було визначення гістологічної активності печінки у хворих з синдромом портальної гіпертензії.

Досліджено гістологічну структуру печінки у хворих на різних етапах формування синдрому портальної гіпертензії. Визначення гістологічної активності проводилось у групах пацієнтів: I група (n=38) – хворі з діагнозом: хронічний гепатит – без клінічних проявів синдрому портальної гіпертензії, II група (n=42) – хворі з хронічним гепатитом з трансформацією в цироз з клінічними проявами синдрому портальної гіпертензії (варикозне розширення вен стравоходу і/чи кардії, спленомегалія, асцит), III група (n=34) – хворі з ускладненою портальною гіпертензією на основі цирозу печінки (кровотеча з варикозно-розширених вен стравоходу і/чи кардії, гіперспленізм). Контрольна група (n=30) – фізично здорові особи віком 23-37 років.

Гістологічну активність досліджено за допомогою алгоритму математичної моделі розрахунку біохімічних показників крові, даних анамнезу захворювання та конституційних параметрів ("FibroTest").

Згідно отриманих даних дослідження у хворих на визначення гістологічної активності печінки встановлено, що у хворих I групи середні значення індексу фібротесту знаходились в межах  $0,51 \pm 0,07$ . Це відповідає класу F2 стадії формування фіброзу печінки шкали METAVIR, що характеризується наявністю портального і перипортального фіброзу з поодинокими септами.

У хворих II групи індекс фібротесту уже становив  $0,72 \pm 0,09$ . Такі значення індексу відповідають класу F3 стадій фіброзу печінки шкали METAVIR. Для цього класу характерні уже поширений портальний і перипортальний фіброз з множинними септами.

Найвищі значення індексу фібротесту були саме у III групи хворих і відповідали класу F4 шкали METAVIR. Саме цей клас характеризував у пацієнтів крайню форму фіброзу печінки – цироз.

Методом аналізу лабораторних показників оцінено гістологічну активність печінки у хворих з синдромом портальної гіпертензії. Встановлено, що у хворих на доклінічній стадії синдрому портальної гіпертензії має місце портальний і перипортальний фіброз з поодинокими септами, у стадії розгорнутої клінічної картини – портальний і перипортальний фіброз з множинними септами, а у стадії ускладнень цироз печінки.

*Васенко Михайло*

**ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ЛАПАРОСКОПІЧНИЙ ТРЕНАЖЕР ДЛЯ ВІДПРАЦЮВАННЯ БАЗОВИХ ВПРАВ**

Кафедра загальної хірургії  
Науковий керівник: ас. А.М. Форманчук  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Одним із перспективним напрямків в хірургії є лапароскопічні та роботизовані оперативні втручання. Враховуючи складність опанування та необхідність маніпулювати інструментами обома руками в лапароскопії, в навчальному процесі постає необхідність створення нових методів відпрацювання практичних навичок. Комерційні тренажери часто є малодоступними, їх неможливо застосовувати поза межами тренінгових центрів [Дземешкевич С., 2013; Горшков М.Д., 2010; Sherman V., 2005].

**Мета:** розробити індивідуальний лапароскопічний тренажер та довести ефективність його використання.

**Матеріали і методи:** Запропоновано корисну модель індивідуального лапароскопічного тренажера для відпрацювання базових навичок роботи із інструментами. 10 студентів III курсу ВНМУ ім. М.І.Пирогова виконали по дві базові вправи: перекладання кілець і вирізання кола по наміченій межі. За допомогою секундоміра виміряно час виконання вправ. Статистична оцінка даних проводилась з допомогою t- критерія Ст'юдента.

**Результати:** Після нетривалих тренувань всі студенти легко налаштовували тренажер та справились із виконанням завдань. Середній час виконання вправи перекладання кілець склав –  $3,12 \pm 0,49$ хв., середній час виконання вправи вирізання кола по наміченій межі склав –  $4,01 \pm 0,28$ хв. Позитивною оцінкою виконання вправи є час виконання до 5 хвилин. Час виконання вищеперерахованих вправ на запропонованому персональному лапароскопічному тренажері в порівнянні із стандартним часом для виконання подібних вправ достовірно не відрізнявся ( $p > 0,05$ ).

**Висновки:** Запропонований індивідуальний лапароскопічний тренажер є компактним, простим у виготовленні та зручним у роботі. Час виконання базових вправ достовірно не відрізняється від такого при застосуванні комерційних тренажерів ( $p > 0,05$ ). Індивідуальний тренажер дозволяє опанувати та відпрацювати базові практичні навички для студентів, інтернів, молодих спеціалістів поза межами спеціальних тренінгових центрів.

*Варварич Ірина*

**ЛІКУВАННІ ГЕМАНГІОМ М'ЯКИХ ТКАНИН ЛИЦЕВОГО ВІДДІЛУ ГОЛОВИ В ДІТЕЙ**

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Б.М. Боднар  
Буковинський державний медичний університет  
м. Чернівці, Україна

**Вступ.** Гемангіома лицевого відділу голови, яка зустрічається у 32,6% хворих розміщується переважно в м'яких тканинах, рідко коли проростає в кістки, відноситься до доброякісних пухлин і складає труднощі при виборі методу лікування.

**Мета.** Вивчити найбільш часту локалізацію гемангіом в залежності від віку та покращити ефективність лікування доброякісних новоутворень обличчя за допомогою кріоаплікаційного методу.

**Матеріали і методи.** За останні 5 років в клініці дитячої хірургії Буковинського державного медичного університету обстежено 563 хворих у віці від 10 днів до 13 років, хлопчиків – 152, дівчаток – 411. Гемангіоми щелепно-лицевого відділу голови зустрічались у 32,6%, з них повіки-15%, чоло-12,4%, ніс -12,9%, вухо-9.1%, голова-26%, обличчя-13,4%.

**Результати та обговорення.** Обстежено дві групи хворих від 6 міс. до 5 років. До першої групи хворих з простими гемангіомами ввійшло 20 дівчаток, а до другої – 20 дівчаток з кавернозними гемангіомами. Після встановлення діагнозу перед сеансом кріодеструкції, шкіра піддавалася спеціальній санації розчином антисептиків, робочі насадки, розроблені нами, перед процедурою підбирались відповідно утворення, оброблялися 96<sup>0</sup> спиртом. Лікування проводили за допомогою кріоапарату "Іній". Для проведення кріодеструкції достатньо контакту насадки з поверхнею пухлини. При використанні різних за формою та розмірами насадок експозиція не мінялась. Оцінку методу лікування проводили по строках появи набряку, часу появи сухого струпу, крайової епітелізації та термінах лікування.

Лікування дітей з гемангіомами розпочинали з експозицією від 30 до 50 сек., в залежності від розмірів та її локалізації. Через 2-3 години після кріодеструкції спостерігається утворення міхура з серозно-геморагічним вмістом, по формі та розмірах відповідно кріозонду. Набряк зберігався до 2-3 діб. Утворення сухої кірочки відмічається на 5-6-ту добу. Епітелізація під струпом проходить до 12 діб. В період утворення міхура місце кріодеструкції обробляли розчином діамантового зеленого. В подальшому при появі струпу використовували вінілін. Хороший косметичний ефект отриманий у 88% дітей.

**Висновки.**

1. Кріогенний метод не вимагає знеболення, не викликає запальної реакції, кровотечі, дозволяє економити час лікування, за рахунок розроблених насадок забезпечує кріодію відповідно формі і розмірам пухлини не виходячи за її межі.
2. Кріоаплікаційний метод з використанням хладагента, рідкого азоту, може знайти широке використання в поліклінічних умовах.
3. Відсутність ускладнень, келоїдних рубців, хороших косметичних результатів підтверджує свої переваги перед існуючими методами і з успіхом може бути методом вибору в комплексному лікуванні гемангіом м'яких тканин як у дорослих так і в дітей.

*Виваль Микола*

**ВТОРИННА ГЕМОРАГІЧНА ПРОГРЕСІЯ ВОГНИЩ ЗАБОЮ ГОЛОВНОГО МОЗКУ  
У ПАЦІЄНТІВ З ЧМТ**

Кафедра нейрохірургії

Науковий керівник: д-р. мед. наук, проф. М.Є. Поліщук  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика  
м. Київ, Україна

**Актуальність.** Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є найчастішою причиною втрати працездатності внаслідок травматизму, що зумовлює фізичні, когнітивні, поведінкові та емоційні розлади, інколи довічні. Майже 50% пацієнтів, яких виписують після госпіталізації з приводу ЧМТ, встановлюють довгострокову інвалідність. ЧМТ включає численні типи ушкодження тканини головного мозку (ГМ), в тому числі один з найтяжчих — забій ГМ. При забоях ГМ геморагічне ушкодження часто прогресує протягом кількох годин після травми, крім того можливе виникнення нових вогнищ, віддалених від місця первинного ушкодження, тобто, вторинна геморагічна прогресія вогнищ забою (ВГПЗ) Профілактика, виявлення та визначення лікувальної тактики при вторинній геморагічній прогресії забоїв головного мозку є актуальним для нейротравматології.

**Мета.** Проаналізувати перебіг лікування пацієнтів з вторинною геморагічною прогресією забоїв (ВГПЗ) та порівняти їх із контрольною групою пацієнтів, в яких дане ускладнення не виникло.

**Матеріали та методи.** Проаналізовані результати клінічного та нейровізуалізаційного досліджень 110 хворих, госпіталізованих у відділення реанімації та інтенсивної терапії, а також перше нейрохірургічне відділення Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (КМКЛ ШМД) у 2010–2013 рр. Статистична обробка результатів проведена з використанням програми SPSS Statistics 17.0. Дані перевіряли на правильність розподілу з визначенням критерію Колмогорова – Смірнова. За відсутності нормального розподілу використовували непараметричні методи статистики. Вірогідність різниці між вибірками визначали з використанням U-критерію Манна–Уїтні.

**Результати.** У 46 (43±4,7) % пацієнтів за даними КТ виявлена ВГПЗ під час їх лікування, з них у 7 (15±3,4)% — без прогресування неврологічних симптомів. Дані пацієнти склали дослідну групу. 64 пацієнти увійшли в групу контролю без ВГПЗ. Медикаментозна терапія ВГПЗ виявилася неефективною у 19 (17±3,5) % пацієнтів через рефрактерність до корекції ВЧГ — у 10 (9%±3,0)%, збільшення вогнищ забою і субдуральної гематоми з вираженою компресією — у 9 (8±2,9)%. Цим хворим проведено подальше хірургічне втручання, в усіх здійснено декомпресивну трепанацію черепа. Моніторинг ВЧТ проведений у 18 хворих, в тому числі у 12 (11±3,1) % — при ВГПЗ та у 6 (5±2,7)% — без ВГПЗ ( $p < 0,001$ ) Смертність була вищою серед пацієнтів дослідної групи 21 (20±1,7) % проти 7 (6±2,4) % у групі контролю. У 4 пацієнтів із забоями ГМ встановлені безпосередні показання до оперативного втручання після госпіталізації внаслідок прогресуючого порушення свідомості та вираженого компресійно-дислокаційного синдрому, в яких в подальшому з'явилися ознаки ВГПЗ.

ВГПЗ спричиняє значно гірший клінічний перебіг ЧМТ і підвищує рівень смертності потерпілих, про що повідомляють й інші автори (Engstrom, Yadav) Оскільки пацієнти перебувають в лікувальних закладах під час виникнення цього вкрай несприятливого ускладнення, його можна попередити за умови чіткого уявлення про молекулярні механізми та гемодинамічні зміни, що його спричиняють, та проведення раціональної терапії.

**Висновки.**

1. Пацієнти із забоями головного мозку, в яких мала місце ВГПЗ мають значно більший ризик несприятливого результату лікування (тривалішого перебування на стаціонарному лікуванні, вищий ризик ДТЧ та смерті)

2. Враховуючи факт незаперечно гіршого прогнозу у хворих із ВГПЗ необхідно створити алгоритми по їх веденню, для зменшення госпітальної смертності пацієнтів з ЧМТ.

*Висоцький Артур*

**ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ БОЛЮ В ПЕРЕДНЬОМУ ВІДДІЛУ КОЛІННОГО СУГЛОБА ПРИ  
ВИКОНАННІ ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБА**

Кафедра травматології та ортопедії  
Науковий керівник: канд. мед. наук. В.В. Лиходій  
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця  
м. Київ, Україна

**Вступ:** сьогодні одним з найбільш ефективних методів лікування вираженого гонартрозу при неефективній консервативній терапії є тотальне ендопротезування (ТЕП) колінного суглоба (КС). За різними джерелами частота виникнення переднього болю у передньому відділі КС (БПВКС) після ТЕП складає від 10 до 18 %.

**Матеріали і методи:** проведено аналіз літератури, присвяченій вивченню болю в ПВКС при ТЕП КС за 2009-2014 роки. Загальна кількість хворих – 907, чоловіків – 389 (43 %), жінок – 518(57 %), усім виконано ТЕПКС з приводу ОА КС 3-4 ст.

**Результати.** Частота виникнення БПВКС у пацієнтів без ЗСПН - 11,6 %, яким було виконано ЗСПН - 11,3 %. БПВКС у пацієнтів в обох групах (з та без ЗСПН зумовлений: 1) тібіально-фemorальною нестабільністю; 2) дизайном протеза, що не відповідає функціонуванню суглоба (у чоловіків більший розмір стегнової кістки (передньо-задній розмір, міжнадвиросткова ширина, висота латерального і медіального виростків), у жінок міжвиросткова борозна ротована дещо назовні відносно надвиросткової осі, у чоловіків – всередину, більше значенню Q-кута; 3) патологічною внутрішньою ротацією стегнового компоненту; 4) невідповідністю між розмірами стегнового і тібіального компонентів, що призводять до розвитку імпіджмента наколінка між стегноюю і велигомілковою кісткою; 5) латеральним зміщенням наколінка; 6) дисбалансом розгинального апарату, спричиненим щільним латеральним утримувачем.

Було виявлено, що у пацієнтів з ЗСПН питома вага вищеперерахованих серед усіх причин виникнення БПВКС менша (5-6 %), але виявлені нові, що виникали лише у даної групи: 1) асептична патело-фemorальна нестабільність (1 %); 2) аваскулярний некроз наколінка; 3) переломом наколінка (0,68 %).

**Висновок:** при виконанні ТЕП КС необхідно враховувати особливості будови розгинального апарату, форми виростків стегнової кістки, а також можливі ускладнення при виконанні ЗСПН для попередження виникнення БПВКС та покращення результатів хірургічного лікування пацієнтів з приводу остеоартрозу.

*Війтович Любов*

**КЛІТИННА ЗАГИБЕЛЬ ЛІМФОЦИТІВ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА ПРИ УСКЛАДНЕННЯХ  
ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА**

Кафедра хірургії ННІПО  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. І.Я. Дзюбановський  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Оцінка клітинної загибелі лімфоцитів слизової оболонки шлунка може стати додатковим критерієм прогнозування ускладнень виразкової хвороби шлунка.

**Мета** дослідження. Оцінити клітинну загибель лімфоцитів слизової оболонки шлунка при ускладненнях виразкової хвороби шлунка (УВХШ).

**Матеріали і методи.** Методом проточної лазерної цитофлуориметрії досліджено 63 біоптати слизової оболонки шлунка, з яких 10 стінок неураженого шлунка (контроль), 26 - з гострими ускладненнями виразкової хвороби шлунка (ГУВХШ), 27 з малігнізованою виразкою (МВШ).

**Результати дослідження.** ГУВХШ супроводжуються зростанням відсотку клітин з ознаками апоптичної загибелі у 1,6 рази та РІ-позитивних клітин – в 1,4 рази стосовно контролю.

При малігнізації виразки відсоток клітин з апоптичними змінами підвищився у 2,2 рази, тоді як з некротичними змінами – у 3,4 рази проти контрольних значень.

Порівнюючи показники клітинної загибелі, можна стверджувати про статистично значиме переважання за умови МВШ відсотку клітин з ознаками апоптичної загибелі на 32,6 % та некротичних клітин – на 149,1 % стосовно ГУВХШ. Використана нами методика визначення апоптозу із застосуванням анексину, не дозволяє оцінити реалізацію цього шляху клітинної загибелі – пізній апоптоз. Тому, ми припускаємо, що у хворих з МВШ програма апоптозу не реалізується, що веде до активації альтернативного шляху – некротичної загибелі клітин.

**Висновки.** основними критеріями розвитку ГУВХШ є зростання відсотку лімфоцитів з ознаками раннього апоптозу, тоді як для МВШ характерним є зростання відсотку лімфоцитів з ознаками раннього апоптозу і некрозу.

*Вінтоняк Тарас, Вовчок Марія, Соловей Юрій*

**ОСОБЛИВОСТІ ГУМОРАЛЬНОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА АБДОМІНАЛЬНИЙ СЕПСИС**

Кафедра догляду за хворими та ВМО  
Науковий керівник: канд.мед.наук. Ю.М. Соловей  
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
м. Чернівці, Україна

Проведена оцінка імунного статусу 16 хворих на абдомінальний сепсис. На 1-2 добу післяопераційного (п/о) періоду спостерігалось зниження абсолютної ( $354,1 \pm 47,7$  проти  $515,8$  абс./мкл в нормі) та відносної кількості В лімфоцитів ( $21,2 \pm 2,02$  проти  $35,1 \pm 1,97\%$  в нормі), імуноглобулінів класу М ( $1,01 \pm 0,02$  проти  $1,14 \pm 0,03$  г/л в нормі) зростанням показників IgG, ЦІК, з різким підвищенням ЛВклі в 2,9 рази ( $34 \pm 4,83$  проти  $11,8 \pm 1,94$  у.о. в нормі, при  $p < 0,01$ ), та зниженням імуноглобулінпродукуючої функції В лімфоцитів. На 3-4 добу п/о періоду відмічається різке підвищення абсолютної та відносної кількості В лімфоцитів ( $790 \pm 187,6$  проти  $354,1 \pm 47,7$  абс./мкл з попереднім строком обстеження), наростанням концентрації IgA, ЦІК, з тенденцією до зниження IgG, та зниженням (Лейко В клітинного індексу) ЛВклі ( $18,6 \pm 3,35$  проти  $34 \pm 4,83$  з попереднім строком обстеження). Імуноглобулін продукуюча функція В лімфоцитів наближається до показників норми. На 7-8 добу п/о періоду відбувається різке зниження абсолютної ( $192,3 \pm 37,2$  проти  $515,8 \pm 99,7$  абс./мкл в нормі) та відносної ( $16,3 \pm 2,46$  проти  $35,1 \pm 1,97\%$  в нормі) кількості В лімфоцитів, зниженням концентрації IgG ( $11,8 \pm 0,96$  проти  $14,2 \pm 1,02$  г/л на 1-2 добу п/о, при  $p < 0,01$ ). Зниження ЦІК ( $115,3 \pm 18,6$  проти  $160,6 \pm 33,3$  у.о. з попереднім терміном при  $p < 0,05$ ). Зростанням концентрації Ig A ( $2,5 \pm 0,17$  проти  $1,5 \pm 0,04$  г/л у порівнянні з попереднім терміном обстеження, при  $p < 0,01$ ). Відбувається різке зростання в 5,9 раз ЛВклі ( $70,6 \pm 19,3$  проти  $11,8 \pm 1,94$  у.о. в нормі), та загальної імуноглобулінпродукуючої функції В лімфоцитів. Таким чином, у хворих на АС виявляється В-клітинний імунодефіцит, який характеризується зниженням абсолютної та відносної кількості В-лімфоцитів, в поєднанні з дисамаглобулінемією, що проявляється зниженням концентрації IgM, IgG та зростанням концентрації IgA. Такі зміни є однією з причин розвитку тяжких гнійно-септичних ускладнень у ранньому п/о періоді у хворих на АС.

*Вовчок Марія, Вінтоняк Тарас, Соловей Юрій*

**ОСОБЛИВОСТІ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ТА Т КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА АБДОМІНАЛЬНИЙ СЕПСИС**

Кафедра догляду за хворими та ВМО  
Науковий керівник: канд.мед.наук. Ю.М. Соловей  
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
м.Чернівці, Україна

Результати вивчення динаміки основних показників неспецифічної резистентності у 16 хворих на абдомінальний сепсис (АС) в ранньому післяопераційному (п/о) періоді: показники фагоцитозу (ФЧ та ФАН) мали тенденцію до зниження до 3-4 доби п/о періоду. Абсолютна кількість натуральних кілерів (НК) зростала до 3-4 доби ( $738 \pm 131,7$  проти  $329,2 \pm 90,4$  абс./мкл в нормі) з подальшим зниженням до 7-8 доби ( $307,7 \pm 50,7$  абс./мкл). Відносна кількість НК змінювалась навпаки - зростала на 1-2 добу післяопераційного періоду до  $32,2 \pm 2,6$  проти  $21,6 \pm 2,31\%$  в нормі); знижуючись до 3-4 доби ( $24,8 \pm 3,7\%$ ), та зростання на 7-8 ( $26,3 \pm 3,4\%$ ) добу. Відносна кількість НК прямо корелювала з ФЧ та ФАН.

При аналізі клітиноопосередкованого імунітету встановлено: спостерігалася тенденція зростання абсолютної та відносної кількості загальних Т лімфоцитів (CD3) до 3-4 доби (п/о) періоду за рахунок, в основному, Т хелперів (CD 4), що призводило до зростання ІРІ на 3-4 добу в 1,5 рази, на 7-8 - 2,1 рази. У подальшому спостерігалось різке зниження абсолютної кількості (CD3) до 7-8 доби ( $650,6 \pm 161,3$  проти  $1839,7 \pm 312,1$  абс./мкл на 3-4 добу). На дефіцит Т клітинної ланки вказував лейко-Т-клітинний індекс (ЛТклі), який на 1-2 добу після операції зростав, далі знижуючись в 2 рази на 3-4 добу й знову піднімався на 7-8 добу ( $20,03 \pm 1,4$  проти  $11,7 \pm 1,93$  у.о. в нормі,  $p < 0,01$ ).

Таким чином, у хворих на АС починаючи з 1-2 доби п/о періоду відмічалось зниження показників фагоцитозу (ФЧ, ФАН), відносної кількості натуральних кілерів з найбільшими проявами на 3-4 добу, що прямо пов'язано з змінами зі сторони клітинної ланки імунітету зростанням показників абсолютної та відносної кількості загальних Т-лімфоцитів до 3-4 доби післяопераційного періоду за рахунок Т хелперної та Т супресорної субпопуляції, з наступним різким зниженням загальних Т-лімфоцитів до 7-8 доби, зі зниженням Т супресорної субпопуляції.

*Герасимюк Назар, Лойко Ігор, Гданський Сергій.*

**ЧАСТОТА СУПУТНЬОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ  
АБДОМІНАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ**

Кафедра загальної та малоінвазивної хірургії  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л.Я. Ковальчук  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність:** Однією із причин післяопераційних ускладнень у лікуванні абдомінальних хірургічних хворих є супутня серцево-судинна патологія.

**Мета:** встановити частоту супутньої серцевої недостатності (СН) у абдомінальних хірургічних хворих, проаналізувати показники біохімічного аналізу крові у даного контингенту хворих.

Методологічною основою дослідження став аналіз 625 медичних карт хворих, які були прооперовані з приводу абдомінальної хірургічної патології.

**Результати:** Супутня серцево-судинна патологія перед операцією була діагностована у 395 (63,20 %) випадках. В тому числі СН 0 – у 61 хворого (15,44 % від числа хворих з супутньою серцево-судинною патологією, 9,76 % від загальної кількості хворих з абдомінальною хірургічною патологією), СН I – у 246 хворих (62,28 % і 39,36 % відповідно), СН II – у 88 хворих (22,28 % і 14,08 % відповідно). Таким чином, можна констатувати, що супутню серцеву недостатність діагностували у 53,44 % хірургічних хворих абдомінального профілю, які підлягали операційному лікуванню.

**Висновок:** отримані результати цілком відповідають сучасним уявленням про те, що стан судинних систем органів і тканин та їх адекватний кровообіг є визначальним для структури і функції. Тому встановлення характеру перебудови судинних русл органів та тканин за умов порушеної гемоциркуляції продовжує залишатися одним із пріоритетних завдань сьогоднішньої медичної науки і її морфологічного розділу зокрема.

*Гончарова Наталя, Дроздова Анастасія, Кожем'яка Кирил, Гладун Ніна*

**ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ З КОМПРЕСІЄЮ СУМІЖНИХ ОРГАНІВ**

Кафедра хірургії №2  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. І.А. Криворучко  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

Захворюваність псевдокістами (ПК) підшлункової залози (ПЗ) становить 1,6-4,5 %.

Проаналізовано результати лікування 153 хворих на ПК ПЗ, з компресією суміжних органів з 2000 по 2015 рр. Усі пацієнти були обстежені та прооперовані.

Поздовжню панкреатоєюностомію (ППЄС) за Брауном виконано у 15 пацієнтів, ППЄС за Ру – 39, цистоеюоанастомію (ЦЄА) – 21 (3 – лапароскопічним способом). При компресії дванадцятипалої кишки (ДПК) та вірсунголітіазі (ВЛ) 2 хворим накладено цистодуоденоанастомози (ЦДА) з ППЄС. При інфікованих ПК 5 хворим накладено ЦЄА, при ПК з вірсунгоктазією (ВЕ) та ВЛ у 1 – ППЄС з зовнішнім дренажуванням (ЗД) ПК, та у 2 з ВЕ та механічною жовтяницею (МЖ) ЦЄА. У 3 хворих з компресією ДПК, ВЛ, МЖ, та тромбозом v. portae виконано ППЄС за Ру, холецистектомію (ХЕ), холедохолітотомію та накладено холедоходуоденоанастомоз (ХДА). У 1 пацієнта з ВЕ, МЖ та деформацією ДПК виконана УЗД пункція з наступною лапаротомією, ХЕ, ХДА та ППЄС. Лікувальні пункції ПК під контролем УЗД виконані 8 хворим, у 4 із них – з подальшим черезшкірним ЗД ПК під контролем УЗД. При інфікованих ПК, з компресією шлунка та ДПК 9 хворим виконані пункції ПК під контролем УЗД, у 4 пацієнтів з наступною лапаротомією та ЗД ПК. Пункції ПК під контролем ендосонографії (ЕСГ) виконані 16 хворим. У 9 хворих виник рецидив ПК, та виконано внутрішнє дренажування ПК за допомогою стентів: 3 – накладено трансдуоденальний ЦДА та 4 – ендоскопічну панкреатоцистогастростомію, 2 –ЕСГ цистогастростомію. При хронічному панкреатиті з ПК голівки ПЗ, з компресією шлунка та ДПК 2 хворим виконано резекцію ПЗ за Бегером, 11 – операцію за Frey, 4 – панкреатодуоденальні резекції; 4 пацієнтам з ПК хвоста ПЗ – дистальну резекцію ПЗ. Померло 2 хворих, внаслідок синдрому поліорганної недостатності та гострого інфаркту міокарду.

Мініінвазивні методи та традиційні відкриті хірургічні втручання для лікування ПК, з компресією шлунка та ДПК є взаємодоповнюючими.

*Григоряк Анна, Назимок Євгенія*

**ТЕХНІКА РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ХІРУРГІЇ ПРИ АНЕВРИЗМІ АОРТИ**

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії  
Науковий керівник: канд. мед. наук. Є.В. Назимок  
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
м.Чернівці, Україна

**Актуальність.** Реконструктивна хірургія при аневризмі і розшаруваннях висхідної частини аорти (ВЧА) та дуги аорти (ДА) є однією з найскладніших проблем сучасної серцево-судинної хірургії.

**Мета:** Вивчити техніку реконструктивної хірургії при аневризмі аорти.

**Матеріали і методи:** аналіз 20-ти літературних джерел.

**Результати:** Після розтину порожнини перикарда, виконується накладення кисетних швів на аорту, верхню порожнисту вену, праве передсердя, праву верхню легеневу вену. Проводять підключення апарату штучного кровообігу: праве передсердя – аорта. Здійснюють оклюзію аорти. Аорта розкривається поздовжньо, виконується кардіоплегія та оцінка спроможності аортального клапана. При ревізії клапана звертають увагу на характер морфологічних змін клапанно-аортального комплексу в цілому: фіброз і деформація стулок аортального клапана з порушенням замикальних функцій останнього, наявність вогнищ кальцинозу і ступінь його поширення, ступінь дилатації фіброзного кільця (Белов Ю.В. та ін., 2004). У разі неспроможності останнього вирішується питання про виконання клапанозамінної операції, тобто протезування ВЧА та аортального клапана клапанотримаючим кондуїтом з реімплантацією гирла коронарних артерій в протез. Стулки аортального клапана та гирла коронарних артерій висікають із стінки аорти. Далі по периметру прошивають фіброзне кільце аортального клапана окремими п-подібними швами. Після чого тим самим шовним матеріалом виконують прошивання кондуїту, який вміщає клапан. Адаптують кондуїт до фіброзного кільця. Після чого послідовно імплантують гирла лівої і правої коронарної артерій в протез, застосовуючи однорядний безперервний шов.

У разі повної спроможності аортального клапана виконується методика супракоронарного протезування. При аневризмі ДА проводять накладання косоного анастомозу (Покровский А.В., 2004).

**Висновки:** використання механічних протезів, клапанотримаючих кондуїтів широко використовується при хірургічному лікуванні аневризм і розшарувань ВЧА, що подовжує життя хворих.

*Дейкало Ігор, Єрмакова Тетяна*

**ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВУЗЛОВОГО ЗОБУ З ДОПОМОГОЮ АПАРАТУ LIGASURE ТА  
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В ДІЛЯНЦІ ВПЛИВУ  
ВИСОКОЧАСТОТНОГО СТРУМУ.**

Кафедра хірургії №2  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. І.М. Дейкало  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України"  
м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Попри широке застосування технології LigaSure в хірургії щитоподібної залози залишається нез'ясованим морфофункціональний стан залишеної частки щитоподібної залози при застосуванні органоощадної операції, від чого залежить в результаті її регенераторна здатність.

**Мета дослідження.** З'ясувати морфологічні зміни вузлового зобу (ВЗ) за умов дії генератора струму високої частоти Liga Sure.

**Об'єкт і методи дослідження.** Для морфологічного дослідження використано операційно видалені частки щитоподібної залози з застосуванням технології Liga Sure 12 хворих на вузловий зоб, тканину залози фіксували в 10 % розчині нейтрального формаліну і вивчали як макро- так і мікроскопічно.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При гістологічному дослідженні в ділянці дії високочастотного струму Liga Sure виявлено безструктурну тканину яка добре профарбовується еозином. Контури фолікулів не верифікуються. Це зона коагуляційного некрозу, що займає 2 -3 мм. У перифокальних ділянках виявлялися морфофункціональні прояви ремоделювання щитовидної залози які проявлялися в морфофункціональному ремоделюванні тиреоцитів у поєднанні із різко вираженою реакцією мікроциркуляторного русла. Дія струму стверджується зміною форми ядер міоцитів судин і стромальних клітин. Порушення мікроциркуляції проявлялися різним ступенем виразності шокової реорганізації органу. В просвіті судин виявляються тромби із гомогенної еозинофільної маси із домішками лізованих еритроцитів, що трактується як утворення «колагенової пломби». У навколо вузловій зоні структурні зміни залози відповідали морфології макро-мікрофолікулярного колоїдного зобу.

**Висновок.** Таким чином дані гістологічного дослідження свідчать, що прояви ремоделювання щитоподібної залози залежить від відстані від безпосередньої дії високочастотного струму. Тканина залишеної частки щитовидної залози оперованої методом Liga Sure має всі резерви для компенсаторної тканинної гіперплазії.



*Гришук Олена*

**РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ-ПОМІЧНИКА СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ У ПРОФІЛАКТИЦІ  
ТРАВМАТИЗМУ ПІДЛІТКІВ**

Кафедра «Сестринська справа»  
Науковий керівник: д-р мед. наук В.О. Заболотнов  
Житомирський інститут медсестринства  
м. Житомир, Україна

**Актуальність.** За даними ВООЗ протягом останніх років у багатьох країнах від травм та нещасних випадків гине дітей більше ніж від інфекційних хвороб. Медики встановили, що тільки за минулий рік більше 2 мільонів дітей одержали різні травми, включаючи переломи, вивихи, розтягнення.

**Мета.** Вивчити фактори ризику підліткового травматизму в школі і методи його профілактики.

**Виклад основного матеріалу.** Проведено анкетування 40 підлітків в віці 14-15 років які навчаються в школі. З'ясовано, що в неповних сім'ях ростуть 35 % підлітків. 57,5 % школярів не вважали підлітковий травматизм актуальною проблемою. Із числа вважаючих проблему травматизму актуальною, пов'язують її з небезпекою травмування на заняттях фізичної культури, спортивними іграми, транспортом.

При оцінці свого рівня знань з проблеми травматизму 20% респондентів вважають, що знайомі з даною проблемою досконало. Тільки 15,0% відмітили, що мають рівень знань достатній для особистої профілактики. Більшість, 62,5% респондентів вказали, що мають загальне уявлення про проблему. Всього 2,5 % опитаних розуміли, що мають недостатній рівень знань. Ні один із підлітків не затруднився дати відповідь з приводу свого рівня знань про проблему травматизму.

Відмічають, що були травмовані 80,0% опитаних. Травмування було в основному на заняттях фізичної культури (37,5 %). Отриману травму пов'язують з тим, що отримали її випадково, через власну необережність і внаслідок занять контактними видами спорту (футбол, бокс, боротьба тощо).

**Висновок:** Отримані в результаті дослідження дані свідчать про необхідність розробки регіональної моделі профілактики підліткового траматизму за участі зацікавлених сторін, медичних робітників.

*Гусак М.*

**ЛЕЙКАФЕРЕЗ У ПОПЕРЕДЖЕННІ СИСТЕМНО-ЗАПАЛЬНИХ ТА РЕПЕРFUЗІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ  
РЕВАСКУЛЯРИЗУЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ В УМОВАХ ХРОНІЧНОЇ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ**

Кафедра загальної та малоінвазивної хірургії  
Науковий керівник д-р мед. наук, проф. І.К. Венгер  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Виконання реконструктивно-пластичних операцій єдиний ефективний вид лікування атеросклеротичної оклюзії магістральних артерій. Однак, хірургічні втручання супроводжуються рядом ускладнень, серед яких ішемічні та реперфузійні пошкодження є однією з найбільш серйозних проблем.

**Мета роботи.** Попередити розвиток реперфузійно-ішемічні ускладнення реваскуляризуючих операцій шляхом застосування комплексу фармакологічних засобів та лейкаферезу.

**Матеріали та методи.** В дослідження включені результати обстеження та хірургічного лікування 27 пацієнтів із атеросклеротичним ураженням аорто- стегно-підколінного сегменту та магістральних артерій нижніх кінцівок. Рівень ішемії нижніх кінцівок оцінювали за класифікацією К. Ропіаіне (1954) у модифікації Покровського(1979) з врахуванням критеріїв Європейського консенсусу (1992). В доопераційному періоді з метою підготовки застосовували епідуральну анестезію, тіатріазолін, Ь-лізин, перфторан, кверцетин та еферентну терапію - два сеанси лейкаферезу. При проведенні сеансів малооб'ємного лейкаферезу використовували лейкоцитарний фільтр фірми "PALL" BPF4BBS, RC1VAE (Англія).

**Результати та обговорення.** Таким чином, застосування передопераційно підготовки пацієнтів до оперативного втручання, яка включала пролонговану епідуральну анестезію, тіатріазолін, перфторан, кверцетин та еферентну терапію - проведення в передопераційному періоді двох сеансів лейкаферезу дозволило знизити активність системної запальної відповіді, покращити споживання ішемізованими тканинами нижніх кінцівок кисню, знизити активність процесів перекисного окислення ліпідів, стабілізувати рівень антиоксидантної системи організму, знизити рівень показників ендогенної інтоксикації, зменшити рівень ендотеліальної дисфункції. Запропонована тактика передопераційної підготовки дала можливість запобігти розвитку реперфузійного синдрому у оперованих хворих із хронічною критичною ішемією нижніх кінцівок.

**Висновки.** Для запобігання розвитку реперфузійного синдрому у хворих із хронічною критичною ішемією нижніх кінцівок необхідно в передопераційному періоді застосовувати схему підготовки пацієнтів, яка включає пролонговану епідуральну анестезію, тіатріазолін, перфторан, кверцетин та еферентну терапію - проведення в передопераційному періоді двох сеансів лейкаферезу.

*Дивак Андрій*

**МОДЕЛЬ ЕЛЕКТРИЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ТКАНИН ХІРУРГІЧНОЇ РАНИ ПІД ЧАС ОПЕРАЦІЇ НА ЩИТОВИДНІЙ ЗАЛОЗІ**

Кафедра хірургії

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.В. Шідловський  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Проведення хірургічних операцій на щитоподібній залозі пов'язане з ризиком пошкодження зворотного гортанного нерва (ЗГН). Один із сучасних технічних засобів, призначений для виявлення ЗГН, описано в патенті [1]. Принцип функціонування пристрою ґрунтується на подразненні області хірургічного втручання змінним електричним струмом фіксованої частоти з подальшою реєстрацією скорочення голосових зв'язок і оцінюванні результатів цього подразнення на основі аналізу параметрів отриманого інформаційного сигналу [1]. При цьому, в залежності від типу тканини в точці подразнення параметри інформаційного сигналу (його амплітуда) будуть відрізнятися через малу провідність електричного струму м'язовими тканинами і високу провідність струму гортанним нервом та м'язами, які керують натягом голосових зв'язок. Разом з тим, якість та точність виявлення ЗГН з поміж тканин хірургічної рани в значній мірі залежить від особливостей гортані пацієнта та частоти струму подразнення і електричних властивостей тканин хірургічної рани. Тому актуальним є встановлення цих властивостей для подальшого удосконалення вище наведеного способу виявлення ЗГН з метою зменшення ризику його пошкодження під час операції на щитоподібній залозі.

У доповіді розглянуто основні аспекти побудови моделі електричних властивостей тканин хірургічної рани та усього тракту отримання інформаційного сигналу.

В основі запропонованого вирішення поставленої задачі є створення моделі електропровідності тканин хірургічної рани у вигляді замісної електричної схеми. Побудову цієї схеми здійснено на основі використання методів електрофізіології та аналізу значної вибірки даних, отриманих в процесі хірургічних операцій для понад 100 пацієнтів.

Отримана замісна електрична схема є лінійним електричним фільтром другого порядку з одним нелінійним елементом. Використання отриманої моделі електропровідних властивостей тканин хірургічної рани в подальшому забезпечить можливість вибору оптимальної частоти струму подразнення тканин хірургічної рани для зменшення ризику пошкодження ЗГН в процесі хірургічної операції на щитоподібній залозі.

**Висновки.** Розглянуто спосіб та засоби виявлення ЗГН з поміж тканин хірургічної рани. Запропоновано та обґрунтовано для подальшого удосконалення способу використати модель електричних властивостей тканин хірургічної рани у вигляді лінійного електричного фільтра другого порядку з одним нелінійним елементом. Адекватність запропонованої моделі підтверджено на вибірці пацієнтів з понад 100 осіб.

*Зав'ялець Любомир, Костюк Олександр, Зав'ялець Іван*

**ПЕРСПЕКТИВИ ЛІКУВАННЯ БОЛЕЙ У СПІНИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ХРЕБТА**

Хмельницька обласна лікарня  
Хмельницьк, Україна

За даними експертів ВООЗ болі у нижній частині спини (low back pain) досягли епідемічних розмірів. У розвинутих країнах світу болі у нижній частині спини (БНЧС) посідають третє місце після органів дихання та кровообігу за рівнем втрати працездатності.

Не дивлячись на успіхи сучасної медицини питання діагностики та лікування БНЧС не вирішуються. За даними літератури: мануальна терапія, фізіотерапевтичне лікування, тракція хребта, хірургічна декомпресія хребта не дають бажаного високовідсоткового позитивного результату. Так чи інакше настає дегенеративний процес міжхребцевих суглобів, які покриті гіаліновим хрящем. Гіаліновий і волокнистий хрящі складаються з хондроцитів, що спонукало до пошуку глікозаміногліканів.

Для уточнення діагнозу остеохондрозу хребта (ОХ) необхідні детальний анамнез хвороби, лабораторні обстеження, рентгенографія, КТ хребта, денситометрія. Лікування БНЧС проводилося за такими напрямками: знеболююча, протизапальна, міорелаксуюча, остеотропна та нейротропна терапія.

Знеболююча терапія при БНЧС передбачає усунення больового синдрому, відновлення нормальної біомеханіки хребта, що дає змогу для проведення реабілітації пацієнтів. На наш погляд, кращим являється поєднання Мовекс® Актив по 1 табл./2 р. на день, з Мовекс® Комфортом по 1 табл./2 р. на день по 10-12 днів. Вірогідніше, введення калію в молекулу диклофенаку прискорює традиційну дію НПЗП. Можливе призначення аерталу по 100мг./2 р.на добу або тебентину по 300-600-900 мг. на 1-2-3 добу. В комплекс лікування БНЧС включалися мідокалм по 450мг на добу 3-4 тижні, препарати кальцію, вітаміну Д3, бісфосфонати.

Аналізуючи карточки 617 хворих, серед яких 462 –чоловіки, середній вік яких 35 років, ми дійшли висновку, що використовуючи патогенетично обґрунтовану комбінацію фармакотерапевтичних засобів можна досягнути добрих результатів лікування БНЧС.

Таким чином, БНЧС являються складним патогенетичним ланцюгом, розірвати який можливо з індивідуальним, своєчасним, комплексним методом лікування та значно прискорити відновлення працездатності пацієнтів.

*Зав'ялець Любомир*

**ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОГО ДЕФОРМІВНОГО АРТРОЗА КИСТЬОВОГО СУГЛОБА**

Хмельницька обласна лікарня  
Хмельницьк. Україна

Однією з частих причин звернення пацієнтів до ортопеда-травматолога являються болі та обмеження рухів у кистьовому суглобі (КС), здебільшого, це післятравматичний деформівний артроз кистьового суглоба (ПДАКС).

За частотою виникнення ПДАКС причиною являються переломи човникоподібної кістки, вивихи кісток кисті, перелом шилоподібних відростків, ушкодження суглобової капсули КС, стенозуючий тендовагіт, корінцеві синдроми С5-С6.

Успішна діагностика ПДАКС започатковується з детального вивчення анамнезу, клінічного обстеження, рентгенографій, УЗД, а при необхідності, КТ, МРТ, пункція суглоба (гістологічне вивчення пунктату), рентгенографія С5-С6, огляд неврологом. Лікування ПДАКС повинно бути своєчасним, патогенетичним, індивідуальним. Так, при переломах кісток зап'ястку, кистального кінця променевої кістки ідеальним являється металоостеосинтез (МОС) з відновленням конгруентності суглобових поверхонь, при вивихах – своєчасне усунення вивиху та адекватна гіпсова іммобілізація, відновне лікування.

Проведено аналіз 384 пацієнтів з ПДАКС, що лікувалися за останні 5 років, 68% - це люди працездатного віку, серед них 74 % - чоловіки. Відмічено переломи: човникоподібної кістки –89, дистального епіметафіза променевої кістки –71, шилоподібних відростків –17, тригранної та півмісяцевої –42, вивихи півмісяцевої кістки – 44, периліонарні вивихи кисті –46, транскафоідео–периліонарний переломовивих де Кервена – 3, трансстилоідео-периліонарний вивих –2, ушкодження капсули суглоба – 32, вільні суглобові тіла – 14, корінцевий синдром С5-С6 –24 пацієнти. При переломах човникоподібної кістки проведено МОС гвинтом –71, дистального епіметафіза: пластинами – 38, спицями –21, решта кісток –37 випадків МОС гвинтом. Вивихи кісток суглоба усунуто в 97%, вільні суглобові тіла вилучено. Не проведено МОС, усунення вивиху кісток 2–3% пояснюючи давністю травми, віком пацієнтів, неперспективністю оперативного втручання. Причиною розвитку дистрофічного процесу КС є недостатнє знеболення, неправильна репозиція, іммобілізація та неадекватна відновна терапія, що призводить до стійкого синдрому Зудека. Лікування ПДАКС повинно включати: ЛФК, масаж, комплекс фізіотерапевтичних процедур, «дзеркальна терапія» під час іммобілізації, використання ортезів. Особливим для КС являється локальне лікування болю. Медикаментозне лікування включало призначення знеболюючої, протизапальної міорелаксуючої, остеотропної та нейротропної терапії. Проведене нами комплексне хірургічне та відновне лікування дали добрий результат у 68 %, задовільний –27 %, незадовільний –5 %. Тільки своєчасна, кваліфікована допомога може запобігти розвитку ПДАКС, лікування таких хворих повинно проводитись в спеціалізованих відділеннях.

*Зав'ялець Любомир, Загородський Олександр, Курило Ігор, Грищук Дмитро, Зав'ялець Іван*

**ДІАГНОСТИКА ТА ШЛЯХИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ОСТЕОПОРОЗА ЯК УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОГО ОСТЕОМІЄЛІТА ДОВГИХ ТРУБЧАТИХ КІСТОК**

Хмельницька обласна лікарня  
Хмельницьк. Україна

Остеомієліт довгих тручатих кісток потребує тривалого лікування, консервативного та оперативного, різкого обмеження рухової активності пацієнтів, використання різних медикаментів.

За даними літератури та нашого досвіду причиною розвитку остеопороза є гіпокінезія, що являється переважним у локальному сповільненні остеогенезу; дісрегенерація, яка призводить до сповільнення загоєння переломів, утворення псевдоартрозів; прийом гепариноподібних препаратів, кортикостероїдів; головною детермінантою ризику перелому кістки є її низька маса; сукупність таких чинників присутня при остеомієліті.

Нами проведено аналіз 368 хворих на післятравматичний остеомієліт, що лікувалися на протязі останніх 5 років. Серед них: чоловіків- 247, жінок- 121, середній вік пацієнтів 37,5 років, це люди працездатного віку. Більша частина цих хворих лікувалися тривалий час, 2-3 рази. Звичайно, ми аналізували вторинний, «ятрогенний», локальний остеопороз. Під час динамічного спостереження потерпілих за даними рентгенографій, КТ, УЗД денситометрій ми відмічали постійні признаки остеопороза сегментів, що змусило нас проводити додаткові обстеження для підтвердження остеопороза. Так, показник ступеню ендогенної інтоксикації (ЦІК) був підвищеним у 2-3 рази, особливо у пацієнтів з тривалим остеомієлітичним процесом (68 %). Ультразвукова денситометрія у 60 % випадків підтвердила остеопенію, 37 % - остеопороз різного ступеню, 3% - без змін. Порушення кальцій-фосфорного гомеостазу виявлено у 79 % потерпілих (зниження паратиреоїдного гормону, вітаміну Д, кальціоніну).

Для успішного лікування переломів довгих кісток та попередження розвитку остеомієліта, паралельно, остеопороза необхідна своєчасна антибіотикотерапія, стабільна фіксація уламків, рання відновна терапія.

У випадку таких ускладнень, антибіотикотерапія проводиться за даними антибіотикограм, лікування остеопороза - тривалим систематичним прийомом антиостеопоротичних препаратів.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Зав'ялець Любомир, Костюк Олександр, Зав'ялець Іван, Грищук Дмитро*

### **МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНИХ УРАЖЕНЬ ВЕЛИКИХ СУГЛОБІВ НИЖНІХ КІНЦІВОК**

Хмельницька обласна лікарня  
Хмельницьк. Україна

Травми суглобів, кульшового, колінного та гомілково-ступневого, зокрема, фізичні перевантаження, вікові зміни, супутні захворювання призводять до втрати гіалінового хряща, зміни підхрящової кістки, синовіальної оболонки, біля суглобових тканин, що викликає розвиток остеоартриту – остеоартроза (ОА).

За даними різних авторів 32-55% суглобової патології припадає на остеоартроз, у 60% випадків має тенденцію до прогресування.

Передбачається через 20 років подвоєння відсотку ураження (ОА) людей старших 50-ти років, що призведе до втрати працездатності у 60% хворих, а 12-15% пацієнтів стануть інвалідами. Таким чином, проблема (ОА) має важливе соціальне значення. Серед різних методів лікування (ОА) медикаментозне займає важливу роль. Медикаментозне лікування (ОА) сягає у далеку давнину від вживання імбиря, як приправи, до призначення зинаксину, де основою являється екстракт імбиря, НПЗП, хондропротекторів, у наш час. На жаль, медицина не винайшла універсального медикаменту і тому лікування (ОА) проводиться патогенетичними та симптоматичними препаратами. В комплекс лікування (ОА) включалась аплікаційна терапія, фізіотерапевтичне лікування, локальні уколи у больові зони.

Проведено аналіз 682 пацієнтів, що лікувалися за останні 5 років. Середній вік -47 років. Співвідношення: чоловіки - жінки приблизно 2:1. (ОА) кульшового суглоба відмічено у 216, колінного - 321, гомілково-ступневого – 145 пацієнтів. У 12% випадків (ОА) відмічено у двох, 8%- трьох суглобах. Лікування наших пацієнтів (86% амбулаторних) проводилось немедикаментозними та медикаментозними методами.

Немедикаментозні: поради та вручення пам'ятки пацієнтам (від фізичних вправ до «грілки для суглоба» та палиці чи милиці), лікувальна гімнастика, фізіотерапевтичні методи, зменшення ваги тіла, використання ортезів, голкотерапія, мануальна терапія, артроскопія. Медикаментозні: ацетомінофен до 4000 мг./добу, НПЗП, препарати гіалуронової кислоти, кортикостероїди, хондропротектори, а при тривалому больовому синдромі – наркотики.

Таким чином, лікування (ОА) повинно бути індивідуальним, комплексним, систематичним та направленим на відновлення функції суглобів та працездатності пацієнтів.

*Запотоцький Павло, Легоцька Марія*

### **ОСОБЛИВОСТІ КИСНЕВОГО БАЛАНСУ ПРИ КЕТОАЦИДОТИЧНІЙ КОМІ**

Кафедра анестезіології та реаніматології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.В. Гнатів  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль. Україна

Проведено дослідження кисневого балансу у 14 хворих на цукровий діабет, ускладнений гіперглікемічною кетоацидотичною комою, які знаходились на лікування у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії Тернопільської університетської лікарні з 01.09.2013 по 30.02.2015 року. Середній вік пацієнтів склав (48,4±3,2) років.

Вимірювали стандартні показники гемодинаміки; за формулою Starr'a обчислювали серцевий викид та ударний індекс серця. Насиченість артеріальної крові киснем ( $SpO_2$ ) вимірювали неінвазивно, насиченість венозної крові ( $SvO_2$ ) - апаратом «Oxymetr Unistat». Обчислювали вміст кисню в артеріальній ( $CaO_2$ ) та венозній ( $SvO_2$ ) крові. Для визначення оптимального серцевого викиду оцінювали його з позиції належного основного обміну (за таблицями Гарріса-Бенедикта).

Виявили, що у хворих на кетоацидотичну кому різко знижується серцевий викид - до (34,9±3,4) мл, знижується також рівень насиченості крові киснем та його вміст ( $SpO_2$  – 93,2 %,  $SvO_2$  – 56,4 %;  $CaO_2$  = 139,5 мл/л,  $SvO_2$  = 84,1 мл/л). Компенсаторна тахікардія у пацієнтів спричинює лише деяке підвищення  $CI$ : до (3,0±0,2) л/хв/м<sup>2</sup>. При цій рівень доставки кисню знижується удвічі у порівнянні з нормою ( $DO_2$  – 278,6 мл\*м<sup>-2</sup>\*хв<sup>-1</sup>), а споживання кисню – до 110,3 мл\*м<sup>-2</sup>\*хв<sup>-1</sup>. Зростання коефіцієнту утилізації кисню ( $KuO_2$ ) до 39,5% свідчить про пониження як доставки кисню, так і підвищення енергетичного обміну у хворих на кетоацидотичну кому.

*Зубко Ірина, Орел Катерина*

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРИ СИНДРОМІ МЕЙ-ТЕРНЕРА**

Кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії  
Науковий керівник: ас. М.Г Орел  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

**Актуальність.** Дійсний рівень захворюваності на синдром Мей-Тернера є недостатньо вивченим. Згідно з даними прижиттєвої діагностики чи аутопсії він може складати 14.8 - 32% . Синдром Мей-Тернера часто є недооціненою причиною тромбозу глибоких вен у жінок під час вагітності. Пацієнти із встановленим діагнозом синдрому Мей-Тернера повинні бути обстеженими на тромбофілію, частота якої при даному синдромі, що супроводжується перенесеним тромбозом глибоких вен, складає 67%.

**Мета.** Визначити критерії наявності синдрому Мей-Тернера при обстеженні методом кольорової дуплексної сонографії та встановити зв'язок даного синдрому з виникненням патології магістральних вен нижніх кінцівок та тазу у досліджуваних пацієнтів.

**Матеріали та методи.** Обстеження проводилося за допомогою системи кольорової дуплексної сонографії «ToshibaPowervision-6000» з датчиками змінної частоти: лінійним (5,0 – 12,0 МГц) для обстеження поверхневих вен та конвексним (2,5 – 4,0 МГц) для обстеження глибоких вен нижніх кінцівок, тазу та нижньої порожнистої вени.

Аналізували протоколи дуплексного сканування вен нижніх кінцівок у 236 пацієнтів. У 97 (41%) пацієнтів основної групи було діагностовано синдром Мей-Тернера. У 77-ти пацієнтів (79%) даної групи було виявлено патологію вен нижніх кінцівок, а у 20-ти пацієнтів (21%) на момент обстеження патології вен нижніх кінцівок виявлено не було. До контрольної групи увійшли 139 (59%) пацієнтів, в яких синдром Мей-Тернера на момент огляду був відсутній.

**Результати.** Загалом у основній групі пацієнтів обстежено 146 нижніх кінцівок, у контрольній - 204.

Синдром Мей-Тернера було діагностовано у 97 пацієнтів. Максимальна різниця між швидкостями, що залежала від систолічної та діастолічної фази артеріального кровоплину по лівій загальній клубовій артерії становила 62 см/с., а мінімальна – 5 см/с. Різниця швидкостей більше 25 см/с спостерігалася у 2 випадках, до 25 см/с - у 3, до 20 см/с - у 13, до 15 см/с - у 30, до 10 см/с спостерігалася у 42 випадках досліджень.

У пацієнтів основної групи значно переважали варикозні розширення підшкірних вен нижніх кінцівок, тромбофлебіти, тромботичні ураження глибоких вен та посттромбофлебітичний синдром на лівій нижній кінцівці. Частіше виконували лівобічні венектомії. Також було відмічено переважання набряку на лівій нижній кінцівці.

У пацієнтів контрольної групи варикозне розширення підшкірних вен зустрічалось з однаковою частотою з обох боків, тромбоз глибоких вен зустрічався частіше на лівій нижній кінцівці, тромбофлебіт та посттромбофлебітичний синдром було виявлено частіше на правій нижній кінцівці, венектомії на лівій нижній кінцівці виконували рідше.

**Висновки.** У досліджуваній нами групі з 236 осіб синдром Мей-Тернера було діагностовано у 41% пацієнтів. Виявлено значне переважання зустріваності патології вен нижніх кінцівок на лівій нижній кінцівці у основній групі, порівняно з контрольною, де різниця була незначною.

*Індик Максим*

**ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНІ ІНФЕКЦІЇ: СУЧАСТНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ**

Кафедра Анестезіології та інтенсивної терапії  
Науковий керівник: канд. мед. наук. О.Е.Доморацький  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика  
м. Київ, Україна

**Мета:** розкрити актуальність проблеми внутрішньолікарняної інфекції(ВІ) у хворих відділень інтенсивної терапії хірургічного профілю, показати необхідність організаційних реформ у сфері антибіотикотерапії ВІ як ефективний засіб зниження частоти розвитку антибіотикорезистентності(АР) і результату зменшення смертності.

**Методи:** аналіз літератури та пошук у базах даних PUBMED, MEDLINE, дослідження історій хвороб пацієнтів з випадками інфікування ВІ в ВІТ.

**Результати:** проведений аналіз багатоцентрових рандомізованих досліджень ВІ, метою яких було встановлення поширеності резистентних штамів мікроорганізмів і формування на основі цих даних схем боротьби з ВІ.

**Висновки:** Матеріальна і фізична обмеженість у виборі ефективних антибіотиків і відсутність можливостей появи нових у найближчі десятиліття спонукає нас до впровадження нових програм інфекційного контролю: розробка програм інфекційного контролю в стаціонарах, мікробіологічна паспортизація відділень, підготовка спеціалістів з відповідними навиками в цих областях. Необхідний мультидисциплінарний підхід до проблеми з вирішенням організаційних питань на рівні міністерства.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Іванчук Назар, Лотоцька Ольга*

### **АХІЛОВИЙ СУХОЖИЛОК. МЕТОДИ ПЛАСТИКИ. ЦІКАВИЙ КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК**

Кафедра травматології  
Науковий керівник: доц. Т.М. Ковалишин  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
м. Івано-Франківськ, Україна

Травма ахілового сухожилля спостерігаються переважно у чоловіків працездатного віку і серед розривів сухожиль та м'язів складають до 47 %. Дефіцит його довжини виникає, як правило у випадках застарілого пошкодження, коли можливості ушивання сухожилля «кінець-в-кінець» обмежені чи відсутні, а тому слід виконувати замісну пластику.

**Метою** даної роботи ми поставили поглиблене вивчення проблеми пластики ахілового сухожилля у людини при його дефекті.

**Завданням дослідження** був пошук нових публікацій про методи хірургічного заміщення дефекту ахілового сухожилля, порівняння ефективності виявлених методів та розгляд клінічного випадку лікування дефекту сухожилка за матеріалами клініки травматології та ортопедії міської лікарні № 1 Івано-Франківська.

В матеріалах роботи використано літературні публікації останніх десятиліть, що містять результати експериментальних досліджень та клінічного втілення напрацювань. Також нами було включено одного пацієнта, лікованого з приводу дефекту ахілового сухожилка в травматологічному відділенні міської лікарні № 1 Івано-Франківська.

**Методами виконання дослідження** нами обрано порівняння виявлених публікацій в україно-, російсько- та англомовних літературних джерелах, а також клінічний аналіз хворого та його історії хвороби, оперованого з приводу дефекту ахілового сухожилка більше 25 років тому

#### **Висновки:**

-Другим по значущості незадовільних результатів його пластики є ризик інфекційних ускладнень та недостатність швів.

-За результатами огляду наукових публікацій питання розробки надійних, технічно простих і доступних хірургічних способів відновлення дефіциту довжини та функції пошкодженого сухожилля залишається актуальним та відкритим.

Клінічне застосування сухожильної пластики з використанням судинного протезу демонструє результат його високої і тривалої функціональної придатності.

*Калиновський Сергій*

### **ДО ВИМІРЮВАННЯ ШИРИНИ БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА ЗА ДОПОМОГОЮ УЗД**

Кафедра хірургії ФПО ВНМУ ім. М.І. Пирогова  
Науковий керівник: д-р.мед.наук, проф. В.В. Власов  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Вступ.** Ультразвукова діагностика (УЗД) дозволяє до операції вивчити білу лінію живота (БЛЖ) у хворих на пупкову грижу (ПГ).

**Мета дослідження.** За допомогою УЗД дослідити ширину БЛЖ у хворих на ПГ.

**Матеріали та методи.** За даними УЗД вивчено ширину БЛЖ у 208 хворих на ПГ. Середній вік пацієнтів склав  $56,2 \pm 10,8$  років. Переважали жінки (60,9 %). БЛЖ обстежували по всій довжині. Ширину БЛЖ вивчали під мечоподібним відростком, на рівні l. bicostalis (lbc), та пупка.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Ширина БЛЖ не відрізняється ( $p > 0,05$ ) на рівнях пупка ( $2,59 \pm 0,99$  см) та lbc ( $2,26 \pm 0,99$  см), але вона вірогідно ширша ( $p < 0,05$ ), ніж під пупком. Найменшу ширину БЛЖ спостерігали на 1 см вище лобкового симфізу ( $1,13 \pm 0,65$  см).

На усіх рівнях дослідження БЛЖ в межах нормальної ширини була у 39,42 % хворих на ПГ. У решти (60,58 %) виявлений діастаз ПМЖ різного ступеню. При цьому діастаз ПМЖ, який проявлявся по всій довжині БЛЖ спостерігали у 48 (23,08 %) хворих, а у 78 (37,5 %) пацієнтів – виявили діастаз різного ступеню лише на окремих рівнях дослідження.

БЛЖ з розмірами в межах норми під мечоподібним відростком (до 15 мм за G.M. Veer) була у більшості (60,09 %) обстежених. Діастаз ПМЖ I та II ступенів спостерігали у 36,54 % та 3,37 % обстежених.

На рівні lbc БЛЖ з розмірами в межах норми (до 22 мм за G.M. Veer) спостерігали у 41,83 % осіб. Діастаз I, II і III ступенів виявили у 83 (39,9 %), 24 (11,54 %) та 14 (6,75 %) хворих на ПГ відповідно.

БЛЖ розмірами в межах норми на рівні пупка мали ще менша кількість пацієнтів (20,19 %). Діастаз I та II ступенів виявили більше ніж у половини хворих (30,29 % та 25,96 % відповідно). Діастаз ПМЖ III ступеня мали 21 (10,1 %) хворих на ПГ.

**Висновки:** 1. Ультразвуковий метод дає можливість до операції дослідити білу лінію живота по всій довжині. 2. Біла лінія живота у хворих на пупкову грижу достовірно ширша ( $p < 0,05$ ) на рівні пупка та l. bicostalis. 3. Діастаз прямих м'язів живота мають 60,58 % хворих на пупкову грижу.

*Китченко С., Бережной Б., Любомудрова Е., Шульга А., Шевенко Я.*

**ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

Кафедра хирургии №3

Научный руководитель: член-корреспондент НАМН Украины, д-р мед. наук, проф. В.І. Лупальцов  
Харьковский национальный медицинский университет  
г. Харьков, Украина

**Актуальность.** От 600 тыс. до 2,5 млн человек в мире страдают хроническими трофическими язвами стоп и голеней, из них язвы венозной этиологии составляют до 70%.

**Цель.** Комплексная оценка результатов применения вакуумной терапии (VAC) в лечении трофических язв голеней венозной этиологии.

**Материалы и методы.** Проведен анализ лечения 30 больных (мужчин-18, женщин-12) в возрасте 44-78 лет с трофическими язвами венозного генеза. Длительность язвенного анамнеза от 2 мес. до 26 лет. Больные были разделены на 2 группы: I - 20 пациентов, в комплексе лечения которых использовалась непрерывная VAC-терапия (аппарат NP32, давление - 125 мм рт. ст., терапия 7-15 сут., период нахождения повязки на ране 1-3 сут.); II - 10 больных, у которых для местного лечения использовались мази на гидрофильной основе. Оценку эффективности терапии проводили по динамике микробной контаминации гнойных ран, клеточному составу раневых отпечатков, скорости эпителизации язв (оптическая фотометрия).

**Результаты.** Отмечена положительная динамика элиминации язвенной микрофлоры в ранах к 10 сут. лечения: в I группе - 2,09/0,22 Lg, во II группе - 5,0/1,23 Lg КОЕ/г ( $p < 0,05$ ). В I группе по сравнению со II отмечалось ускорение течения фаз раневого процесса, ранняя активация фагоцитоза. Скорость эпителизации язвенного дефекта в I группе составила в среднем  $6,4 \pm 0,3\%$  в сутки, что на 47,4% выше аналогичных показателей в группе сравнения.

**Выводы.** Применение непрерывной VAC при лечении трофических язв венозной этиологии способствовало ускоренному очищению язв от микрофлоры, активизировало фагоцитоз и репаративные процессы."

*Крупнік Вікторія*

**ШЛУНКОВО-КИШКОВІ КРОВОТЕЧІ. АРГОНО-ПЛАЗМОВА КОАГУЛЯЦІЯ**

Кафедра хірургічних дисциплін  
Науковий керівник: В.А. Держай  
Луцький базовий медичний коледж  
м. Луцьк, Україна

**Ціль роботи:** дослідити найбільш поширені методи зупинки шлунково-кишкових кровотеч (ШКК) та їх ефективність.

ШКК служать найбільш частим ускладненням гострих або хронічних захворювань органів травлення, що становлять потенційну небезпеку для життя пацієнта.

Особливої уваги заслуговує такий сучасний метод зупинки ШКК як аргоно-плазмова коагуляція (АПК). Основний принцип дії - термічний вплив струму високої частоти, що подається на тканину за допомогою потоку іонізованої аргонової плазми. Переваги АПК в порівнянні з традиційними способами коагуляції:

- Максимальна глибина коагуляції складає 3 мм;
- Відсутність диму;
- "Спорідненість" аргонової плазми до крові;
- Менше закислення тканин, що сприяє швидкому загоєнню.

Ми використали базу даних реєстру ШКК Луцької міської клінічної лікарні за 2009 – 2013 рік. Було опрацьовано 92 випадково відібраних історії хвороб хворих із ШКК. В одну групу були об'єднані випадки, де не застосовувалась АПК, а в іншу – випадки, де АПК застосовувалась. Також застосовувались такі методи як обколювання місця кровотечі розчином адреналіну і кліпування.

Відмінності спостерігалися у результатах ендоскопічної зупинки кровотеч. В результаті, у другій групі було виявлено значно менше рецидивів кровотеч і вони наставали пізніше 24 годин, що може свідчити про появу нової кровотечі, а не рецидиву тої, що була. Середня тривалість перебування хворого у стаціонарі після проведення АПК менша, ніж при традиційних методах зупинки кровотеч.

**Висновок:** застосування сучасного методу зупинки ШКК шляхом АПК дає більш ефективні результати, є дуже хорошим методом, перспективним до використання і найкращим на сьогоднішній день. Результатом активного запровадження сучасних методів ендоскопічної зупинки ШКК у Луцькій міській клінічній лікарні стала відсутність летальних випадків від кровотеч з ШКТ протягом останніх трьох років.

*Кокоць Ліна, Гдакович Оля, Безніско Ярема*

**ГОСТРІ ГНІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН. ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА І ЛІКУВАННЯ**

Кафедра загальної хірургії  
Науковий керівник: канд. мед. наук, ас. М.І. Кушнірчук  
Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

**Вступ.** Гострі гнійні захворювання м'яких тканин - актуальна проблема у хірургії. Для вибору тактики лікування даного контингенту мають значення – стать, вік, час розвитку до поступлення в стаціонар, тривалість перебігу захворювання.

**Мета.** Проаналізувати частоту та спектр хірургічної патології гострих гнійних захворювань м'яких тканин й тактику хірургічного лікування пацієнтів.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз 120 пацієнтів, які лікувалися у 2012-2014 рр. в хірургічному відділенні КЛ ДТГО "Львівська залізниця".

**Результати.** Серед досліджуваних пацієнтів - чоловіки склали 82 особи (68,33 %), жінки - 38 (31,67 %). Середній вік чол. становив 53,2р, а жін. – 62,1р. З приводу флегмони різної локалізації – проліковано 45 осіб (37,5 %), з яких чол. -25 %, жін.-12,5 %; гангрени – 43 (35,8 %), ч.-30( 25 %), ж.- 13(10,8 %); нагноєні трофічні виразки – 10 (8,4 %): ч.- і ж.-по 5 (4,2%) осіб; абсцеси – 7 (5,8 %): ч.- 4(3,3 %), ж.- 3(2,5 %); карбункули – 7 (4,2%): ч.-4(3,3 %), ж.- 3(2,5%); фурункули – 4 (3,3 %) – ч.; панариції – 3 (2,5 %): ч.- 2(1,7 %), ж.-1(0,8 %); фасціїти – 2(1,7 %) – ч.; парапроктити – 1(0,8 %) – ч.

У 80 осіб (66,7 %) діагностовано синдром діабетичної ступні (чол.-51(42,5 %), жін.-29 (23,8 %). Згідно класифікації СКС за Wagner-Meggitt у 6(7,5 %) хворих: ч.-4(5,0 %), ж.-2( 2,5 %)- діагностовано II стадію; у 14 (17,5 %): ч. і ж.- по 7(8,75 %) осіб - III стадію; у 46 (57,5 %): ч.-29(36,25 %), ж.-17(24,25 %) - IV стадію; і в 14 (17,5 %): ч.-8,75 %, ж.-8,75 % - V стадію. Тривалість захворювання до госпіталізації у стаціонар складала 24 – 96 год.

При клінічному дослідженні крові лейкоцитоз у 94 (78,3 %) пацієнтів від  $4,0 \times 10^9$  до  $8,9 \times 10^9$ , у 26 - середній лейкоцитоз =  $12,3 \times 10^9$ .

Під час лікування хворим проведено наступні операційні втручання: розкриття й дренивання флегмони - 31 (25,8 %) пацієнту: в ч.-1 7(14,2 %), ж.-14(11,6 %); розкриття абсцесу – 7(5,8 %), у ч.- 4(3,3 %), ж.- 3(2,5 %); карбункулу – 5 (4,2 %), у ч.- 4 (3,3 %), у ж.-1 (0,9 %); фурункулу – 4 (3,3 %) – у ч.; панарицію – 3 (2,5 %), у ч.- 2(1,7 %), у ж.- 1 (0,8%); фасціїту – 2 (1,7 %)- у ч.; парапроктиту – 1(0,8%); некректомія проведена в 7 (5,8 %) хворих: ч.- 5(4,2 %), ж.-2(1,6 %); екзартикуляція пальців ступні – 2(1,7 %) – у ч.; аутодермопластика – 1(0,8%); ампутація – 22 (18,3 %), у ч.-15(13,3 %), ж.- 7(5,0 %). Не було оперативного втручання у 35 (29,2 %) пацієнтів з синдромом діабетичної ступні, у ч.- 24 (20,0 %), у ж.- 11(9,2 %).

При наявності гнійного вмісту під час операційних втручань 68(94,1 %) хворим проводили дослідження на флору і чутливість до антибіотиків і було виявлено: 26(38,2 %) випадки *Ps. aeruginosa*, 22(32,4 %) - *St. epidermidis*, 31 (48,4 %) - *S. Aureus*.

Лікування даного контингенту хворих включало антибактеріальну терапію, НПЗП, судинні препарати, гепаринотерапію. У пацієнтів з діабетичною ступнею - інсулінотерапію. Застосовували цефалоспорины II – III покоління – для 98(81,7 %) хворих, з яких ч.- 58,3 %, ж.- 23,4 %; фторхінолони – для 12(10,0 %) хворих, з яких ч.-8(6,7 %), ж.- 4(3,3 %); карбопонеми – для 6 хворих (5,0 %) – ж. і макроліди – для 4 хворих (3,3 %) – ч. У більшості випадків 94 (78,3%) застосовували комбіновану антибактеріальну терапію двома, або більше антибактеріальними препаратами. Після отримання результатів посіву – корекцію антибактеріальної терапії проведено у 19(15,8 %) пацієнтів.

Летальних випадків не було.

**Висновки.** У пацієнтів з гострою гнійною патологією м'яких тканин необхідно проводити своєчасну діагностику захворювання та госпіталізацію. При лікуванні даного контингенту хворих дослідження гнійного вмісту для з'ясування спектру патогенної флори і чутливості до антибіотиків надає провести корекцію оптимальної антибактеріальної терапії і покращити результати лікування.



Кохан Роман

## ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ В ПОВЕРХНЕВІЙ ВЕНОЗНІЙ СИСТЕМІ ПРИ ВАРИКОЗНІЙ ХВОРОБІ

Кафедра хірургії ННІ ПО  
 Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.Б. Гоцинський  
 ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
 імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
 м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Варикозна хвороба є найбільш поширеним захворюванням судин нижніх кінцівок. Частота її серед населення коливається від 9,3 до 25 %. В Європі дане захворювання діагностують у 10 % дорослого населення. В Україні частота виявлення хворих із варикозом поверхневих вен нижніх кінцівок сягає в середньому 17 %. Вік осіб, які хворіють розширенням поверхневих вен, сягає в середньому (42 ± 3) роки. Поряд із значними успіхами, досягнутими в діагностиці та лікуванні варикозної хвороби зберігається висока частота рецидиву варикозного розширення вен після виконаних сафенектомій, що становить 31,3 – 75 % хворих у загальнохірургічних стаціонарах та у 9,8 % – у судинних відділеннях.

Повернення симптомів варикозної хвороби нижніх кінцівок після різних методів лікування вимагає необхідність ретельної діагностики і об'єктивізації подальшої тактики лікування.

**Мета дослідження.** Покращення результатів оперативного лікування хворих з варикозною хворобою підшкірних вен нижніх кінцівок та попередження рецидиву хвороби, післяопераційних ускладнень шляхом вивчення морфофункціонального стану поверхневої венозної системи.

**Матеріали та методи:** Робота виконана на базі міського флебологічного центру Тернопільської державної комунальної клінічної лікарні №2 та ННІ ПО кафедри хірургії, де був проведений забір післяопераційного матеріалу 150 (N=150) хворих чоловічої і жіночої статі: 80 осіб жіночої статі та 70 осіб чоловічої, оперованих з приводу варикозної хвороби нижніх кінцівок. Матеріал розподіляли за наступними віковими групами: 1 група (перший зрілий вік - 21 - 35 років для жінок, та 22 - 36 для чоловіків) – 70 осіб, 2 група (другий зрілий та похилий вік 36 - 75 років) - 68 осіб, третя група (старечий вік після 75 років) - 12 осіб. Для об'єктивної оцінки різних варіантів перебігу варикозної хвороби і стандартизації результатів дослідження на до та післяопераційному етапі використана Міжнародна класифікація CEAP (Clinical Etiological Anatomical Pathophysiological – міжнародна класифікація хронічних захворювань вен нижніх кінцівок, 1995 р). Згідно клінічного поділу класифікації хворі були поділені на 5 функціональних класів. Основну масу склали пацієнти з ХВН С3 стадії – 101, С2 – 15, С4 – 14, С5 – 10, С6 – 10 хворих. Для ультразвукового кольорового дуплексного сканування вен використані апарати Acuson – 128 XP – 2006 (США) та Vivid 3 (“Дженерал Електрик” - 2009 (США) з датчиком частотою 5-10 МГц, із відповідним стандартним пакетом програмного забезпечення вказаних фірм для обстеження венозної системи.

Гістологічні препарати виготовляли згідно загальноприйнятих методик.

Гістологічне вивчення стінки варикозно трансформованих вен показало, що її зміни складаються із численних процесів перебудови, які включають всі її шари. Ці зміни проявляються гіперплазією ендотелію, еластозом, колагенозом, дистрофічними змінами за типом мукоїдного та фібриноїдного набряку, гіпертрофією гладком'язових елементів. Також виявлена дисфункція, дизрегуляція ендотелію, що проявляється десквамацією ендотелію на значній відстані.

Проведені морфометричні дослідження ендотеліоцитів інтими стінки вени хворих на варикозну хворобу дозволили виділити три типи ядер: гіпертрофовані, пікнотично змінені і атрофовані.

При електронномікроскопічному дослідженні вен нижніх кінцівок при варикозній хворобі, ведучим механізмом в розвитку патології є мітохондріальна недостатність ендотеліоцитів, що структурно проявляється лізисом зовнішніх мембран та крист цих органел та призводить до дефіциту біоенергетичного забезпечення синтетичних реакцій і репаративних процесів. Порушення ультраструктурної організації гладких міоцитів свідчить про неможливість підтримувати оптимальний тонус судин. Зміна субмікроскопічної організації базальної мембрани є важливим фактором здатності до відновлення пошкодженого шару ендотелію, оскільки проліферація ендотеліальних клітин при відсутності базальної мембрани неможлива. Ознаки набряку ендотеліоцитів є типовим прикладом місцевої запальної реакції.

Морфометрично встановлено, що товщина інтими найбільша в першій групі хворих в ділянці нижньої третини гомілки та складає 18,18 ± 0,06 мкм, а коефіцієнт інтима-медіа в цій же групі є відповідно 0,52. З віком товщина поступово зменшується. Так, найнижчий цей показник у третій групі в нижній третині гомілки – 2,84 ± 0,01 мкм, а коефіцієнт інтима-медіа – 0,08.

Виявлення в венозній стінці і перивазикальній клітковині дрібновогневої лімфоїдної інфільтрації як прояв асептичного запального процесу, виразність якого прямопропорційна тривалості захворювання, сприяє ендотеліальній дисфункції і прогресуванню захворювання. Отримані дані свідчать про загальні структурні механізми розвитку варикозу, що відбуваються в стінці вени і призводить до міосклерозу стінки та атрофії.

**Висновки.** Комплексно із застосуванням клінічних, ультразвукових та морфологічних методів дослідження вивчено структурні зміни у варикозно трансформованих вен, розкриті нові аспекти патогенезу хронічної венозної недостатності при варикозній хворобі нижніх кінцівок. Встановлено, що в основі розвитку варикозної хвороби нижніх кінцівок може бути виникнення ендотеліальної дисфункції та лейкоцитарна інфільтрація структур венозної стінки. Встановлені особливості перебудови венозної стінки при варикозній хворобі в залежності від віку та ступеня хронічної венозної недостатності, можуть бути використані для розробки прогностичних критеріїв виникнення варикозної хвороби та попередження її післяопераційного рецидиву.

*Кохан Роман, Яворська Катерина*

**ВАКУУМНА ТЕРАПІЯ ЯК НОВИЙ МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК ПРИ ХРОНІЧНІЙ ВЕНОЗНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ НИЖНІХ КІНЦІВОК**

Кафедра хірургії ННІ ПО

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.Б. Гоцинський  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Трофічні виразки венозної етіології зустрічаються від 0,1% до 5% дорослого населення індустріально розвинутих країн і становлять більшу половину від усіх виразок нижніх кінцівок іншого генезу. З віком понад 65 років частота трофічних виразок зростає і становить 6%. Їх наявність призводить до підвищення сенсibiliзації та алергізації, фізичних та психічних страждань, основною причиною інвалідності та довготривалих втрат працездатності у хворих з венозною патологією. Лікування таких хворих вимагає значних витрат. У зв'язку з високою поширеністю трофічних виразок венозної етіології та відсутністю чітко розроблених методів лікування необхідний пошук нових методів лікування.

**Мета роботи:** покращити і пришвидшити результати лікування трофічних виразок у хворих із хронічною венозною недостатністю за рахунок включення у комплекс лікувальних заходів вакуум терапії.

**Матеріали та методи лікування.** Дослідження проводилось у хірургічному відділенні Тернопільської міської комунальної лікарні №2 на базі кафедри хірургії Навчально-наукового Інституту післядипломної освіти. За період з 2013 по 2015 роки у відділенні проліковано за допомогою вакуум терапії 77 хворих, що відповідали ХВН Сб, згідно міжнародної класифікації СЕАР. Вік хворих від 25 до 86 років. Жіноча стать – 55, чоловіки – 22. Тривалість виразкового анамнезу від 2 тижнів до 28 років. В 36 випадках причиною ХВН була первинна варикозна хвороба підшкірних вен, в 21 хворих посттромбофлебітична хвороба та в 10 – рецидив варикозної хвороби. Площа поверхні виразок коливалася від 0,5 до 20см<sup>2</sup>. Вакуумну терапію проводили при адекватному розвантаженні ураженої кінцівки. Використовували апарат Medela basic 30, який дозволяє встановити рівень від'ємного тиску до (-800) мм рт.ст. На першому етапі лікування, передусім, проводили хірургічну обробку рани, видаляли некротично змінені тканини та фібринові нащарування, промивали розчином антисептика. Після очищення рани виповнювали поліуретановою губкою розміром пор від 60 до 2000 мкм, модифікували губку в залежності від форми рани. Потім всю ділянку покривали та герметизували прозорою клейкою напівпроникною мембраною (Tega-derm), яку перфорували для приєднання дренажної трубки, з'єднаної з апаратом для вакуум-терапії. При лікуванні ран враховували фази ранового процесу.

Під час фази запалення, що характеризується ексудацією, розвитком запального набряку, некролізмом, гідратацією, використовували поліуретанову губку з максимальним розміром пор 1500-2000 мкм і в режимі роботи апарата (-300) мм. рт. ст. Під час фази проліферації, яка характеризується переважанням відновних, регенеративних процесів, утворенням грануляційної тканини, використовували губку з розміром пор 500-1500 мкм і режим від'ємного тиску (-150) мм. рт. ст. Під час фази загоювання, коли відбувається дозрівання рубцевої тканини та епітелізація рани, використовували губку з розміром пор до 500 мкм в режимі (-100) мм.рт.ст.

Вакуум-терапія (Vacuum-assisted closure, VAC) – інноваційна методика, що застосовується для поліпшення загоєння ран, які неможливо виликвати іншими методами. Лікувальний ефект досягається створенням негативного тиску по всій рановій поверхні. При цьому відбувається активне видалення продуктів некротичного розпаду та надмірного ранового ексудату, зокрема й речовин, що сповільнюють загоєння рани. Створюються умови для швидкої елімінації мікробного фактора з вогнища запалення. Зниження локального інтерстиційного набряку тканин, зниження міжклітинного тиску, посилення місцевого лімфообігу і транскapілярного транспорту покращує живлення тканин і збільшує швидкість формування грануляційної тканини, а поліпшення перфузії ранового ложа додатково сприяє деконтамінації рани. Використання пористих матеріалів забезпечує максимальний контакт стінки відкритих пор губки з рановою поверхнею, в той час як внутрішня частина пор не стикається з ранною. Таким чином, за рахунок локального негативного тиску відбувається розтягування і деформація тканини ранової поверхні. Це викликає деформацію клітин вакуумованих тканин, стимулює міграцію і проліферацію клітин. Прямий вплив негативного тиску на дно і краї рани в умовах зовнішньої ізоляції справляє постійний ефект відносно країв рани, сприяючи її зменшенню. Цей ефект безпосередньо зменшує розміри рани, незалежно від інтенсивності клітинної проліферації. VT за допомогою поліпшення якості грануляційної тканини підвищує шанси на успіх у закритті рани місцевими тканинами. Внаслідок того, що вакуумна пов'язка зменшує розміри рани, попереднє розтягування місцевих тканин перед аутодерматопластиком не потрібне.

Вакуум призводить до локального зниження парціального тиску кисню в рані, проте стимулює формування нових судин та подальший ріст грануляційної тканини і як кінцевий результат посилює тканинну оксигенацію. Вакуум-пов'язка накладалась на тривалий термін (в середньому 3-5 діб), що дозволяло навіть в першу фазу ранового процесу обходитись без перев'язок. Економія перев'язувального матеріалу та часу медперсоналу. Посилення ефекту медикаментозного лікування. В умовах посилення місцевого крово- і лімфообігу, транскapілярного транспорту посилюється перфузія ранового ложа, підвищується концентрація в тканинах рани лікарських речовин, що підвищує загальну ефективність лікування.

Показниками ефективності лікування хронічних ран є: припинення росту розмірів рани після початку вакуум-терапії, в противагу випадку потрібно зупинити вакуум-терапію; поява тонкого білого епітелію в краєвій зоні дефекту; поява повноцінних яскравих грануляцій (ложе рани темного кольору вказує на недостатнє кровопостачання рани); грануляційна тканина повинна збільшуватись на 3-5% за один день лікування.

VAC не використовується як монотерапія, а як комплексний сучасний метод лікування. Вакуум-терапія протипоказана при флегмоні, вираженій ішемії кінцівки, при наявності неконтролюючого остеомиєлітичного процесу, малігнізації ран, кровотечі в рані, некротичні рани і рани представлені рубцевою тканиною.

Тривалість VAC-терапії залежить від кожного конкретного клінічного випадку (переважно 1-1,5 тижня, після цього повинна бути проведена оцінка стану рани і вирішення подальшої тактики лікування. Лікування за допомогою традиційних методів таких же ран становило 3-4 тижні

**Висновки.** Вакуум-терапія (Vacuum-assisted closure) володіє такими перевагами: терапевтичний ефект настає швидше в порівнянні із традиційними методиками; прозорість пов'язки, що дозволяє хірургові контролювати стан рани і ранового оточення, не завдаючи при цьому пацієнту пов'язаних зі зміною гнійної пов'язки болю і незручностей; можливість аналізу ранового ексудату, що збирається в спеціальному контейнері вакуумного пристрою; відсутністю неприємного запаху і гігієнічність пов'язок; зменшення частоти перев'язувань, що дозволяє економити час і витрати на медичний персонал і створює додатковий комфорт пацієнтові; технічною простотою і надійністю у використанні перев'язувальних систем, володінню якими середній медичний персонал можна навчити дуже швидко; комфортом пацієнтів, що полягає в їх мобільності.

*Кукарєва Ю., Лямпрехт В., Попик А.*

**СПОСІБ ЦИФРОВОЇ СПЕКТРОФОТОМЕТРІЇ ЯК МЕТОД ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ БІЛІРУБІНУ ПРИ ОБТУРАЦІЙНІЙ ЖОВТЯНИЦІ**

Кафедра хірургії № 2

Науковий керівник: канд. мед. наук. ас. Т.В. Форманчук  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Механічна жовтяниця є частим ускладненням багатьох хірургічних патологій. Основним методом її діагностики є визначення рівня білірубину венозної крові пацієнта. Даний метод є інвазивним і потребує певних затрат часу і хімічних реагентів.

**Мета дослідження:** пошук альтернативного неінвазивного і ефективного методу визначення рівня білірубину крові при механічній жовтяниці

**Матеріали і методи:** Було проведено дослідження 60 пацієнтів, яким визначали рівень білірубину крові стандартним лабораторним методом. У 11 пацієнтів була наявна гіпербілірубінемія внаслідок обтурації жовчних шляхів, що проявлялась жовтяницею. Метод визначення рівня білірубину крові полягає в дослідженні світлових спектрів, добутих фотографуванням визначеної площі білкової оболонки ока в стандартизованих умовах за допомогою спеціально створеного пристрою, та обробки отриманого кольорового спектру за допомогою комп'ютерної програми (Патент України на винахід № 91644 від 10.07.2014 р.).

**Результати:** Середнє значення загального білірубину крові у групі контролю склало  $14,77 \pm 1,21$  мкмоль/л. При цьому середня яскравість червоного спектру становила  $139,34 \pm 10,67$ ; синього спектру –  $173,13 \pm 12,5$ ; зеленого спектру –  $217,5 \pm 10,2$ . В основній групі дослідження середнє значення загального білірубину склало  $114,6 \pm 9,1$  мкмоль/л. Середня яскравість червоного спектру в основній групі дослідження становила  $88,66 \pm 11,1$ ; синього спектру –  $119,81 \pm 11,47$ ; зеленого спектру –  $171,3 \pm 10,41$ . В процесі дослідження було встановлено оберненопропорційну залежність між рівнем загального білірубину крові хворих та яскравістю спектрів у зеленому, червоному, синьому діапазонах ( $p < 0,05$ ). Отже, даний метод дає можливість з ймовірною точністю якісно і кількісно визначити наявність гіпербілірубінемії у пацієнтів з механічною жовтяницею.

**Висновки:** Метод цифрової спектрофотометрії є технічно простим, доступним і ефективним для визначення рівня білірубину крові і може ефективно використовуватися у повсякденній клінічній практиці.

*Лимар Євген, Лимар Наталія*

**ТРАНСПОРТУВАННЯ ВАГІТНИХ З ПОЛІТРАВМОЮ: РИЗИКИ І ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ**

Кафедра травматології та ортопедії з комбустіологією

Науковий керівник: д-р мед.наук. проф. Гур'єв С.О.  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Протягом останніх років спостерігається підвищення рівня травм небезпечності, внаслідок чого зростає кількість полісистемних пошкоджень у вагітних жінок. Травматичні ушкодження є одним з причинних факторів втрати вагітності різних термінів гестації. Падіння, удари і стресові ситуації вагітних жінок, що виникають при отриманні травм, відносяться до провокуючих моментів, які призводять до самовільних викиднів і передчасних пологів. Досліджено 78 випадків політравми у вагітних жінок. Ретельно проаналізовано особливості транспортування вагітних з політравмою з місця пригоди до спеціалізованого стаціонару. Вплив травматичного процесу на вагітність досліджено за індикативним показником збереження вагітності. Оцінено ефективність використання спеціально розроблених та запатентованих нош для транспортування травмованих вагітних жінок. Встановлено, що 41 жінка з політравмою у 5-12 тижнів (52,6 %), 18 жінки у 14-21 тижнів (23,1 %), 14 у 22-36 тижнів (17,9 %) та 5 жінок у 38-40 тижнів вагітності (6,4 %). Розвиток поліорганної недостатності (ПН) прямо пропорційне терміну вагітності та виникає при меншому ступені тяжкості пошкодження. Зміна топографії органів черевної та грудної порожнини, зумовлена збільшенням матки, спричиняє зростання ризику втрати плода. Значна роль у розвитку ускладнень вагітності належить синдрому абдомінальної компресії (САК). Ризик втрати вагітності зростає у порівнянні з контрольною групою при однаковому механізмі дії пошкоджуючого чинника у терміні вагітності 22-36 тижнів у 1,5 раза; у терміні вагітності 37-40 тижнів – у 2,8 раза. Звичайний спосіб транспортування вагітних з політравмою усугобляє вищевказаний ризик в 2,5 раза. Розроблений метод транспортування вагітних жінок з політравмою дозволяє зменшити ризик додаткової травматизації вагітних при транспортуванні.

Таким чином, транспортування вагітних жінок з політравмою суттєво впливає на перебіг вагітності та зумовлює значний ризик її переривання. Використання спеціальних нош для транспортування дозволяє суттєво зменшити ризик додаткової травматизації при транспортуванні та збереження вагітності у жінок з політравмою.

*Лимар Євген, Бабій Михайло, Тонкошкур Олена*

**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ТА КЛІНІКО-НОЗОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛІСИСТЕМНИХ ПОШКОДЖЕНЬ У ВАГІТНИХ**

Кафедра травматології та ортопедії з комбустіологією  
Науковий керівник: канд. мед. наук А.І.Цвях  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, України

**Мета** роботи: визначити основні клініко-епідеміологічні та клініко-нозологічні характеристики політравми у вагітних, верифікувати вплив вагітності на перебіг травматичного процесу.

**Матеріали та методи дослідження.** Було вивчено 65 випадків виникнення полісистемних пошкоджень у вагітних жінок. Було проведено аналіз клініко-епідеміологічних та клініко-нозологічних характеристик та перебігу травматичного процесу постраждалих вагітних жінок у порівнянні із відповідним масивом жінок без ознак вагітності.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Встановлено, що найбільш часто жінки отримують політравму в терміні вагітності до 12 тижнів (55,6 %) у віці 21-30 років (62,96 %), за соціальним станом не працюючі (61,1 %). Найбільш часто (54 %) механізмом отримання травми є прямий удар. Серед механізмів отримання травми поширений кримінальним травматизм (побиття). За клініко-нозологічними ознаками найбільш часто зустрічається закрита травма черевної порожнини (30 %), а також ЗТЧП в поєднанні з краніальною та торакальною травмами (43,4%). При аналізі впливу встановлено, що має місце взаємний вплив вагітності на травматичний процес та травматичного процесу на вагітність. Так вагітність підсилює та збільшує інтенсивність SIRS та підвищує ризик виникнення ДВЗ синдрому в 1,3-1,5 рази. З іншого боку політравма вкрай негативно впливає на вагітність та викликає як загрозу здоров'ю плоду, так і життю самої жінки. При тому спостерігається ризик переривання вагітності в 70% жінок в терміні до 12 тижнів, збереження вагітності збільшується із збільшенням терміну вагітності (37-40 тижнів – 50 %). В загальному масиві загроза переривання вагітності складає 63% та можливість збереження 37 %.

Висновки.

1. Політравма у вагітних виникає насамперед на I триместрі вагітності у віці 21-30 років внаслідок прямого удару при кримінальних обставинах.
2. За клініко-нозологічними характеристиками найчастіше має місце закрита травма черевної порожнини у поєднанні з краніальною та торакальною травмами.
3. Вагітність викликає феномен взаємного негативного впливу вагітності та травматичного процесу.

*Лойко Ігор, Герасимюк Назар, Гданський Сергій.*

**ВИБІР МЕТОДУ КОРЕКЦІЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ.**

Кафедра загальної та малоінвазивної хірургії  
Науковий керівник: д-р мед. наук проф. Л.Я. Ковальчук  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність:** проблема хірургічної корекції гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) є не вирішеною в хірургічному лікуванні виразкової хвороби (ВХ).

**Мета:** покращити результати хірургічного лікування ВХ за наявності ГЕРХ шляхом визначення ефективності корекції ГЕРХ залежно від типу втручання з приводу ВХ.

Методологічною основою дослідження став аналіз динаміки езофагіту у 170 хворих, прооперованих з приводу ВХ.

**Результати:** В цілому на тлі застосування різних методів лікування хворих на ВХ, відзначалась різна ефективність операційної корекції ГЕРХ. Найкращий результат наставав після органозберігаючих та органощадних втручань (ОЗО та ОЩО), який проявлявся зниженням частки пацієнтів із ГЕРХ та зростанням частки пацієнтів без ознак езофагіту (83,58 %), що виявилось більшим, ніж на тлі резекційних методів лікування (58,33 %) та мало тенденцію до більшої величини стосовно пацієнтів, яким виконували паліативні втручання (62,50 %). Під впливом медикаментозної корекції ГЕРХ різні методи лікування хворих на ВХ супроводжуються однакових ефектом – в середньому 48,57 %. За відсутності корекції не було динаміки частки пацієнтів, в яких змінювалася тяжкість езофагіту в післяопераційному періоді та тих, в яких зникали макроскопічні його ознаки. Ці дані підтверджують ефективність хірургічних методів корекції ГЕРХ, особливо на тлі використання ОЗО та ОЩО з приводу ВХ.

**Висновок:** Отримані результати підтвердили, що методом вибору в корекції супутньої ГЕРХ при ВХ є саме хірургічний. При лікуванні пацієнтів із підтвердженою ГЕРХ слід віддавати перевагу ОЗО та ОЩО, що повинно увійти у стандарт оперативних втручань в умовах ВХ зі супутньою ГЕРХ.

*Максимчук Н.*

**ВИКОРИСТАННЯ РІВНЯ МОЛЕКУЛ СЕРЕДНЬОЇ МАСИ ЯК ПРЕДИКТОРА  
КЛІНІЧНОГО НАСЛІДКУ ПАЦІЄНТА**

Кафедра анестезіології та реаніматології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.М. Коновчук  
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
м. Чернівці, Україна

Розвиток синдрому поліорганних ушкоджень при критичних станах, в тому числі тяжкому сепсисі (ТС), зумовлений наявністю вираженої інтоксикації продуктами автокатаболізму. Тому об'єктивна оцінка стану пацієнта та ефективності інтенсивної терапії не можлива без врахування ступеню ендогенної інтоксикації (EI). За численними даними одним із найбільш точних показників рівня EI є рівень молекул середньої маси (МСМ), тому їх визначення у плазмі крові пацієнтів із ТС актуальне для оцінки стану та моніторингу інтенсивної терапії.

**Метою** нашого дослідження було встановлення рівня МСМ у плазмі крові пацієнтів із ТС та наявності зв'язку з клінічним виходом.

Дослідження проведено у відділенні анестезіології з ліжками інтенсивної терапії Чернівецької обласної клінічної лікарні.

**Матеріал дослідження** – плазма крові 10 пацієнтів із ТС, що вижили та 10 пацієнтів із ТС, що померли. Визначення рівня МСМ проведено за Н.Габріелян при поступленні та на третю і сьому добу перебування у відділенні. Статистичне опрацювання отриманих даних проведено програмою IBM SPSS Statistic.

Для рівня МСМ на першу, третю та сьому добу коефіцієнт кореляції Спірмена становив 0,722, 0,742 та 0,756 відповідно, тобто дані проведеного статистичного аналізу свідчать про наявність сильної прямої кореляції між досліджуваним показником. При цьому отримані результати свідчать про зростання сили зв'язку з плином часу, що минув після госпіталізації.

**Висновки.** Рівень МСМ в плазмі крові пацієнтів із ТС тісно корелює із клінічним наслідком, тому дослідження їх рівня у плазмі крові актуальне для оцінки тяжкості стану та корекції інтенсивної терапії.

*Михайлусов Р., Негодуйко В.*

**ОСОБЕННОСТИ ДРЕНИРОВАНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ**

Кафедра Ендоскопії та хірургії  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.Н. Ромаев  
Харківська медична академія післядипломної освіти  
м.Харків, Україна

**Вступление.** Увеличение пострадавших с огнестрельными ранами мягких тканей – реальность настоящего времени. Одним из важных этапов первичной хирургической обработки влияющим на дальнейшее течение раневого процесса является дренирование огнестрельной раны.

Было проанализировано 128 случаев оказания квалифицированной хирургической помощи раненым с огнестрельными ранениями мягких тканей, при выполнении ПХО которых, были допущены ошибки при дренировании огнестрельных ран мягких тканей.

**Цель исследования** – проанализировать и систематизировать ошибки дренирования ран, допущенные при выполнении первичной хирургической обработки у пациентов с огнестрельными ранами мягких тканей.

**Результаты исследования:**

Неадекватное дренирование огнестрельных ран было выявлено у 128 раненых. Мы наблюдали дренирование только входного 49 (38,3%) либо только выходного 53 (41,4%) раневого отверстия при сквозных ранениях, дренирование перчаточными дренажами 38 (29,7%), неадекватное дренирование одиночными 5 мм трубчатыми дренажами при больших размерах раны 90 (70,3%). Одним из важных свойств, которым должен обладать дренаж в огнестрельной ране является «каркадность». Предпочтительным является использование силиконовых трубок, обладающих наименьшими реактивными способностями. Дренирование огнестрельных ран целесообразно осуществлять дренажами не менее 10 мм, в отдельных случаях при малых размерах раны допускается использовать 5-мм дренажи. Применение мягких дренажей типа «перчаточных» при дренировании огнестрельных ран категорически недопустимо. Наблюдавшийся нами воспалительный отёк в течении первых 3-е суток после ранения у 89 (69,5%) раненных сдавливал «мягкие» дренажи, что приводило к нарушению дренажных функций и образованию замкнутой полости.

**Выводы.** Анализ ошибок допущенных при дренировании огнестрельных ран мягких тканей, показывает, что большинство ошибок являются типичными и связаны с отсутствием опыта и недооценкой раневого процесса.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

Михайлюк Оксана, Слободян Володимир, Вівчар Зоряна, Сойка Марія

### **АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ВАЖКУ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВУ ТРАВМУ, УСКЛАДНЕНУ СЕПСИСОМ У ВІДДІЛЕННІ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ЛІКАРНІ У 2014 РОЦІ**

Кафедра анестезіології та реаніматології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.В. Олійник  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
КЗ ТОР «ТУЛ»  
м. Тернопіль, Україна

Черепно-мозкова травма є однією з провідних причин смертності та інвалідизації в усьому світі, та залишається однією з основних причин смертності в перші чотири десятиліття життя. Смертність пацієнтів з важкою черепно-мозковою травмою сягає 80,0%.

Важким ускладненням ЧМТ є сепсис. Летальність при важкому сепсисі залишається дуже високою, сягає 50-60%. Смертність у хворих з грамнегативним сепсисом в два рази вище летальності хворих сепсисом, викликаним грамнегативною флорою. Кожну хвилину від сепсису у світі гине 14 осіб.

**Метою** дослідження стало виявлення частоти антибіотикорезистентності; збудника, що найчастіше спричиняє сепсис у цих хворих та найдоцільнішої антибіотикотерапії при даних станах, - що може бути корисним у діяльності практичного лікаря.

**Матеріали і методи.** Нами обстежено 35 пацієнтів, які знаходились на лікуванні в відділенні анестезіології та інтенсивної терапії із черепно-мозковою травмою, яким проводилось бактеріологічне дослідження (оперативне втручання проводилось 16 із них - 45,7%).

**Результати.** Так у ВАІТ найбільш поширеним збудником у 2014 р. визначено: *Klebsiella Pneumoniae* – 27 (30%), далі: *Pseudomonas aeruginosa* – 12 (13,3%), на третьому місці: *Staphylococcus aureus* – 6 (6,7%). Грамнегативна флора значно переважала – близько 80%.

Аналіз щодо даних антибіотикочутливості основних видів мікроорганізмів виявив наявність резистентності як у грамнегативних так і грам позитивних збудників, можна стверджувати, що грамнегативна флора була більш резистентною.

Для збудника *Klebsiella*: найнижчий відсоток резистентності виявлено у імпіпенему, меропенему - близько 50% випадків. Щодо *Ps. aureginosae*, то найбільш ефективними можуть бути – гентаміцин (57,9% резистентності), меропенем (58,3%), амікацин (60,0).

Деякі кращі результати стосовно *Staph. aureus*: жодного випадку резистентності до ципрофлоксацину, цефоперазону, цефтазидиму та гентаміцину, проте резистентність до імпіпенему виявлена у 66,7% досліджень.

Олійник Лілія

### **НОВІТНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ РАН РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ В ХІРУРГІЇ**

Кафедра хірургії N92  
Науковий керівник: канд. мед. наук, ас. А.В. Махніцький  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я Горбачевського МОЗ України»  
м. м.Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Лікування ран за допомогою негативного тиску вакуум-терапія або "vacuum assisted closure" (VAC), є одним із новітніх методів лікування ран, що застосовується для покращення перебігу ранового процесу та пришвидшення його загоювання.

**Мета.** Показати переваги вакуум-терапії у лікуванні пацієнтів із ранами різної етіології.

**Матеріали і методи.** Дослідження проводилося із 2014 по 2015 рік у відділенні хірургії ТМКЛШД. Було обстежено та проліковано 52 пацієнти із ранами різної етіології, серед них вакуум-терапія при місцевому лікуванні ран використовувалася у 36 пацієнтів, контрольну групу складало 16 пацієнтів. Вік хворих становив від 22 до 60 років.

Застосовували апарат виробництва Україна НПП "АГАТ-ДНЕПР" – Acti V.A.C, який працює в автоматичному режимі, безперервно підтримуючи негативний тиск 125 мм рт. ст.

Усім пацієнтам контрольної групи в якості місцевого лікування застосували пов'язки з антисептиками (діоксидин, бетадін), мазеві пов'язки (офлокаїн, левоміколь, мірамистин).

**Результати.** Результати ефективності вакуум-терапії оцінювали клінічно та за клініко-лабораторними критеріями (дані Доплерівської флоуметрії).

Застосування вакуум-терапії сприяло швидкому очищенню ран, в середньому до 4-6 доби, зменшенню їх площі та глибини, активному росту грануляцій з можливістю автодермопластики до 6-10 доби.

За даними ЛДФ відновлення задовільного кровопостачання тривало в середньому до 8-9 доби після першого накладання вакуумної помпи. Показники ЛДФ на цей період досягали норми і становили 3,4 ПФ ОД.

**Висновки.** У лікуванні хворих вакуум-терапія відрекондувала себе як позитивний метод, що сприяє швидкому очищенню ран, відновленню кровопостачання та активному росту грануляційної тканини. Завдяки цьому значно пришвидшилися терміни загоювання ран та зменшилися витрати на лікування.

*Петрашенко І.*

**ТЕХНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ АПЕНДЕКТОМІЇ У ВАГІТНИХ**

Кафедра Хірургії №2

Науковий керівник: д-р.мед.наук, проф. О.Б. Кутувий  
ДЗ "Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України"  
м. Дніпропетровськ, Україна

Сьогодні питання діагностики і лікування гострого апендициту у вагітних лишаються однією з актуальних проблем екстреної медицини. Нещодавно вагітність була абсолютним протипоказанням для ендохірургічних втручань, головним чином, у зв'язку з недостатністю уявлень щодо впливу карбоксиперитонеума та підвищеного внутрішньочеревного тиску на організм вагітної. На теперішній час доведена безпека названих факторів і лапароскопія все більш стає пріоритетною в лікуванні абдомінальної патології на тлі вагітності. Проте, не існує єдиної думки щодо технічних особливостей виконання лапароскопії на різних строках гестації.

**Метою** дослідження було визначення технічних умов щодо можливості безпечного виконання лапароскопічної апендектомії на тлі вагітності.

**Матеріали і методи.** Групу дослідження склали 75 вагітних, яким було виконано лапароскопічне втручання. Усі операції проведені під внутрішньовенним знеболюванням зі штучною вентиляцією легень. Карбоксиперитонеум створювали за умови 12 мм рт ст.

**Результати і обговорювання.** В I і II триместрах перший 10-мм троакар вводили закритим способом під або над пупком. Другий і третій троакари розміщували наступним чином: в лівій здухвинній ділянці або мезогастрії та в проекції червоподібного відростка відповідно. Починаючи з кінця II і начала III триместрів використовували відкритий метод лапароскопії за Hasson і перший троакар вводили в епігастрії по серединній лінії, або нижче і правіше мечоподібного відростка груднини. З урахуванням збільшеної в розмірах матки робочі троакари розміщували ближче до правого підребер'я. Введення інструментів здійснювали під чітким візуальним контролем місць проникнення в черевну порожнину. В післяопераційному періоді ускладнень з боку черевної порожнини не спостерігалось, явищ загрози викидня не було.

**Висновки.** Вищезазначені технічні особливості виконання лапароскопічної апендектомії у вагітних були оптимальними для виконання операції за умови максимально обережного ставлення до організму матері і плода.

*Покотило Олег , Крицак Мирослав*

**АКТИВНА ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА В ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТУПНІ**

Кафедра хірургії №1

Науковий керівник: доц. Ю.М. Футуйма  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м.Тернопіль, Україна

**Актуальність:** захворюваність на ЦД та його ускладнення, пізні звертання за допомогою та ігнорування стану свого здоров'я цією категорією пацієнтів невпинно зростають, що сприяє збільшенню кількості осіб, які потребують хірургічного втручання з приводу синдрому діабетичної стопи (СДС) (Центр медичної статистики МОЗ України).

**Мета дослідження:** Підвищити ефективність хірургічного лікування хворих з гнійно-некротичними ускладненнями синдрому діабетичної стопи.

**Матеріали та методи:** Проаналізовано результати лікування 23 хворих, які знаходились на лікуванні в хірургічному відділенні КЗ ТОР ТУЛ м. Тернополя протягом 2014 року з СДС. Вік пацієнтів коливався від 48 до 75 років. Усі пацієнти хворіли на цукровий діабет (ЦД) тип II.

**Результати:** В I групі пацієнтів після проведення ранньої хірургічної обробки та проведення відповідної терапії спрямованої на компенсацію ЦД та супутньої патології на 3-5 добу у хворих відмічалось значне покращення загального стану, спостерігалась відсутність болю, зниження температура тіла, нормалізувалась глікемія до субнормальних цифр, місцево були відсутні ознаки запалення, значно зменшувалась ексудація, появлялась ознаки грануляційної тканини, що дозволяло накладання вторинних швів чи виконання, за потреби, ранньої аутодермопластики. Середній ліжко-день становив 10,03 дні. Динаміка гнійно-запального процесу в II групі характеризувалась тривалішим періодом очищення рани. Ознаки грануляції рани та крайової епітелізації відмічались на 6-9 добу. Середній ліжко-день становив 15,6 днів, що на 5,57 днів більше в порівнянні з I групою.

**Висновки:** Таким чином, в комплексному лікуванні гнійно-некротичних ускладнень синдрому діабетичної стопи слід надавати перевагу активній хірургічній тактиці, що сприяє ранній ліквідації гнійно-некротичного вогнища, стабілізації вуглеводного обміну, скороченню тривалості загоєння ран та, відповідно, строків перебування хворого в стаціонарі

*Продан Андрій*

**ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ПРИЦЕПІТУЮЧИХ КРІОГЛОБУЛІНІВ СИРОВАТКИ ХВОРИХ НА ВАРИКОЗНУ ХВОРОБУ НИЖНІХ КІНЦІВОК**

Кафедра хірургії ННІ ПО  
Науковий керівник: проф. В.Б. Гошинський  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

На тлі аналізу підходів до діагностики та лікування варикозної хвороби підшкірних вен нижніх кінцівок проблема післяопераційного рецидиву варикозної хвороби нижніх кінцівок (ПРВХНК) з-за певних суб'єктивних та об'єктивних обставин залишається поза належної уваги. На думку багатьох дослідників одним з причин ПРВХНК може бути варикозний синдром, як прояв недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ). Діагностика його у хворих на варикозну хворобу нижніх кінцівок має певні труднощі через відсутність чітких критеріїв. При вирішенні цього завдання було взято до уваги те, що при дослідженні сироватки хворих на ВХНК з метою визначення рівня метаболізму оксипроліну нами у більшості хворих з фенотипічними та клінічними ознаками дисплазії сполучної тканини було відмічене виражене її згущення, що спонукало нас до додаткового визначення прицепітуючих кріоглобулінів при температурі нижче 37° С. Для визначення рівня кріоглобуліну використовувалася методика Н.А. Константинової та А.Ю. Кірсанова. Так, запропонованим методом проведено визначення рівня кріоглобулінів у сироватці крові 34 хворих на ВХНК віком від 22 до 72 років. Пацієнти були розділені на дві вікові групи – до 40 років (9 осіб) та понад 40 років (25 осіб). Згідно наших досліджень, у двох обстежених групах спостерігалось підвищення вмісту кріоглобулінів до рівня (245,64±7,44) опт.од. в першій групі та (191,55±8,85) опт.од. відповідно в другій, що суттєво перевищує показники контрольних величин (<50 опт.од.). Лише у двох пацієнтів першої групи рівень кріоглобулінів знаходився в межах норми. Виявлені дані корелюють із виявленими нами фенотипічними ознаками НДСТ, підвищеним рівнем оксипроліну та змінами структури сполучної тканини великої підшкірної вени, встановлених під час морфологічних досліджень.

*Просвітлюк Петро, Бабій Ігор, Коцур Віктор, Дрозд Руслана*

**АВТОПЛАСТИКА ЗА МЕТОДИКОЮ ДЕЗАРДИ В ЛІКУВАННІ ПАХВИННОЇ ГРИЖІ**

Кафедра хірургії ФПО Вінницького НМУ ім. М.І. Пирогова  
Науковий керівник: д-р.мед.наук В.В. Власов  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Хмельницьк, Україна

**Актуальність.** В деяких випадках (молоді люди, відмова від сітки, алергія тощо) лікування пахвинної грижі (ПГ) може бути здійснено тільки автопластично. Одним з автопластичних методів є операція Дезарди (1983р.).

**Мета:** вивчити результати застосування автопластики за методикою Дезарди у хворих на пахвинну грижу.

**Матеріали та методи.** В період з 2012 по 2014 р. проліковано 46 хворих (37 чоловіків, 9 жінок) на ПГ, середній вік від 16 до 75 (42,8 ± 17,8) років з використанням методики Дезарди. Правобічну локалізацію ПГ мали 29 хворих, лівобічну-17. Міські жителі становили більшість (33). Усі хворі обстежені клінічно і лабораторно, виконано УЗД пахвинної ділянки.

**Результати дослідження.** Більшості хворих виконана спинномозкова анестезія (36), решті ендотрахеальний наркоз. Згідно European Hernia Society (EHS) спостерігали (первинна коса ПГ малих та середніх розмірів) pL1-2 (39) і (ПГ великих розмірів) pL3 (7) грижові дефекти, що цікаво всі 7 випадків pL3 були у жінок. Можливість виконання автопластики за методикою Дезарди визначали інтраопераційно за станом апоневроза ЗКМЖ та видом і розміром ПГ. Апоневроз ЗКМЖ обов'язково розкривали по верхньому краю поверхнього пахвинного кільця. В усіх випадках обов'язково зашивалася поперечна фасція в ділянці грижового дефекту. Ширина апоневротичної смужки ЗКМЖ в більшості випадків визначалася наявністю щілини в місці виходу п.iliohypogastricus і в середньому складала 16,3±1,8 мм (від 12 до 20 мм). В ході операції, для фіксації нижнього та верхнього країв апоневротичної смужки ЗКМЖ, а також зшивання країв його апоневрозу над канатиком, був використаний безперервний проленовий шов (№2-0). Післяопераційних ускладнень не було. Термін перебування на ліжку склав 6,3 ± 3,2 ліжко-дні. Усі хворі оглянуті в строки від 1 до 3 років, рецидиву немає.

**Висновки.** Отже, операція Дезарди дозволяє ефективно автопластично закрити грижовий дефект первинної пахвинної грижі та уникнути ускладнень, пов'язаних з використанням сітки.



*Резанов Павло*

**ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МІКРОХІРУРГІЧНИХ ПРИЙОМІВ В КОЛОРЕКТАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ**

Кафедра хірургії №1

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.В. Костирний

ДУ «Кримський державний медичний університет  
імені С.І. Георгієвського»

м. Сімферополь, АР Крим, Україна

Незважаючи на прогрес у хірургії шлунково-кишкового тракту, пов'язаний із застосуванням потужних антибіотиків, нових шовних матеріалів, апаратного формування міжкишкових анастомозів, проблема неспроможності швів кишкової стінки, на жаль досі актуальна (Прохоров Г.П., Федоров Н.Ф., 2010). Одним із перспективних напрямків для вирішення проблеми неспроможності швів могло б стати впровадження у клінічну практику прецизійних технологій формування кишкового шва.

Мета дослідження - розробити та клінічно апробувати в колопроктологічній практиці способи формування міжкишкових анастомозів із застосуванням мікрохірургічних прийомів.

Розроблено та впроваджено у клінічну практику способи формування анастомозів на шлунково-кишковому тракті та товстій кишці (Патенти України на корисну модель №32940 та №20846). Сутність яких полягає у використанні або дворядного чи однорядного безперервного прецизійного шва, зшиваючи підслизовий і м'язово-підслизовий шари. При цьому прокольні канали виконують такими, які не сполучаються ні з просвітом кишки, ні з черевною порожниною на рівні ранової щілини.

Запропоновані способи використані для формування 104 міжкишкових анастомозів у колопроктологічній практиці. Післяопераційні ускладнення спостерігалися у 11 (10,58%) осіб: неспроможність анастомозу у 2 (1,92%) хворих; у 2 (1,92%) формування інфільтрату в черевній порожнині протягом 10 -12 днів з подальшим одужанням; тромбоемболія легеневих артерій у 6 (5,77%) хворих. Це дає підстави рекомендувати ці методи до широкого застосування у хірургічній практиці.

*Рудницька Любов, Назимок Євгенія*

**ЕНДОВАСКУЛЯРНА ЛАЗЕРНА ХІРУРГІЯ**

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

Науковий керівник: канд.мед.наук. Є.В. Назимок

ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"

м. Чернівці, Україна

Згідно статистики, варикозне розширення вен (ВРВ) виявляють у кожній третій жінки і кожного п'ятого чоловіка. Першими тривожними «дзвіночками» є набряки, судоми, втомленість у кінцівках. Якщо на ці симптоми не звертати уваги, то з часом з'являються непривабливі, «роздуті» вени на ногах, які не лише псують їхній естетичний вигляд, але й завдають шкоди організму.

Ендovasкулярна лазерна хірургія – відносно новий напрямок хірургії, пов'язаний з лікуванням таких захворювань, як ВРВ (Константинова Г.Д. и др., 2006). Інноваційна запатентована методика лікування ВРВ нижніх кінцівок залежить від впливу імпульсного неодимового лазерного променя на гемоглобін. У варикозну вену через прокол вводиться волокно діодового лазера, промінь якого запаює вену, з використанням ефекту коагуляції (перетворення світлової енергії лазера в теплову). Запаювання однієї вени триває лише 2-3 хвилини в залежності від довжини оперованої ділянки, а вся операція може тривати в межах 30-40 хвилин. Відразу після операції пацієнту дозволяють рухатися. Протягом 1-2 тижнів пацієнти повинні носити компресійні панчохи, які через 2 дні після операції можна знімати на час сну, а носити їх треба при русі і навантаженнях на кінцівки. Через 1-2 місяці після операції вена відмирає і самостійно розсмоктується, не залишаючи після себе слідів. Методика лазерного лікування ВРВ виконується під місцевою анестезією і відрізняється підвищеною безпекою (в кровотік не вводяться ніякі препарати), що дозволяє використовувати її у пацієнтів з підвищеною лікарською непереносимістю (Шипулин В.М., 2010).

Більшість лазерів, які використовуються зараз в медицині, дозволяють видаляти судинні зірочки на обличчі й венозні сітки невеликого діаметру. Лазерний метод є високоефективним, проте рецидиви ніколи не можна повністю виключити. Можливе погіршення у вигляді появи виразних дрібних вен (мікроварикоз), таке погіршення можна вирішувати лікуванням за допомогою ін'єкцій – склеротизації або лазером.

*Рижковський Андрій, Тригуб Роман*

**ПРОВІДНИКОВІ МЕТОДИ АНЕСТЕЗІЇ В ОРТОПЕДІЇ І ТРАВМАТОЛОГІЇ НА ФОНІ ПОЛІМОРБІДНОСТІ**

Кафедра анестезіології та реаніматології  
Науковий керівник: доц. І.В. Чепіль  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Місцеві методи анестезії характеризуються досягненням ефекту знеболювання шляхом вимикання провідності в конкретному нерві або сплетінні нервів, із збереженням свідомості і дихання хворого. В ряді випадків це може бути єдиним безпечним способом проведення оперативного втручання, з позицій збереження життєвих функцій організму у хворих з важкою супутньою соматичною патологією, а також у пацієнтів похилого віку. Саме тому регіонарна, а саме провідникова анестезія, є засобом вибору для забезпечення анестезіологічної допомоги ортопедичним і травматологічним хворим із супутньою патологією, найчастіше з серцево-судинною. Останнім часом регіонарну анестезію розглядають як один з основних методів знеболення у зв'язку з розширенням вибору місцевих анестетиків, зменшенням їх токсичності і подовженням у часі анальгезуючої дії, покращенням забезпечення голками для проведення анестезії.

**Мета роботи.** Визначити доцільність і ефективність проведення провідникової анестезії у хворих ортопедичного і травматологічного профілю з супутньою патологією.

**Матеріали і методи дослідження.** Ми провели аналіз переваг, ефективності і можливих ускладнень при проведенні провідникової анестезії у хворих із супутньою патологією у відділенні травматології та ортопедії. За період 2014-2015 рр. було проаналізовано результати лікування 907 хворих. Вік пацієнтів від 22 до 81 року. Розподіл пацієнтів виконаний в залежності від обраної методики знеболення і поданий у табл. 1

Таблиця 1

Вид знеболення	Кількість пацієнтів	Відсотків
Загальна анестезія (інгаляційний і неінгаляційний наркоз)	387	42,7%
Поєднана провідникова і внутрішньовенна анестезія	208	22,9%
Провідникова анестезія	141	15,5%
Спинномозкова анестезія	124	13,7%
Епідуральна анестезія	39	4,3%
Комбінована спинномозкова і епідуральна анестезія	8	0,9%
Всього	907	100%

Отож, 349 пацієнтам (38,4%) проводилась провідникова та поєднана провідникова і внутрішньовенна анестезія. З них 124 пацієнти мали супутню патологію різного профілю (кардіоваскулярна, ендокринна, пульмонологічна). Розподіл пацієнтів в залежності від нозології наведений у табл. 2

Таблиця 2

Супутня патологія	Кількість хворих	Відсотків
ІХС. Атеросклеротичний кардіосклероз	50	40,3%
Ожиріння II-III стадії	30	24,2%
Цукровий діабет	22	17,8%
ХОЗЛ ІІст. ЛН ІІст.	16	12,9%
ІХС. Ішемічний інсульт в анамнезі	6	4,8%
Всього	124	100%

**Результати дослідження.** Результати досліджень показали, що проводячи ортопедичні і травматологічні операції, навіть у випадках поліморбідності, раціональним засобом анестезії є провідникова (або поєднана провідникова анестезія з внутрішньовенним наркозом). 349 (22,9 %) оперативних втручань проводилося з застосуванням провідникової анестезії, з них 124 хворі (35,5%) мали супутню патологію різного профілю. Ми встановили, що при проведенні провідникової анестезії спостерігається менший відсоток інтра- і післяопераційних ускладнень у порівнянні з іншими видами анестезіологічного забезпечення. Так, у 2 хворих (1,4%), яким була проведена провідникова анестезія, спостерігався посттравматичний неврит сідничного нерва. Для порівняння: при проведенні спинномозкової анестезії у 4 жінок (3,2%) спостерігалася інтраопераційна гіпотонія, а 6 пацієнтів скаржилися на виражений головний біль після операції (7,2%). У 12 пацієнтів (5,7%), яким проводили внутрішньовенний наркоз зі спонтанним і допоміжним диханням, спостерігався ларингоспазм. При пункції епідурального простору у 2 випадках (5,1%) отримали геморагію на фоні вживання тромболітиків, що є протипоказом до застосування даного виду знеболення, внаслідок чого відмовились від застосування епідуральної анестезії. Оперативне втручання у даного пацієнта було проведено під внутрішньовенним наркозом із ШВЛ.

**Висновки.** 1.Провідникова анестезія обґрунтована до застосування ортопедичним і травматологічним хворим із супутньою патологією. 2.Провідникова анестезія дозволяє уникнути системних ускладнень, які можуть виникнути при проведенні загальної анестезії (пригнічення дихання, порушення гемодинаміки). 3. Провідникову анестезію доцільно проводити під час оперативних втручань ортопедичним і травматологічним хворим із супутньою патологією, враховуючи нижчий відсоток і менший перелік інтраопераційних та післяопераційних ускладнень (відсоток післяопераційних ускладнень при провідниковій анестезії – 1,4%, у той час як під час і після спинномозкової – 10,4%, при в/в наркозі – 5,7%, при епідуральній анестезії- 5,1%).

*Свереда Ганна, Гошовська Надія*

**НОВИЙ ТЕХНОЛОГІЧНИЙ МЕТОД ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ  
З ОРТОПЕДИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ СТОПИ**

Кафедра травматології-ортопедії  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. А.Я. Яцкевич  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів Україна

Однією із найпоширеніших (30%) причин звертання пацієнтів за ортопедичною допомогою є деформації стопи. Біль і деформація стопи погіршують якість життя оскільки утруднюють рух, виконання професійних обов'язків і повсякденних справ. У багатьох пацієнтів біль поєднується із труднощами при підборі взуття.

Методи оцінки і прогнозування результатів корекції при діагностиці, класифікації і спостереженні змін стану стопи до і після лікування часто не дають вичерпної інформації. Наприклад, рентгенологічні методи мають радіаційний вплив на організм і візуалізують лише скелет стопи. З іншого боку сонографія і МРТ можуть визначати стан м'яких тканин, але не є доступними, оскільки дорогі і потребують висококваліфікованих фахівців. Тому метою нашої роботи був пошук альтернативного методу оцінки стану стопи. Одним з таких методів є 3D сканування стопи.

Стопа пацієнта була сканована за допомогою переносного 3D-сканера від Codify в результаті чого отримано 3D1 модель. Для проведення сканування потрібно всього 40-50 секунд. Отримані дані були проаналізовані і збережені в базі даних. На основі даних 3D сканування була створена модель ідеальної стопи. За допомогою спеціального програмного забезпечення проведено порівняння стопи пацієнта і моделі ідеальної стопи. Збережені дані можна використовувати надалі без необхідності подальшої присутності пацієнта. Отримане зображення зберігається у форматі STL і може бути відтворене на будь-якому пристрої, який має відповідне програмне забезпечення.

Використання нової технології 3D сканування дозволяє отримати високоякісні 3D знімки стоп пацієнта з ортопедичним захворюванням, що найкраще підходять для подальшої діагностики патології. 3D знімки стопи можна використовувати як точні і якісні дані для документації і статистичного аналізу, так само як і у клінічній практиці для вибору найоптимальнішого методу лікування.

*Соловей Юрій, Соловей Микола*

**СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ**

Кафедра загальної хірургії  
Науковий керівник д-р.мед.наук. проф. В.П. Польовий  
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
м. Чернівці, Україна

Абдомінальний сепсис (АС) ускладнює в 15-25 % перебіг гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Тактичні та технічні спроби щодо ліквідації причини АС в літературі спричинюють менше дискусій, ніж проблеми ефективної санації очеревинної порожнини, яка багато в чому визначає результати лікування.

Тому метою нашого дослідження було покращання результатів хірургічного лікування хворих на АС шляхом розробки нового способу санації очеревинної порожнини.

Матеріал та методи дослідження. Клінічний матеріал утворили 32 хворих на гострий розлитий перитоніт. Хворі розподілені на 2 групи: основну (n=16) та групу порівняння (n=16). При хірургічному лікуванні хворих на розлитий перитоніт основної групи застосовувався власний розроблений спосіб санації очеревинної порожнини (Патент України на корисну модель №58154), який включав триразове промивання очеревинної порожнини електрохімічно активованим 0,03 % розчином аноліту нейтрального в об'ємі 2-3 літрів.

Результати дослідження. При аналізі ефективності розробленого способу за допомогою оцінки кліренсу санації встановлено, що його застосування дозволяє досягти істотного зростання даного показника у основній групі до  $91,3 \pm 4,8\%$  проти  $83,5 \pm 3,4\%$  у групі порівняння ( $p < 0,05$ ). Застосування запропонованого способу санації черевної порожнини анолітом нейтральним, дозволило знизити частоту післяопераційних ускладнень на 15,1% та скоротити терміни перебування хворих у стаціонарі на 3,09 ліжко-дня ( $p < 0,05$ ).

Висновки. Промивання очеревинної порожнини 0,03 % розчином аноліту нейтрального, знижує її мікробну забрудненість на 91,3 %.

*Сорока Ірина*

**СЕРЦЕВО-СУДИННІ УСКЛАДНЕННЯ РАНЬОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ЧЕРЕВНОМУ ВІДДІЛІ АОРТИ ТА АОРТО-КЛУБОВО-СТЕГНОВИХ СЕГМЕНТАХ З ВИКОРИСТАННЯМ СИНТЕТИЧНИХ СУДИННИХ ПРОТЕЗІВ**

Кафедра хірургії № 2  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Ю.Г. Орел  
ДВНЗ «Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького» МОЗ України  
м. Львів, Україна

**Актуальність.** Відомо, що у різні терміни після імплантації синтетичних протезів (СП) в аорто-клубово-стегновій зоні у 25,0-35,0 % пацієнтів виникають ускладнення, які ставлять під загрозу не лише життєздатність реваскуляризованих кінцівок, а й життя хворого [Liaw J.V. et al., 2008], з яких у 10,0-15,0% пацієнтів ускладнення виникають у ранньому післяопераційному періоді (до 3-ох міс. п/о).

**Мета.** Визначити характер та частоту ускладнень у ранній післяопераційний період у хворих після імплантації СП в аорто-клубово-стегновій зоні.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 617 медичних карт хворих, яким у відділі судинної хірургії ЛОКЛ за період з 2010 по 2014 роки виконано реконструктивні операції з імплантацією судинних протезів (СП) в аорто-клубово-стегновій зоні. Первинно було виконано 184 резекції аневризми черевної аорти (АЧА) та 433 протезування аорто-клубово-стегнової зони (АКСЗ). Кровоплин по артеріях нижніх кінцівок відновили шляхом алопротезування. В ранньому післяопераційному періоді від серцевих ускладнень померло 64 пацієнти (10,4 %), віком від 45 до 89 років (середній вік 70,1 років), з них 51 чоловік (79,7 %) та 13 жінок (20,3 %). 18 хворих (4,2 %) померло після аорто-клубово-стегнових реконструкцій, решту 46 пацієнтів (25,0 %) – після резекції АЧА, з них 32 пацієнти (17,0 %) з розривом АЧА, 14 (8,0 %) – без розриву.

**Результати.** Проаналізувавши перебіг п/о періоду 64 померлих з імплантацією СП в АКСЗ було встановлено, що найчастіше серед пацієнтів, прооперованих з приводу АЧА (як розірваних так і планових), причинами смерті були гостра серцево-судинна недостатність (12 хв. – 26,1 %); ІХС: з стенокардією, важкість якої наростає та ішемією міокарда (11 хв. – 23,9 %), гострий (12 хв. – 26,1 %) та повторний (8 хв. – 17,4 %) інфаркти міокарда, пароксизм миготливої аритмії (3 хв. – 6,5 %).

Серед хворих з реконструкціями в АКСЗ причинами смерті були: гостра серцево-судинна недостатність (5 хв. – 27,8 %); ІХС з стенокардією, важкість якої наростає та ішемією міокарда (5 хв. – 27,8 %), гострий (4 хв. – 22,2 %) та повторний (3 хв. – 16,7 %) інфаркти міокарда та пароксизм миготливої аритмії (1 хв. – 5,5 %).

**Висновки.** Найчастішими причинами смерті пацієнтів після імплантації СП в АКСЗ у в ранньому п/о періоді були ураження серцево-судинної системи, з яких домінувала серцево-судинна недостатність, важкість якої наростала.

*Суглобов Артем*

**СПОСОБИ АЛОПЛАСТИКИ ПАХОВОГО КАНАЛУ ПРИ ПАХОВИХ ГРИЖАХ**

Кафедра хірургії медичного ф-ту № 2  
Науковий керівник: канд. мед. наук Я.В. Карий  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** частота розвитку пахових кил складає 75-80 % від усіх кілоносіїв. Рецидиви захворювання після традиційних способів герніопластики зустрічаються з частотою від 9 до 21 %.

**Мета роботи:** покращення результатів хірургічного лікування хворих з паховими грижами шляхом впровадження алопластичних методик.

**Матеріали та методи дослідження:** проаналізовано результати хірургічного лікування 45 хворих з паховими грижами за 2014 рік, які знаходились у хірургічному відділенні ВОГІВв. Вік хворих коливався від 30 до 89 років. Жінок було 5 (11,1 %) осіб, чоловіків – 40 (88,9 %). Анамнез захворювання склав від 1 місяця до 30 років. Однобічна локалізація грижі спостерігалась у 34 (75,5 %) хворих, двобічна – у 8 (17,8 %), поєднання з стегною грижею – у 3 (6,7 %).

**Результати досліджень та їх обговорення:** у 30 (66,7 %) випадках застосовано спосіб алопластики пахового каналу при пахових грижах за допомогою експлантату (декларційний патент на корисну модель № 3402). Даний спосіб грижепластики був проведений у 20 (44,4 %) хворих з рецидивними паховими грижами і у 10 (22,2 %) при неможливості проведення грижепластики без натягнення тканин пахового каналу. У 15 (33,3 %) хворих застосовано лапароскопічну трансабдомінальну передочеревинну пластику пахового каналу. Даний спосіб грижепластики був проведений у 8 (17,8 %) хворих з двобічними паховими грижами, у 3 (6,7 %) – при поєднанні пахової грижі з стегною та у 4 (8,9 %) – при рецидивній паховій грижі (раніше перенесені 2 і більше операції).

**Висновки:** Алопластику пахового каналу при пахових грижах за допомогою експлантату доцільно застосовувати при рецидивних грижах та при неможливості проведення грижепластики без натягнення тканин пахового каналу. Необхідність у проведенні лапароскопічної трансабдомінальної передочеревинної герніопластики виникає при двобічній локалізації пахових гриж, поєднанні пахової грижі з стегною та рецидиві грижі після перенесених двох і більше операцій.

*Тимошенко Вікторія, Голота Іванна, Гаврилов Олексій, Терещук Ірина*

**ІНТЕРВЕНЦІЙНА ЕНДОСКОПІЯ В ЛІКУВАННІ СИНДРОМА ЛАМЕЛЛА**

Кафедра хірургії №1 з курсом ендоскопічної та лазерної хірургії  
Науковий керівник: канд.мед.наук. Я.М. Пашинський  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** хірургічне лікування хворих з холедохолітазом (холангітом), перитоніти та папілярними дивертикулами, доброякісними пухлинами Фатерового сосочка, синдромом Ламелла є проблемою в абдомінальній хірургії. Синдром Ламелла(СЛ) є складним в діагностиці через хибну інтерпретацію дивертикула за конкремент під час ультразвукового дослідження і не завжди оправданим є метод відкритого оперативного втручання.

**Мета.** покращення результатів лікування пацієнтів з СЛ шляхом комплексного ендоскопічного лікування.

**Матеріали та методи.** з 2012 по 2014р. в лікарні кафедри хірургії №1 ВНМУ ім. М.І. Пирогова і ВОКЛ проводили лікування 85 хворих з механічною жовтяницею не пухлинної етіології –дослідна група. У 23 (27%)пацієнтів було діагностовано СЛ,20 (87%) були жінки,3(13%) чоловіки, яким проводилися ендоскопічні операції. Основа лікування включала в себе проведення ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії +ендоскопічної папілосфінктеропластики; ендоскопічної папілосфінктеротомії, санації, балонної дилатації і проведення біліарно-дуоденального дренивання. Ретроспективно оглянуто результати відкритих операційних методів лікування. В контрольній групі було 85 хворих, 60 (71%) пацієнтам було виконано холедоходуоденоанастомоз, 25(29%) зовнішнє дренивання.

**Результати.** ускладнення в ранньому післяопераційному періоді: гострий післяопераційний панкреатит 2, шлунково-кишкова кровотеча 1; проведених ліжко-днів 5+<sub>2</sub>.Тривалість ендоскопічної операції в середньому 60+<sub>10</sub> хвилин. Ускладнення в контрольній групі гострий післяопераційний панкреатит 4, шлунково-кишкова кровотеча 2, холангіт 4, нагноєння післяопераційних ран 3; кількість ліжко-днів 15+<sub>2</sub>.Тривалість відкритої операції 130+<sub>25</sub> хвилин.

**Висновки.** Інтервенційна ендоскопія є методом вибору для хворих з СЛ. Знижується ризик і частота післяопераційних ускладнень, також значно скорочується час перебування хворого в стаціонарі та реабілітаційний період, покращується якість життя.

*Урсов Марина, Назимок Євгенія, Товкач Юрій*

**ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії  
Науковий керівник: канд.мед.наук. Є.В. Назимок  
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
м.Чернівці, Україна

**Актуальність.** Захворювання молочної залози – особливий розділ хірургії, який пов'язаний із втручанням на органі, що має крім функціонального і косметичне значення.

**Мета:** Вивчити методи діагностики та лікування раку молочної залози РМЗ.

**Методи дослідження:** Важливим етапом є детальне вивчення анамнезу життя і захворювання, огляд і пальпація. Одним із провідних методів діагностики різних форм РМЗ є рентгенологічне дослідження молочних залоз (мамографія) та ультразвукове. Перспективним і високоінформативним методом діагностики є магнітно-резонансна томографія (Скляр С.Ю., 2008).

**Результати досліджень.** При пухлинах, що перевищують 5 см у діаметрі, із вираженими шкірними симптомами й інфільтрацією у пахові лімфатичні вузли проводять комбіноване лікування. На першому етапі – дистанційна гамма-терапія на ділянку молочної залози і всі зони регіонарного метастазування, на другому – хірургічне втручання (Боднарєв С.,2003). Брахітерапію широко й успішно застосовують для лікування пухлин молочної залози. Перевага проведення брахітерапії обумовлена тим, що з великою точністю на осередок хвороби підводять значну дозу радіації; у той же час максимально знижується ступінь опромінення навколишніх здорових тканин. Для проведення брахітерапії використовують джерело високої потужності. Це джерело впроваджують у пухлину шляхом дистанційного керування: без дотику руки людини, з повною променевою безпекою для хворого (Мирошніченко І., 2007). Ще один абсолютно новий підхід до лікування РМЗ – це поєднання імунно- і лазеротерапії. Ключовим аспектом цього підходу є те, що стимульована імунна система атакує не тільки первинну пухлину, а й метастази. Застосування лазера дозволяє уникнути порожнинної операції, що також позитивно позначається на загальному стані жінки і якості її життя (Костриба О.І.,2013).

**Висновок.** отже для лікування РМЗ ефективним є не тільки хірургічне втручання, але й гормонотерапія, променева та брахіотерапія, а також імунотерапія та терапія лазером.

*Тригуб Роман, Рижковський Андрій, Чепіль Мар'яна*

**ПРОВІДНИКОВІ МЕТОДИ АНЕСТЕЗІЇ В СУДИННІЙ ХІРУРГІЇ НА ФОНІ ПОЛІМОРБІДНОСТІ**

Кафедра анестезіології та реаніматології  
Науковий керівник: доц. І.В. Чепіль  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Регіонарні методи анестезії знеболюють шляхом знечулення певного нерва або сплетення, із збереженням свідомості пацієнта. В деяких випадках це найбезпечніший метод для проведення оперативного втручання, з позицій збереження життєвих функцій організму у хворих з важкою супутньою патологією, а також у пацієнтів похилого віку. Регіонарна, а саме провідникова анестезія, є засобом вибору для забезпечення анестезіологічної допомоги для судинних хворих з супутньою патологією, найчастіше з серцево-судинною. Останнім часом регіонарну анестезію розглядають як один з основних методів знеболювання, у зв'язку із розширенням середників для анестезії, які мають низьку токсичність та триваліший час анальгезії. (Байда В.Г., 2011, Поліщук В.М., Грищенко Д.В., 2011).

**Мета роботи.** Обґрунтувати проведення провідникової анестезії у судинних хворих з урахуванням поліморбідності.

**Матеріали і методи дослідження.** Ми проаналізували переваги, ефективність і прогнозовані ускладнення при застосуванні провідникової анестезії у хворих із супутньою патологією у відділенні судинної хірургії. За період 2014-2015 проаналізовано результати лікування 419 хворих. Вік пацієнтів від 22 до 81 року. Розподіл пацієнтів виконаний в залежності від методів знечулення і поданий у табл. 1

Таблиця 1

Вид знеболення	Кількість пацієнтів	Відсоткове співвідношення
Загальна анестезія (інгаляційний і неінгаляційний наркоз)	87	20,8%
Поєднана провідникова і внутрішньовенна анестезія	150	35,8%
Провідникова анестезія	69	16,5%
Спинномозкова анестезія	74	17,6%
Епідуральна анестезія	16	3,8%
Комбінована спинномозкова і епідуральна анестезія	23	5,5%
Загальна кількість пацієнтів	419	100%

219-ом пацієнтам (52,3%) проводилась провідникова та поєднана провідникова з внутрішньовенною анестезією. З них 154 пацієнта мали різну супутню патологію. Ми розподіляли пацієнтів в залежності від нозологій:

Таблиця 2

Супутня патологія	Кількість хворих	Відсоткове співвідношення
ІХС.	42	27,2%
Гіпертонічна хвороба II ст.	32	20,8%
Цукровий діабет	63	41%
ХОЗЛ ДН I ст – III ст	12	7,8%
ІХС. Ішемічний інсульт в анамнезі	5	3,2%
Кількість хворих з супутньою патологією, яким провели провідникову анестезію	154	100%

**Результати дослідження.** Результати досліджень показали, що при судинних операціях, навіть у випадках поліморбідності, раціональним засобом вибору є провідникова анестезія (або поєднана провідникова анестезія з внутрішньовенним наркозом). 219 (52,3%) оперативних втручань проводилося з застосуванням провідникової анестезії, з них 154 хворі (70,3%) мали супутню патологію різного профілю. Ми встановили, що при проведенні провідникової анестезії спостерігається менший % післяопераційних ускладнень у порівнянні з іншими видами анестезіологічного забезпечення. Так, у 1 хворих (0,6%), яким була проведена провідникова анестезія, спостерігалися посттравматичний неврит сідничного нерва. Для порівняння: при проведенні спинномозкової анестезії у 3 жінок (2%) спостерігалася інтраопераційна гіпотонія, а 5 пацієнтів скаржилися на виражений головний біль після операції (3,2%). У 10 пацієнтів (6,5%), яким проводили в/в наркоз зі спонтанним і допоміжним диханням спостерігався ларингоспазм. При пункції епідурального простору у 2 випадках(1,3%) отримали геморагію на фоні вживання тромболітиків, що є проти показом до застосування даного виду знеболення, внаслідок чого відмовились від застосування епідуральної анестезії (оперативне втручання у даного пацієнта було проведено під в/в з ШВЛ).

**Висновки.** Провідникова анестезія дозволяє заощадити кошти, отримати якісний вихідний результат та суттєво зменшити кількість системних ускладнень, які виникають при проведенні загальної анестезії.

*Цвик Ірина*

### **ДІАГНОСТИКА ПРИЧИН ЛИХОМАНОК НЕВІДОМОГО ГЕНЕЗУ**

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. М.В. Бондар  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика  
м. Київ, Україна

**Мета:** розробка алгоритму діагностики причин лихоманок невідомого генезу (ЛНГ) на основі досвіду роботи Українського медичного центру інтенсивної терапії сепсису (УМЦІТС).

**Методи:** аналіз історій хвороб пацієнтів з діагнозом ЛНГ, літератури та пошук у базах даних PUBMED.

**Результати:** в Українському медичному центрі інтенсивної терапії сепсису, що займається на протязі 20 років проблемою діагностики і лікування причин ЛНГ, використовується систематизований підхід до комплексу діагностичних маніпуляцій і процедур для організації й забезпечення успішного діагностичного процесу пошуку причин лихоманок. Щорічно тут лікується близько 50-ти хворих з первинним діагнозом – ЛНГ. Структура причин ЛНГ у хворих, які лікувались в УМЦІТС з діагнозом ЛНГ виявилась такою: генералізовані або локалізовані інфекційні процеси – 30-50%, паранеопластичні реакції (пухлини) – 25-30 %, системні захворювання сполучної тканини – 15 %, специфічні і неспецифічні захворювання кишківника та інших органів (неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона, саркоїдоз та інш.) – 5-10%, гіпертермія центрального генезу – 1 %.

**Висновки:** на жаль, не зважаючи на вражаючий перелік вищенаведених діагностичних тестів для виявлення причин ЛНГ, які використовуються в УМЦІТС, великий клінічний досвід, співпраця з інфекціоністами, фтизіатрами, ревматологами, гематологами, онкологами, кардіологами та іншими спеціалістами, частота недіагностованих причин ЛНГ в цій клініці досягає 17 %. Таким чином, і на сьогоднішній день діагностика причин ЛНГ залишається далеко не вирішеною проблемою і вимагає проведення подальших наукових і практичних пошуків.

*Чайка Владислав*

### **ОСОБЛИВОСТІ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СТАНУ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ КРАНІОАБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ**

Кафедра хірургії №2  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.Б. Кутовий  
ДЗ "Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України"  
м.Дніпропетровськ, Україна

Клініко-патогенетичні особливості гострого періоду важкої поєднаної травми знаходять своє відображення у змінах показників гемодинаміки, транспорту кисню і його засвоєння, газового складу крові та кислотно-основного стану (КОС).

**Мета.** Визначити особливості змін КОС у постраждалих з поєднаною краніоабдомінальною травмою (ПКАТ).

**Матеріали та методи.** З 2010 по 2013 роки нами проліковано 78 пацієнтів з ПКАТ на базі відділення політравми обласної клінічної лікарні ім. Мечнікова. У 31 хворого для усунення ушкоджень внутрішньочеревних органів застосована лапароскопія (основна група), у 47 хворих (контрольна група) – лапаротомія.

**Результати.** У ранньому післяопераційному періоді ми оцінювали КОС і газовий склад крові.

У пацієнтів контрольної групи в ранньому післяопераційному періоді відзначаються тривалі терміни нормалізації показників КОС та газового складу крові (госпіталізація, 1,3,5,7 доба відповідно):

pH  $7,38 \pm 0,04$ ;  $7,30 \pm 0,04$ ;  $7,33 \pm 0,04$ ;  $7,34 \pm 0,05$ ;  $7,36 \pm 0,06$ .

P02, мм рт. ст.  $81,37 \pm 6,17$ ;  $79,46 \pm 3,34$ ;  $82,08 \pm 5,15$ ;  $83,48 \pm 5,64$ ;  $84,62 \pm 6,12$ .

PCO2, мм.рт.ст.  $32,54 \pm 5,67$ ;  $42,62 \pm 6,41$ ;  $44,35 \pm 2,94$ ;  $40,33 \pm 5,47$ ;  $38,79 \pm 4,22$ .

Це пов'язано зі зниженням вентиляційної функції легенів і порушенням окислювально-відновних процесів в організмі, що призводить до розвитку ацидозу. Нормалізація даних показників у цих хворих відзначена лише на 7 добу. У пацієнтів основної групи дана тенденція відзначається лише в першу добу після проведеного оперативного втручання і характеризується раннім (до 3 діб) відновленням показників КОС та газового складу крові:

pH  $7,4 \pm 0,12$ ;  $7,36 \pm 0,04$ ;  $7,37 \pm 0,03$ ;  $7,4 \pm 0,04$ ;  $7,41 \pm 0,02$ .

P02, мм рт.ст.  $87,22 \pm 3,38$ ;  $81,68 \pm 3,56$ ;  $86,54 \pm 3,96$ ;  $89,31 \pm 1,64$ ;  $90,24 \pm 1,23$ .

PCO2, мм.рт.ст.  $37,56 \pm 3,74$ ;  $47,75 \pm 4,34$ ;  $42,58 \pm 3,44$ ;  $39,94 \pm 2,94$ ;  $38,24 \pm 2,09$ .

Міжгрупові відмінності є статистично значущими ( $p \leq 0,05$ );

**Висновки.** Показники КОС та газового складу крові у постраждалих з ПКАТ після лапаротомії, свідчать про тяжкість хірургічної агресії.

*Чайковська Софія*

**ВИКОРИСТАННЯ ВАКУУМУ ЗМІННОГО ТИСКУ В ЛІКУВАННІ  
ХРОНІЧНИХ ТРОФІЧНИХ ВЕНОЗНИХ ВИРАЗОК**

Кафедра хірургії та урології  
Науковий керівник: канд. мед. наук О.Б. Русак  
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
м. Чернівці, Україна

**Актуальність.** Поширеність хронічної венозної недостатності досягає рівня до 25 % дорослого населення, причому збільшується частота цього захворювання серед осіб молодого віку. У 15-18 % хворих з хронічною венозною недостатністю (ХВН) захворювання ускладнюється трофічними виразками, з них 1-2 % працездатного населення, а в осіб старше 65 років цей показник зростає до 4-5 %. Ефективність традиційно застосовуваних методів лікування невисока і досягає 10 %, а частота рецидиву захворювання після хірургічного лікування відзначається у 31% хворих. Саме тому метою нашого дослідження було вивчити клінічну ефективність місцевого пролонгованого використання вакууму змінного тиску в лікуванні венозних трофічних виразок.

**Матеріал і методи.** Проведено лікування 25 пацієнтів з хронічною венозною недостатністю. Сформовані дві групи: у 12 пацієнтів використовували традиційні методи лікування, вибір яких здійснювали з урахуванням фази ранового процесу і видової специфічності збудника ранової інфекції. У хворих основної групи (13 пацієнтів) використовували комплексний підхід основним етапом якого була адекватна хірургічна обробка рани з наступною обробкою низькодозованим негативним тиском за допомогою стерильного наконечника, з'єднаний з джерелом вакууму

**Результати та обговорення.** Суб'єктивно всі хворі відзначали зменшення або зникнення болю та тяжкості у ногах, поява грануляцій та пришвидшення епітелізації, ускладнень не виникало. В результаті вдалося знизити середню тривалість перебування в стаціонарі до аутодермопластики з  $19,7 \pm 0,4$  до  $11,6 \pm 1,4$  добу ( $p = 0,004$ ), загальну тривалість госпіталізації з  $22,8 \pm 3,8$  до  $15,1 \pm 1,9$  добу ( $p = 0,043$ ).

**Висновок.** Застосування локальної змінної вакуумної терапії є перспективним методом в комплексному лікуванні пацієнтів з венозними виразками. Вакуумна терапія покращує процеси репарації ран, має виражений позитивний ефект на загальний стан пацієнтів у вигляді підвищення толерантності до навантажень, зменшення больових відчуттів.

*Швед Катерина, Назимок Євгенія*

**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК**

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії  
Науковий керівник: канд. мед. наук Є.В. Назимок  
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
м. Чернівці, Україна

Серед головних причин смертності у структурі первинної інвалідності в Україні наслідки травм непохитно посідають третє місце, поступаючись лише серцево-судинним та онкологічним захворюванням. Серед пошкоджень опорно-рухової системи до 25 % становлять відкриті переломи, які більше ніж у 64 % випадків супроводжуються ускладненнями (Анкін Л.Н., 1991). Однією з сучасних тенденцій світової травматології та ортопедії є розвиток і широке впровадження в практику методів остеосинтезу, спрямованих на скорочення термінів зрощення переломів, забезпечення ранньої функції uszkodженої кінцівки, зниження рівня інвалідності.

До методів остеосинтезу відносять: внутрішній (інтрамедулярний); накістковий; із застосуванням інших фіксаторів; комбінований); зовнішній (черезкістковий); первинний та вторинний остеосинтез) (Каплан А.В., 1975). Сучасні тенденції розвитку імплантатів і техніки оперативних втручань дозволяють застосовувати інтрамедулярний метод не тільки при простих переломах середини діяфіза, але й при тяжких багатоуламкових, сегментарних і деяких внутрішньосуглобових пошкодженнях. Розрізняють відкритий і закритий внутрішньокістковий остеосинтез (Мюллер М.Е., 1996). При закритому способі по провіднику через кістковомозковий канал уводять довгий порожній металевий стрижень. Провідник видаляють і рану зашивають. При відкритому внутрішньокістковому остеосинтезі зону перелому оголюють, уламки репонують в операційній рані, а потім уводять стрижень у кістковомозковий канал. Перевага полягає в тому, що не потрібна спеціальна апаратура для репозиції, технічно простіше зіставити уламки. Недоліком є необхідність оголювати зону перелому, що збільшує травматизацію м'яких тканин і небезпеку інфекції. Найчастіше внутрішньокістковий остеосинтез довгим металевим стрижнем застосовується при переломах діяфіза стегнової кістки. Використання даного методу забезпечує малотравматичну фіксацію переломів і дозволяє більше ранне навантаження кінцівки масою тіла.



*Шеремета Данило*

**ЕФЕКТИВНЕ ЛІКУВАННЯ КАМЕНІВ НИЖНІХ КЕЛИХІВ НИРОК.ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МЕТОДИК**

Кафедра урології

Науковий керівник: д-р. мед. наук, проф. Ю.Б. Борис

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

**Актуальність:** Незважаючи на стрімкий розвиток малоінвазивних технологій, впровадження та розробку нових методів дезінтеграції каменів нирок та сечоводів, СКХ (сечокам'яна хвороба) залишається актуальною проблемою сучасної урології. Зокрема дотепер продовжуються дискусії, щодо тактики лікування необструктивних каменів нижніх келихів. Деякі автори дотримуються думки про необхідність виконання ЕУХЛ (екстракорпоральної ударнохвильової літотрипсії), інші більш агресивного підходу, тобто ПНЛ (перкутанної нефролітотрипсії), ще інші – прибічники консервативних методів лікування. Однак, досить часто спостерігаються ситуації, коли латентні конкременти келихів стають причиною блоку нирки з наступними ускладненнями, що є безперечним показом до хірургічного втручання.

**Мета дослідження:** Порівняння ефективності ЕУХЛ та ЧШНЛ у лікуванні конкрементів нижніх келихів.

**Матеріали і методи:** 56 хворим на СКХ нижніх чашок проведено ЕУХЛ, 122 хворим на СКХ нижніх чашок виконано черезшкірну нефролітотрипсію та нефролапаксію. ЕУХЛ проводили на ударнохвильовому літотрипторі другої генерації виробництва КНР під безперервним ультразвуковим контролем. Черезшкірну нефролітотрипсію виконували за класичною методикою з використанням нефоскопу Storz 27Ch., системи Амплац, із застосуванням пневматичної або ультразвукової контактної літотрипсії. Розміри конкремента коливались від 0,6 до 2,0см. Найчастіше зустрічались від 0,7 до 1,2см. Середній розмір 0,9см.

**Результати:** Безпосередні результати ЕУХЛ оцінювались таким чином: фрагментація повна, часткова (неповна) і її відсутність, оцінювання проводилось за даними УЗД(ультразвукової діагностики) та оглядової рентгенографії. Повну фрагментацію, безпосередньо після ЕУХЛ, досягнуто у 43 (93 %) хворих, повне звільнення від фрагментів після закінчення терміну спостереження відбулось у 29 (63 %) випадків. Під ефективністю ЧШНЛ(черезшкірної нефролітотрипсії) розумілось повне звільнення від конкрементів. З 122 хворих ЧШНЛ була ефективною у 117 хворих (96%). У 5 хворих (4 %) при контрольному обстеженні візуалізувались резидуальні фрагменти до 0,3-0,6 см.

**Висновки:**

1. Ефективність лікування хворих з конкрементами нижніх келихів, лікування яких було проведено методами ЕУХЛ і ПНЛ складає 63 % і 96 % відповідно.
2. Тривалість лікування є значно коротшою при застосуванні черезшкірних методів лікування пацієнтів з конкрементами нижніх келихів.
3. Відсоток ускладнень є співставимим при застосуванні обох методів лікування.
4. Метод ПНЛ є високоефективним, малоінвазивним методом лікування каменів нижніх келихів, і становить альтернативу ЕУХЛ, особливо при прогнозованому проблематичному відходженні фрагментів.
5. Особливості анатомічно-просторової конфігурації системи нижніх чашечок дозволяє передбачити ефективність дистанційної літотрипсії.

*Шиманський А., Кондратюк Я., Шийка О.*

**ДОСЛІДЖЕННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН В ДІЛЯНЦІ ТОВСТОКИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ВІНІЛІНУ**

Кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. А.В. Дусик  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Наявності високої концентрації мікроорганізмів в порожнині товстої кишки, схильність стінки до ішемії зумовлює значний ризик розвитку неспроможності анастомозу, частота якого коливається в межах 4-20 %. Тому розробка методів покращення репарації ділянки анастомозу є актуальною. Одним з таких методів є ректальне введення репа ранту «Вінілін».

**Мета:** Дослідити процес репарації товстокишкового анастомозу та здатність Вініліну покращувати його регенерацію.

**Матеріали та методи:** Дослід проведено на 24 білих щурах, які були розподілені на 2 групи по 12 щурів в кожній: I – контрольна; II – дослідна. Всім тваринам було виконано резекцію частини солон та накладено анастомоз по типу «кінець в кінець» однорядним швом. Дослідній групі вводився 20 % олійний розчин Вініліну ректально в дозі 3 мл/kg\добу. Морфологічна картина оцінювалася на 5,7,10 день експерименту. Гістологічні препарати фарбували гематоксиліном і еозином, та вивчали під світловим мікроскопом.

**Результати та обговорення:** При застосуванні препарату «Вінілін» були виявлені такі морфологічні зміни: На 5 день запальна інфільтрація поширилась на слизовий шар, підслизову та м'язеву оболонку і невелику частину серозної оболонки, з слабко вираженим набряком. В контрольній групі на цей же день запальна інфільтрація - дифузна, більш щільна, з обширними вогнищами коагуляційних некрозів. В динаміці на 7 і згодом на 10 день, в дослідній групі, відзначалась більш швидша регенерація слизової оболонки, збільшення кількості фібробластів та фіброцитів, поява молодих колагенових волокон поява молодих крипт. В контрольній групі репарація протікала повільно, невелика кількість фібробластів так як і поява молодих колагенових волокон відмічалась тільки на 10 день, зберігалася дистрофія міозитів.

**Висновок:** Отже, морфологічно підтверджено, що застосування вініліну сприяє покращенню процесів репарації в ділянці товстокишкового анастомозу та ранньому відновленні бар'єрної функції стінки товстої кишки.

*Шкурашівський В, Соловей Ю.*

**СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ**

Кафедра догляду за хворими та ВМО  
Науковий керівник: Ю.М. Соловей  
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
м. Чернівці, Україна

Відомо, патогенез абдомінального сепсису базуються на визначенні провідної ролі синдрому ентеральної дисфункції в прогресуванні ендогенної інтоксикації. Метою роботи була розробка способу тотальної декомпресії, санації та електростимуляції тонкої та товстої кишки, шляхом застосування двох двохканальних зондів. Після операції при наявності показів до інтубації, проводиться назоінтестинальна та трансанальна інкубація. Через зонди проводили активну аспірацію вмісту тонкої та товстої кишок електровідсмоктувачем. По каналу меншого діаметру вводили 100 мл 0,25 % розчину новокаїну, підігрітого до температури 36 °С. Через 15 хв вводили через зонди по 150 мл розчину перманганату калію 0,1 % з експозицією 30 хв. Після цього знову проводили евакуацію вмісту кишківника електровідсмоктувачем через товстий канал. Через 18-24 години після операції підключали електроди зондів до клеми (+) вітчизняного апарату для гальванізації «ПОТОК – 1», а електроди дренажних трубок черевної порожнини до клеми (-). Електростимуляцію кишківника проводили протягом однієї години при щільності струму, 0,025 – 0,05 мА/см<sup>2</sup>. Кількість сеансів електросанацій, колоносацій та електростимуляцій залежали від клінічного перебігу та швидкості відновлення перистальтики кишківника. Через дренажні трубки черевної порожнини вводили по 20 мл 0,9 % розчину NaCl, а в зонди по 150 мл такого ж розчину, підігрітого до температури 36 °С. Використання запропонованого способу значно покращило ефективність інтубації тонкої та товстої кишок шляхом тотальної декомпресії, інтраінтестиноколіального електрофорезу, які направлені на більш ефективну боротьбу з ендогенною інтоксикацією, завдяки декомпресії, санації та електростимуляції, ранньому відновленню моторно-евакуаторної функції кишечника та профілактиці транслокації та надмірній колонізації кишківника мікрофлорою, що дозволило покращити результати комплексного лікування хворих на абдомінальний сепсис.

Якимчук Олександр

**ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ РОЗЛАДІВ КИСНЕВОГО ГОМЕОСТАЗУ  
ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ СЕПСИСІ**

Кафедра анестезіології та реаніматології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.В. Олійник  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** На сьогодні сепсис залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини у силу неухильної тенденції до зростання захворюваності та стабільно високою летальністю.

**Метою роботи** було вивчити різні наукові дослідження та підходи до діагностики і корекції розладів кисневого гомеостазу при експериментальному сепсисі.

**Матеріали і методи дослідження:** Було проаналізовано близько 30 наукових робіт по даній темі з них 25 іноземних досліджень та 5 вітчизняних.

Аналізуючи результати досліджень іноземних авторів можна констатувати, що деякі з них вважають, що кисень може мати шкідливий вплив на запальну реакцію при сепсисі. Використання високих концентрацій кисню може поглиблювати прогресування сепсису та призводити до поліорганної недостатності, що було доведено в експерименті з моделюванням сепсису на щурах (Rodríguez-González R1, Martín-Barrasa JL et al., 2015; Ramos-Nuez Á, Cañas-Pedrosa AM. 2014; Martínez-Saavedra MT, García-Bello MÁ, 2012;). На думку інших гостра гіперкапнія поліпшує мікроциркуляцію при сепсисі на тваринних моделях, протидіючи негативному впливу, викликаному сепсисом (Stübs CC, Picker O, Schulz J, Obermiller K, Barthel F 2014)

**Висновок:** Отже, дискусійні питання про роль оксигеної терапії сепсису потребують глибокого вивчення та експериментального підтвердження основних змін в кисневому гомеостазі при сепсисі.

*Якубовська Ариадна, Назимок Євгенія, Проняєв Дмитро*

**ОПЕРАТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ**

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії  
Науковий керівник: канд. мед. наук Є.В. Назимок  
ДВНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
м. Чернівці, Україна

На сьогоднішній день проблема лікування захворювань жіночих статевих органів впродовж багатьох років залишається однією з найбільш актуальних в клінічній практиці, що зумовлює збільшення частоти захворювань. Є два основних напрямки лікування: консервативне та оперативне (Степанківська О.В. та ін., 2013). Найкращі результати в лікуванні гострих запальних захворювань придатків матки дає лапароскопія. Цінність лапароскопії, крім оцінки виразності і поширеності запального процесу, полягає в можливості зробити лізис спайок, розкрити або видалити гнійні тубооваріальні утворення, виконати дренажування і санацію черевної порожнини, здійснити внутрішньочеревну перфузію і інфузію лікарських розчинів. Для збереження репродуктивної функції у подальшому доцільна динамічна лапароскопія, під час якої фіксують швидкість регресивних змін запалення, виконують різні лікувальні маніпуляції: поділ спайок, аспірацію патологічного випоту, промивання черевної порожнини антисептиками. Динамічна лапароскопія підвищує ефективність протизапальної терапії, запобігає формуванню спайок, що особливо важливо для жінок, що планують вагітність (Савельєва Г.М. та ін., 1999).

Також поширеною патологією є пролапс внутрішніх жіночих статевих органів, корекція пролапсу передбачає загальні заходи, консервативні та хірургічні методи (Золотухін М.С. та ін., 2003). На сьогоднішній день запропоновано більше 500 методів і модифікацій оперативного лікування. Хірургічні операції, які застосовують для лікування опущення і випадіння внутрішніх жіночих статевих органів, можна поділити на 3 групи: відновлення підтримуючого апарату матки та тазового дна; вентрофіксуючі операції; комбіновані операції.

Отже, оперативні методи є ефективним способом лікування пролапсу внутрішніх жіночих статевих органів та гострих запальних захворювань придатків матки.

*Ковальчук Валентина, Сушко Юрій*

**ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЇ МІОКАРДІАЛЬНИХ М'ЯЗОВИХ МІСТКІВ, ЗАЛЕЖНІСТЬ ЇХ  
НАЯВНОСТІ ВІД СТАТЕВИХ ТА ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ**

Кафедра нормальної анатомії  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

**Актуальність.** Тенденція до поширення захворюваності на стенокардію, ішемічну хворобу серця, інфаркт міокарда набула значного розвитку в останні роки. Однією з причин прогресування таких патологічних станів вважають наявність м'язових міокардіальних містків. Міокардіальні м'язові містки – це аномальне розташування субепікардіального шару м'язових волокон, що повністю або частково покривають вінцеву артерію, яка локалізується в товщі міокарду, а не під епікардом. У зарубіжній літературі трапляються різні визначення цієї аномалії: «м'язова перемичка», «м'язовий міст» або «інтрамуральна ліва передня низхідна артерія». Уперше м'язові містки описав Н.С.Reuman у 1737 році. У праці А. М. Бабунашвілі: «Ендопротезування вінцевих артерій серця» описано випадок 1983 року, в якому м'язовий місток був виявлений у 42-денного немовляти, що свідчить про вроджений характер цієї аномалії. Сучасним золотим стандартом для діагностики міокардіальних містків є вінцева ангіографія з типовим «молочним ефектом» – феноменом, який індукується завдяки систолічній компресії сегменту, що знаходиться під м'язовим накриттям. За даними коронарографічних досліджень гемодинамічно значимі міокардіальні «містки» під час коронароангіографії виявляються у 0,5-4,9% хворих з ішемічною хворобою серця.

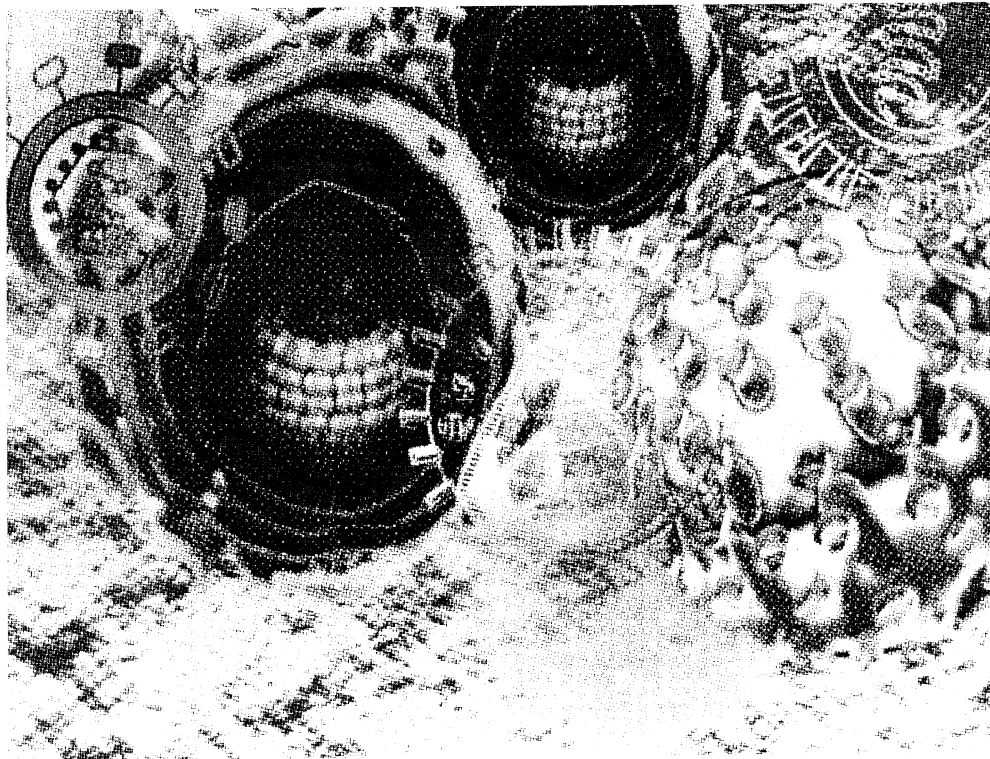
**Мета.** Вивчити особливості морфології м'язових містків та встановити залежність наявності даної аномалії від статевих і вікових особливостей.

**Матеріали і методи.** Опрацьовано дані 63 історій хвороб і протоколів коронарографій, проведених у Львівському військово-медичному клінічному центрі Західного Регіону впродовж 2012-2014 років. М'язові містки виявлено у 8 пацієнтів. За даними протоколів, групу досліджуваних складали 8 осіб віком від 28 до 65 років, серед яких 7 чоловіків і 1 жінка. У всіх пацієнтів даної групи було діагностовано ішемічну хворобу серця.

**Результати.** Після проведення аналізу протоколів вибраних коронарографій з'ясовано, що м'язові містки наявні у 7 чоловіків і 1 жінки, що становить 12.7% від кількості досліджуваних. Усі пацієнти зрілого і похилого віку (28- 65 років). Був визначений тип кровопостачання: у 5 осіб - лівовінцевий (62,5 %), у 2 - правовінцевий (25 %) і у 1 особи - рівномірний (12,5 %). Типовим місцем локалізації м'язових містків є середній і дистальний сегменти передньої міжшлуночкової артерії, у 1 пацієнта м'язовий місток локалізується над огинаючою артерією (12.5% від усіх проаналізованих випадків). За глибиною залягання м'язові містки поділяються на поверхневі та глибокі. У 3 осіб стеноз передньої міжшлуночкової артерії становить >50% (37,5 % від усієї кількості описаних випадків), у 1 особи виявлений стеноз >70% (12,5 %), у 2 ≈ 30% (25 %) і у 2 >80% (25 %). Відповідно ступінь компресії артерії м'язовим містком впливає на її функціональну здатність

**Висновок.** М'язові містки частіше зустрічаються у осіб чоловічої статі зрілого та похилого віку. Тип кровопостачання у пацієнтів з досліджуваною аномалією переважно лівовінцевий. М'язові містки локалізуються у всіх відділах вінцевих артерій, переважно у середньому і дистальному відділах передньої міжшлуночкової артерії.

**Секція:  
Інфекційні хвороби,  
фтизіатрія,  
дерматологія**





*Безкоровайна Галина*

**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НАЙПОШИРЕНІШИХ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ, У ПАЦІЄНТІВ «КЛІНІКИ, ДРУЖНЬОЇ ДО МОЛОДІ»**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та венеричними хворобами  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.О. Галнікіна  
КУТОР «Тернопільський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер»  
м. Тернопіль, Україна

Проблема діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) є пріоритетним напрямом в охороні здоров'я молоді. Необхідність надання найбільш прийнятної медичної допомоги підліткам та молоді зумовила потребу створення в Україні «Клінік, дружніх до молоді» (КДМ). За результатами діяльності дерматовенерологічного кабінету КДМ на базі Тернопільського обласного клінічного шкірно-венерологічного диспансеру проведено вивчення епідеміологічних та клінічних особливостей ІПСШ у молоді. Проведено аналіз звернень до дерматовенерологічного кабінету КДМ. Встановлено, що вік відвідувачів коливався від 13 до 28 років і в середньому становив 19 років. З вказаної групи 88 % були міськими жителями, 12 % мешканцями сільської місцевості. За соціальним складом 72% - це учні та студенти, 28% - молоді люди, котрі не працюють і не навчаються. У 42 % відвідувачів КДМ відмічені відхилення у статевому дозріванні на рівні III – IV стадій статевого дозрівання, при чому у групі дівчат такі відхилення були значно частішими. При лабораторному та клінічному обстеженні виявлені захворювання розподілились наступним чином: трихомоніаз – 20,57 %; кандидоз – 18,40 %; гонококова інфекція – 12,41 %; не уточнені ІПСШ – 9,89 %; гарднерельоз – 5,29%; аногенітальні бородавки – 2,96 %; сечостатевий хламідіоз – 2,56 %; хвороби шкіри – 1,76 %; уреа-(міко-)плазмоз – 1,36 %; аногенітальні герпесвірусні інфекції – 0,67 %; контагіозний моллюск – 0,50 %; короста – 0,23 %; сифіліс – 0,13 %. Тобто 73,64 % пацієнтів мали профільне захворювання, а змішані ІПСШ склали 14,44 %.

Отримані дані спонукають продовжити вивчення особливостей перебігу ІПСШ у молоді в аспекті збереження репродуктивного здоров'я.

*Бугайчук Іванна*

**АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ТОКСОПЛАЗМОЗУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ**

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. І.Г. Грижак  
Івано-Франківський національний медичний університет  
м. Івано-Франківськ, Україна

**Вступ.** Токсоплазмоз – це зоонозне протозойне захворювання, небезпечне для людей з імунодефіцитом. Важкі форми токсоплазмозу виникають у ВІЛ-інфікованих осіб в стадії СНІДу. Спостерігають енцефаліт, хоріоретиніт, пневмоніт, можливий септичний перебіг, що вимагає негайного призначення адекватного лікування. Діагностика токсоплазмозу зустрічається із значними труднощами через недостатню інформативність серологічних маркерів на тлі імунодефіциту. Інфікування або реактивація хронічного токсоплазмозу у цих хворих може перебігати без появи IgM чи наростання IgG.

**Мета роботи.** Розробити алгоритм діагностики активних форм набутої токсоплазмозової інфекції у хворих на СНІД на основі комплексної оцінки клінічних, серологічних та імунологічних показників.

**Матеріали і методи дослідження.** Під спостереженням перебували 152 ВІЛ-інфіковані особи, яких обстежено на предмет серологічних маркерів токсоплазмозу, показників CD4+Т-лімфоцитів.

**Висновки.** Розроблено алгоритм діагностики токсоплазмозу у ВІЛ-інфікованих осіб, який базується на комплексному анамнезі, наявних клінічних ознаках токсоплазмозу: гарячка, м'язові болі, полілімфаденопатія, нейроциркуляторна дистонія, пульмоніт, гепатолієнальний синдром, міокардит, хоріоретиніт, енцефаліт. За вказаними ключовими ознаками токсоплазмозової інфекції хворих було поділено на 3 клінічні групи, кожна з яких поділялась на серологічні категорії (серонегативні, сероконверсія, хронічна інвазія), які в свою чергу розділені на імунологічні підкатегорії за рівнем CD4+Т-лімфоцитів (>100 і <100 кл./мл. крові). Враховувався рівень IgG (<200 і >200 МО/мл). Алгоритм діагностики представлений у вигляді таблиці, завдяки якій проводилась комплексна оцінка усіх показників у пацієнта, що підвищило ефективність діагностики токсоплазмозу на 7,2 %.

*Бідованець Олена*

**ДІАГНОСТИКА ЗАГРОЗИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ У ВАГІТНИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ МІКОПЛАЗМОВОЮ, УРЕАПЛАЗМОВОЮ ТА/ЧИ ХЛАМІДІЙНОЮ ІНФЕКЦІЯМИ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та венеричними хворобами  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В. С. Копча, д-р мед. наук, проф. А. В. Бойчук  
ДНУЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Актуальною проблемою не тільки сучасного акушерства, а й соціуму є невиношування вагітності. Серед причин втрати вагітності на сьогодні значну роль відводять інфекції, зокрема мікоуреаплазмовій і хламідійній.

Виявлення жінок групи високого чи низького ризику передчасних пологів (ПП) дозволяє попередити передчасні пологи або запобігти використанню непотрібних втручань.

Метою дослідження було визначення провідних діагностичних критеріїв розвитку передчасних пологів у вагітних із мікоуреаплазмозом та хламідійною інфекцією.

Виділено такі основні показники, які свідчать про високий ризик ПП у вагітних:

а) Нормальний вагінальний рН < 4,5 несприятливий для багатьох бактерій. Кислотність вагінального вмісту підтримується за рахунок вироблення молочної кислоти як метаболічного побічного продукту використання глікогену лактобактеріями. На рН впливають зміни у вагінальній флорі, а також менструація та зовнішні чинники, наприклад спринцювання та сперма. Зміна рН вагінального секрету більше 4,5 є несприятливою ознакою загрози ПП.

в) Визначення у II і III триместрах вагітності у слизі цервікального каналу вагітних підвищеного вмісту інтерлейкіну-6 (стимулює продукцію простагландинів, скорочення міометрію та розкриття шийки матки) із змішаною вірусно-бактерійною інфекцією.

д) Фетальний фібрoneктин (ФФ) – високомолекулярний глікопротеїд, який в нормі виробляється клітинами хоріону. Він служить внутрішньоклітинним матеріалом, котрий наче «цементує» плідну і децидуальну оболонку порожнини матки. Підвищення концентрації ФФ у виділеннях з піхви буде мати місце як у пацієнток при своєчасних, так і передчасних пологах. Поява ФФ у піхвових виділеннях жінок при вагітності 22-36 тижнів внаслідок руйнування хоріодецидуальної поверхні більше 2,0 мкг/мл свідчить про високий ризик ПП. Чутливість тесту складає 90%.

е) Гормональна функція плаценти є основним показником стану фетоплацентарного комплексу. Протягом усієї вагітності поступово збільшуються рівні трьох основних естрогенів (естрону, естрадіолу і естріолу).

Після 34-го тижня вагітності естрон і естрадіол практично не збільшуються, у той час як рівень естріолу за 2-4 тижні до пологів підвищується. Збільшення рівня вільного естріолу у сироватці крові та слині понад 2,3 нг/мл за 4 тижні до терміну нормальних пологів є критерієм ризику виникнення ПП. У США тест на естріол слини офіційно затверджений як маркер для визначення ПП.

в) Хоріонічний гонадотропін (ХГ) – глікопротеїд, який стимулює з ранніх термінів гестації функціональну активність жовтого тіла і продукцію прогестерона. ХГ виконує роль основного імунодепресанта у попередженні імуноконфлікту і відторгнення плоду.

Згідно з теорією падіння рівня прогестерону із наближенням пологів підвищується чутливість наднирників плода до адренокортикотропного гормону, внаслідок чого підвищується секреція кортизолу. Кортизол плода підвищує активність плацентарної 17 $\alpha$ -гідроксилази, що приводить до зниження швидкості синтезу прогестерону і посиленої продукції естрогенів. Зниження рівня хоріонічного гонадотропіну на тлі одночасного зростання рівня кортизолу свідчить про ризик виникнення ПП.

г) Трансвагінальне ультразвукове дослідження шийки матки за вкорочення її довжини менше 20 мм є критерієм високого ризику ПП. Пацієнтки із вкороченням шийки матки і позитивним тестом на фетальний фібрoneктин складають групу особливо високого ризику ПП.

Запропоновані діагностичні критерії можуть лягти в основу розробки програми діагностики та профілактики невиношування вагітності у жінок із міко- і уреоплазмозом та хламідійною інфекцією.



*Варицька Ганна*

**ДИНАМІКА ПРИПИНЕННЯ БАКТЕРІОВИДІЛЕННЯ ХВОРИХ З НОВИМИ ВИПАДКАМИ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ, ЯКІ ДІАГНОСТОВАНО МОЛЕКУЛЯРНО - ГЕНЕТИЧНИМ АБО ФЕНОТИПОВИМ МЕТОДОМ.**

Відділ хіміорезистентного туберкульозу  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С. О. Черенько  
ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»  
м. Київ, Україна

Складна епідеміологічна ситуація з мультирезистентного туберкульозу обумовлена багатьма причинами. Одна із них — несвоєчасна діагностика захворювання через обмеження культуральних методів щодо термінів виділення збудника туберкульозу та отримання результатів тесту медикаментозної чутливості.

**Матеріали і методи.** В проспективному дослідженні, яке включало 68 хворих з новими випадками мультирезистентного туберкульозу, вивчали частоту та динаміку припинення бактеріовиділення протягом інтенсивної фази 8-ми місячної тривалості. Контингент цих пацієнтів включав 2 групи: основну (34 осіб), в якій МРТБ діагностували за допомогою молекулярно-генетичного методу (GeneXpert) та контрольну групу, в якій МРТБ діагностували фенотиповими методом (на рідкому або твердому живильних середовищах). Контрольну групу формували методом підбору пари до основної групи за випадком захворювання, даними ТМЧ, поширеністю процесу.

**Результати.** Затримка діагностики мультирезистентності при використанні фенотипових методів становить у середньому ( $54,1 \pm 3,7$ ) днів від моменту діагностування випадку туберкульозу. На кінець інтенсивної фази бактеріовиділення припинилось у 33 (97,1 %) хворих основної групи і у 26 (76,5 %) хворих контрольної, що на 20,6 % більше та достовірно відрізняється ( $p < 0,05$ ). В термін до 1 місяця бактеріовиділення припиняється в 2,8 раза частіше у хворих основної групи, в термін до 2-х місяців – в 2,5 раза частіше. Після 2-х місяців бактеріовиділення в основній групі припиняється у 14,6 % хворих, в контрольній – у 20,6 %.

**Висновки.** Затримка діагностики нових випадків мультирезистентного туберкульозу на 20,6 % знижує ефективність лікування.

*Васкул Надія*

**ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ РИБОНУКЛЕЇНОВОЇ КИСЛОТИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С**

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.Я. Пришляк  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
м. Івано-Франківськ, Україна

**Актуальність.** У світі вірусом гепатиту С інфіковано більше 1 млрд. людей, а поширеність цієї інфекції викликає вірусну епідемію, яка в 4-5 разів перевищує поширеність ВІЛ-інфекції. Україна, за результатами епідеміологічних досліджень, відноситься до регіонів з високим рівнем інфікування вірусом гепатиту С. На характер і наслідки хронічного гепатиту С впливає супутня патологія, яка викликає патологічні зміни в органі-мішені - печінці.

**Мета дослідження.** Вивчення клініко-лабораторної ефективності лікування хворих ХГС, у стадії реплікації вірусу із застосуванням препарату рибонуклеїнової кислоти.

**Матеріали і методи.** Під спостереженням знаходилося 40 хворих на ХГС в стадії реплікації вірусу віком від 18 до 47 років. Із них 20 пацієнтів мали серцево-судинні ризики (незначне підняття АТ, підвищення рівнів холестерину, глюкози крові, ЛПВГ). Всі пацієнти отримували противірусну терапію (інтерферон, рибавірин) та препарат рибонуклеїнової кислоти в дозі 1,5 г/д. Статистичну обробку результатів здійснювали з використанням стандартного пакету «Statistica 8».

**Результати.** У всіх пацієнтів до початку дослідження були такі скарги: біль у правому підребер'ї, суглобах, зниження апетиту, порушення сну, загальна слабкість та ін.

Вже після першого місяця лікування пацієнти суб'єктивно відзначали позитивну динаміку: зменшилися болі в правому підребер'ї, суглобах, покращився апетит, сон, зникла слабкість. До початку лікування у хворих, як із серцево-судинним ризиком (ССР) так і без нього спостерігалось достовірне ( $p > 0,05$ ) збільшення рівня показників білірубину (загального і прямого), активності трансаминаз, глобулінів, а також зниження рівнів загального білка та альбумінів. Після закінчення курсу лікування в групі із серцево-судинним ризиком загальний білірубін знизився до  $18,66 \pm 2,01$  мкмоль/л проти  $14,60 \pm 1,23$  мкмоль/л у хворих без ССР ( $p < 0,05$ ). Прямий білірубін, амінотрансферази через 6 місяців лікування достовірно не відрізнялися від групи пацієнтів без серцево-судинного ризику. Загальний білок через 6 місяців складав  $68,05 \pm 0,87$  г/л проти  $75,92 \pm 1,19$  г/л в групі без серцево-судинного ризику ( $p < 0,05$ ). Альбуміни в обох групах залишалися зниженими і достовірно відрізнялися від попереднього рівня. Глобуліни в групі без ССР залишилися на попередньому рівні в той час як в групі з ССР вони продовжували наростати та склали  $27,6 \pm 1,7$  г/л, що достовірно відрізнялося від попереднього рівня і групи хворих без ССР ( $p_1, p_2 < 0,05$ ).

**Висновки.** В результаті досліджень виявлено, що важчий перебіг захворювання спостерігався у пацієнтів із серцево-судинним ризиком. Кращий терапевтичний ефект досягається при комплексному застосуванні противірусної терапії і РНК-препарату. Дана схема лікування сприяє покращенню деяких біохімічних показників функціонального стану печінки вже через 1 місяць застосування зі стабілізацією їх впродовж лікування.

*Гвоздецький Андрій*

**TORCH-ІНФЕКЦІЇ І ВАГІТНІСТЬ: ЗІСТАВЛЕННЯ УЗД І ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ДАНИХ**

Кафедра інфекційних хвороб  
Наукові керівники: проф. Н.А. Васильєва, проф. М.І. Жилияєв  
ДНВЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Вивчали вплив TORCH-інфекцій на перебіг вагітності, роль УЗД в діагностиці патології плода та формуванні вроджених вад розвитку (ВВР). TORCH-інфекції у жінок діагностували серологічно під час вагітності, у померлих дітей гістологічно. Внутрішньоутробні TORCH-інфекції були в 70,1 % випадків перинатальних втрат.

В обласному перинатальному центрі «Мати і дитина» спостерігали 40 вагітних: у 30 з них сталася антенатальна загибель плодів; 7 дітей померли в термін від 4 до 48 днів; 3 новонароджених успішно прооперовані з приводу ВВР.

Інформативність УЗД на ранніх стадіях вагітності щодо можливих патологічних відхилень з боку плаценти, навколоплідних вод, розвитку плоду недостатня. Частота виявлення даної патології як за наявності TORCH-інфекцій, так і без неї була однаковою. Критеріями УЗД, що свідчать про реактивацію TORCH-інфекцій у матері, могли бути визнані гідрофільність тканин мозку, гідроторакс, гіперехогенність кишечника плоду. При УЗД ВВР зареєстровані в 1/3 випадків при термінових і 1/5 при передчасних пологах. Вони не були пов'язані з реактивацією TORCH-інфекцій у матері, хоча завжди визначалися на тлі HS-, CMV-інфекції, токсоплазмозу.

За даними аутопсії, ВВР встановлені у 10 плодів. ВВР серця підтверджено під час секції в 2 з 4 випадків, запідозрених при УЗД, ВВР ЦНС у 2. 16 з 20 (80 %) ВВР виявлені тільки патанатомічно: діафрагмальна кила, гастрозіз, spina bifida, гідроцефалія, гіпоплазія грудної клітки, клишоногість, «заяча губа», «вовча паща», гідронефроз, ВВР легенів, підшлункової залози, аплазія вилочкової залози, фіброміксома міокарда. Гідрофільність тканин мозку плода на УЗД відповідала за секційними даними в 3 випадках з 4 енцефаліту, гідроторакс пневмонії. Гіперехогенність кишечника виявлялася при внутрішньоутробній інфекції (ВУІ).

3 дітей прооперовані в перший день життя: у 2 підтверджено пренатальний діагноз УЗД (атрезія 12-палої кишки, висока атрезія прямої кишки), в 1 виявлено виразково-некротичний ентероколіт з перфорацією товстої кишки і перитонітом.

При аутопсії TORCH-інфекції встановлено у 70,3 % загиблих дітей. Серологічне обстеження матерів на TORCH-інфекції під час вагітності у 86,9 % показало помірну активність процесу IgG до CMV, HS<sup>1/2</sup>, токсоплазми, поодинокі випадки хламідіозу, трихомоніазу, мікоплазмозу, сифілісу, Z21. Наявність збудників TORCH-інфекцій підтверджено гістологічно у 16 мертвнонароджених дітей, навіть при серонегативності матерів.

Отже, для профілактики ВВР та перинатальних ускладнень необхідний скринінг TORCH-інфекцій у жінок, які мають УЗД-симптоматику внутрішньоутробної інфекції. Адекватне лікування TORCH-інфекцій допоможе забезпечити нормальний перебіг і завершення вагітності, зменшити перинатальні втрати.

*Гладиш Назарій*

**ВІЛ-АСОЦІЙОВАНИЙ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЗА ДАНИМИ МІЖОБЛАСНОЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ЛІКАРНІ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л.А. Гришук  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Рівень поширення ВІЛ-інфекції серед громадян, які відбувають покарання у місцях позбавлення волі у 10 разів перевищує середній по Україні. Кількість ВІЛ-інфікованих серед загальної кількості засуджених становить на сьогодні біля 13,6 %. Також гострою проблемою в пенітенціарній системі є одночасне поєднання ВІЛ/СНІДу та туберкульозу, зокрема хіміорезистентних його форм. Це зумовлено тим, що у осіб одночасно хворих на ВІЛ/СНІД та туберкульоз досить знижений імунітет, що є вагомим чинником у розвитку великої частоти стійкості МБТ до протитуберкульозних препаратів.

**Метою роботи** було дослідити структуру захворюваності пацієнтів з поєднаною патологією ВІЛ та хіміорезистентним туберкульозом (ХРТБ). Проведений ретроспективний аналіз медичних карток стаціонарних хворих Міжобласної спеціалізованої туберкульозної лікарні (915 історій хвороб) за 2010- 2014 роки. Усі пацієнти були тільки жіночої статі. ХРТБ виявлено у 77 пацієнтів, що склало 7,9 %. Частіше це були представники вікової групи від 35 до 39 років (35,0%). Встановлено, що серед 77 хворих на ХРТБ 37 (48,0 %) осіб були ВІЛ/СНІД інфіковані. За клінічними формами туберкульозу переважали інфільтративна (38,0%) та дисемінована (30,0%). У 11 пацієнтів (31%) хворих на ВІЛ/ХРТБ в анамнезі спостерігалось вживання наркотичних речовин.

**Висновки:** проблема поєднання ВІЛ-інфекції та ХРТБ в пенітенціарній системі надалі залишається актуальною. За останніх 5 років кількість хворих на ВІЛ/ХРТБ зросла майже у 2 рази. Більшість пацієнтів знаходились у працездатному віці (35-39 р.), серед клінічних форм туберкульозу переважали інфільтративна та дисемінована, 31,0% пацієнтів вживали наркотичні речовини.

*Грубська Ольга, Носко Галина, Рижковський Андрій*

**ЧАСТКА ХВОРИХ НА СНІД СЕРЕД НОВОВІЯВЛЕНИХ  
ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та венеричними хворобами  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Н.А. Ничик  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Одним з важливих питань медицини XXI ст. є проблема ВІЛ-інфекції. Щороку у світі інфікується близько 2,7 млн чоловік. Україна – одна з лідерів за темпом розвитку епідемії у Європі.

**Мета:** дослідження частки хворих на СНІД серед нововиявлених ВІЛ-інфікованих, а також визначення співвідношення між ними за період з 2000 по 2014 рр.

**Матеріали і методи:** проведено порівняльний статистичний аналіз кількості нововиявлених ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД згідно матеріалів українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України (інформаційні бюлетні № 35-42).

**Результати досліджень.** Протягом 2000 року було виявлено 6216 ВІЛ-інфікованих, з них – 648 хворих з вперше встановленим діагнозом СНІДу, що склало 10,42 % від усіх виявлених вірусоносіїв. Щороку кількість нововиявлених ВІЛ-інфікованих збільшувалася, однак частка хворих серед них на III-IV стадії СНІДу зростала суттєвіше. У 2005 році відсоток хворих уже складав 30,61 %, що перевищувало відповідний показник 2000 року майже втричі ( $p \leq 0,05$ ). Упродовж 2006-2008 рр., попри зростання випадків вірусоносійства серед населення, частка хворих з вперше встановленим діагнозом СНІДу поступово зменшувалась і у 2009 році склала 22,38 %. Проте позитивна тенденція не закріпилась і наступного року було відмічено достовірне зростання як кількості нових випадків ВІЛ-інфікування, так і частки хворих серед них. Станом на 1 липня 2014 року кількість нововиявлених ВІЛ-інфікованих склала 10777, серед них 5459 (50,65 %) – нові хворі на СНІД.

**Висновки.** З 2000-го року відмічено щорічне зростання кількості носіїв ВІЛ-інфекції (за винятком 2012 р.). Частка хворих на СНІД серед нововиявлених ВІЛ-інфікованих за цей період збільшилась на 40,23 %. Отже, попри покращення діагностики ВІЛ/СНІДу, хвороба виявляється переважно на III-IV стадії, що зумовлює пошук нових, доступних і ефективних скринінг-методів обстеження населення.

*Денчик Наталія, Кірсанова Тетяна*

**ЧИ ПОТРІБНА У НАЦІОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРІ УКРАЇНИ ВАКЦИНА ПРОТИ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ?**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С. В. Кузнецов  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

**Мета роботи:** обґрунтування введення в національний календар України вакцинації проти вітряної віспи (ВВ).

**Матеріали і методи дослідження:** були проаналізовані дані ВООЗ в рамках Глобальної програми з вакцин та імунізації.

**Результати дослідження:** щорічно в світі реєструється 80-90 млн. випадків ВВ, при цьому в одному з 50 випадків спостерігаються ускладнення. У структурі ускладнень ВВ переважають пневмонії, ураження ЦНС, вторинні бактеріальні інфекції. Летальність при ВВ серед дітей у світі - 2 на 100000 випадків. В Україні щороку хворіє ВВ близько 150 тис. людей, з них 100-120 тис. - діти, ускладнений перебіг реєструється у 20% хворих, летальність - 0,5-1,3%, в 10-20% випадків у подальшому може реєструватися рецидив інфекції у вигляді оперізуючого герпесу. Так само відомо, що частка батьків, які беруть лікарняні листи на час хвороби дітей, становить близько 70%, що несе величезний економічний збиток для країни. В даний час розроблені вакцини проти ВВ: «Варилрікс» і «Віравакс». Ефективність і безпека масової вакцинації проти ВВ була доведена на практиці. Є численні дані про імуногенність, профілактичну ефективність, низьку реактогенність вакцин проти ВВ. Сьогодні обов'язкова вакцинація ВВ введена в національні календарі США, Японії, Кореї, ряду країн Європи. З досвіду Японії, імунітет до ВВ після вакцинації зберігається протягом 10-20 років. У США вакцинація проти ВВ у 70-90% дітей забезпечує захист від інфекції у 95% - захист від важкої форми захворювання протягом 7-10 років після імунізації.

**Висновки:** враховуючи високий індекс контагіозності, повітряно-крапельний шлях передачі, більш часту реєстрацію тяжких і ускладнених форм захворювання, економічні втрати для країни, витрачені на лікування і реабілітацію хворих; проаналізувавши досвід країн світу (статистику захворюваності до і після введення масової вакцинації), ми рекомендуємо включити в національний календар вакцинації України вакцину проти ВВ.

*Данилюк Любомир, Прокопишин Галина, Пастушина Ірина*

**ЩО ТЕРНОПОЛЯНИ ЗНАЮТЬ ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С. І. Корнага  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність теми.** Щороку на туберкульоз захворюють 8-9 мільйонів осіб і 2-3 мільйони помирають від ускладнень цього захворювання. Прийнято вважати, що туберкульоз – це захворювання малозабезпечених людей, які проживають в умовах антисанітарії. Насправді від цієї хвороби не застрахований ніхто – нею хворіють люди абсолютно будь-якого віку та соціального статусу в суспільстві. П'ять фактів, які варто знати про туберкульоз: 1. туберкульоз – інфекційне захворювання, на яке хворіють незалежно від статі, віку, національної приналежності та соціального положення; 2. збудник захворювання – мікобактерія туберкульозу – надзвичайно стійкий і, потрапляючи в навколишнє середовище, залишається небезпечним до 12 місяців; 3. зараження найчастіше відбувається під час спілкування з людиною, яка має відкриту форму захворювання, при вдиханні мікобактерій туберкульозу з дрібними краплями мокроти та слини, та при вживанні продуктів від хворої на туберкульоз худоби; 4. зараження може відбуватися також, коли мікобактерії потрапляють в організм з пилом, через предмети вжитку, посуд та постіль, папери, недопалки хворого на туберкульоз у відкритій формі тощо; 5. захворювання розвивається, коли у людини знижений імунітет внаслідок тривалого стресу, депресії, виразкової хвороби, цукрового діабету, захворювань щитовидної залози, травм, а також недостатнього харчування, поганих житлових умов, виснаження праці тощо.

**Метою роботи** було визначити рівень обізнаності тернополян з проблеми туберкульозу.

**Матеріали і методи.** Опрацьовано 608 анкет, які були заповнені тернополянами 24 березня 2015 року. В анкетах були наступні питання щодо туберкульозу – міф чи правда: 1.Туберкульоз передається при розмові, кашлі, чханні. 2. Лікування туберкульозу в Україні безкоштовне. 3. Туберкульоз виліковний. 4. Туберкульоз передається при потисненні руки. 5. Туберкульоз – це хвороба соціально незахищених верств. 6. Захворівши туберкульозом можна прожити повноцінне життя. 7. Проба Манту, флюорографія – методи діагностики туберкульозу.

**Результати.** В анкетуванні взяли участь 608 тернополян, з яких 330 (54,28 %) – жінки, 278 (45,72 %) – особи чоловічої статі. Вік анкетованих був 18-76 років: 18-29 років – 286 (47,04 %), 30-39 – 70 (11,51 %), 40-49 – 49 (8,06 %), 50-59 – 67 (11,02 %), 60-69 – 90 (14,80 %) та 70 і більше – 46 (7,57 %). Як видно з таблиці, загалом тернополяни досить добре орієнтуються в шляхах поширення туберкульозу, методах виявлення і в тому, що туберкульоз лікується. Проте, що лікування в Україні безкоштовне 2/3 опитаних не вірять. Половина анкетованих вважає, що навіть захворівши на туберкульоз, можна вести повноцінне життя. Хоча більшість анкетованих молодшої вікової групи не думають, що частіше на туберкульоз хворіють соціально-дезадаптовані наші співгромадяни, проте з віком їхня думка – змінюється.

**Висновки.** Люди повинні знати, що туберкульоз у більшості випадків — це виліковна хвороба; що хворий, який приймає протитуберкульозні препарати, призначені кваліфікованим лікарем, незабаром перестав бути джерелом інфекції (у середньому через 1,5-2 міс від початку лікування); що хворі на туберкульоз потребують допомоги й підтримки суспільства.

*Доценко Ярослава*

**ЗНАЧЕННЯ СПЕЦИФІЧНИХ ВНУТРІШНЬОШКІРНИХ ТЕСТІВ  
ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ЛАТЕНТНОЇ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ (ЛТБІ) У ДІТЕЙ**

Відділення дитячої фтизіатрії  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О. І. Білогорцева  
ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології  
ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»  
м. Київ, Україна

**Вступ:** Рання діагностика туберкульозу (ТБ) на етапі ЛТБІ дає можливість попередити розвиток локальних форм ТБ у дітей.

**Мета роботи** – вивчити значення внутрішньошкірних тестів для діагностики ЛТБІ у дітей. Робота виконана за бюджетні кошти.

**Матеріали і методи.** Обстежено 166 дітей у віці 1 – 17 років з ЛТБІ, серед них 55 дітей з виражом туберкулінових реакцій (I група) і 111 – інфікованих МБТ (II група) за допомогою проби Манту (ПМ) і тесту з алергеном туберкульозним рекомбінантним (АТР).

**Результат.** Позитивний результат ПМ спостерігався у 80,0 % дітей I групи і у 83,8 % – II групи, а гіперергічний – відповідно у 20,0 % і 16,2 %. Тест з АТР був негативним у 54,5 % дітей I групи та у 55,9 % – II групи, позитивним – у 20 % та 24,3 % відповідно, гіперергічним – у 21,8 % та 13,5 %. Майже у 60 % дітей з ЛТБІ, діагностованою за результатами ПМ, тест з АТР був негативним.

У дітей з тубконтактом позитивні реакції тесту з АТР були достовірно частіше (65,7 %), ніж у дітей без контакту (37,7 %), а гіперергічні – у 3,5 рази частіше (29,5 % і 8,7 % відповідно), що свідчить про його високу специфічність. За результатами ПМ групи не відрізнялись.

У дітей, контактних по ТБ, незалежно від бактеріовиділення, різниці кількості позитивних і гіперергічних реакцій за пробами Манту і з АТР не встановлено.

Таким чином, тест із АТР має вищу специфічність, ніж ПМ, що дозволяє використовувати його для діагностики ЛТБІ у дітей.

Результати тестів у контактних дітей свідчать про високий ризик їх захворювання на ТБ та про віднесення їх до групи ризику незалежно від факту бактеріовиділення у контактного пацієнта.

Негативний результат тесту з АТР може значно змінити тактику ведення таких пацієнтів.

*Жегестовська Діана, Палихата Мар'яна*

**ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНІ ЗМІНИ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ ПЛЕВРИТ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С. І. Корнага  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Гробачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Мета.** Дослідити наявність та закономірності змін на ЕКГ, що виникають у хворих із плевритами та емпіємами туберкульозної та нез'ясованої етіології.

**Актуальність.** Плеврити ускладнюють туберкульозний процес в середньому в 14% випадків, та є однією з найпоширеніших форм позалегенового туберкульозу.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз даних 30 медичних карт стаціонарних хворих на плеврити та емпієми туберкульозної та нез'ясованої етіології, які знаходилися на лікуванні в Тернопільському обласному протитуберкульозному диспансері протягом 2014 року.

**Результати.** Проаналізовано статевовіковий склад 30 хворих з плевритами із групи дослідження. Згідно отриманих даних, серед хворих переважали чоловіки – 63,3 % (n=19), жінки становили 36,7 % (n=11). При цьому, кількість осіб віком до 50 років склала 56,7 % (n=17), понад 50 років – 43,3 % (n=13). За місцем проживання пацієнти розподілилися з такою частотою: сільські жителі становили 56,7 %, а міські - 43,3 % із 30 обстежених. У 76,7 % пацієнтів, було підтверджено діагноз туберкульозу, а саме: ВДТБ – 66,7 % (n=20), РТБ - 3,3 % (n=1), МРТБ - (n=2). У 23,3 % (n=7) хворих, підозра на туберкульозне походження плевриту не підтвердилася. Усім пацієнтам були проведені бактеріологічні, рентгенологічні, лабораторні дослідження, а також аналіз плевральної рідини, з метою виявлення мікобактерій туберкульозу (МБТ) та визначення чутливості до протитуберкульозних препаратів. Серед усіх обстежених, МБТ у харкотинні було виявлено у 20 % (n=6) пацієнтів, а у плевральної рідини МБТ були виявлені у 16,7 % (n=5) випадків.

Найчастіше зустрічалися правобічні плеврити – 63,3 %, рідше – лівобічні 33,3 %, ураження було двобічним у 3,4 %. Відповідно до цього, ми поділили пацієнтів на дві групи. До групи I було віднесено всіх хворих з правобічними плевритами, до групи II – з лівобічними. Після статистичного аналізу даних ЕКГ в обох групах, було встановлено, що порушення ритму, частіше зустрічаються у хворих II групи – у 40 % випадків, серед них 30 % - епізоди миготливої аритмії, шлуночкові та передсердна екстрасистолія, зміна відхилення електричної вісі серця, порушення процесів реполяризації та дифузні зміни в міокарді. Для порівняння у I групі, порушення ритму зустрічалися лише у 10,5 %, і представлені вони були, найчастіше, синусовими аритміями.

**Висновок.** Згідно отриманих результатів, що при розвитку лівобічного плевриту патологічні зміни на ЕКГ, виникають частіше та є суттєвішими, ніж при правобічній локалізації процесу.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Захарків Тетяна, Демах Валентина*

### **АНАЛІЗ СТОРІНОК ІСТОРІЇ ВЕНЕРОЛОГІЇ У ДЗЕРКАЛІ ФІЛАТЕЛІЇ**

Циклова комісія професійної та практичної підготовки педіатричного профілю

Наукові керівники: М.В.Чортківська, О.П.Петрунів

Чортківський державний медичний коледж

м. Чортків, Україна

Венерологія - галузь медицини, яка вивчає інфекційні хвороби, що передаються в основному статевим шляхом. Термін «філателія» ввів в ужиток відомий французький колекціонер-філателіст Жорж Ерпен. Він є поєднанням двох грецьких слів «fileo» - люблю і "atelia" - звільнення від оплати, збору, мита.

Опрацьовуючи матеріал даної теми, ми переконалися, що філателія на медичну тематику є особливо привабливою, цікавою для медиків різних спеціальностей, для студентів-медиків, бо збагачує наші знання не тільки з венерології, а також з історії медицини, географії та містить пізнавальну інформацію про важливі події у науковому світі.

Провівши аналіз інформаційних даних та наукової літератури з даної проблематики, ми ознайомилися з біографіями видатних медиків різних епох і країн, які зробили значний внесок у розвиток венерології, зокрема, Гіппократа - давньогрецького лікаря, Авіценни - перського вченого, енциклопедиста, філософа, лікаря, хіміка, астронома, теолога, поета; Джіроламо Фракасторо - італійського лікаря, асторонома і поета епохи відродження; Амбруаза Паре - французького хірурга; Альфреда Фурн'є - видатного французького дерматовенеролога, одного із засновників сучасної венерології; Т.Парацельса - швейцарського військового лікаря, засновника ятрохімії, видатного реформатора епохи Відродження; Пауля Ерліха - видатного вченого, німецького бактеріолога, хіміотерапевта, лауреата Нобелівської премії (1908); Філіпа Рікора - відомого сифідолога у Франції.

Ці люди працювали й жили для нас, а ми не повинні забувати про них. Дана робота з філателістичного літопису історії венерології буде продовжуватися, адже зібрано надзвичайно цікаві і пізнавальні матеріали про М.Пирогова, Д.Заболотного, І.Мечнікова, С.Боткіна, І.Давидовського, Д.Самойловича та ін.

*Зенів Леся*

### **РЕТРОСПЕКТИВНИЙ КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СПАЛАХУ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ГРИП Н1N1, pdm09 У ДІТЕЙ В ДРОГОБИЦЬКОМУ РАЙОНІ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ У 2009 РОЦІ**

Кафедра епідеміології

Науковий керівник – доц. Л.П. Козак

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

**Актуальність.** Згідно із статистикою ВООЗ за період пандемії, викликаной вірусом грипу Н1N1, pdm09 з квітня 2009 по серпень 2010 року у світі зареєстровано 18500 летальних випадків захворювання, та більш ніж в 200 країнах виявлена інфікованість населення. В Україні, за офіційними даними МОЗ, загальна кількість хворих до травня 2010 року становила 7 753 635 осіб, із них 371 512 були госпіталізовані, та 1128 випадків завершилися летально. Більшість померлих від пандемічного грипу були особами молодого віку, особливо вразливою категорією населення виявилися вагітні (зокрема III триместр) та діти. У зв'язку з цими даними, актуальним постає питання вивчення особливостей захворювань, які загрожують виникненню пандемії.

**Мета.** Визначити основні клініко-епідеміологічні особливості перебігу грипу Н1N1, pdm09 у дітей різного віку, в Дрогобицькому районі Львівської області протягом жовтня-листопада 2009 року.

**Матеріали і методи.** За допомогою ретроспективного епідеміологічного аналізу опрацьовано анкети 114 дітей (64 хлопчиків та 50 дівчаток), яких, відповідно до віку, розділили на 5 груп: I – діти до 1 року, II – 1-3 років, III – 4-6 років, IV – 7-14 років, V – діти 15-18 років. Вивчалися структура захворюваності; основні симптоми перебігу хвороби; враховувалися епідеміологічні дані про попередні контакти дітей з особами на вірогідний або підтверджений випадок грипу Н1N1, pdm09.

**Результати.** У структурі захворюваності переважали діти віком 1-3 роки (30,7%) та 7-14 років (24,6%). Діагнози, що були встановлені: ГРВІ – 68 випадків (з яких у 7 дітей супроводжувалася кишковим синдромом; у 2 дітей – нейротоксикозом), бронхопневмонія – 29, трахеобронхіт - у 7 дітей. Найчастіші симптоми: загальна слабкість (86,8%), кашель (84,2%), лихоманка  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  (74,5%), риніт (57,9%), задишка (12,3%). Термін часу від початку захворювання до моменту, коли пацієнти вперше звернулися за медичною допомогою в основному становив 3 дні (94 дитини), найпізніше – 10 днів (1 дитина). Безпосередній контакт з особою, хворою на грип Н1N1, pdm09 мали 14 дітей. Лабораторна діагностика для підтвердження пандемічного грипу проведена у 22 хворих, з яких 6 мали позитивний результат.

**Висновки.** Незважаючи на те, що світ зараз перебуває у так званому постпандемічному періоді вірусу грипу Н1N1, pdm09, у найближчі роки цей вірус за прогнозами ВООЗ виникатиме знову як одна із різновидностей сезонного грипу, тому вже сьогодні важливим є вивчення ефективних методів його профілактики, а особливо серед уразливої до нього молодшої категорії населення, зокрема дітей.

**ЛЕПТОСПІРОЗУ КРАЩЕ ЗАПОБІГТИ**

Кафедра інфектології та внутрішньої медицини

Науковий керівник: завідувачий фельдшерським відділенням, викладач вищої категорії М.Т. Катеринич

Кіровоградський медичний коледж імені Є.І.Мухіна

м. Кіровоград, Україна

Лептоспіроз продовжує залишатись однією із найбільш небезпечних інфекційних хвороб, що реєструється як в Кіровоградській області, так і в місті Кіровограді. В поточному році в місті захворіло на лептоспіроз 6 осіб та 1 з них помер, в зв'язку з пізнім зверненням за наданням медичної допомоги, на 7-й день після захворювання, та внаслідок купання, ловлі риби, в р. Інгул маючи при цьому садна та порізи рук і ніг.

Лептоспіроз – гостре інфекційне захворювання людей та тварин, збудники якого відносяться до роду лептоспір. Лептоспіроз має широке ландшафтно-географічне розповсюдження і зустрічається на земній кулі майже повсюди. Це типове захворювання спільне для людей та тварин. Основним джерелом інфекції є гризуни. Збудники лептоспір осідають в нирках і виділяються з сечею внаслідок чого інфікується ґрунт, вода в ставках, річках, криницях, іноді харчові продукти. Крім цього джерелом лептоспірної інфекції можуть бути сільськогосподарські, домашні, дикі, промислові тварини (лисиці, нутрії та інші), особлива роль належить пацюкам, які являються переносниками збудника лептоспіри, що викликає важкий перебіг захворювання у людини. Зараження від хворої людини практично не спостерігається. Лептоспіри – вологолюбиві мікроорганізми, які швидко гинуть при висушуванні, тому головним шляхом передачі є водний, але можливе інфікування через такі об'єкти навколишнього середовища, як вологий ґрунт, інфіковані корми для тварин, харчові продукти та інші. Лептоспіри стійкі до дії високих та низьких температур, при кип'ятінні швидко гинуть. В воді та ґрунті мікроби зберігаються 3-4 тижні, добре переносять заморожування. Захворювання людей спостерігаються переважно у літньо-осінній період, який відповідає часу інтенсивних сільськогосподарських робіт (косовиця на вологих луках, вирощуванні рису, льону, коноплі, ручному збиранню врожаю після великої кількості опадів), будівельних роботах, освоєнні вологих територій, гідромеліоративних роботах, риболовлі, полюванні. Причиною зараження людей може бути вживання сирової води з випадкових водоймищ, та ковтання води при купанні, робота на вологих територіях без спецодягу, вживання харчових продуктів до яких мали доступ гризуни. Групи ризику складають від 20% до 70% (рибалки, механізатори, буряководи, польководи,). Ризик зараження виникає і тоді, коли на підприємствах не проводяться винищувальні роботи проти гризунів, що приводить до збільшення їх чисельності. В печінці виникають запальні та дегенеративні зміни, в нирках явища геморагічного нефриту. Летальний кінець може наступити внаслідок гострої печінкової та ниркової недостатності, міокардитів, пневмоній. При перших симптомах захворювання необхідно звернутися до лікаря з метою запобігання ускладнень. Основні заходи профілактики з цієї небезпечної хвороби направлені на знищення джерела інфекції – гризунів. Крім цього, необхідно дотримуватись наступних правил: вживати тільки кип'ячену та бутильовану воду, зберігати питну воду та харчові продукти від доступу гризунів, під час купання не ковтати воду; знищувати гризунів.

Пам'ятайте, що запобігти цій небезпечній інфекції краще, ніж її лікувати, а своєчасне звернення за медичною допомогою залишає шанси на одужання.

*Лавров Пилип*

**ТРОПІЧНА МАЛЯРІЯ ТА МАЛЯРІЙНА КОМА**

Кафедра Інфекційних хвороб

Науковий керівник: канд. мед. наук, ас. В. Г. Ткаченко

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

**Актуальність.** Цей різновид малярії, викликаний *Plasmodium falciparum*, має найтяжчі прояви, що пояснюється особливістю еритроцитної шизогонії. Вона відбувається не тільки в периферичній крові, а й у внутрішніх органах, що призводить до їх тяжких ушкоджень. Випадки малярії в Україні почастишали. Велика частина – завезення з ендемічних регіонів через портовий південь України. За період 2004-2015 рр. в Харківській обласній клінічній інфекційній лікарні проходили лікування 40 хворих на малярію.

**Мета.** Дослідити клінічний випадок тропічної малярії, ускладнений малярійною комою.

**Матеріали та методи.** Був обстежений хворий на тропічну малярію, що ускладнилася малярійною комою.

**Результати.** За три тижні до перших проявів малярії хворий із туристичною метою відвідав Африку, профілактичних заходів не дотримувався. Захворювання розпочалося з ознобу, міалгій, підвищення  $t$  до  $39^{\circ}\text{C}$  (після прийому антипіретиків - нетривале покращення), жару, значного потовиділення. Через три дні – відрижка, здуття живота, болі у животі. За призначенням лікаря почав приймати Фромілід-уно 500 мг. На 5 день хвороби у зв'язку з появою жовтяниці долонь, неадекватної поведінки, загальмованості близькі викликали бригаду ЕМД. Об'єктивно: стан хворого тяжкий, оглушення – на питання відповідав із затримкою, був частково дезорієнтований; визначалися субітеричність склер, іктеричність шкірних покривів, гепатолієнальний синдром. Мікроскопія товстої краплі крові виявила високий рівень паразитемії (*Pl. falciparum*). Незважаючи на призначення специфічної терапії, розвинувся інфекційно-токсичний шок II-III ст, прогресували прояви набряку головного мозку (кома I-IIст) та легень, поліорганна недостатність, що призвело до летального наслідку.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Леснянська Світлана, Корнага Тарас*

### **ЩО ЗНАЮТЬ ХВОРИ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ПРО СВОЄ ЗАХВОРЮВАННЯ?**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.І. Корнага  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність теми.** Хіміорезистентний туберкульоз є суттєвою медичною і соціальною проблемою, яка негативно позначається на демографічній ситуації, трудових ресурсах та потенціалі та загрожує національній безпеці України. Збільшення за останні 10 років частоти лікарської резистентності МБТ, особливо до кількох, а іноді і до більшості протитуберкульозних препаратів, включаючи ізоніазид і рифампіцин, визначає гостроту і актуальність даної проблеми.

**Метою роботи** було визначення рівня знань хворих на хіміорезистентний, в т.ч. мультирезистентний, туберкульоз про свою недугу.

**Матеріали і методи.** Було проведено анкетування серед хворих, які знаходилися на лікуванні в II фтизіо-терапевтичному відділенні ОТД у січні-березні 2015 року. Нами опрацьовано 70 анкет.

**Результати.** Із 70 хворих 54 (77,14 %) становили чоловіки, 16 (22,86 %) – особи жіночої статі. 42 (60,0 %) – жителі села, 28 (40,0 %) – проживають у місті; пацієнти були віком від 21 до 80 років, до 50-ти років – 46 (65,71 %), понад 50 років – 24 (34,29 %) хворих. Загалом – 1400 відповіді: правильні - 883 (63,07 %), неправильні - 517 (36,93 %). Усі хворі були бактеріовиділювачами і у них був діагностований хіміорезистентний (в т.ч. мультирезистентний) туберкульоз легень. Відомо, що з різних форм санітарно-просвітньої роботи, найефективнішою є індивідуальна, як повинна проводитися постійно, доки хворий перебуває на стаціонарному лікуванні та перед випискою. На жаль, як показали результати анкетування, понад третина пацієнтів погано орієнтується в питаннях туберкульозу, тим паче у питаннях хіміорезистентного туберкульозу. В зв'язку з чим, ми маємо малоефективні результати лікування хіміорезистентного туберкульозу.

**Висновки.** Цілеспрямована адекватна індивідуальна санітарно-просвітня робота спричиняє прихильність хворого до лікування і, тим самим, досягаються кращі результати лікування.

*Литвин Ганна, Прокоп'юк Анжела*

### **САРКОЇДОЗ У ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОМУ СТАЦІОНАРІ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.І. Корнага  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Саркоїдоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (хвороба Шаумана - Бека – Бенсьє) - це мультисистемне захворювання, яке характеризується утворенням гранульом перш за все у органах дихання з можливістю втягнення в процес інших органів та систем. Дана хвороба викликає великий інтерес з боку як науковців, так і лікарів-практиків, адже досі не з'ясована причина виникнення ознак хвороби, та успішність її лікування. На основі аналізу випадків захворювання, його відносять до мультифакторних, проте часто простежується спадкова схильність.

**Метою нашого дослідження** було в'яснити особливості розвитку та перебіг саркоїдозу.

Ми проаналізували 30 медичних карт стаціонарних хворих, які перебували на лікуванні з приводу саркоїдозу у Тернопільському обласному протитуберкульозному диспансері протягом 2014 року.

В результаті дослідження було встановлено, що захворювання зустрічається частіше серед жінок (63%), відповідно чоловіки становлять 37%. Щодо вікового розподілу, то 97% пацієнтів були люди віком до 50 років. У 39% осіб дане захворювання діагностується вперше, і 61% знаходилися у стаціонарі з приводу рецидиву захворювання. Також встановлено, що у 72% хворих саркоїдоз було діагностовано на II стадії хвороби, що рентгенологічно проявлялося ураженням внутрішньогрудних лімфатичних вузлів та легень. На I стадії захворювання було виявлено лише у 20% і відповідно у 8% пацієнтів його було діагностовано вже на III стадії, коли в процес втягаються інші органи та системи, а в легеневій тканині поширюються глибокі фіброзні зміни. Такі показники діагностики хвороби можна пояснити тим, що клінічна картина захворювання не має вираженої специфічної симптоматики. 90% пацієнтів скаржилися на загальну слабкість, малопродуктивний кашель, інколи задишку, пітливість та незначний субфебрилітет. Лише у 4% хворих в дебюті спостерігалася також ураження слинних привушних залоз, а у 2% відразу спостерігалася клініка гострого саркоїдозу із наявністю суглобового синдрому та вузловатої еритеми на гомілкках (с-м Лефгрена). У 37% пацієнтів спостерігалася також наявність ускладнень саркоїдозу, таких як емфізема легень, трахеоендобронхіт, легенева та серцева недостатності.

**Висновки.** В результаті проведеного дослідження було встановлено, що саркоїдоз – захворювання, яке частіше спостерігається у жінок молодого та середнього віку, характеризується ураженням внутрішньогрудних лімфатичних вузлів та легень. Зазвичай діагностується на II стадії, коли вже виражена клінічна картина захворювання. Важливою є вчасна діагностика захворювання, що сприяє кращим результатам лікування та видужанню пацієнтів.



*Мазур Іванна*

### **ЧАСТОТА І ХАРАКТЕР ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.І. Корнага  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Впродовж останніх десятиліть у багатьох країнах світу, в тому числі і в Україні, туберкульоз є однією з найпоширеніших хвороб серед населення, посідає перше місце за смертністю від інфекційної патології. Однією з причин зростання рівня захворюваності є розвиток резистентності до протитуберкульозних препаратів, що призводить до зниження ефективності лікування та підвищення його вартості.

Для визначення частоти і характеру резистентності мікобактерії до протитуберкульозних препаратів було проаналізовано медичні карти хворих, які лікувалися у відділенні хіміорезистентного туберкульозу Тернопільського обласного протитуберкульозного стаціонару у 2014 році.

Обстежено 60 хворих на туберкульоз легень. Середній вік пацієнтів становив (38,6±6,3) років. Осіб до 50 років було 50 (83,3 %), понад 50 років – 10 (16,7%). Гендерний аналіз відобразив такі дані: серед пацієнтів переважали особи чоловічої статі 50 (83,3 %), жінки – 10 (16,7 %). За клінічними формами туберкульозу хворі розподілилися таким чином: інфільтративний – 23 (38,3 %), дисемінований – 23 (38,3 %), фіброзно-кавернозний – 14 (23,4 %). Бактеріовиділення виявлено у 57 (95 %), деструкція легеневої тканини – у 46 (76,7 %). У 15 (25 %) хворих спостерігалися супутні захворювання: ВІЛ/СНІД – 4 (6,67 %), хронічний бронхіт – 8 (13,3 %), гепатит – 2 (3,3 %), цукровий діабет – 1 (1,7 %).

Результат тесту медикаментозної чутливості продемонстрував високий рівень резистентності до препаратів I ряду: рифампіцин – 60 (100 %), ізоніазид – 49 (81,7 %), стрептоміцин – 47 (78,3 %), етамбутол – 38 (63,4 %) і піразинамід – 15 (25 %). Резистентність до препаратів II ряду: етіонамід – 33 (55 %), офлоксацин – 19 (31,7 %), канаміцин – 18 (30 %), капреоміцин – 9 (15 %) і амікацин – 4 (6,6 %). 5 (8,3 %) хворих, у яких спостерігалась виражені побічні дії до препаратів II ряду, були переведені на паліативне лікування.

Проаналізувавши вище приведені дані, можемо зробити висновок, що проблема хіміорезистентного туберкульозу залишається актуальною й надалі. Підвищення ефективності лікування має не тільки клінічне, але і епідеміологічне значення. Для досягнення даної мети потрібно удосконалювати методи лікування із застосуванням протитуберкульозних препаратів II ряду, проводити постійний контроль за дотриманням інфекційного режиму та режиму лікування.

*Маркевич Оксана*

### **КЛІНІКО- ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПСОРІАЗУ У ДІТЕЙ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ)**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та венеричними хворобами  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.О. Галнікіна  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Останніми роками спостерігається зростання захворюваності на псоріаз, збільшення числа важких, атипичних, резистентних до терапії форм захворювання у дитячому віці. Хвороба значно погіршує якість життя дітей, призводить до їх соціальної дезадаптації в колективі серед однолітків.

**Мета роботи:** дослідити клініко-епідеміологічні особливості псоріазу у дітей в Тернополі (за результатами ретроспективного аналізу).

**Основна частина:** Нами було проаналізовано 82 амбулаторних карт. Було встановлено, що серед дітей які звернулися за допомогою було 48 хлопчиків і 34 дівчинки, віком від 5 до 17 років. Обтяжений спадковий анамнез захворювання було констатовано у 53 (65%) дітей.

Серед клінічних особливостей можна відзначити: локалізація висипки у складках та ділянках, що зазнають впливу тертя від одягу, уражалася шкіра обличчя, волосистої частина голови, статевих органів. В анамнезі перенесені гострі респіраторні вірусні інфекції у 58 дітей (70,7%), які передували виникненню псоріатичної висипки. За клінічними формами переважав краплиноподібний псоріаз, що спостерігався у 68 дітей (82,9%).

**Висновок:** Отже, псоріаз у дітей має клінічні особливості, що слід враховувати при зверненні таких пацієнтів та проведенні диференціальної діагностики. Також пацієнти дитячого віку, які хворіють на псоріаз, окрім медичної потребують і психологічної допомоги.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Мельник Лариса, Кальмуцька Людмила, Василюшин Оксана, Проць Леся, Якимів Ірена, Медецька Наталя, Брик Олександра*

### **ЕОЗИНОФІЛІЯ У ДИФЕРЕНЦІАЛЬНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л.А. Гришук  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Останнім часом в Україні широкого застосування набув термін медико-соціальні захворювання, серед яких виділяють, неблагополучні у епідеміологічному аспекті, туберкульоз та гельмінтози людини.

Ситуація з туберкульозу в Україні залишається складною з 1995 року, коли була зареєстрована його епідемія. Сьогодні відомо близько 300 видів гельмінтів, що здатні викликати захворювання у людини. В Україні нараховується близько 30 таких видів та щороку реєструють 300-400 тисяч випадків гельмінтозів.

У сучасних умовах, згідно ВООЗ, гельмінтози стали, певною, мірою, «забутими хворобами», а тому, зазвичай, є останнім пунктом у диференційно-діагностичному пошуку лікаря.

На базі КУТОР «ТОПД» обстежено 20 хворих, у яких при поступленні на стаціонарне лікування встановлено наявність 9% та більше еозинофілів в крові. Серед обстежених 6 жінок та 14 чоловіків у віковій групі 40-60 років (53,8%). Усім пацієнтам проведено стандартні обстеження в умовах тубдиспансеру та імунно-ферментний аналіз на гельмінтози у лабораторіях інших медичних закладів.

Згідно критеріїв тяжкості еозинофілії у 70% встановлено м'який, у 15% середню та важку ступінь. В ході лабораторно-інструментальних обстежень у 25% хворих діагностовано гельмінтози, у 20% онкологічні захворювання, у 30% неспецифічні захворювання легень, у 25% алергічні реакції на тлі туберкульозу.

Багато гельмінтів на певних стадіях свого розвитку ніколи не виявляються в калі, тому їх відсутність не виключає гельмінтоз в якості причини еозинофілії і виникає необхідність у дослідженні крові або тканинних біоптатів.

*Мусієнко Володимир, Скоропляс Валерій*

### **ПІСЛЯВАКЦИНАЛЬНІ УСКЛАДНЕННЯ БЦЖ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.І. Корнага  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність теми:** в умовах погіршення епідемічної ситуації щодо туберкульозу в Україні набуває особливої актуальності БЦЖ-профілактика. Разом з тим, введення вакцини може викликати розвиток ускладнень, частота яких за даними різних авторів знаходиться у межах 0,004% - 2,5%

**Мета:** проаналізувати та дослідити післявакцинальні ускладнення (ПВУ) у дітей, що потребували оперативного лікування.

Нами було проаналізовано 110 медичних карт стаціонарних хворих, які знаходилися на лікуванні в обласному протитуберкульозному диспансері, і яким проводилось оперативне втручання з приводу ПВУ БЦЖ. Серед оперованих переважали хлопчики (59%), дівчаток було 41 %. За віковим складом хворі поділялися на такі групи: до 2 місяців життя – 8.7%, 3-4 міс. – 25%, 5-6 міс. – 27.2%, 7-8 міс. – 13%, 9-10 міс. – 7.6%, 11-12 міс. – 5.5%, старше 1 року – 13%. Жителів села було 64.5%, міста – 45.5%. У дітей спостерігались такі ПВУ: холодний абсцес – 20%, лімфаденіт – 80%. Найчастіше уражались аксілярні лімфовузли (85,5%), значно рідше надключичні – 6.4%, плеча – 3.6% та шиї – 1.8%. Також зустрічалось комбіноване ураження надключичних та аксілярних вузлів у 2.7% випадках. У всіх випадках застосовувалось оперативне лікування – видалення БЦЖиту. У всіх обстежених дітей лікування (хірургічне + консервативне) було ефективним.

**Висновок:** Найчастіше ПВУ виникали у дітей в перші 6 місяців життя (60.9%), що може свідчити про знижений імунітет саме у дітей цього віку або неправильно проведеної вакцинації БЦЖ в пологовому будинку чи умовах поліклініки. Частіше ускладнення розвивалися у хлопчиків, жителів сільської місцевості. Зазвичай уражались аксілярні лімфовузли.

*Нижник Галина, Бугель Василь, Бугель Ольга*

**КІР НА ТЕРНОПІЛЛІ: КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ**

Кафедра інфекційних хвороб

Наукові керівники: д-р мед. наук, проф. Н.А. Васильєва, канд. мед. наук, доц. О.Л. Івахів

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

м. Тернопіль, Україна

За останні десять років в Україні було два спалахи кору, зареєстровано понад 80 % хворих усього Європейського регіону ВООЗ. У 2005-2013 рр. в інфекційне відділення ТМКЛШД госпіталізовано 275 осіб віком від 16 до 79 років, хворих на кір, з них переважна більшість – у 2006 (183) і 2012 рр. (80). Найбільша кількість припала на вікові групи до 20 років – 46,9% і від 21 до 30 – 45,1%; віком від 31 до 40 – 6,2% осіб, старше 40 – лише 1,8%. Пацієнтів госпіталізовано переважно у II-VI місяцях.

Опрацьовано 262 історії хвороби госпіталізованих пацієнтів. Діагностика кору ґрунтувалась на даних епідеміологічного анамнезу і характерних клінічних проявах. Специфічні IgM в ІФА виявлено у 32,8% осіб. Анамнестично встановлено, що 23,6% осіб мали контакти із хворими на кір. 16,7% – щеплені від кору. У 1-ий день висипань госпіталізовано 30,9% пацієнтів, на 2-ий – 40,5%, на 3-ій – 18,7%, на 4-ий – 9,9%. Катаральні явища були в усіх пацієнтів. Висипка була типовою плямисто-папульозною, у 95,8% хворих – зливною, в 11,1% – з геморагічними елементами. Пігментацію відзначено у 59,5% пацієнтів, лущення – у 19,8%. При поступленні у 76 хворих спостерігали плями Бельського-Філатова-Копліка, на 2-ий день висипу вони зникли у 36,8%, на 3-ій – у 63,2%. Типовий перебіг недуги був у 95,8% хворих, – атиповий у 4,2%, зокрема: мітигована форма – у 36,4%, гіпертоксична – у 9,1%. Тяжкий кір відзначено у 48,1% пацієнтів, середньої тяжкості – у 51,9%. З ускладнень 12,2% осіб мали пневмонію, 8,3% – бронхіт, по 1,5% – несправжній круп, кон'юнктивіт, 1,9% – отит, по 1,1% – нефрит, нейротоксикоз, по 0,8% – ангіну, гепатит, по 0,4% – периостит, судоми, кому. Стацікування у середньому тривало 8,7 ліжко-днів.

Отже, протягом останніх років на Тернопіллі було два спалахи кору, захворюваність зберігає характерні періодичність і сезонність, перебіг недуги у більшості осіб типовий, однак часто висипка зливна з геморагіями, плями Бельського-Філатова-Копліка утримуються довше.

*Николов Валентин*

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РОЖИСТОЙ ИНФЕКЦИИ В БОЛГАРИИ И НА УКРАИНЕ**

Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией, кожными и венерическими болезнями

Научный руководитель: чл.-корр. НАМНУ, д-р мед. наук, проф. М.А. Андрейчин

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет

имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины

г. Тернополь, Украина

**Актуальность.** В наше время рожистая инфекция является актуальной клинической проблемой, так как в инфекционной патологии она занимает 5 место, уступая только гриппу, вирусным гепатитам, кишечным инфекциям и ВИЧ-инфекции.

**Цель работы** – провести сравнительный анализ клинико-эпидемиологической характеристики рожи в Болгарии и Украине.

**Материалы и методы.** Проанализированы 460 историй болезни пациентов с рожистым воспалением, проходившие лечение в Клинике дерматовенерологии УМБАЛ «Александровская» (г. София, Болгария) за 5-летний период (01.10.2009 г. – 01.11.2013 г.) и 240 – в Инфекционном стационаре Тернопольской коммунальной городской больницы скорой помощи (г. Тернополь, Украина) за 6-летний период (01.01.2009 г. – 31.12.2014 г.).

**Результаты.** Среди болгарских пациентов преобладали мужчины (52,2%), а среди украинских – женщины (56,7%). Возрастной диапазон больных рожей был очень широкий – у обследованных из Болгарии он колебался от 18 до 80 лет, а с Украины – от 21 года до 87 лет. Среди клинических вариантов эритематозные формы (в Болгарии – 90,2%, а в Украине – 94,9%) в обеих странах значительно лидировали над геморрагическими (соответственно 9,8% против 5,1%). Локализация инфекционно-воспалительного рожистого очага была распределена следующим образом: в Болгарии: нижняя конечность – 82,6%, лицо – 9,3%, молочная железа – 5,1%, туловище – 1,5% и наружные половые органы (только у мужчин) – 1,5%; на Украине: нижняя конечность – 78,8%, лицо – 18,6%, молочная железа – 1,4%, верхняя конечность – 0,8% и туловище – 0,4%. По кратности в обоих государствах значительно преобладала первичная рожа (в Болгарии – 63%, на Украине – 66,7%) над рецидивирующей и повторной (со стороны Болгарии – 23,9% и 13,1%, а с Украины – 21,7% и 11,6% соответственно). По тяжести чаще всего наблюдалась среднетяжелая рожа (с болгарской стороны – 59,8%, а с украинской – 85,4%), легкое течение – 17,4% и 2,5%, а тяжелое – 22,8% против 12,1%. Койко-дни стационарного лечения тоже находились в широком диапазоне – от 5 до 15 дней в Болгарии и от 2 до 43 дней на Украине.

**Выводы.**

1. Наблюдается половое отличие пациентов – в Болгарии превалирует мужской пол, а на Украине – женский.
2. В обеих странах эритематозные формы рожистой инфекции значительно преобладают над геморрагическими.
3. Основная, ведущая топография рожистого очага в обоих государствах – нижняя конечность.
4. И в Болгарии, и на Украине, преобладают среднетяжелые формы рожи.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Носко Галина, Грубська Ольга, Рижковський Андрій*

### **ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ ЗА ПЕРІОД 2009-2014 рр.**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та венеричними хворобами

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Н.А. Ничик

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

м. Тернопіль, Україна

ВІЛ-інфекція – найважливіша світова медична, соціальна та політична проблема нашого часу. В Україні триває розповсюдження епідемії, що передусім стосується молоді. При цьому динаміка інфікування свідчить, що ураження вірусом поступово виходить за межі так званих уразливих груп (споживачів ін'єкційних наркотиків, жінок секс-бізнесу, чоловіків, які мають секс із чоловіками) і дедалі більше поширюється поміж загальної популяції.

**Мета:** проаналізувати особливості поширення ВІЛ-інфекції серед населення України за період 2009-2014 рр.

**Матеріали і методи:** проведено статистичний аналіз матеріалів українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України (інформаційні бюлетні № 39-42); використано матеріали міжнародного альянсу ВІЛ/СНІД в Україні «Замісна підтримувальна терапія: Факти. Проблеми. Переваги.»

**Результати досліджень.** Встановлено покращення діагностики шляхів передачі ВІЛ (на 1,2 %). З'ясовано, що в Україні з 2009 року знизилась частота передачі ВІЛ-інфекції парентеральним шляхом на 11,8 %. Це пояснюється впровадженням у 2004 році замісної підтримувальної терапії у лікуванні пацієнтів з опіоїдною залежністю у профілактиці ВІЛ-інфекції та покращенням асептики при немедичних втручаннях.

Завдяки проведенню тотального обстеження вагітних на ВІЛ-інфекцію та призначенню ВІЛ-позитивним вагітним ВААРТ, частота передачі ВІЛ від матері до дитини знизилась на 0,8 %.

Виявлено суттєве зростання частки інфікування ВІЛ статевим шляхом. Активація цього шляху передачі свідчить про поширення епідемічного процесу з груп підвищеного ризику у відносно благополучні прошарки населення, що сприяє погіршенню епідемічної ситуації стосовно ВІЛ-інфекції в Україні. Статевий шлях поширення інфекції повільніший, однак масовіший. Це вказує на те, що рівень захворюваності невпинно зростатиме.

**Висновок.** За період з 2009 по 2014 рр. відзначається невпинне зростання статевого шляху поширення ВІЛ-інфекції. Покращення визначення шляхів передачі даної інфекції дозволило виявити зниження інтенсивності парентерального та трансплацентарного інфікування. Виходячи з цього, потрібно робити більший акцент на профілактиці статевого шляху поширення ВІЛ-інфекції. Боротьба з проституцією, безробіттям та іншими соціально негативними явищами, охоплення діагностикою більшої кількості населення, якісна диспансеризація ВІЛ-інфікованих, пропаганда захищених статевих контактів допоможе у покращенні даної епідемічної ситуації.

*Ординська Ірина*

### **ТУБЕРКУЛЬОЗНА ІНФЕКЦІЯ В ПОЄДНАННІ З ВІЛ-СТАТУСОМ**

Кафедра сестринської справи

Науковий керівник: В. О. Заболотнов

Житомирський інститут медсестринства

м. Житомир, Україна

**Актуальність.** За останні роки в нашій країні туберкульоз в поєднанні з ВІЛ-СНІДом прогресує в прискореному темпі розвиваючи масштабну епідемію, що вражає різні версти населення. Туберкульозна інфекція залишається серйозною, актуальною проблемою загрожуючи громадському здоров'ю не лише в Україні, але й в усьому світі.

**Мета.** Дослідити особливості ко-інфекції туберкульозу і ВІЛ/СНІД.

**Методи.** Для досягнення мети було обстежено 60 пацієнтів, які знаходились на стаціонарному лікуванні в протитуберкульозному диспансері.

**Основний матеріал.** З 60 обстежених пацієнтів туберкульоз поєднувався з ВІЛ-СНІДом в 23 випадках (38,3%). У 37 пацієнтів з туберкульозом частота позалегеневих форм туберкульозу склала 10,8%, а у ВІЛ-інфікованих - 52,2%. Встановлено, що рецидив туберкульозу виник у 17,4% пацієнтів, які не отримували антиретровірусної терапії на тлі прогресуючого зниження показника СД4 клітин з 350 до 50 в 1 мкл. Серед пацієнтів, які почали прийом антиретровірусної терапії під час першого курсу, або відразу після його закінчення рецидив виник у 13,0% хворих. При призначенні хіміотерапії синдром реконституції імунітету розвивався в 100% випадків у пацієнтів з рівнем СД4 менше 150 клітин / мкл і проявлявся клініко-рентгенологічним погіршенням перебігу туберкульозного процесу або його рецидивом.

**Висновок.** Зростання чисельності поєднання туберкульозу з ко-інфекцією потребує покращення підготовки медичний сестер з цієї проблеми, як на до дипломному так і на після дипломному рівні освіти. У пацієнтів з ко-інфекцією ТБ / ВІЛ способом запобігання виникнення рецидивів туберкульозного процесу є призначення антиретровірусної терапії.

*Палихата Мар'яна, Жегестовська Діана*

### **ВПЛИВ ВАГІТНОСТІ НА ПРОЯВИ І ПЕРЕБІГ ТУБЕРКУЛЬОЗУ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.І. Корнага  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність:** Серед жінок найвища захворюваність на туберкульоз припадає на репродуктивний вік. Вивчення перебігу вагітності у поєднанні з туберкульозом є актуальним, особливо, якщо йдеться про хіміорезистентний туберкульоз, який трапляється все частіше і важко піддається лікуванню. Це нашоє вихує на важливість вибору адекватної і водночас безпечної тактики лікування як для здоров'я вагітної, так і для уникнення можливих тератогенних ефектів для дитини, яка у майбутньому стане частиною нашого суспільства.

**Мета:** дослідити особливості клінічного перебігу туберкульозного процесу в різні терміни вагітності. Вибір адекватної протитуберкульозної терапії у вагітних з хіміорезистентним туберкульозом із застосуванням найбільш безпечних препаратів для дитини і матері. Обрання тактики ведення пологів і післяпологового періоду в залежності від ступеня активності туберкульозного процесу – наявності деструкції, бактеріовиділення, виражені симптоми інтоксикації, наростання явищ серцево-легеневої недостатності.

**Матеріали і методи:** опрацьовано дані історії хвороби клінічного випадку туберкульозу легень у вагітної, яка знаходилася на лікуванні в Тернопільському обласному протитуберкульозному диспансері у 2014-2015 рр.

**Результати:** З 493 пацієнтів, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в ОТД з приводу туберкульозу легень 10 становили вагітні жінки (2,14%).

Пацієнтка К., направлена на консультацію в ОТД з приводу відсутності позитивної динаміки після амбулаторного лікування поза госпітальної верхньочасткової лівобічної пневмонії. За даними результатів лабораторних та інструментальних методів обстеження був поставлений клінічний діагноз: ВДТБЛ (24.03.14) верхньої частки зліва (інфільтративний), Дестр +, МБТ +, М -, К +, Гіст 0, Резист I + (Н, Е, S), II + (Pto/Et, Cs, Ofx, Cm, ПАСК), Кат 1. Ког 1 (2014). Було призначено лікування - рифампіцин 0,6 г/д, піразинамід 2,0 г/д і левофлоксацин 1,0 г/д, яке тривало з 26.03.14 р. по 16.07.14 р. У зв'язку з вагітністю (на той час 7-8 тижнів), стійкістю до АМБП, неможливості призначення адекватної і безпечної для плода і матері схеми лікування, відмова від штучного переривання вагітності за медичними показами, ЦЛКК вирішила відмінити ПТП на період вагітності. Того ж місяця вагітну проконсультовано у Львівському національному фтизіо-пульмонологічному лікувально-діагностичному центрі і рекомендовано амбулаторне лікування рифампіцином – 0,6 г/д та піразинамідом – 2,0 г/д, виключивши левофлоксацин. Згідно протоколу основний курс лікування завершено 28.12.14 р і вагітну переведено в категорію 5.1. На момент завершення лікування дані рентгенографії з екрануванням – зліва в S1-2 фіброз, деструкції не визначається, динаміка розсмоктування і ущільнення; в мокротинні МБТ (-). При повторній консультації у Львівському національному фтизіо-пульмонологічному лікувально-діагностичному центрі вагітній дозволено вести пологи природнім способом, при відсутності бактеріовиділення - годувати грудьми та перебувати з дитиною в одній кімнаті.

У терміні 37-38 тижнів 10.02.15 р. К. народила хлопчика масою 2900 г і довжиною 49 см., 8 балів за шкалою Апгар. Пологи пройшли без ускладнень з активним веденням III періоду пологів.

Результати аналізів після пологів: 1) Аналіз крові: ер. – 3,25х /л, Нв – 100 г/л, лейкоц. – 7,0х г/л, ШОЕ – 36 мм/год, е – 0%, п – 7%, с – 66%, лімф. – 23%, мон.- 2%; 2) ФГ: зліва в S1-2 фіброз, корені структурні, ЗЗТБЛ; 3) Бактеріоскопія: КСБ (-).

**Висновок:** наведені дані свідчать про те, що правильно підібрані комбінації протитуберкульозних препаратів з виключенням тих, що негативно впливають на плід, дозволяє досягнути успіху навіть при хіміорезистентному туберкульозі. Результатом цього є народження природнім способом здорової доношеної дитини і відсутність прогресування туберкульозу під час вагітності.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Петренко Тетяна, Манін Сергій, Кірсанова Тетяна*

### **ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ КРАСНУХИ В УКРАЇНІ**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб  
д-р мед. наук, проф. С.В. Кузнєцов  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

**Мета роботи:** теоретично обґрунтувати можливі шляхи удосконалення проведення вакцинопрофілактики краснухи серед населення України.

**Матеріал і методи дослідження:** були проаналізовані дані ВООЗ в рамках Глобальної програми з вакцин та імунізації.

**Результати дослідження:** в останні 10 років на території України були відмінені карантинні заходи щодо хворих на краснуху і людей, які були в контакті з ними, з 2011 р. – друга ревакцинація проти краснухи дівчаток-підлітків. Це призвело до зростання захворюваності на краснуху серед населення країни, так у 2014 році було зареєстровано понад 25 тис. випадків захворювання, при цьому приблизно в 1 з 5500 – спостерігався його ускладнений перебіг. В структурі ускладнень краснухи переважають ураження ЦНС, артрити, тромбоцитопенічна пурпура. Слід пам'ятати, що краснуха також може зустрічатися у вигляді вродженої форми, при цьому летальність серед новонароджених з вродженою краснухою складає 1 на 10000 випадків, у 60-65% дітей реєструються тяжкі вади серця та ЦНС, ураження органів зору та слуху, що в свою чергу призводить до інвалідизації. При проведенні вакцинопрофілактики краснухи специфічний імунітет поступово знижується протягом 10 років, тому на сьогодні, досявши дітородного віку, жінка при випадковому контакті з хворим на краснуху має великий ризик захворіти, в тому числі й під час вагітності.

**Висновки:** враховуючи відміну карантинних заходів щодо краснухи, підвищення захворюваності на краснуху, виражену тератогенну дію вірусу, ми вважаємо за доцільне повернути до національного календаря вакцинації дітей України другу ревакцинацію проти краснухи, а також розглянути можливість рекомендації жінкам, які планують вагітність, завчасно пройти обстеження на визначення титру специфічних антитіл проти вірусу краснухи та при виявленні їх низького титру здійснити третю ревакцинацію.

*Прокоп'юк Анжела, Довгань Ганна*

### **СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.І. Корнага  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Гострою і актуальною медико-соціальною проблемою в Україні і в світі є сьогодні туберкульоз. Туберкульоз — хронічне інфекційне захворювання, яке характеризується розвитком специфічних змін у різних органах і тканинах, насамперед у легенях. Важливим завданням фтизіатрії є лікування найбільш загрозливих в епідемічному відношенні хворих на туберкульоз легень. Низька ефективність терапії цих хворих зумовлена незворотним морфологічними змінами в легеневій тканині, медикаментозною резистентністю, непереносимістю протитуберкульозних препаратів, специфічними і неспецифічними ускладненнями, супровідною патологією. Тому 57 % хворих на туберкульоз потребують хірургічного лікування .

**Метою роботи** було вивчення частоти і характеру серцево-судинної патології у хворих прооперованих з приводу туберкульозу легень.

Було проаналізовано 30 медичних карт стаціонарних хворих на туберкульоз легень, які лікувалися в Тернопільському обласному протитуберкульозному диспансері за 2014 рік. Вік хворих коливався в межах 24-76 роки, осіб чоловічої статі було 25 (83,3 %), жіночої — 5 (16,7 %). 24 (80 %) хворим була проведена краєва сегментарна резекція, а у 6 (20 %) відеоасистована торакоскопія, дренажування плевральної порожнини. Післяопераційні зміни з боку серцево-судинної системи виникли у 17(56,6 %) хворих. Майже усі пацієнти відмічали почашене серцебиття, неприємні відчуття в ділянці серця, у третини хворих – «перебої» в роботі серця, головокружіння. Зміни виявлені і на ЕКГ: відзначалась синусова тахікардія (у 6 (35,2 %) хворих ЧСС понад 110 уд.за 1 хв.), у 6 (35,2 %) – шлуночкова та передсердна екстрасистола, у 3 (17,6 %) спостерігалось зміна відхилення ЕВС, у 4 (23,5 %) хворих мало місце вкорочення інтервалу PQ, спостерігалась неповна блокада ПНПГ у 5 (29,4 %) пацієнтів. У всіх 17 пацієнтів були порушення процесів реполяризації та дифузні зміни міокарду. У третини хворих виявлено в післяопераційному періоді зниження артеріального тиску (нижче 100 і 60 мм рт.ст.)

**Висновки.** Хірургічний метод лікування є ефективним, але в той же час викликає певні зміни з боку серцево-судинної системи, які в деяких випадках можуть призвести до летального наслідку. Тому потрібне постійне динамічне спостереження за показниками гемодинаміки і, при необхідності, їх корекція.

*Ремез Яна, Макарчук Алла, Ремез Лілія*

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ МАЛАСЕЗІОЗУ ШКІРИ У ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ**

Кафедра шкірних та венеричних хвороб  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.В. Горбунцов  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
м. Дніпропетровськ, Україна

На сьогоднішній день грибкові ураження шкіри є дуже актуальною проблемою. В останні роки все більшу увагу до себе привертають захворювання, спричинені дріжджеподібними ліпофільними грибами роду *Malassezia*. З метою поліпшення стану здоров'я літніх людей шляхом своєчасної діагностики у них маласезійної патології та її ефективного лікування, – було проведено дослідження особливостей клінічних проявів маласезіозу шкіри у осіб похилого та старечого віку. Вважаючи на відомі дані про роль статі хворого у виникненні, розвитку та лікуванні дерматологічної патології, було досліджено особливості проявів маласезіозу шкіри у літніх людей в залежності від статі. Було досліджено 112 пацієнтів (64 чоловіків та 48 жінок) віком 60-85 років. Встановлено, що в залежності від статі клінічні прояви маласезіозу шкіри мають ряд певних клініко-морфологічних особливостей. Так, серед іншого, особливим та характерними для проявів маласезіозу шкіри у жінок було те, що цей дерматоз у них був частіше представлений запальними (запально-алергічними) формами, що поєднувалися з себорейним кератозом, поширеним у 72% переважно на шкірі грудей, шиї та спини. Особливістю проявів дерматозу у чоловіків була більш часта наявність поверхневих незапальних проявів у вигляді простого поширеного пітиріазу шкіри тулуба і кінцівок за типом старечого іхтіозу (*ichthyosis senilis*), що поєднувалися з неопластичними ураженнями за типом хвороби Гужеро-Карто. Можна вважати, що урахування статевих особливостей клінічних проявів маласезіозу шкіри у осіб похилого та старечого віку є важливим при діагностиці та лікуванні таких хворих.

*Русева Катерина, Дем'янчук Мар'яна*

**ОБМІН ЗАЛІЗА ТА ЦЕРУЛОПЛАЗМІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С**

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології  
Наукові керівники: д-р мед. наук, проф. О.Я. Пришляк, канд. мед. наук, доц. Т.О. Нікіфорова  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
м. Івано-Франківськ, Україна

**Актуальність.** В даний час хронічний гепатит С залишається серйозною проблемою для охорони здоров'я населення у зв'язку з домінуючим положенням в структурі парентеральних вірусних гепатитів. Патогенез HCV-інфекції, не дивлячись на багаточисельні дослідження залишається не до кінця вивченим. За даними наукової літератури відмічається надмірна напруженість системи антиоксидантного захисту, а також порушення обміну заліза.

**Метою нашого дослідження** було вивчення активності церулоплазміну та насиченості трансферину залізом у хворих на хронічний гепатит С у порівнянні з хронічним гепатитом В, а також в залежності від концентрації вірусу в крові.

**Матеріали і методи.** Нами обстежено 20 хворих на хронічний гепатит С в стадії реплікації вірусу (RNA HCV+) , з них – 11 чоловіків і 9 жінок віком від 19 до 55 років. Пацієнтам визначали активність церулоплазміну та насиченість трансферину залізом за методиками Г.О. Бабенка (1991р.), а також концентрацію мікроелементів (заліза та міді) в крові. Статистичну обробку результатів здійснювали з використанням стандартного пакету «Statistica 8».

**Результати.** В ході роботи встановлено, що всі хворі скаржилися на загальну слабкість, важкість в правому підребер'ї. Тривалість перебігу хвороби складала від 1 до 13 років. Активність церулоплазміну в середньому склала  $37,04 \pm 4,86$  ум.од., насиченість трансферину залізом –  $0,45 \pm 0,14$  ум.од., що достовірно перевищує ці показники у здорових осіб.

**Висновки.** У 55 % хворих на ХГС спостерігається підвищення активності церулоплазміну, у 80% - підвищення насиченості трансферину залізом, що вказує на порушення як антиоксидантної системи, так і обміну есенціальних мікроелементів – заліза та міді.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Сойка Марія, Рондяк Ірина, Калька Іван*

### **ЩО ТЕРНОПОЛЯНКИ ЗНАЮТЬ ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ?**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.І. Корнага  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність теми:** 24 березня відзначається Всесвітній день боротьби з туберкульозом. Епідемію туберкульозу в Україні офіційно оголошено з 1995 року, коли почали відмічати стрімке збільшення захворюваності та смертності від цієї хвороби. Щорічно в Україні реєструють приблизно 40 тисяч нових випадків туберкульозу та випадків з повторним лікуванням. Туберкульоз - це інфекційне захворювання, що викликається специфічними збудниками (мікобактеріями) і характеризується переважним ураженням легень, але можливе ураження і всіх інших органів людини.

**Мета:** виявити рівень обізнаності жителів міста Тернополя про туберкульоз.

**Матеріали та методи:** опрацьовано анкети 330 осіб жіночої статі, які відповідали на різні запитання про туберкульоз. Міф чи правда: 1.Туберкульоз передається при розмові, кашлі, чханні. 2. Лікування туберкульозу в Україні безкоштовне. 3. Туберкульоз виліковний. 4. Туберкульоз передається при потисненні руки. 5. Туберкульоз – це хвороба соціально незахищених верств. 6. Захворівши туберкульозом можна прожити повноцінне життя. 7. Проба Манту, флюорографія – методи діагностики туберкульозу.

**Результати.** Жінки, які взяли участь в анкетуванні були віком від 18 до 74 років: 18-29 років – 145 осіб (43,94 %), 30-39 – 41 особа (12,42 %), 40-49 – 23 (6,97 %), 50-59 – 45 (13,64 %), 60-69 – 49 (14,85 %) та 70 і старші – 27 (8,18 %); середній вік становив ( $28 \pm 3, 26$ ) років. Як видно з таблиці, жінки добре знають, що туберкульоз передається повітряно-крапельно-пиловим шляхом та методами його виявлення є флюорографічне обстеження та проба Манту. Більшість з них вірить, що туберкульоз виліковний і, навіть захворівши, можна прожити повноцінне життя. Хоча з останнім твердженням більше згодні особи молодого і середнього віку. Цікавим було 4-те запитання, де думки тернополянок змінювалися з набуттям «життєвого досвіду». Чомусь особи середнього і похилого віку були впевнені, що захворювання передається ще і при потисненні руки. Досить значна частина жінок не вірить у безкоштовне лікування цієї недуги і, відповідаючи на 5-те запитання, думки у різних вікових групах також розійшлися. Більшість жінок до 50-ти років згодні, що туберкульоз – це хвороба соціально незахищених верств, а старші – не зовсім погоджуються з цим твердженням.

**Висновки.** Жінки міста досить непогано орієнтуються в питаннях про туберкульоз, хоча недостатньо інформовані про те, хто частіше хворіє на цю недугу і лікування туберкульозу є безкоштовним.

## **Соломенник Ганна, Левашова Альона, Бондар Олександр, Могиленець Олена, Юрко Катерина** **ПРОГНОСТИЧНЕ ТА ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ГАПТОГЛОБІНУ У** **ХВОРИХ ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ С**

Кафедра інфекційних хвороб  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.М. Козько  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

**Актуальність.** Враховуючи те, що синтез гаптоглобіну (Hr) відбувається переважно у печінці, є підстави вважати, що коливання його рівня найбільш повно відбивають функціональний стан печінки та морфологічні зміни в ній.

**Мета.** Виявити особливості гаптоглобінового обміну у хворих хронічним гепатитом С (ХГС) в залежності від активності процесу, стадії фіброзу, ефективності лікування.

**Матеріал та методи.** Під наглядом знаходились 66 хворих ХГС: чоловіки – 41(62%), жінки – 25(38%). Вміст Hr у сироватці крові визначали фотометричним, в тому числі і в динаміці на фоні проведення стандартної комбінованої протівірусної терапії (n=11). Стадію фіброзу та ступінь активності ХГС за системою FibroMax оцінювали 22 пацієнтам. Контрольну групу склали 30 здорових донорів. Результати обробляли методами варіаційної статистики.

**Результати.** Активність аланінамінотрансферази (АлАТ) в сироватці крові обстежених хворих складала в середньому  $1,33 \pm 0,18$  ммоль/л\*ч при діапазоні значень від 0,35 до 4,29 ммоль/л\*ч. Середнє значення Hr в сироватці крові хворих ХГС не відрізнялося від контрольних цифр ( $0,82 \pm 0,1$  г/л та  $0,82 \pm 0,04$  г/л відповідно,  $p > 0,05$ ). При цьому у 25,71% хворий цей показник був відносно знижений ( $< 0,5$  г/л), а у 8,6% - відносно підвищений ( $> 2$  г/л). Зв'язку між досліджуваним показником і активністю АлАТ не виявлено. На фоні протівірусної терапії відмічалось значне зниження вмісту Hr у порівнянні з нормою ( $p < 0,001$ ) та вихідними значеннями ( $p < 0,01$ ). Низький рівень Hr в сироватці крові хворих ХГС до початку лікування ( $< 0,25$  г/л) асоціювався з відсутністю відповіді на терапію. Аналіз Пірсона виявив зв'язок між вмістом Hr та вираженістю фіброзу ( $p < 0,01$ ).

**Висновки.** Визначення Hr в сироватці крові хворих ХГС при виключенні інших факторів, що призводять до гіпогаммаглобулінемії, може використовуватися в якості додаткового прогностичного критерію відповіді на протівірусну терапію, а також для прогнозування фіброзу печінки.



Струц Станіслав

**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ  
З ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ В І С**

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л.В. Мороз  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність теми.** За оцінками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у світі вірусним гепатитом С інфіковано близько 1 млрд. людей, а вірусним гепатитом В- близько 2 млрд. людей.

**Мета.** Вивчити й проаналізувати основні клініко-епідеміологічні характеристики госпіталізованих з вірусними гепатитами В і С та виявити критичні групи ризику.

**Матеріали роботи.** Відповідно до програми дослідження проведено описове ретроспективне епідеміологічне дослідження щодо вивчення когорти пацієнтів з вірусними гепатитами В і С, госпіталізованих до інфекційного відділення МКЛ № 1 міста Вінниці за період 2011 – 2013 років. Джерелами інформації були медичні карти стаціонарного хворого (ф. № 003/о) кількістю 362 одиниці, розподіляючись за роками дослідження: 2011 р. - 133 од.; 2012 р. – 109 од.; 2013 р. – 120 од.

**Результати та обговорення.** За трьохрічний досліджуваний період в інфекційному відділенні міської клінічної лікарні № 1 м. Вінниці проліковано 362 пацієнта, з них 76 осіб (21%) з діагностованим вірусним гепатитом В й 286 (79%) - з вірусним гепатитом С. Жінки склали 45,3% (164 особи), чоловіки – 54,7% (198 осіб); середній вік пацієнтів (M±SD) – 40,7±11,6 років. Вперше виявлені (гострі) вірусні гепатити, за 2011-2013 роки, склали 20,7 % (75 осіб), з них 56 осіб (74,5%) – гепатит В і 19 (25,4%) - гепатит С, тоді як загострення хронічних вірусних гепатитів відмічено у 287 осіб (79,3%), з них гепатити В і С склали 7% (20 осіб) й 93% (267 осіб) відповідно.

Доведено, що 40,8% госпіталізованих перебували у віці 26-40 років, а кожен четвертий (26,8%) – 41-55 років, тобто можна стверджувати, що вірусні гепатити В і С парентерального шляху зараження найчастіше вражають осіб працездатного й репродуктивного віку. Розподіл госпіталізованих за зайнятістю виявив, що 44,7±2,6% хворих становили працівники; 34,2±2,5% - безробітні; 16,3±1,9% - пенсіонери й 4,8±1,1% - студенти, тобто 79% хворівших вірусними гепатитами В і С перебували в працездатному віці, що призводило до економічних збитків сім'ї, організації і державі в цілому. Достовірно визначено, що серед категорії госпіталізованих студентів з вірусними гепатитами переважали чоловіки (7,6% проти 1,2%; t=3,09; p<0,01), тоді як серед пенсіонерів – жінки (26,9% проти 7,6%; t=4,89; p<0,01). На інші категорії хворівших впливу статі не виявлено.

З'ясовано, що у кожного третього (31,8±2,8%) госпіталізованого з вірусним гепатитом С та кожного четвертого (26,3±5,1%) з вірусним гепатитом В в анамнезі вказано на проведені оперативні втручання; 17,9±2,0% - на надану їм стоматологічну допомогу. Також визначено, що причинами можливого зараження парентеральними вірусними гепатитами були безладне статеве життя (5,8±1,2%); професійні ризики у медичних працівників (3,3±0,9%); зовнішні косметичні втручання, такі як пірсинг, татування (3,1±0,9%) тощо, при цьому кожен п'ятий (20,7±2,1%) зазначив, що причина невідома. За віковою структурою з'ясовано, що для всіх визначених груп на 1 місці причиною були оперативні втручання (33-34%); 2 місце – надання стоматологічної допомоги (17-21%); 3 місце – трансфузії, окрім групи до 25 років, у яких перше місце посіли трансфузії, а третє – оперативні втручання.

**Висновки.**

1. Парентеральні вірусні гепатити В і С є важливою проблемою сучасної медичної науки глобальних масштабів, які вражають економічно активну верству населення, особливо репродуктивного віку.

2. Встановлено, що середній вік пацієнтів госпіталізованих до інфекційного відділення склав 40,7±11,6 років; жінки становили 45,3%, чоловіки – 54,7%. Гостра форма переважала у пацієнтів з вірусним гепатитом В, хронічна – з вірусним гепатитом С. 40,8% госпіталізованих перебували у віці 26-40 років незалежно від виду і форми перебігу захворювання.

3. Критичними групами ризику визначено: особи віком 26-40 років; чоловіча стать у виникненні вірусного гепатиту В; працівники та безробітні; наявність в анамнезі життя оперативних втручань.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Сурженко Вікторія*

### **ДЕРМАТОСКОПІЯ ЯК МЕТОД РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПСОРІАТИЧНОЇ ОНІХОДИСТРОФІЇ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та венеричними хворобами

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.О. Галникіна  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** На сьогодні псоріаз залишається актуальною проблемою клінічної дерматології через поширеність дерматозу, торпідність до терапії, збільшення частоти важких інвалідизуючих форм захворювання та соціально-психологічної дезадаптації пацієнтів. Близько 25% хворих псоріазом мають ураження нігтьової пластинки. Часто псоріатична оніходистрофія може виникати до появи псоріатичних висипань і бути єдиним симптомом псоріазу ( у дітей), що може негативно вплинути на своєчасну діагностику та лікування захворювання. Зміни нігтів при псоріазі мають різноманітні прояви: точкові поглиблення (симптом наперстка), оніхолізіс, піднігтьовий гіперкератоз, піднігтьові геморагії, трахіоніхія, оніхомадез, оніхогрифоз, пароніхія. Дерматоскопія є неінвазивною методикою, що дозволяє вже на ранніх стадіях захворювання діагностувати прояви псоріатичної оніходистрофії тоді, коли зміни на нігтьових пластинах візуально ще не виявляються. Це має важливе значення, оскільки псоріатична оніходистрофія може слугувати маркером розвитку псоріатичного артриту у таких пацієнтів.

**Мета.** Виявити ранні клінічні прояви псоріатичної оніходистрофії у хворих на псоріаз за допомогою дерматоскопії.

**Основна частина.** Нами було обстежено 35 хворих на псоріаз без ознак ураження нігтьових пластин при візуальному обстеженні. Серед них 23 чоловіків, та 12 жінок у віковій групі 18-35 років. При дерматоскопічному огляді нігтьових пластин нами було констатовано: у 15 – окремі точкові поглиблення ( симптом наперстка), у 7 – одиничні піднігтьові геморагії, у 5 – початкові прояви піднігтьового кератозу, у 8 – початок утворення Бо-дугopodobної борозни біля бічних валків.

**Висновок.** Разом з іншими клінічними обстеженнями дерматоскопія відіграє важливу роль у виявленні змін нігтьової пластини на ранньому етапі у хворих на псоріаз. А це в свою чергу дозволяє нам встановлювати діагноз псоріатичної оніходистрофії, а також віднести таких пацієнтів до групи ризику щодо розвитку псоріатичного артриту.

*Трубецький Максим, Бородіна Марія*

### **ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ПРАКТИЦІ ФТИЗІАТРА**

Кафедра фтизіатрії

Науковий керівник: ас. Куліш М.В.

ДВНЗ «Українська медична стоматологічна академія»  
м. Полтава, Україна

Туберкульоз продовжує залишатись серйозною проблемою та викликом для громадського здоров'я в Україні. Такі фактори як висока захворюваність і поява нових форм ускладнюють діагностику та диференціацію туберкульозу від інших хвороб органів дихання.

Тому метою нашого дослідження було визначення частоти випадків необхідності диференціальної діагностики туберкульозу легень.

Нами були проаналізовані результати профілактичних флюорографічних досліджень, проведених в Полтавському обласному клінічному протитуберкульозному диспансері за 2012-2014 роки.

Результати дослідження показали, що за 2012-2014 роки профілактичне флюорографічне дослідження було проведене 257432 мешканцям м. Полтави та Полтавської області. Серед цих осіб патологічні зміни в легенях, потребуючі диференціальної діагностики, були виявлені у 1231 особи. У 17,47% з них був встановлений діагноз активного туберкульозу легень, ще у 30,22% – виявлені залишкові зміни після перенесеного раніше туберкульозу, а у 52,31% - були діагностовані інші хвороби органів дихання. Серед нетуберкульозної патології легень найчастіше діагностували: ХНЗЛ – у 270, онкопатологію – у 213, пневмонію – у 114, рідше – плеврит (32) і саркоїдоз (15).

За 2012-2014 роки у 99 хворих, які розпочали курс протитуберкульозного лікування, діагноз був змінений. У 55,56% з них було виявлено онкопатологію в легенях, у 13,13% хворих діагностовано затяжну пневмонію, у інших – ХОЗЛ та саркоїдоз.

Отже, до діагностичних помилок в практиці фтизіатра найчастіше призводять випадки туберкульозу легень без бактеріовиділення. Основними методам етіологічного підтвердження діагнозу повинні бути: сучасні методи виявлення МБТ та гістологічна діагностика хвороби.

Тугарова Ольга

**ТЕРБІЗИЛ – ПРЕПАРАТ НОВОЇ ГЕНЕРАЦІЇ У ЛІКУВАННІ МІКРОСПОРІЇ ТА ТРИХОФІТІЇ У ДІТЕЙ**

Цикл терапевтичних дисциплін

Науковий керівник: канд. мед. наук П.Є. Мазур

Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського

м. Кременець, Україна

**Вступ:** Мікроспорія і трихофітія є одним з найпоширеніших дерматомікозів, особливо в дитячому віці. Мікроспорія-це мікоз, який спричиняють гриби роду *Microsporum*, уражає гладку шкіру, довге та пушкове волосся. На території України мікроспорію найчастіше викликає зоофільний *Microsporum canis*. Головними джерелами даної хвороби є кішки, особливо кошенята, та собаки, зараження від яких відбувається при безпосередньому контакті. Трихофітія-це трихомікоз, що буває поверхневим і інфільтративно-гнійний збудник: *Trichophyton violaceum*. Зараження відбувається шляхом безпосереднього контакту з хворим через головні убори, гребінці, щітки.

Під нашим клініко-лабораторним спостереженням перебувало 12 хворих дітей на мікроспорію та 6-трихофітію. Діагноз мікроспорії та трихофітії встановлено на підставі клінічної картини, результатів мікроскопічного та епідеміологічного обстеження.

Клінічно при мікроспорії волосистої частини голови ми спостерігали округлі, різко обмежені вогнища суцільно обламано на одному рівні (3-4мм.) волосся, оточеного сірувато-білим нальотом. Кількість вогнищ-від 1 до 8. Шкіра в ділянці ураження дещо гіперемована, набрякла, без гостро запальних явищ. Вогнища мікроспорії на гладкій шкірі локалізувалися переважно на відкритих ділянках шкіри: обличчі, шиї, передпліччі, тулубі. Ми спостерігали від 1 до 6 набряклих плям рожево-червоного кольору, правильних, округлих обрисів з чіткими межами. Поверхня вкрита кірочками та лусочками, не рідко утворювалися фігури за типом подвійних кілець, вогнища дисемінувалися, особливо під час миття. Поверхнева трихофітія волосянистої частини голови та гладкої шкіри, яку виявлено у 6 пацієнтів, клінічно дуже нагадувала мікроспорію. В однієї дитини діагностовано інфільтративно-нагнійну трихофітію, що локалізувалась на волосистій частині голови і була представлена різко обмеженими півшаровидними вузлами синюшно-червоного кольору, горбикувата поверхня яких вкрита фолікулами, кірками, ерозіями, лусочками. Частина волосся випала, решта розхитана, устя волосяних фолікулів розширені, наповнені гноєм, гострозапальні явища виражені.

Для лікування трихомікозів у дітей ми зупинили свій вибір на тербінафіні (тербізилі), який володіє функціональною дією, блокує скваленоксидазний фермент грибів, тербінафін є самостійним класом протигрибкових засобів, що визначає його терапевтичний потенціал. Крім того, тербінафін ретельно і широко вивчено в лікуванні поверхневих грибкових захворювань.

Ми призначали тербізил дітям, хворим на мікроспорію і трихофітію з розрахунку: 20-40 кг. маси тіла – 1 таблетка (125 мг) 1 раз/ добу; при масі тіла більше 40 кг-2 таблетки (125 мг) 1 раз/добу протягом 4-5 тижнів.

При локалізації патологічного процесу на гладкій шкірі використовували тербізил у формі 1% крему. Усі пацієнти лікування переносили добре, побічних явищ не спостерігалось. Після завершення курсу лікування тербізилем клініко-лабораторне одужання настало у 16 хворих: відновився ріст волосся, зменшилось лущення, регресували ефетиматозно-склерозні вогнища лущиння на гладкій шкірі. Тільки у двох дітей з мікроспорією під час лабораторного обстеження при завершенні терапії виявлено ріст *Microsporum canis*. Детальним обстеженням у них виявлено супутню патологію: гельмінтоз, гастроудоденіт. Після консультації з інфекціоністами та гастроентерологами цих хворих було призначено повторний курс лікування.

**Висновок:** На підставі проведених досліджень та спостережень ми рекомендуємо широко використовувати тербізил у лікуванні мікроспорії та трихофітії у дітей.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Яцунський Тарас, Гвоздецький Андрій, Куліковський Богдан, Горбань Людмила, Кравець Оксана*

### **РІВЕНЬ ЗНАННЯ ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ ЧОЛОВІКІВ-ТЕРНОПОЛЯН**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.І. Корнага  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Туберкульоз займає особливе місце серед соціальних і медичних проблем людства. Туберкульоз не ліквідований в жодній країні світу. Починаючи з 90-х років ХХ сторіччя помітно зростає розповсюдженість туберкульозу у всьому світі, в тому числі і на Україні. Третина населення Земної кулі інфікована мікобактерією туберкульозу. З 1995 року в Україні зареєстрована епідемія туберкульозу. Небезпека сучасної епідемії полягає в тому, що можливо зараження збудником туберкульозу, який стійкий до протитуберкульозних препаратів, і поєднання туберкульозу з ВІЛ-інфекцією (СНІДом).

**Метою роботи** було виявити рівень знань про туберкульоз жителів м. Тернополя чоловічої статі.

**Матеріали і методи.** Опрацьовано 278 анкет, які заповнили, відповідаючи на запитання про туберкульоз чоловіки-тернополяни. Запитання були такими – правда чи міф: 1.Туберкульоз передається при розмові, кашлі, чханні. 2. Лікування туберкульозу в Україні безкоштовне. 3. Туберкульоз виліковний. 4. Туберкульоз передається при потисненні руки. 5. Туберкульоз – це хвороба соціально незахищених верств. 6. Захворівши туберкульозом можна прожити повноцінне життя. 7. Проба Манту, флюорографія – методи діагностики туберкульозу.

**Результати.** В анкетуванні взяли участь 278 тернополян віком від 18 до 76 років. По віковій структурі вони розподілилися таким чином: 18-29 років – 141 (50,72 %), 30-39 – 29 (10,43 %), 40-49 – 26 (9,35 %), 50-59 – 22 (7,91 %), 60-69 – 41 (14,75 %) та 70 і більше – 19 (6,84 %); середній вік чоловіків становив  $(35,5 \pm 2,79)$  років. З таблиці видно, що чоловіки добре орієнтуються в шляхах інфікування мікобактерією туберкульозу, методах виявлення захворювання та в тому, що туберкульоз є виліковним. В те, що лікування туберкульозу в Україні є безкоштовним не хочуть вірити наймолодші та найстарші учасники анкетування, інші (30-59 років) – не є такими категоричними в цьому питанні. Більшість чоловіків не впевнені, що туберкульоз є хворобою соціально незахищених верств населення і не вірять у те, що захворівши туберкульозом можна прожити повноцінне життя.

**Висновки.** Ставлення суспільства до хворого на туберкульоз має змінитися. Більш уважному й співчутливому ставленню людей до хворих на туберкульоз повинна сприяти роз'яснювальна робота серед населення, санітарно-просвітня робота.

*Ayodele Moses Oke*

### **EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL SIGNS OF EPSTEIN-BARR**

Research supervisor: Ph.D., MD, N. Zavidnyuk  
SHEI "I. Ya. Horbachevskiy Ternopil State Medical University  
of MPH of Ukraine"  
Ternopil, Ukraine

Epstein-Barr virus (EBV) affects more than 90 percent of the population worldwide and was the first human virus found to be associated with cancer. EBV has been linked to mild childhood sickness, to infectious mononucleosis in adolescent's, and to Burkitt's lymphoma and nasopharyngeal carcinoma.

The WHO does not report any information regarding the incidence of EBV infections during adolescence worldwide and no clear information regarding infectious mononucleosis but it does detail the incidence of Burkitt's lymphoma and nasopharyngeal carcinoma. Burkitt's lymphoma (BL) is endemic to central Africa which is known as the lymphoma belt. There are 6-7 cases per 100,000 of BL in this region with the peak age of incidence at 6 to 7 years old. In the "lymphoma belt" (which is between the 10th degrees parallel above and below the equator), there is a 97% association between BL and EBV. The other cancer associated with EBV, nasopharyngeal carcinoma, is seen in a higher incidence in only a few regions worldwide. The highest incidence, 20 per 100,000, is in Southern China; other regions are Kuwait, Israel, and the "lymphoma belt". There is a moderate incidence in North Africa, Kuwait, the Sudan and parts of Kenya and Uganda. Additionally, Nasopharyngeal carcinoma affects men twice as often as women and is most common between ages 20 and 50.

According to CDC and the WHO the disease is characterized by fever, sore throat, generalized lymphadenopathy, splenomegaly, intense asthenia, hyper-lymphocytosis (>50%) with atypical lymphocytes and elevated transaminase levels. In developing countries, EBV antibodies are acquired early in life and the disease is mostly asymptomatic.

EBV tests for viral capsid antibody (VCA)-IgM, IgG and early antigen - (D) all of which indicate a recent or current EBV infection. VCA-IgG and Epstein-Barr nuclear antigen (EBNA) indicate past EBV infections. White Blood Cell count is used to diagnose Mononucleosis if there is elevated overall WBC and 10% atypical lymphocytes indicate EBV infection.

# Секція: Педіатрія





Адаховська Анастасія

## АНАЛІЗ ДАНИХ ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ В ДИНАМІЦІ ПРОТЯГОМ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ.

Кафедра педіатрії  
Науковий керівник : асист. Т. М. Хіменко  
Одеський національний медичний університет  
м. Одеса, Україна

**Актуальність.** Питома вага недоношених дітей в Україні становить близько 5 %. Народження дитини з гестаційним віком менше ніж 37 тижнів та низькою масою тіла  $\leq 2500$ г пов'язане з певним ризиком постнатальної затримки фізичного розвитку (ФР).

**Мета.** Дослідження особливостей динаміки показників ФР недоношених дітей залежно від маси тіла з моменту народження, і вплив грудного вигодовування на швидкість ФР протягом 1-го року.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено ретроспективний аналіз історій розвитку та обстеження 150 дітей. Критерії включення – народження дитини  $\leq 37$  тижнів гестації з масою тіла  $\leq 2500$ г без вад розвитку та органічної патології ЦНС. Для оцінки ФР використовувалися центильні таблиці для недоношених дітей від 22 до 50 тижнів (Fetal-infant Growth Chart for preterm infants, WHO, 2006), антропометричний калькулятор BOO3 Anthro з обчисленням сигмальних відхилень (Z-scores). Всі діти були розділені на 3 групи залежно від маси тіла при народженні (1-а - 2499-1500г, 2-а - 1499 -1000г, 3-я -  $\leq 999$ г).

**Результати.** Частота затримки ФР серед дітей у віці 6 місяців була 26,87 %, (95 % ДІ 17,72-38,52 %) в 1-й групі; 77,78 % (95 % ДІ 63,73-87,46 %) у 2-й групі; 100 % у 3-й групі. Частота затримки ФР серед дітей у віці 1 року була 7,46 % (95 % ДІ 3,23-16,31 %), 33,33 % (95 % ДІ 21,36-47,93 %), 63,16 % (95 % ДІ 41,04-80,85 %) відповідно. Затримка маси відносно довжини тіла була помічена серед дітей у віці 6 місяців з наступною частотою: 5,97 % (95 % ДІ 2,35-14,37 %) в 1-й групі, 33,33 % (95 % ДІ 21,36-47,93 %) у 2-й групі, 47,37 % (95 % ДІ 27,33-68,29 %) в 3-й групі. Серед дітей у віці 1 року 2,99 % (95 % ДІ 0,82-10,25 %) 1-ї групи, 8,89 % (95 % ДІ 3,51-20,73 %) 2-ї групи, 15,79 % (95 % ДІ 5,52-37,57 %) 3-ї групи також відмітим дефіцит маси відносно довжини тіла.

**Висновки.** У дітей 2-ї та 3-ї групах у віці 6-ти місяців достовірно частіше, ніж у дітей 1-ої групи зустрічається недостатня та надмірно недостатня вага. В 1 рік відмічено значну позитивну динаміку в усіх групах, але в групах дітей 2-ї та 3-ї зберігається високий відсоток дітей з затримкою фізичного розвитку. Також у дітей цих груп в 6 місяців достовірно частіше зустрічається виснаження. Грудне вигодовування сприяє збільшенню ваги, це найбільш фізіологічний метод догляду за недоношеними дітьми.

Андрійчук О., Лазуркевич О.

## ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ КАТЕГОРІЙ

Кафедра педіатрії  
Науковий керівник: зав. каф., д-р мед. наук, проф. А.Б. Волосянко  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
м. Івано-Франківськ. Україна

**Мета.** Встановити основні закономірності виникнення, протікання та принципи лікування різних форм гломерулонефриту.

**Методи дослідження:** під спостереженням було 7 дітей, хворих на ГН, що перебували на стаціонарному лікуванні у нефрологічному відділенні Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні. Методи дослідження включали клінічні і біохімічні аналізи сечі та крові, імуноферментні обстеження; інструментальні: ультразвукове дослідження органів черевної порожнини і нирок, ЕКГ, опрацьовувались дані з історій хвороби.

**Отримані результати:** у дослідження були залучені 7 пацієнтів віком від 3 до 17 років. Найчастіше виникненню ГН передували вірусні захворювання. Нефротичний синдром спостерігався у 4 дітей, що становить 57,1 % числа досліджуваних; у 2 дітей (28,6 %) - нефритичний синдром; 1 дитина (14,3 %) хворіла на ГН з ізольованим сечовим синдромом. Спостерігалась закономірність - діти вікової групи 1-7 років хворіли на ГН з НС; у хворих 8-12 років – нефритичний синдром; ізольований сечовий синдром спостерігався у 1 пацієнта віком 17 років. Діти з НС позитивно відреагували на лікування глюкокортикоїдами.

**Висновки:** наше дослідження показало, що почастишали випадки ГН у дітей раннього віку (до 5 років); у пацієнтів даної вікової категорії переважає НС, проте відзначається позитивний ефект на лікування ГК.

*Андрущенко Н., Постолатій Я.*

**СТРУКТУРА ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

Кафедра педіатрії №1  
Науковий керівник: асист. А.П. Коноплицька  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Інфекції сечової системи (ІСС) є одними з найбільш поширених інфекцій у дітей до 2 років та посідають третє місце серед усіх інфекцій дитячого віку, поступаючись лише захворюванням дихальних шляхів та кишковим інфекціям, 30 % всіх випадків-вроджені вади розвитку (ВВР).

**Мета:** дослідити структуру і встановити причини розвитку та особливості клінічного перебігу захворювань органів сечової системи у дітей раннього віку.

Матеріали і методи: проведений ретроспективний аналіз 68 історій хвороб пацієнтів та обстежено проспективно-20 дітей, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні дітей раннього віку у ВДКЛ за 6 місяців 2014 року.

**Результати:** нами обстежено 88 пацієнтів, з них 72,0 % (63 хворих) з ІСС та 28,0 % (25 хворих) з ВВР. Власне з ІСС -11(17,46 %) дітей, з гострим пієлонефритом-52 (82,54 %). За частотою виникнення ВВР можна поділити наступним чином: 1 місце посідає міхурово-сечовідний рефлюкс (13 дітей), 2 місце – пієлоектазія (8 дітей), 3 місце - подвоєння нирок (4 дітей). При ІСС найчастішою проявом хвороби була лихоманка у 77,27 % дітей, особливо серед хлопчиків -68,6 %. В ЗАС лейкоцити на все п/з спостерігались у 11,36 % обстежених дітей, але середньому 16,79±3,82 в п/з.

**Висновки:** більша частота захворювань сечової системи була у дівчаток ніж у хлопчиків, що зумовлено анатомічною будовою сечовивідних шляхів та легшим приєднанням інфекції. У хлопчиків до 3 років ІСС є найчастішою причиною лихоманки. Серед ВВР сечової системи у обстежених нами дітей був міхурово-сечовідний рефлюкс у 13 (52 %) дітей.

*Буринюк Христина, Ортеменка Євгенія*

**ІНТРАНАТАЛЬНІ ТА ПОСТНАТАЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ В ДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ НОРМАЛЬНОЮ ДО ТЕРМІНУ ГЕСТАЦІЇ МАСОЮ ТІЛА**

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.К. Колоскова  
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
м. Чернівці, Україна

В структурі дитячої інвалідності перинатальні ураження нервової системи становлять 35-40 % випадків, з яких провідне місце (47 %) посідає гіпоксично-ішемічна енцефалопатія (ГІЕ) новонароджених.

Метою роботи було вивчення ролі несприятливих інтра- та постнатальних факторів у розвитку ГІЕ у доношених новонароджених з нормальною та малою до гестаційного віку масою тіла. На базі відділення патології новонароджених ОДКЛ м. Чернівці обстежено 41 доношену дитину, хвору на ГІЕ. До першої (I) групи увійшло 28 пацієнтів із ГІЕ та відповідною до терміну гестації масою тіла, а другу (II) групу склали 13 новонароджених із низькою до гестаційного віку масою тіла. За основними клінічними характеристиками групи порівняння не відрізнялися. Тяжку асфіксію (за Апгар-тестом на 1-й хвилині  $\leq 4$  бали) діагностовано у 22,2 % пацієнтів I групи проти 7,7 % випадків у II групі ( $P_f > 0,05$ ). Постасфіктична поліорганна недостатність розвинулася в 14,3 % випадків у I групі та 7,7 % дітей II групи ( $P_f > 0,05$ ), проте судомний синдром відмічався тільки у представників I групи (17,9 % осіб). Діти I групи вдвічі частіше (32,1 %) народжувалися внаслідок патологічних пологів відносно II групи порівняння (15,4 % осіб,  $P_f > 0,05$ ). Обвиття пуповиною з розвитком дистресу новонародженого у пологах спостерігалось у чверті (25 %) дітей I групи та лише в 7,7 % випадків у II групі ( $P_f < 0,05$ ). Кардіогенні ускладнення асфіксії реєструвалися в третини новонароджених I групи (28,6 %) та лише у 7,7 % випадків у II групі ( $P_f < 0,05$ ).

Розвитку ГІЕ у доношених новонароджених із нормальною відносно терміну гестації масою тіла передували: патологічний перебіг інтранатального періоду (розвиток дистресу плоду в пологах внаслідок обвиття пуповиною в чверті випадків та патологічний перебіг пологів у третині (32,1 %) спостережень, що асоціював із народженням третини малюків в тяжкій асфіксії, яка часто призводила до розвитку кардіогенних ускладнень (28,6 %), поліорганної недостатності (14,3 %) та судомного синдрому (17,9 %).



Бортник Катерина

## НЕЗАЛЕЖНИЙ МОНІТОРИНГ ДОГЛЯДУ ЗА ПУПОВИННИМ ЗАЛИШКОМ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Кафедра: педіатрії №1  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

За визначенням ВОЗ пуповина новонародженої дитини не потребує обробки.

Безпосередній контакт шкіра-до-шкіри після пологів важливий, тому що це стимулює колонізацію нормальної материнської флори у дитини. Оскільки мати - основна особа, яка здійснює догляд за дитиною - є менше шансів перенесення інфекції від однієї дитини до іншого через руки персоналу. Мінімальна обробка пуповинного залишку повинна гарантувати швидке і безперешкодне його відділення. Відмова від обробки антисептичними засобами усуває перешкоди для природного перебігу процесу сухої гангрени.

Було проведено дослідження на базі ХМКБЛ №17 шляхом анкетування матерів 50 дітей. Встановлено, що 80 % - обробляють пуповинний залишок дитини діамантовим зеленим, 10 % - антибактеріальними мазями і 10 % відмовилися від використання антисептичних засобів.

60 % дітей не обробляли пуповинний залишок у пологовому будинку, 40 % - обробляли.

Таким чином, було встановлено, що, незважаючи на рекомендації ВОЗ в 90 % випадках мами віддають перевагу обробки пуповини діамантовим зеленим і антибактеріальними засобами.

Волошин Станіслава

## БРОНХІАЛЬНА АСТМА – ГЕНЕТИЧНО ДЕТЕРМІНОВАНА ПАТОЛОГІЯ

Кафедра педіатрії ННІ ПО  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Н.В. Банадига  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Бронхіальна астма (БА) – є мультифакторіальним захворюванням, при якому спадкова схильність має одне з вирішальних значень. Поєднання несприятливих факторів зовнішнього середовища та генетичних обумовлює не лише виникнення патології, але й тяжкість її перебігу, прогноз, соціальну реабілітацію. Водночас, роль генетичних факторів у розвитку БА слід розглядати з позиції трьох провідних компонентів астми: гени запалення, гени, що кодуєть гіперреактивність бронхів, гени атопії (Л.О. Безруков, О.К. Колоскова, 2008). Дослідження останнього десятиліття спрямовані на пошуки генетичних маркерів, що обумовлюють високий ризик виникнення БА та тих, що визначають тяжкість перебігу (M.L. Gu, J. Zhao, 2011). Значна кількість пацієнтів, в яких терапія БА не є достатньо успішною, в значній мірі може бути обумовлена генетичним дефектом окремих рецепторів, що вирізняє клінічні особливості перебігу та чутливість до медикаментозної терапії.

Саме з цих міркувань нашу увагу привернуло вивчення поліморфізму Arg16Gly гена ADRB2 та G308A гена TNF $\alpha$ . Адже поліморфізм гена бета-2-адренорецептора Arg16Gly є одним із генів, з доведеним впливом на лабільність бронхів (N. Hizawa, 2009). Більше того, існують дані, що хворі з поліморфізмом даного гену швидко втрачають чутливість до  $\beta$ 2-агоністів і потребують подальшої медикаментозної корекції гормональними препаратами (Л.К. Саркисян, 2006). Хоча, за даними літератури наявні суперечливі дані про значення поліморфізму Arg16Gly гена ADRB2 в патогенезі астми (Q.Yuqing, 2013). Варіабельність фармакологічної відповіді на  $\beta$ 2-адреноміметики і неоднозначні дані літератури отримані при оцінці ефективності терапії, показників зовнішнього дихання у хворих з БА з різними генотипами поліморфних варіантів ADRB2 і зумовлюють актуальність подальших досліджень. TNF $\alpha$  є прозапальним цитокіном, рівень якого в організмі може бути генетично детермінованим, та залежно від концентрації може здійснювати як протекторну дію так і погіршувати перебіг запального процесу (К.А. Руденко, 2013). Тому дослідження заміни G308A TNF $\alpha$  є актуальним для дослідження при БА та вивчення його ролі в патогенезі захворювання.

Генотип організму здатний або забезпечити гнучкість гомеостазу, аж до моменту кінцевого дозрівання повноцінних захисних нейроімуноендокринних реакцій, або ж стати передумовою для реалізації природженої схильності до розвитку захворювання (В. П. Костроміна, 2012). Зважаючи на вище викладене, обґрунтована важливість молекулярно-генетичних досліджень для дитячої алергології.

Враховуючи високий рівень захворюваності на БА в Україні і світі, можна констатувати, що залишається необхідність більш поглибленого вивчення механізмів виникнення даного захворювання серед дитячої популяції.

*Воробель Володимира, Власова Олена*

**ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПЕРЕБІГУ АСТМИ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ШКОЛЯРІВ**

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
Науковий керівник: д-р. мед. наук, проф. О. К. Колоскова  
ВДНЗ "Буковинський державний медичний університет"  
м. Чернівці, Україна

Наявність фізичної дезадаптації у хворих на бронхіальну астму - це один з основних психоемоційних стресових факторів, що заважає нормальному способу життя пацієнта. Особливо важливою ця проблема постає у дітей, для яких характерний рухливий спосіб життя. Досить часто астма фізичного навантаження (АФН) призводить до втрати працездатності та ранньої інвалідизації.

Метою роботи є вивчення діагностичної цінності клінічно-анамнестичних показників фенотипу БА фізичного навантаження у дітей. Сформовано дві клінічні групи спостереження: першу клінічну групу склали 30 дітей із фенотипом АФН, а саме - наявність ознак БА у відповідь на фізичне навантаження та індексу бронхоспазму більше 15 %, вказівок в анамнезі про погіршення стану після фізичного навантаження. До другої клінічної групи увійшло 30 дітей із БА, яка не пов'язана з фізичним навантаженням. За основними клінічними ознаками групи порівняння вірогідно не відрізнялися.

Дітям, хворим на БА з фенотипом фізичного навантаження притаманні наступні особливості: тяжкий перебіг захворювання (ВР=2,0 (95 % ДІ 1,1-3,6), СШ=4,03 (95 % ДІ 1,4-11,8), наявність ознак супутніх захворювань у вигляді алергологічного риніту та atopічного дерматиту (ВР=1,4 (95 % ДІ 0,9-2,3), СШ=2,0 (95 % ДІ 0,7-5,5); збільшення ІМТ більше 22 кг/м<sup>2</sup> (ВР=1,7 (95 % ДІ 0,4-7,7), СШ=4,4 (95 % ДІ 0,8-23,4), вага при народженні більше 3500г (ВР=1,3 (95 % ДІ 0,8-2,2), СШ=1,8 (95 % ДІ 0,6-5,0); сімейна обтяженість atopічними захворюваннями за родоводом батька (ВР=2,1 (95 % ДІ 0,3-15,7), СШ=11,6 (95 % ДІ 1,3-106,7); виразність алергологічного індексу (ВР=1,8 (95 % ДІ 0,5-6,8), СШ=3,7 (95 % ДІ 0,5-29,7); тяжке обмеження фізичної активності (ВР=1,6 (95 % ДІ 0,2-12,3), СШ=5,4 (95 % ДІ 0,6-49,2), наявність більш виразних ознак БОС у перший день госпіталізації (ВР=1,7 (95 % ДІ 0,4-7,6), СШ=3,8 (95 % ДІ 0,7-21,3), денні симптоми з частотою більше 1 разу на тиждень (ВР=1,5 (95 % ДІ 0,4-6,5), СШ=3,8 (95 % ДІ 0,7-20,5), нічні симптоми з частотою загострень більше 1 разу на 2 тижні (ВР=1,6 (95 % ДІ 0,4-6,7), СШ=4,5 (95 % ДІ 0,8-24,2); наявність ознак тиснення в грудях (ВР=1,8 (95 % ДІ 0,7-4,4), СШ=3,8 (95 % ДІ 1,1-12,7); помірної еозинофілії (ВР=1,4 (95 % ДІ 0,7-2,7), СШ=2,1 (95 % ДІ 0,7-6,0).

Отже, вивчення фенотипових особливостей бронхіальної астми фізичного навантаження у школярів дозволяє не тільки своєчасно діагностувати даний фенотип захворювання, але й досягти контролю за його перебігом шляхом призначення адекватних індивідуальних лікувально-профілактичних заходів.

*Гвоздецька Юлія*

**ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА КЛІНІЧНА КАРТИНА ЮВЕНІЛЬНОГО ІДІОПАТИЧНОГО АРТРИТУ У ДІТЕЙ ПРИКАРПАТТЯ**

Кафедра педіатрії  
Науковий керівник: д-р. мед. наук, проф. А.Б. Волосянко, канд. мед. наук, асист. О.В.Тимошук  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
м. Івано-Франківськ, Україна

**Актуальність:** Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) – група захворювань, що об'єднує різні форми артриту невідомої етіології, які дебютують у дітей, молодших 16 років, і тривають понад 6 тижнів. ЮІА вважають найчастішою ревматичною хворобою дитячого віку та основною причиною інвалідизації дітей.

**Мета:** вивчити епідеміологічні показники та клінічні прояви ЮІА у дітей Івано-Франківської області, які лікувалися на кардіоревматологічних ліжках нефрологічного відділення ОДКЛ в 2013 та 2014 роках.

**Результати:** при аналізі документації нефрологічного відділення, встановлено, що за 2013-2014 роки на кардіоревматологічних ліжках проліковано 246 хворих з діагнозом ЮІА, що становить 25,2 % від всіх госпіталізованих хворих даного профілю, що лікувалися в ОДКЛ протягом цього часу. Частіше з приводу ЮІА госпіталізувалися хлопчики (у 62,6 % випадків). Середній вік пацієнтів становив 13,25 ± 0,22 року. У хворих дітей переважав діагноз ювенільного ревматоїдного артриту (ЮРА) - у 73,5 % випадків, 22,8 % пацієнтів проліковані з приводу ювенільного хронічного артриту, ювенільний спондилоартрит діагностували порівняно рідко – у 3,7 % обстежених. За результатами детального аналізу медичної документації 40 пацієнтів встановлено, що основними клінічними проявами ЮІА у хворих були симптоми суглобового синдрому (у 90,0 % обстежених) та ознаки хронічної неспецифічної інтоксикації у 77,5 % хворих.

**Висновок:** ЮІА – розповсюджене хронічне захворювання дітей, що проживають на Прикарпатті. Дана патологія погіршує якість життя пацієнтів, призводить до інвалідності у дітей, захворюваність за останні роки стрімко зростає. Вище сказане зумовлює необхідність поглиблення знань клінічної картини ЮІА у лікарів різних спеціальностей.

Глушко Катерина, Добровольська Леся, Лобода Ольга

### ЦИТОКІНОВИЙ СТАТУС У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ

Кафедра дитячих хвороб

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. В.Ф. Лобода  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ"  
м. Тернопіль, Україна

Захворювання травної системи є одними із найпоширеніших серед дітей. Серед них переважають функціональні розлади біліарного тракту (ФРБТ). Хронічні гельмінтози пригнічують імунну відповідь з розвитком вторинної імунної недостатності і призводять до дисбалансу в системі цитокінів.

**Мета роботи:** вивчити стан системи цитокінів, а саме ФНП- $\alpha$  та ІЛ-4, у дітей з ФРБТ.

**Матеріали і методи:** обстежено 54 дитини із ФРБТ, які знаходилися на лікуванні в обласній дитячій лікарні. Усі діти були обстежені згідно протоколів (№59 від 29.01.13 р.). Також, усім пацієнтам проводилося паразитологічне дослідження калу, зішкріб на ентеробіоз, ІgG до аскарид, токсокар і ехінококів; ФНП- $\alpha$  та ІЛ-4. Обстежених 25 (50,0 %) хлопчиків і 25 (50,0 %) дівчаток. Вік дітей коливався від 2 до 17 років і у середньому складав  $(8,72 \pm 4,06)$  років.

**Результати і їх обговорення.** В усіх пацієнтів діагностовано ФРБТ різного типу. Паразитози були у 41 (75,9 %) випадків. Аскаридоз - у 12 (22,2 %), токсокароз - у 10 (18,5 %) та лямбліоз - у 18 (33,3 %) випадках. В 2 дітей діагностовано ехінококову кісту печінки. Середній вік дітей із паразитозами був меншим ( $(7,9 \pm 3,9)$  р.) в порівнянні із пацієнтами без них ( $(11,2 \pm 3,6)$  р.) ( $p < 0,05$ ). В цитокіновому статусі виявлено підвищення переважно ІЛ-4 ( $(12,0 \pm 2,3)$  нг/л) і в меншій мірі підвищення TNF- $\alpha$  ( $(5,1 \pm 1,2)$  нг/л). Їх рівень відрізнявся в залежності від наявності супутнього інфікування паразитами. Зокрема, при паразитозах вміст ІЛ-4 становив  $(18,9 \pm 5,6)$  нг/л, а без них –  $(6,3 \pm 2,6)$  нг/л. Концентрація ФНП- $\alpha$  при супутніх паразитозах була  $(4,5 \pm 1,4)$  нг/л, а без них –  $(1,2 \pm 0,2)$  нг/л. Ступінь їх підвищення відрізнявся в залежності від виду паразита. Зокрема, у дитини із токсокарозом, в котрій спостерігалися множинні кальцинати в печінці та селезінці концентрація ІЛ-4 була 94,0 пг/мл, а TNF- $\alpha$  – 27,5 пг/мл.

**Висновок:** концентрація цитокінів у дітей з ФРБТ залежить від супутнього інфікування паразитами.

Гринь Ярослав

### ПРОЯВИ ГЕНЕТИЧНО ДЕТЕРМІНОВАНИХ СТАНІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНІВ ЕКЗОГАМІЇ.

Кафедра педіатрії

Науковий керівник: доц. Т.О. Воронцова  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

В останні роки спостерігається тенденція до збільшення випадків недиференційованих форм дисплазії сполучної тканини (СНДСТ) в дітей. Значне підвищення уваги до цієї патології пов'язане з поліорганистністю ураження, клінічним поліморфізмом, пізньою діагностикою. В літературі зустрічаються різноманітні дані про причини формування СНДСТ у дітей, що говорить про мультифакторну природу захворювання. В нашому дослідженні вивчається роль генетичного фактора на реалізацію у дітей СНДСТ. Відомо, що реалізація генетичних відхилень можлива при близькому генетичному матеріалі батьків дитини.

Вивчався генетичний анамнез, який дозволив виявити схильність до затримки росту в залежності від ступеня екзогамії, яка ґрунтувалася на шлюбному радіусі батьків дітей, що обстежувалися. Виділяли 3 ступені екзогамії: I ст. – батьки родом з одного села, або різних сіл, які віддалені один від одного не більше, ніж на 30 км; II ст. – батьки родом із різних населених пунктів в межах однієї області чи з одного міста; III ст. – батьки родом з різних областей, IV ст. - міжнаціональні шлюби.

Для аналізу впливу ступеня екзогамії вибрали синдром, який можливо діагностувати при об'єктивному обстеженні дитини, а саме синдром дисплазії сполучної тканини із гіпермобільністю суглобів. Було обстежено 65 дітей шкільного віку з метою виявлення залежності їх стану здоров'я від ступеней екзогамії. При обстеженні розподіли по ступеням екзогамії був наступним чином: I ст. – 40 дітей, II ст. – 11 дітей, III ст. – 9 дітей, IV ст. – 1 дитина. СНДСТ був виявлений, в залежності від ступеня екзогамії, в наступних дітей: 1 ступінь - 11 дітей (27,5 %). 2 ступінь - 2 дітей (18,2 %), 3 ступінь - 0 дітей (0 %), 4 ступінь - 1 дитина (100 %).

Ще у 4 дітей був виявлений СНДСТ, але через відсутність відомостей про батьків ці показники не враховувалися.

**ПОШИРЕНІСТЬ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАДИ РОЗВИТКУ НЕВРАЛЬНОЇ ТРУБКИ У  
ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ РЕГІОНІ**

Кафедра педіатрії №2

Науковий керівник: д-р мед наук, проф. Г.А. Павлишин  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність:** Спинномозкова кила є однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем сучасної неврології та педіатрії, що зумовлено високим рівнем інвалідизації та смертністю дітей раннього віку внаслідок розвитку різноманітних ускладнень.

**Мета роботи.** Оцінка динаміки вроджених вад розвитку (ВВР) на Тернопіллі, аналіз частоти народження дітей з дефектом невральної трубки та особливості клінічного перебігу.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням знаходилась новонароджена дитина з вродженою вадю розвитку невральної трубки. Дизайн дослідження включав аналіз анамнестичних даних, загальноклінічне обстеження, лабораторні й інструментальні методи дослідження.

**Результати.** Проведений аналіз динаміки частоти вроджених вад розвитку на Тернопіллі впродовж останніх років (2009-2014 рр) показав тенденцію до зниження вродженої патології у немовлят на фоні покращання рівня народжуваності (табл.). На сьогодні загальна кількість усіх ВВР на Тернопіллі складає 1,93 % за 2014р., з них 0,9 % становлять вади розвитку ЦНС. Спинномозкова кила спостерігається з частотою 1:1500.

Таблиця. - Частота вроджених вад розвитку в Тернопільському регіоні

Показники	Роки					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Всього новонароджених	11394	12388	12479	11868	11833	12202
Вроджені вади розвитку, абс.	309	293	263	283	230	236
Частка ВВР, %	2,71	2,36	2,11	2,38	1,94	1,93

Для прикладу проаналізовано клінічний випадок новонародженої дитини, яка знаходилась на лікуванні в Тернопільській обласній дитячій клінічній лікарні.

На основі даних анамнезу, об'єктивного обстеження та додаткових (лабораторних та інструментальних) методів поставлено клінічний діагноз: Spina bifida в грудинно-попереково-крижовому відділі з гідроцефалією, нижнім в'ялим парапарезом, порушенням функції тазових органів. З анамнезу відомо, що мати перебувала на обліку, проте пренатально вада не була діагностована. Проведено лікування, яке включало: хірургічне втручання на другу добу життя, антибактеріальну, симптоматичну та відновну терапію. В дитинаміці стан дитини покращився, однак утримувалися дисфункція тазових органів та нижній парапарез, мала місце прогресуюча гідроцефалія.

**Висновок.** Спинномозкова кила є однією з найбільш тяжких дефектів розвитку, що призводить до різноманітних ускладнень та високого рівня інвалідизації. Аналіз клінічного випадку підтверджує необхідність удосконалення методів діагностики із застосуванням високоінформативних програм нейровізуалізації ЦНС у плода з метою вирішення тактики та місця родорозрішення, що дасть можливість надати повну, вчасну та адекватну хірургічну допомогу. Важливим також є попередження розвитку даної вади, а саме, профілактичний прийом вагітною фолієвої кислоти протягом першого триместру гестації.

Гриців Христина, Шкіль Христина

**ПІЕЛОНЕФРИТ – ХВОРОБА ЧИ ЗАГРОЗА**

Кафедра педіатрії  
 Науковий керівник : асист. О.В. Лазуркевич  
 ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
 м. Івано-Франківськ, Україна

Пієлонефрит(ПН) – це неспецифічне інфекційно-запальне захворювання нирок з переважним ураженням інтерстиціальної тканини, ниркової миски і чашечок. Серед захворювань сечовидільної системи пієлонефрит посідає перше місце. Актуальність своєчасної діагностики та ефективного лікування дітей із пієлонефритом обумовлена тим, що в них швидко настають незворотні зміни в нирковій тканині і формується стійка артеріальна гіпертензія, вторинно зморщена нирка, що веде до хронічної та гострої ниркової недостатності.

**Мета:** встановити основні закономірності виникнення, перебігу та принципи лікування різних форм пієлонефриту.

Матеріали і методи дослідження: нами було обстежено 23 хворих на пієлонефрит, які перебували на стаціонарному лікуванні у нефрологічному відділенні Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні. До уваги брались скарги, анамнез, клінічні і біохімічні аналізи сечі та крові, інструментальні методи дослідження (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та нирок, екскреторна урографія, мікційна цистографія).

**Отримані результати:** у дослідження були залучені 23 дитини віком від 2 до 18 років. 6 дітей лікувалось з приводу гострого пієлонефриту, що становить 26 %, решта 74 % - з приводу хронічного ПН. Середній вік дітей з гострим ПН становив 9 років, з хронічним – 15. В ході дослідження встановлено, що в обох групах переважали дівчата – 83,4 % і 70,5 % дітей відповідно. Гострий пієлонефрит найчастіше виникав після переохолодження і перенесення гострих респіраторних інфекцій. Виникненню хронічного ПН у 47 % пацієнтів передували мікронефролітиаз. Середня тривалість перебування у стаціонарі дітей першої групи становила 15 днів, другої – 13. Гострий ПН перебігав у всіх хворих в активній фазі і без порушення функції нирок. Загострення хронічного ПН виникало у 58,9 % хворих, 41,1 % пацієнтів перебували в стадії неповної клініко-лабораторної ремісії. У всіх хворих клінічно відмічалися синдром загальної інтоксикації, урологічний больовий і сечовий синдроми. Варто відмітити те, що в дітей до 12 років позитивна динаміка клініко-лабораторних показників спостерігалася на 5-6 день і співпадала з покращенням загального стану. У хворих 9-17 років загальний стан покращувався на 4-5 день, проте лабораторні показники змінювались до 9-10 дня перебування в стаціонарі.

**Висновок:** В ході дослідження встановлено, що в пацієнтів молодшої вікової групи лабораторні показники наближаються до нормальних швидше ніж в старшій, ускладнення в них виникають рідше. Абсолютна більшість пієлонефритів є вторинною.

Гучок Микола; Грибовський Євген

**ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ**

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми  
 Науковий керівник: канд. мед. наук, асист. О.В.Кулешов  
 Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
 м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Перехід вегето-судинної дистонії в артеріальну гіпертензію (АГ) – одна з найважливіших проблем серед дитячої кардіології, оскільки АГ є основним фактором ризику розвитку різноманітних ускладнень як з боку серця, так і порушень церебральної гемодинаміки. Досить часто серед дітей старшого шкільного віку АГ клінічно перебігає у вигляді вегетативних порушень з симпто-адреналовими кризами, що і сприяє її подальшому розвитку.

**Мета:** Провести диференціацію між вегетативною дисфункцією та АГ у дітей старшого шкільного віку за допомогою добового моніторингу артеріального тиску (АТ).

Матеріали та методи: обстежено 40 дітей яким було виставлено вегетативну дисфункцію з симпто-адреналовими кризами, віком 13-17 років. Всі дітям проведено загально-клінічне дослідження, ЕКГ, ехокардіографію (ЕхоКГ), реоенцефалографію та кардіоінтервалографію (КІГ) та добове моніторування АТ.

**Результати:** у 15 (37,5 %) дітей після проведення добового моніторингу артеріального тиску виявлено підвищення артеріального тиску вище норми тричі за добу. У даних дітей при поступленні артеріальний тиск не підвищувався вище нормативних перцентиль. У 5 (12,5 %) дітей відмічено підвищення тиску п'ять разів за добу вище норми. У всіх дітей з зареєстрованим підвищенням АТ відмічено напруження симпатичного відділу вегетативної нервової системи згідно результатів КІГ. Крім того, мало місце наявність гіперкінетичного синдрому при проведенні ЕхоКГ. При огляді вузькими спеціалістами було виявлено ангіопатію судин сітківки. Вказані зміни були менше виражені у решти 50 % дітей, у яких підвищення АТ було зареєстровано не більше одного разу вище норми за добу.

**Висновки:** 1. Добове моніторування артеріального тиску дозволяє виявити артеріальну гіпертензію у дітей. 2. Діти з вегетативними дисфункціями з симпто-адреналовими кризами є групою ризику розвитку артеріальної гіпертензії та потребують постійного нагляду дитячого кардіолога.

*Дзюбан Любомир, Боймиструк Роман*

**ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНИХ ГАСТРОДУОДЕНІТІВ, АСОЦІЙОВАНИХ З *H. PYLORI* У ДІТЕЙ**

Кафедра дитячих хвороб

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. М.І. Кінаш  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

В останні роки відмічається зростання хронічної патології травної системи у дітей, значне місце серед якої посідає хронічний гастродуоденіт (ХГД), 50-70 % захворювань верхніх відділів травного тракту. Серед багаточисельних факторів розвитку ХГД одним з основних є інфікування *Helicobacter pylori* (*H. pylori*).

**Мета.** Вивчити клінічні особливості ХГД, асоційованих з *H. pylori* у дітей.

Під спостереженням перебувало 36 дітей з ХГД віком від 12 до 16 років. Серед них хлопців 22 (61,1 %), дівчат 14 (38,9 %). Всім дітям проводилась езофагогастродуоденоскопія, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, серологічне дослідження крові на *H. pylori*.

У 28 (77,7 %) пацієнтів виявлено антитіла до *H. pylori*, з них у 8 (28,6 %) дітей діагностовано хронічний ерозивний гастродуоденіт. Особливістю клініки у хворих з ХГД, асоційованим з *H. pylori* був біль в епігастрії і/або в гастродуоденальній ділянці на голодний шлунок і вночі як ниючого, так і переймоподібного характеру, в 2 рази частіше, ніж у дітей з ХГД, неасоційованим з *H. pylori*, а також відчуття швидкого насичення їжею, «розпирання» в шлунку при збереженому апетиті 19 (67,8 %). У пацієнтів з ХГД, неасоційованим з *H. pylori* апетит був знижений, відчуття насичення їжею наступало повільно 6 (75,0 %). Спостерігалось достовірне ( $P < 0,05$ ) зниження НК-клітин (CD3-, CD56+) в крові у дітей з ХГД, асоційованими з *H. pylori* в порівнянні з тими, в яких *H. pylori* не виявлено.

**Висновок.** Для ХГД, асоційованого з *H. pylori* у дітей є характерним біль в епігастрії і/або в гастродуоденальній ділянці на голодний шлунок і вночі як ниючого, так і переймоподібного характеру, відчуття швидкого насичення їжею, «розпирання» в шлунку при збереженому апетиті, достовірне ( $P < 0,05$ ) зниження НК-клітин (CD3-, CD56+) в порівнянні з пацієнтами, в яких *H. pylori* не виявлений.

*Дзюбан Любомир, Клопотюк Тетяна, Безкоровайна Наталя*

**АДАПТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ГАСТРОДУОДЕНІТАМИ**

Кафедра дитячих хвороб

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. М.І. Кінаш  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Рівень здоров'я, функціональний стан організму визначається показниками адаптаційних резервів, зокрема, адаптаційним потенціалом системи кровообігу (АПСК). АПСК визначають за формулою, в якій враховують частоту пульсу, рівень артеріального тиску, ріст, масу тіла, вік. Якщо АПСК нижче 2,60 балів, то адаптація задовільна, якщо 2,60-3,09 балів – відбувається напруження механізмів адаптації, при 3,10-3,49 балів – адаптація незадовільна, зрив адаптації настає при АПСК 3,50 балів і вище.

**Мета.** Вивчити стан АПСК у дітей з хронічними гастродуоденітами (ХГД) в періоді загострення.

Під нашим спостереженням перебувало 76 дітей з ХГД віком від 10 до 17 років. Серед них хлопців 42 (55 %), дівчат 34 (45 %). ХГД, асоційованих з *H. pylori* діагностовано у 58 (76 %) хворих, з в 13 (17 %) – хронічний ерозивний гастродуоденіт. Хелікобактер пілорі з однаковою частотою зустрічався в дівчат і хлопців. Усім пацієнтам розраховували АПСК за Р.М. Баєвським.

Після проведеного дослідження в жодної дитини не виявлено задовільної адаптації, в 11 (14 %) хворих відмічався зрив адаптації, в 51 (67 %) – незадовільна адаптація, в 14 (18 %) – напруження механізмів адаптації. Зрив адаптації виявлено у 11 (14 %) дітей з хронічним ерозивним гастродуоденітом, тільки у 2 (3 %) з ХГД. Зрив адаптації та незадовільна адаптація частіше діагностувалась в хлопців 38 (50 %) проти 24 (32 %) дівчат, а також у дітей з ХГД, асоційованими з *H. pylori* 49 (84 %). Нами було відмічено, що чим більша маса тіла в дитини, тим нижчий АПСК.

**Висновок.** 1. Чим більша глибина ураження слизової шлунка і/або дванадцятипалої кишки, тим нижчі адаптаційні можливості організму. 2. АПСК вищий у дівчат, ніж в хлопців. 3. На АПСК впливає маса тіла.

Кіпібіда Ольга, Шульгай Анна-Марія, Редько Олеся

### ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДЕСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячих хвороб  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.М. Шульгай  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет і  
мені.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м.Тернопіль, Україна

Деструктивні захворювання гастродуоденальної зони (ДЗГДЗ) є серйозною медико-соціальною проблемою, оскільки значно знижують якість життя дитини та можуть привести до інвалідизації у дорослому віці. Для ефективного лікування ДЗГДЗ у дітей застосовують антибактеріальні препарати, які негативно впливають на стан кишкової мікробіоти. Метою роботи було довести доцільність застосування пробіотиків у комплексному лікуванні ДЗГДЗ.

Обстежено 26 дітей віком від 14 до 17 років, що лікувались в Тернопільській обласній дитячій лікарні з приводу ДЗГДЗ: у 65,4 % діагностовано ерозивний гастродуоденіт, у 26,9 % - виразкову хворобу цибулини ДПК, у 7,7 % - виразкову хворобу шлунка. У 23,1 % пацієнтів активні виразки мали ускладнений перебіг. Обтяжений генетичний анамнез мали 88,5 % пацієнтів. Клінічно переважали больовий (73,1 %) та диспепсичний (19,2 %) синдроми. Всім хворим у комплексному лікуванні застосовано 7-денну схему антихелікобактерної кватротерапії: колоїдний субцитрат вісмуту по 240 мг 2 рази в день, амоксицилін 500 мг 2 рази в день, кларитроміцин 250 мг 2 рази в день та інгібітор протонної помпи 20 мг 2 рази в день. Частині хворих (18 дітей), які склали основну групу, до комплексу лікування було включено пробіотичний препарат Лацідофіл по 1 капсулі 3 рази в день. Контрольна група (8 дітей) отримувала лише базову схему антихелікобактерної терапії.

Дане лікування добре переносилося хворими, сприяло більш швидкому усуненню клініко-ендоскопічних проявів захворювань, покращенню самопочуття у пацієнтів основної групи. Застосування Лацідофілу сприяло більш швидкій регенерації слизової оболонки шлунка і ДПК, підвищувало рівень ерадикації

Кошарський Денис

### СТАН МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ УЧНІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ КЛАСИЧНОЇ ГІМНАЗІЇ

Кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Л.П. Мартинюк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Стан кісткової тканини вважається одним із маркерів, що характеризує здоров'я дитини.

**Метою** дослідження стало вивчення стану кісткової тканини в учнів Тернопільської класичної гімназії.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз ультразвукового обстеження кісткової тканини 48 учнів 1 – 10 класів Тернопільської класичної гімназії у віці від 6 до 16 років. Серед них було 21 дівчина і 27 хлопців. Всі діти були розділені на дві вікові групи: 6 – 10 та 11-16 років. При цьому дівчат у першій віковій групі було 12, а хлопців – 10 чоловік. У другій віковій групі 9 і 17 осіб, відповідно. Підгрупи дівчат і хлопців в обох групах були порівняними за віком.

Ультрасонометрія проводилась за допомогою ультразвукового денситометра "Achilles+" (Lunar Corp. WI, USA).

Діагноз остеопенії підтверджувався при значенні показника структурно-функціонального стану кісткової тканини «Т» менше ніж  $-1SD$  (стандартне відхилення) від вікових нормативів.

**Отримані результати** статистично оброблялися за допомогою стандартного пакета аналізу даних Microsoft Excel. Ймовірність відмінності показників оцінювали за допомогою t-критерія Ст'юдента для парних величин. Відмінності вважали достовірними при  $p < 0,05$ .

**Результати і обговорення.** Аналіз отриманих даних ультразвукового дослідження показав, що показники щільності кісткової тканини у дітей 6-10 років коливаються в межах норми без суттєвих відмінностей у дівчат і хлопців. В дітей старшої вікової категорії було виявлено 7 випадків остеопенії першого ступеня, у решти обстежених стан КТ був в нормі і не залежав від статі. При цьому три учня з остеопенією в анамнезі мали один перелом, а один – два. Отримані результати показника «Т» у підлітків були гіршими, ніж в учнів початкової школи.

**Висновки.** Таким чином, результати нашого дослідження показали, що скринінгові денситометричні обстеження необхідні з метою виявлення ранніх ознак остеопенії.

## **МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ У ПІДЛІТКІВ**

Кафедра дитячі хвороби

Науковий керівник: доц. В. О. Синицька

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ"

м. Тернопіль, Україна

**Актуальність:** одним із найважливіших питань сучасної медичної науки є метаболічний синдром (МС), синдром інсулінорезистентності, який поєднує такі важливі складові, як абдомінальне ожиріння, зниження толерантності до вуглеводів або цукровий діабет 2го типу, дисліпідемію, артеріальну гіпертензію та інші критерії згідно з рекомендаціями. Поширеність МС у дитячому віці коливається від 4 до ~ 30 % випадків серед загальної популяції, значно вищою є серед дітей і підлітків з ожирінням. Однак у педіатричній науці поняття МС не має наукового обґрунтування, оскільки є тільки поодинокі наукові розробки в цьому напрямку.

Україні за статистичними даними кількість дітей з ожирінням збільшується швидкими темпами:

На початок 2008 р. кількість дітей з ожирінням віком до 17 років становила 94 390 осіб (11,06 на 1000 дитячого населення відповідного віку), з них дітей віком 0-14 років — 64 244 (9,72 на 1000 населення). Але найчастіше діагностують в Україні цю патологію у дітей 7-14 років — таких хворих налічується 56 532 (15,0 на 1000 населення), та 15-7 років — 30 146 (15,62 на 1000 населення), і саме ці діти є групою ризику щодо виникнення у них МС.

**Мета:** спроба комплексного лікування МС із використанням препаратів, що впливають як опосередковано на ожиріння (гіперінсулінізм, підвищений апетит тощо), так і на інші компоненти МС(гіперліпідемію, АГ) і, крім того, входять до обмеженого переліку засобів, які можна використовувати у дитячій практиці.

**Матеріали та методи:** проведено клініко - статистичний аналіз 25 пацієнтів Тернопільської обласної дитячої лікарні || педіатричного відділення та узагальнення даних літератури з питань метаболічного синдрому. Верифікація діагнозу відбувалася згідно за стандартними загальноприйнятими методами клінічного, лабораторного та інструментального обстеження.

### **Результати:**

Ми проводили спостереження загального стану підлітків, які лікувалися з приводу гіпоталамічного синдрому:

У дітей клінічно відмічалось: збільшення маси тіла ( ІМТ >30), стрії на передній черевній стінці, підвищення артеріального тиску.

Проаналізувавши анамнез захворювання, було з'ясовано, що пацієнти мають спадкову схильність, нерегулярне харчування, велику вагу при народженні (> 4 кг.), а в 2- ох випадках – прийом гормональної терапії в ранньому дитячому віці.

Проводили глюкозотолерантний тест (порушення толерантності до глюкози), досліджували ліпідний спектр крові (зниження ХСЛПВЩ). Щодо інтерпретації прицільної рентгенограми турецького сідла, то патології гіпофізу не було виявлено.

Рекомендації: дієтотерапія, дозоване фізичне навантаження з урахуванням загального стану та медикаментозне лікування артеріальної гіпертензії при необхідності.

**Висновок:** отримані дані переконливо свідчать про поширеність метаболічного синдрому в підлітків, особливо у хлопчиків до 16 років, тому що ця патологія частіше виявляється при проходженні проф. огляду у військкомат; змушують з іншого боку поглянути на патогенетичні та терапевтичні аспекти введення таких пацієнтів, хоча це не всі дані по Тернопільській області, а лише стаціонарного обстеження лікарні.

**Перспективи** подальших досліджень: планується розробити покази до призначення препаратів, що впливають на ожиріння (гіперінсулінізм, підвищений апетит тощо), так на інші компоненти МС(гіперліпідемію, АГ) і, крім того, входять до обмеженого переліку засобів, які можна використовувати у дитячій практиці.



Лагановська Олександра

**ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ**

Кафедра педіатрії  
 Науковий керівник: Н.В. Дужич  
 Житомирський інститут медсестринства  
 м. Житомир, Україна

**Актуальність.** Початок нового століття характеризується щорічним збільшенням захворюваності на туберкульоз серед дітей та підлітків, погіршенням її структури, більш частим виявленням процесів, що мають ускладнений перебіг.

**Мета дослідження** полягає у теоретичному дослідженні причин і особливостей епідеміологічної ситуації серед дитячого населення.

Захворюваність дітей на туберкульоз в Україні складала в останні роки 7,8-8,0 на 100 тис (у 2013р.-8 на 100 тис.). Хворобливість дітей, тобто кількість хворих на активний туберкульоз, за 10 років збільшилась на 62 %.

На основі теоретичного та статистичного аналізу, ми з'ясували, що однією з причин наростання епідемії туберкульозу, є зміна біологічних особливостей мікобактерії туберкульозу, що призводить до виникнення резистентності до протитуберкульозних препаратів. Також зростає кількість хворих дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, котрі тривалий час контактували з членами сім'ї у яких було виявлено активну форму туберкульозу.

Таким чином, сучасну ситуацію щодо туберкульозу в дітей слід оцінити як тривожну. Поліпшення ситуації можливе при активній спільній роботі всієї мережі педіатричних загальнолікувальних і протитуберкульозних закладів, високому лікарському професіоналізмі й орієнтуванні суспільної та адміністративної свідомості на інтереси дітей і захист їхнього здоров'я.

Леснянська Світлана, Довга Ірина

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ МУКОВІСЦИДОЗУ У ДІТЕЙ**

Педіатрії та дитячої хірургії  
 Науковий керівник: доц. В.О. Синицька  
 ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
 імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
 м. Тернопіль, Україна

Муковісцидоз у дітей раннього віку є найбільш частою спадковою поліорганною патологією, що характеризується вираженою генетичною гетерогенністю та клінічним поліморфізмом. На сьогодні в Україні це захворювання залишається медико-соціальною проблемою, пов'язаною зі значними моральними, фізичними й матеріальними затратами сім'ї, органів охорони здоров'я і суспільства в цілому. В основі його лежить порушення секреторної діяльності екзокринних залоз, що призводить до функціональних розладів, перш за все, з боку дихальної та травної систем.

**Мета:** Обстеження дітей з різними формами муковісцидозу, та простежити динаміку захворювання на муковісцидоз в Тернопільській області.

**Матеріали і методи:** Під нашим наглядом було 5 дітей різного віку з муковісцидозом, наймолодшому серед них було 2 місяці, найстаршому - 16 років. Клінічно у всіх пацієнтів спостерігалася блідість шкірного покриву, млявість, погана надбавка у вазі, часті респіраторні епізоди з бронхообструктивним синдромом, спостерігався постійний малопродуктивний нападаподібний кашель з густим харкотинням, розлади стільця. Порушення дихальної функції має тенденцію до неухильного прогресування, включаючи часті загострення, наростання гіпоксії, симптомів легеневої (задишка в стані спокою, ціаноз) і серцевої недостатності (тахікардія, «легеневе серце»). Розвинулася деформація грудної клітки (килеподібна, бочкоподібна або лійкоподібна), зміна нігтів у вигляді годинникових скелець і кінцевих фаланг пальців за формою барабаних паличок.

Усі пацієнти проходили генетичне обстеження для уточнення діагнозу у Львівському Західноукраїнському спеціалізованому дитячому медичному центрі, там їм розроблялися схеми терапії. При повторних загостреннях вони уже госпіталізувалися в ТОДКЛ, де проводилася корекція лікування та потрібні обстеження.

**Перспективи обстежень:** Прогнозування результатів замісної та антибактеріальної терапії з метою попередження рецидивів та ускладнень.

## **ІНФЕКЦІЯ СЕЧОВИДІЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

Кафедра дитячих хвороб

Науковий керівник: доц. В.О. Синицька

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

м. Тернопіль. Україна

**Актуальність:** в останні роки постало питання в практиці педіатра поширеності інфекції сечовидільних шляхів. Ця проблема характеризується неможливістю чіткої ранньої діагностики ураження сечовидільної системи, що є поштовхом до неадекватної терапії з послідуною хронізацією захворювання.

ІСШ є найбільш поширеними інфекціями в дітей віком до 2 років та займають третє місце серед усіх інфекцій дитячого віку, поступаючи захворюванням дихальних шляхів та кишковим інфекціям. У дітей до 2 років ІСШ є найпоширенішою бактеріальною інфекцією (рівень доказовості 2a).

Фактори, які сприяють розвитку ІСШ:

- Патологія перинатального періоду й ускладнення в пологах, які супроводжуються РДС і зумовлюють порушення ниркової гемодинаміки;

- Внутрішньоутробні інфекції новонароджених;

- Органічні і функціональні обструкції органів сечовидільної системи, які порушують нормальний, фізіологічний пасаж сечі;

- Знижений імунний захист організму;

**Мета:** вивчення особливості перебігу ІСШ у дітей раннього віку, котрі перехворіли напередодні ГРВІ та дітей у яких причинний фактор не був виявлений.

**Матеріали та методи:** проведено клініко-статистичний аналіз даних 25 пацієнтів Тернопільської обласної дитячої лікарні 1 педіатричного відділення та узагальнення даних літератури з питань ІСШ у дитячій нефрології. Верифікація діагнозу відбувалася згідно за стандартними загальноприйнятими методами клінічного, лабораторного та інструментального обстеження.

**Результати:**

- розподіл по гендерних особливостях: дівчатка -68 %, хлопчики -32 %;

- по віковому цензу: до 3-ох років- 15,73 %, 4-7 років- 9 %, старше 7 років-75,27 %.

- Сечовий синдром проявляється в 100 % (лейкоцитурія  $35-45 \times 10^9$ , еритроцитурія- 1-2 в полі зору, циліндурія –поодинокі, бактерії-виражена кількість).

- Консультації гінеколога- вульвіти -45 %, вульвовагініти-55 %.

У дітей відмічалася:

1. У 18 дітей (75 %) поступовий початок, незначний біль при сечопуску, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, перенесені раніше ГРВІ, внаслідок чого відбулося зниження імунного статусу організму.

2. У 7 дітей (25 %) прояви інтоксикації супроводжувалися збудженням їх поведінки, почастіненням сечопуску, але причинний фактор не був виявлений.

На основі результатів бактеріологічного дослідження сечі виявлено підвищення росту умовно-патогенної (Klebsiella у 53,1 %, Enterobacter у 12,5 % хворих) та патогенної флори (St. Aureus у 56,3 %). Щодо інтерпретації результатів УЗД дослідження, точної локалізації запального процесу в сечовидільній системі не виявлено.

**Висновок:** отримані дані переконливо свідчать про поширеність ІСШ серед дітей із захворюваннями органів сечової системи, вплив на перебіг та прогноз, змушують з іншого боку поглянути на патогенетичні та терапевтичні аспекти введення таких хворих, приділяти увагу ранній верифікації цього стану серед нефрологічного контингенту дітей.

*Максим'як Юлія, Сарапук Ірина, Сивак Христина*

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВРОДЖЕНОЇ ДІАФРАГМАЛЬНОЇ КИЛИ У НОВОНАРОДЖЕНОГО**

Кафедра педіатрії № 2

Науковий керівник: д-р мед. н., проф. Г.А. Павлишин  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність:** Вроджена діафрагмальна грижа є однією з найважчих вад розвитку у новонароджених, що зумовлено високим рівнем інвалідизації та смертністю дітей раннього віку внаслідок розвитку різноманітних ускладнень. Даний дефект зустрічається з частотою від 1:2000 до 1:3000 пологів. Предикторами несприятливого прогнозу є: вираженість гіпоплазії легень, сторона дефекту, герніація печінки в грудну клітку, наявність асоційованих вад.

**Мета роботи:** Представити особливості клінічний перебігу вродженої правобічної кили у новонародженої дитини.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням знаходилась новонароджена дитина з вродженою вадю розвитку: правобічною діафрагмальною килою. Дизайн дослідження включав аналіз анамнестичних даних, загальноклінічне обстеження, лабораторні й інструментальні методи дослідження.

**Результати:** З анамнезу відомо, що дитина від III вагітності, що протікала на фоні анемії. Пологи III, передчасні, в терміні гестації 36 тижнів. Маса при народженні 2090г., довжина 45 см, Оцінка за шкалою Апгар 8/9 б.

На 22-у добу життя стан дитини різко погіршився - з'явилося утруднене носове дихання, кашель, задишка. З діагнозом «Позагоспітальна двобічна бронхопневмонія, важкий перебіг, ДН II ст.» немовля було госпіталізоване у відділення інтенсивної терапії Тернопільської обласної дитячої клінічної лікарні. Під час проведення додаткових обстежень діагностовано наявність ВВР: правобічної діафрагмальної грижі та супутнього захворювання – двобічної пневмонії. Після проведення адекватної передопераційної підготовки дитині було проведено планове оперативне втручання - переміщення внутрішніх органів в черевну порожнину, пластика правого купола діафрагми. У післяопераційному періоді дитина отримала антибактеріальну, інфузійну та інгаляційну терапію, часткове парентеральне харчування. Через 16 днів після проведення оперативного втручання у відносно задовільному стані дитина виписана додому.

**Висновок:** Незважаючи на пізню діагностику діафрагмальної грижі та її локалізацію в правій половині грудної клітки після проведеного оперативного лікування та корекції респіраторних порушень відмічено сприятливий перебіг захворювання у даного пацієнта.

*Мартиняк Ольга, Муцяк Мар'яна, Ткачук Надія*

## **АЛІМЕНТАРНА ВОДНО-НІТРАТНА МЕТГЕМОГЛОБІНЕМІЯ У ДІТЕЙ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Кафедра дитячих хвороб

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.М. Шульгай  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Інтенсивна хімізація народного господарства, недостатня ефективність методів очищення питної води, забруднення нітратами та нітритами води і харчових продуктів ведуть до виникнення аліментарної водно-нітратної метгемоглобінемії. Оскільки 40 % населення України використовує колодязну воду, існує високий ризик масових екзогенних метгемоглобінемій серед населення.

**Мета:** дослідити вплив підвищеного рівня нітратів на організм дітей.

**Матеріали і методи.** Проведено обстеження 18 дітей, що знаходилися на лікуванні в II дитячому відділенні Тернопільської обласної дитячої лікарні. Визначали рівень метгемоглобіну (MtHb) у периферійній крові.

**Результати дослідження:** Серед обстежених порівну було хлопчиків і дівчаток, з них 44 % - жителі міста, 55 % проживають у сільській місцевості. Було виділено 4 ступені аліментарної водно-нітратної метгемоглобінемії: легкий (2-7 %), середньої тяжкості (7-12 %), тяжкий (12-18 %) та вкрай тяжкий (>18 %). Легкий ступінь метгемоглобінемії мали 55 % хворих, середньої тяжкості - 22,5 %, тяжкий – 23 %. Дітей із вкрай тяжким ступенем не було. Об'єктивними проявами водно-нітратної метгемоглобінемії є: біль в животі, нудота, запаморочення, «тіні» під очима, субіктеричний чи сірий носогубний трикутник, язик з сіро-білою осугою, «судинні зірочки», запах ацетону з ротової порожнини. Чим вищим був показник MtHb у крові, тим більш інтенсивними були прояви інтоксикації. Всі 100 % дітей мали гепатомегалію, а також супутню патологію гепатобіліарної системи і підшлункової залози.

**Висновок:** зроблена спроба виділити ступені тяжкості аліментарної водно-нітратної метгемоглобінемії, що потребує подальших досліджень.

*Масляник О., Nihal Palanivel*

**ЗМІНИ РІВНІВ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У ХВОРИХ НА РОТАВІРУСНУ ІНФЕКЦІЮ**

Кафедра дитячих хвороб  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.М. Горленко  
Ужгородський національний університет  
Ужгород, Україна

Однією з найважливіших проблем педіатричної практики, що не втрачає своєї актуальності і в наш час, є гострі кишкові інфекції (ГКІ).

Доля ротавірусних уражень шлунково-кишкового тракту (ШКТ) в загальній структурі захворюваності ГКІ в різних країнах, за даними різних авторів, складає 35-75 % та має постійну тенденцію до зростання .

Практично не порушувалися проблеми кишкової ротавірусної інфекції на фоні йододефіциту і не вивчався стан мінерального профілю під час захворювання .

Проведення досліджень для вивчення стану мінерального профілю у дітей при ротавірусній інфекції в умовах ендемічної зони, особливостей мінерального обміну, що, на наш погляд, дозволить з нових позицій уточнити і поглибити знання патогенезу захворювання, розширити можливості удосконалення його діагностики і терапії.

Під нашим спостереженням знаходилося 90 дітей (100 %) віком 6-36 місяців, які перебували на стаціонарному лікуванні в ОКІЛ, м. Ужгород з ротавірусною інфекцією, яким була проведена біомінералокорекція.

За даними досліджень спостерігається переважання позитивної динаміки у групі дітей з призначеним оптимізованим лікуванням з включенням біомінералокорекції. Особливо показовими є підвищення рівнів йоду сироватки крові та відповідно елімінації сечі. Ідентичні динамічні закономірності спостерігаються у рівнях цинку та фосфору.

Вважаємо рекомендованими шляхами удосконалення терапії хворих з секреторною діареєю клінічно доведеного призначення в комплексній терапії інфекційної дарей лікувальної суміші з пробіотиком для сприяння швидшого припинення діареї та явищ ексікозу.

*Матвійчук Ангеліна*

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГРВІ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ТА РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ЇХ ПРОФІЛАКТИЦІ**

Кафедра педіатрії  
Науковий керівник: Н.В. Дужич  
Житомирський інститут медсестринства  
м. Житомир, Україна

**Актуальність теми:** За даними ВООЗ, гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) займають перше місце в структурі захворюваності дітей раннього віку. Високий рівень захворюваності, обумовлений поліетиологічністю ГРВІ, нестійкістю та виключною типоспецифічністю противірусного імунітету, призводить до частого розвитку ускладнень та навіть до летальних випадків при тяжкому їх перебігу.

**Мета роботи:** Визначити особливості перебігу ГРВІ у дітей молодшого шкільного віку.

В умовах несприятливої екології ГРВІ зумовлюють ще більші зміни в імунітеті, особливо в дітей раннього віку з незрілими імунними реакціями та аномаліями конституції; це призводить до значних змін у формуванні імунітету та розвитку хронічних захворювань різних органів і систем у старшому віці. Захворювання органів дихання, незважаючи на значні досягнення педіатрії продовжують займати провідне місце в структурі захворюваності у дітей. В останнє десятиріччя стійко зберігається тенденція до зростання цієї патології в усіх вікових групах, що потребує проведення заходів первинної та вторинної профілактики.

**Висновки:** Розробка ефективних профілактичних і лікувальних рекомендацій для пацієнтів з респіраторною патологією особливо у дітей молодшого шкільного віку є основою в роботі медичних сестер та потребує постійної підтримки та розуміння значущості проблеми зі сторони суспільства та держави.

Муцяк Мар'яна, Мартиняк Ольга, Ткачук Надія

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ДІТЕЙ**

Кафедра дитячих хвороб

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.М. Шульгай  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Функціональний розлад жовчного міхура є найбільш поширеною патологією серед захворювань біліарного тракту у дітей та основною причиною звертань до гастроентеролога. Різноманітність клінічних проявів, можливість трансформації в органічну патологію, поява перших проявів у досить ранньому віці, погіршення якості життя – все це зумовлює високу увагу до даної патології не тільки в медичному аспекті, а й у соціальному.

**Метою** дослідження було провести порівняльну характеристику дисфункцій жовчного міхура (ЖМ) залежно від типу тонусу і характеру скорочення жовчного міхура.

**Методи і матеріали.** Обстежено 18 дітей віком від 2 до 16 років, що проходили лікування в Тернопільській обласній дитячій лікарні. Серед них 50 % становили хлопчики, 50 % - дівчатка.

**Результати досліджень.** Гіперкінетичний тип дисфункції ЖМ мав місце у 6 (33,3 %) хворих, гіпокінетичний - у 8 (44,4 %), нормокінетичний – у 4 (22,3 %) дітей. Больовий синдром переважав у всіх 100 % пацієнтів. Хворі із гіпофункцією ЖМ скаржилися на нудоту (83,3 %), блювання (50 %), відсутність апетиту (55,6 %), закрепи (11,1 %). У дітей із гіперфункцією ЖМ переважали в'ялість (100 % дітей), нудота (27,8 %), відсутність апетиту (38,9 %), закрепи (77,8 %). Супутнім захворюванням дітей із гіперкінетичним типом дисфункції ЖМ був гастродуоденіт, що може свідчити про негативний вплив жовчі на слизову оболонку шлунка і дванадцятипалої кишки. Лабораторні показники у обстежених пацієнтів не зазнали значних змін.

**Висновок.** В результаті дослідження було встановлено, що серед функціональних розладів ЖМ найбільш поширеною була дисфункція за гіпокінетичним типом, що обумовлено проявами вегетативних розладів у дітей.

Нижник Галина, Шайген Олена

**ВПЛИВ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ НА РОЗВИТОК ДІТЕЙ**

Кафедра дитячих хвороб

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. У.М. Мудрик  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Ретроспективно проаналізовано історії хвороб 90 дітей першого року життя, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Тернопільській обласній дитячій лікарні. За частотою звернень у клініку виділено 3 групи дітей. I групу склало 30 малюків, які захворіли вперше. В II групу увійшли 30 епізодично хворіючих дітей(ЕХД), у III групу – 30 часто хворіючих дітей(ЧХД), які хворіли 4 і більше рази у рік.

Проведене дослідження поширеності грудного вигодовування, як одного з чинників, який забезпечує гармонійний розвиток і здоров'я дитини, виявило необґрунтовано низьке охоплення ним всіх обстежуваних(57,7 %). Зокрема, в I групі грудне молоко отримували 63,3 %, в другій – 43,3 %, а в третій – 30 % малюків.

Некерованими з боку медичних працівників причинами переведення дітей на раннє штучне вигодовування у всіх групах виявлено матеріальну скруту(42,2 %), погані житлові умови (21,2 %), незадовільну якість харчування матері під час вагітності (32,75) та лактації (17,3 %), несприятливий мікроклімат в сім'ї(19,2 %), ранній вихід на роботу(13,5 %). Несправжню гіпогалактію (26,9 %), недостатню поінформованість вагітних (17,3 %), і матерів(11,5 %) про переваги грудного вигодовування, пізнє прикладання дітей до грудей (15,4 %), депривація матері і дитини(13,5 %), низьку якість допологового(21,2 %) та післяпологового патронажу(21,2 %), регламентований режим вигодовування у перші місяці життя(53,8 %) можна розглядати як керовані медико-організаційні чинники, усунення яких не потребує затрат і є можливим у сучасних умовах обмеженого фінансування медицини.

В ході дослідження встановлено, що частота природного вигодовування серед дітей, які захворіли вперше, була в 2,1 рази вищою, ніж серед ЧХД(66,3 % проти 30 %). Поряд з цим, розповсюдженість штучного вигодовування серед ЧХД була в 2,3 рази вищою, ніж грудного. Частота природного вигодовування серед ЕХД в порівнянні з I групою майже не відрізнялася, а штучного - була в 1,3 рази вищою.

*Онуфрієнко О.*

**ДОСЛІДЖЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ ВРОДЖЕНИХ ПАТОЛОГІЙ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ**

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки педіатричного профілю  
Чортківський державний медичний коледж  
м. Чортків, Україна

В сучасній медицині є багато можливостей зберегти та зміцнити здоров'я, але і вона не всесильна, коли стосується такого сакрального явища, як зачаття та народження здорової дитини. Останнім часом це виявляється у зростанні випадків народження дітей із вродженими патологіями.

Нами було проаналізовано народжуваність у м. Чорткові за останні чотири роки. Найбільш поширеними патологіями виявилися неонатальна жовтяниця, аномалії розвитку та вроджені пневмонії. Очевидним виявився зв'язок між недоношеністю та вродженими патологіями, що часто і були причинами передчасної появи на світ хворих малюків. У порівнянні з трьома попередніми роками, за останній досліджуваний 2014 рік народжуваність знизилася на 5 %, що ми пов'язуємо з неблагополучною політичною соціально-економічною ситуацією.

Частими причинами вроджених патологій у дітей були вживання алкоголю та тютюнопаління до та під час першого триместру вагітності, яка на той час ще не була встановлена, дефіцит фолієвої кислоти, TORCH-інфекції, неповний комплекс обстеження.

**ВИСНОВКИ**

1. Усім вагітним необхідно проводити УЗД плода, щоб вчасно виявити патологію плода та проінформувати пацієнтку про прогноз вагітності, стан здоров'я майбутньої дитини та доступні сучасні медичні технології з метою корекції на внутрішньоутробному рівні розвитку.

2. Впровадити у систему законодавства положення про кримінальну відповідальність за нанесення шкоди розвитку плода курінням, наркоманією, алкоголізмом матері.

3. Посилити пренатальний нагляд шляхом розширення обов'язкових методів обстеження.

4. Планувати вагітність та готувати майбутніх батьків до зачаття. Призначати фолієву кислоту для зниження випадків патологій нервової трубки.

*Пастушина Ірина*

**ДІАГНОСТИЧНІ ПАРАЛЕЛІ СИНДРОМУ МАЛЬАБСОРБЦІЇ У ДІТЕЙ**

Кафедра дитячих хвороб  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.М. Шулгай  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Мета роботи - окреслення діагностичного алгоритму синдрому мальабсорбції, що найчастіше проявляється лактазною недостатністю і целиакією.

На базі II педіатричного відділення ТОДКЛ обстежено 18 хворих від 1,5 до 6 років із синдромом мальабсорбції. У 8 дітей (44,4 %) верифіковано целиакію, у 10 (55,6 %) - лактазну недостатність. Критеріями відбору пацієнтів були: дані анамнезу (непереносимість білків коров'ячого молока чи білка злаків), клінічні та лабораторні дані.

У обстежених дітей клінічними проявами синдрому мальабсорбції були: целиакії – біль у животі та збільшення його у об'ємі, зниження апетиту, пронос, затримка фізичного розвитку (відставання маси тіла та зросту), карієс, дерматит при вживанні у їжу злаків; лактазної недостатності – метеоризм, бурчання в животі, блювота, пронос, біль у животі або кольки, що виникали після вживання молока.

Діагностичний алгоритм целиакії передбачає: серологічне дослідження - виявлення у крові специфічних антитіл IgA, IgG до тканинної трансглютамінази, ендомізію, дезамінованих пептидів гліадину; генетичне дослідження – наявність генотипу HLA DQ2, DQ8; в копрограмі – підвищений вміст жирних кислот і мил; в біохімічному аналізі крові - зниження вмісту холестерину. Діагностичний алгоритм лактазної недостатності: наявність гену LCT (наявність C/C свідчить про лактозну непереносимість); плоскі цукрові криві (при проведенні тесту толерантності до лактози, глюкози та галактози); в копрограмі – кисла реакція калу (pH<5,5).

Дане обстеження дозволило розробити маршрутизацію та локальні протоколи медичної допомоги дітям із лактазною недостатністю і целиакією відповідно до уніфікованих протоколів Міністерства охорони здоров'я.

*Олійник Лілія, Гетманюк Віталій, Денисюк Михайло, Шевчук Анастасія, Пасюта Анна*

## **ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПРИЧИН ДИТЯЧОГО ТРАВМАТИЗМУ**

### **У ПЕРІОД 2003-2004 І 2013-2014 РОКІВ**

Кафедра дитячої хірургії, ортопедії та травматології  
Науковий керівник: д-р. мед. наук, проф. С.Й. Запорожан  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** На сьогоднішній день летальність внаслідок травм у дітей займає третє місце після патології новонароджених та хвороб органів дихання. У Європі серед дітей у віці від 0 до 18 років внаслідок травм протягом року помирає близько 42000 дітей.

Основними причинами дитячої летальності, внаслідок травм, є ДТП, побутові травми, утоплення, отруєння чадним газом, механічна асфіксія.

**Мета.** Визначити причини дитячого травматизму серед дітей у віці 0-18 років.

**Матеріали і методи.** Нами проведено ретельний аналіз історій хвороби пацієнтів, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у травматологічному відділенні ТОДКЛ у періоди з 2003-2004 роки та 2013-2014 роки.

Серед госпіталізованих пацієнтів у період з 2003 по 2004 роки проліковано 1042 дитини. Із них 733 хлопців (70 %) та 309 дівчат (30 %).

У період 2013 і 2014 років проліковано 514 пацієнтів. Із них 387 хлопців (75 %) та 127 дівчат (25 %).

**Результати.** У період з 2003 по 2004 рік серед дітей травми спостерігалися частіше у віці 10-12 років – 287 пацієнтів (25,5 %), а в період з 2013 по 2014 роки – у 13-15 років – 117 пацієнтів (22 %).

Найчастішою причиною травматичних ушкоджень були падіння з висоти – у 383 дітей (49,5 %) у період 2003-2004 років та у 88 дітей (23 %) у 2013-2014 роках. При падінні з висоти пацієнти найчастіше травмували кістки передпліччя – 133 дитини у період з 2003 по 2004 роки та 30 дітей у період з 2013 по 2014 роки. Другою за частотою причиною госпіталізації дітей із травмами були спортивні ігри – 136 дітей у 2003-2004 роках та 74 дитини у 2013-2014 роках.

Серед пролікованих дітей у 1024 пацієнтів використовували консервативне лікування (65,8 %), а 532 проводили операційне лікування (34,2 %).

Відкриту репозицію фрагментів перелому проведено 204 дітям (38,3 %), із них у 77 пацієнтів (37,7 %) – при переломах плечової кістки, у 52 пацієнтів (28,4 %) – при переломах ключиці, у 39 пацієнтів (19,1 %) – при переломах кісток передпліччя, решті – при переломах кісток стопи, стегнової кістки, кісток кисті, велико- та малогомілкових кісток.

Закриту репозицію уламків проводили 147 пацієнтам (27,6 %), із них у 90 пацієнтів (61,2 %) – при переломах кісток передпліччя, у 29 пацієнтів (19,7 %) – при переломах кісток кисті, у 16 пацієнтів (10,9 %) – при переломах плечової кістки, решті – при переломах кісток стопи, стегнової кістки, ключиці, велико- та малогомілкових кісток.

Серед травмованих хворих у 127 пацієнтів (23,9 %) проводилася ПХО ран. Найчастіше – при різних видах ран кисті – 54 дитини (42,5 %).

Після операційних втручань відмічалися ускладнення лише у 2 пацієнтів (0,4 %). У одного пацієнта – краєвий некроз шкірного клаптя долонної поверхні, у другого – посттравматичний іновії лівого колінного суглобу.

**Висновки.** Травмовані діти складають категорію пацієнтів, які потребують особливого нагляду та догляду зі сторони родичів, медичного персоналу та держави.

Дитячий травматизм може бути попереджений завдяки організованим зусиллям суспільства, але для цього потрібна рішуча та постійна підтримка органів державного управління.

1. Найчастішою причиною травматизму серед дітей у віці від 0 до 18 років було падіння з висоти.
2. Консервативна терапія (закрита репозиція уламків переломів та «гіпсова іммобілізація») - основний метод лікування дітей з переломами.

*Петраченко Вероніка*

**ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ У ДІТЕЙ**

Кафедра педіатрії  
Науковий керівник: Н.В. Дужич  
Житомирський інститут медсестринства  
м. Житомир, Україна

**Актуальність** проблеми цукрового діабету зумовлена значною поширеністю захворювання, тим що він є базою для розвитку складних супутніх захворювань та ускладнень, ранньої інвалідності та смертності.

Метою дослідження є проаналізувати статистичні дані кількості дітей які хворіють на ЦД Житомирської області.

Цукровий діабет, за визначенням ВООЗ, - захворювання ендокринної системи, при якому зазначається стан хронічного підвищеного рівня глюкози крові (гіперглікемії), яке може розвинути в результаті дії багатьох генетичних, екзогенних та інших факторів.

Провівши аналіз бази даних реєстру дітей хворих на ЦД у Житомирській області за 2012-2014 рр. ми дізнались, що за 2012 р. зареєстровано 187 дітей хворих на цукровий діабет, у 2013 – 211 дітей, у 2014 р. – 233 дитини. Вперше виявлено захворювання в 2012 р. у 23 дітей, що становить 12 % від загальної кількості зареєстрованих хворих дітей, в 2013 р. у 35 дітей (16 %), у 2014 р.- 37 дітей (15 %).

Проаналізувавши статистичні дані ЦД 1 у дітей за 2012-2014 рр. можна зробити висновки, що незважаючи на швидкі темпи розвитку медицини кількість хворих дітей з ЦД 1 невідмінно зростає, та посідає одне з провідних місць в Житомирській області та України.

*Попова Татьяна, Квасова Полина*

**РИСК РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ  
ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ**

Кафедра педиатрии №1 и неонатологии  
Научный руководитель: канд.мед.наук, асист. О. Н. Цюра  
Харьковский национальный медицинский университет.  
г. Харьков, Украина

В структуре детской заболеваемости болезни органов дыхания занимают одно из первых мест. Изменения сердечно-сосудистой системы (ССС) при бронхолегочной патологии (БЛП) развиваются медленно и долго носят стертый характер. Вполне допустимо, что умеренная, но длительная гиперкапния и гипоксемия вызывают и гипоксию миокарда. Нарушения функции ССС нарастает с каждым обострением. Кардиоваскулярные нарушения при БЛП, являются потенциально обратимыми в детском возрасте, что требует их раннего выявления и устранения.

Цель: изучение состояния сердечно-сосудистой системы у детей с заболеваниями органов дыхания.

Материалы и методы. Нами обследовано 17 детей, находившихся в пульмонологическом отделении ОДКБ г. Харькова, в возрасте от 5 до 17 лет. Обследование включало анкетирование, оценку объективного статуса с проведением пробы Руфье (ПР), электрокардиографию (ЭКГ), УЗИ сердца. Результаты. Из обследованных у 58 % детей – острое заболевание, 42 % - хроническая патология. У 30 % детей отягощен анамнез по БЛП, у 17,8 % - по ССС. Показатели ПР у обследуемых: хорошие и отличные – у 40 %, удовлетворительные – у 33,4 %, слабые и неудовлетворительные – у 26,6 %; при этом они значительно хуже у детей с хронической БЛП. На ЭКГ у 45,5 % детей выявлены нарушения ритма, из них у 80 % - синусовая брадикардия, 20 % - тахикардия, которые могли возникнуть вследствие длительной гипоксии. При УЗИ сердца малые структурные аномалии выявлены у 45,5 % детей.

Выводы. Функциональное состояние ССС напрямую зависит от вида и тяжести БЛП: при хроническом тяжелом течении переносимость физических нагрузок у детей значительно ухудшается, а также повышается риск развития кардиоваскулярных осложнений.



Покришко Аліна, Мішин Юрій, Макєєва Єлізавета

## ВИЗНАЧЕННЯ ЗДАТНОСТІ ЗБУДНИКІВ ПІЄЛОНЕФРИТІВ У ДІТЕЙ ДО ФОРМУВАННЯ БІОПЛІВОК

Кафедра педіатрії №2 та кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Наукові керівники: д-р мед. наук, проф. Н.І. Макєєва

д-р мед. наук, проф. М.М. Мішина

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

**Вступ.** Труднощі в лікуванні дітей з пієлонефритами виникають у зв'язку з надзвичайним зростанням антибіотикорезистентності збудників, яку пов'язують з можливістю бактерій утворювати навколо себе захисну біоплівку. Біоплівки є основним фактором, що сприяє зростанню кількості хронічних запальних захворювань. Проблема мікробних біоплівок в останні десятиріччя стає дедалі актуальнішою. Стандартна терапія здатна впоратися тільки з окремо існуючими планктонними клітинами, в той час як бактерії всередині біоплівки здатні розмножуватися після завершення курсу лікування, що призводить до формування хронічних процесів і рецидивів захворювання. Тому визначення здатності збудників гострих пієлонефритів до формування біоплівок з вивченням чутливості до протимікробних препаратів є актуальним.

**Матеріал та методи дослідження.** Мікробіологічне дослідження проводили загальноприйнятими методами. Матеріал (сеча) від хворих дітей з гострими пієлонефритами забирали і доставляли в лабораторію згідно з вимогами взяття і доставки матеріалу для мікробіологічних лабораторій. Ферментативну ідентифікацію проводили за допомогою ідентифікаційних наборів МІКРО-ЛА-ТЕСТО. Чутливість ізолятів до антимікробних засобів вивчали за допомогою мікротестсистеми «ТНКтестГр». Синхронізація періодичних культур проводилася після встановлення кінетики росту асинхронної культури за методом Мітчсона і Вінсента. Утворення біоплівок вивчали за допомогою визначення здатності штамів бактерій до адгезії на поверхні полістиролових планшетів. Кількісним вираженням ступеня утворення біоплівки було значення оптичної щільності, що виміряне на спектрофотометрі «Multiskan EX 355» при довжині хвилі 540 нм. Для статистичної обробки результатів використовували програму Biostat.

**Результати дослідження.** Здобуті дані свідчать про те, що провідними чинниками розвитку гострих пієлонефритів є *E.coli* (36,5 %) та *K.pneumoniae* (23,4 % випадків). У 17,3 % випадків збудниками гострого пієлонефриту були *Proteus mirabilis* та *Proteus vulgaris*. Звертає на себе увагу той факт, що серед збудників пієлонефритів у дітей підвищилася питома вага *S.aureus* та *S.pyogenes*, що складало відповідно 8,6 % та 8,1 %. *P.aeruginosa* – 2,9 %, та інші – 3,2 %. Усі вилучені ізоляти були здатні формувати щільні біоплівки, а саме: *S.aureus* – (2,81±0,18) од. оптич. щільн.; *Proteus mirabilis* – (2,65±0,19) од. оптич. щільн.; *Proteus vulgaris* – (2,89±0,16) од. оптич. щільн.; *P.aeruginosa* – (2,84±0,12) од. оптич. щільн.; *S.pyogenes* – (2,97±0,14) од. оптич. щільн.; *E.coli* – (2,34±0,17) од. оптич. щільн.; *K.pneumoniae* – (3,21±0,19) од. оптич. щільн.

Проведені дослідження дозволили встановити, що більшість ізолятів у планктонній формі чутливі до цефотаксиму (86,7 %), цефозидиму (83,5 %), цефепіму (96,8 %), гатіфлоксацину (93,7 %), ципрофлоксацину (86,2 %). При визначенні чутливості ізолятів у формі біоплівки до антибактеріальних препаратів встановлено, що до ампіциліну, доксицикліну й гентаміцину більшість ізолятів були резистентні (98,7 %); до цефалоспоринів й фторхінолонів відмічалась чутливість у 59,6 % й 38,6 % випадків відповідно.

**Висновки.** Таким чином, усі вилучені збудники гострих пієлонефритів у дітей були здатні формувати щільні біоплівки. Дослідження чутливості ізолятів до протимікробних препаратів виявило множинну резистентність, що є наслідком широкого й не завжди раціонального застосування протимікробних засобів.

*Прокопишин Галина*

**ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ**

Кафедра дитячих хвороб  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Федорців О.Є.  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Бронхіальна астма (БА) є однією з головних медико-соціальних проблем сучасності. За останні роки спостерігається тенденція до зростання частоти виникнення даної патології дихальних шляхів у дітей. Доцільність вивчення та діагностування даної проблеми в ранньому віці зумовлена значною поширеністю серед дитячого населення в різних регіонах України - хворіє від 0,1 до 8 %.

**Мета.** Визначити основні фактори ризику виникнення БА у дітей різного віку. Дослідити значення обтяженого спадкового анамнезу, як одного із сприятливих чинників захворювання. Матеріали і методи. З метою вивчення формування БА у дітей було проведено комплексне обстеження 59 хворих віком від 9 місяців до 17 років на базі пульмонологічного відділення КУТОР ТОДКЛ та кафедри педіатрії з дитячою хірургією №1 ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України» за період з 2013 по 2014 рік. Клінічний стан хворих на БА дітей оцінювався на підставі анамнестичних даних.

**За результатами** обстеження частота виникнення захворювання у хлопчиків вища, що становить 36 (61,1 %), ніж у дівчаток – 23 (38,9 %). За результатами проведеного аналізу всієї сукупності факторів встановлено найбільш значущі:

- обтяжена спадковість – 72,2 % (із них 54,4 % - по материнській лінії);
- часті гострі респіраторні захворювання – у 43,6 %, з частотою 4 та більше разів на рік – у 39,7 %, обструктивний бронхіт – у 25,3 % на першому році життя
- патологічний перебіг вагітності - 49,1 % та пологів (38,2 %) у матері;
- раннє штучне вигодування - 47,3 %;
- алергічний риносинусит – 31 %;
- atopічний дерматит – 34,5 %.

**Висновки.** На основі проведеного аналізу головних факторів виникнення БА у дітей різного віку встановлено, що велике значення у розвитку хвороби мають алергічні прояви, частота й перебіг респіраторної вірусної інфекції, також особливе місце займає обтяжений сімейний анамнез та ознаки atopічного дерматиту. Серед дітей віком до 5 років дане захворювання частіше спостерігається у хлопчиків. Це зумовлено анатомічною особливістю – дещо вужчим просвітом бронхів, ніж у дівчаток того ж віку. У підлітковому періоді, навпаки, дівчата більш схильні до БА.

*Процюк Т., Стукало Л.*

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА БА ЗАЛЕЖНО ВІД ФЕНОТИПУ.**

Кафедра педіатрії № 1  
Науковий керівник: д-р. мед. наук Т.Л. Процюк  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
Вінниця, Україна

БА - комплексне захворювання, що включає кілька різних фенотипів, які, ймовірно, мають різну етіологію, клінічну картину і відповідь на проведену терапію.

**Мета дослідження:** вивчити ефективність лікування хворих на БА дітей з різними фенотипами.

**Матеріали та методи.** Вивчено ефективність лікування у 50 хворих дітей на БА з різними фенотипами, віком від 6 до 17 років, які знаходилися на лікуванні у ВОДКЛ. Групу контролю склали 25 хворих на БА, що отримували протокольне лікування (ПКЛ) без урахування фенотипу. Діти з вірусіндукованою астмою (ВІА) додатково до основного лікування отримували протівірусні препарати (ПВП), а діти з астмою фізичного навантаження – АЛТ препарати. Оцінка ефективності терапії проводилася на основі аналізу динаміки клінічних симптомів захворювання. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програми «STATISTICA 6,0».

**Результати дослідження:** Клінічна картина захворювання у дітей з ВІА, що отримували в комплексному лікуванні ПВП покращилася на 7 й день, тоді як в групі дітей, що отримували лише ПКЛ - на 10 й день. На тлі терапії АЛТ істотно зменшилася частота нападів БА, знизилася потреба в  $\beta_2$  агоністах, покращилася переносимість фізичного навантаження. Через місяць після початку лікування напади в денний час проявлялися рідше в 1,5 рази, а нічні - в 2 рази. При оцінці результатів алергологічного обстеження виявлено, що у 80 % пацієнтів відзначалося збільшення в сироватці крові загального IgE і його показники становили у дітей до лікування  $792 \pm 25$  МО/мл ( $p < 0,05$ ), після лікування -  $624 \pm 10$  МО/мл ( $p < 0,05$ ); через 4 тиж. -  $254 \pm 25,0$  МО/мл та  $138 \pm 16,0$  МО/мл ( $p < 0,05$ ) через 8 тиж., відповідно, тобто знизилися в 2,5 рази.

**Висновки.** Астма – це хвороба, яка характеризується комплексом фенотипів. Хворих на БА дітей слід лікувати за індивідуальною програмою з урахуванням ступеня контролю і клінічного фенотипу астми.

Редько Олеся

**ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ФЕРМЕНТНИХ ПРЕПАРАТІВ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ ГЕПАТО-БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ**

Кафедра дитячих хвороб  
 Науковий керівник: к-анд. мед. наук, доц. О. М. Шультгай  
 ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
 імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
 м. Тернопіль, Україна

Функціональні розлади біліарного тракту (ФРБТ) – це функціональні порушення моторики жовчного міхура (ЖМ) та тону сфінктерів внаслідок недостатнього чи надмірного скорочення жовчного міхура та сфінктерного апарата. Мета дослідження – довести доцільність застосування ферментних препаратів при ФРБТ.

В умовах II педіатричного відділення Тернопільської обласної дитячої клінічної лікарні обстежено 18 хворих віком від 4 до 17 років. Із них 9 осіб чоловічої статі (50 %) та 9 – жіночої (50 %). У 15 (83,3 %) хворих діагноз дисфункція біліарного тракту був основним, у 3 (16,7 %) – супутнім.

Основними скаргами у хворих з ФРБТ були: блювота, нудота - 6 (33,3 %); періодичний біль в животі - 16 (88,8 %), здуття – 1 (5,55 %); гіркота в роті - 2 (11,1 %); закрепи – 3 (16,6 %); зниження апетиту – 2 (11,1 %); запах ацетону з рота – 3 (16,6 %); відчуття важкості в животі - 1 (5,55 %). При об'єктивному обстеженні виявлено: болючість в ділянці живота – 15 (83,3 %); збільшення нижньої межі печінки - 15 (83,3 %).

Серед обстежених ферментотерапія проводилась у 9 випадках (основна група – 50 %), контрольну групу склали також 9 хворих, що не приймали ферменти. Були застосовані такі ферментні препарати: панкреатин – 4 дитини (44,4 %), пангрол – 1 (11,1 %), санзим – 3 (33,3 %), мезим – 1 (11,1 %). Вибір ферментного препарату проводився відповідно до віку, індивідуальних особливостей, змін при ультразвуковому та біохімічному дослідженні. Відмічено значний клінічний ефект перебігу ФРБТ після ферментотерапії у дітей основної групи на відміну від контрольної: швидке зникнення болювого та диспепсичного синдромів, покращення самопочуття і якості життя.

Рущенко Наталія

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО ЗАКРЕПУ У ДІТЕЙ**

Кафедра педіатрії  
 Науковий керівник: доц. В.А. Антоненко  
 Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
 м. Вінниця, Україна

**Актуальність..** Проблема лікування дітей із хронічними закрепками на сьогодні залишається актуальною і соціально-значущою. Доліхосигма – одна із найбільш поширених хвороб товстої кишки у дітей, яка являється пограничним станом між нормою і патологією у дітей. Частота патології з кожним роком збільшується, а також збільшуються ускладнення через складність діагностики і прихованої клінічної картини. Мета: є підвищення ефективності діагностики і лікування хронічного товстокишкового стазу у дітей з аномалією доліхосигми та попередити появу ускладнень. Результати: За результатами іригоскопічного дослідження виявлено, що найбільш частою аномалією розвитку та положення товстої кишки є доліхосигма, яка значно рідше поєднується з синдромом Пайра (трансверзоптоз), доліхоколон, мегаректум. Маніфестація аномалії сигмоподібної кишки у дітей виникала частіше у дошкільному віці, тобто мала ранній початок. Обтяженість на захворювання кишечника (проктосигмоїдит) дуже висока при аномалії сигмоподібної кишки

**Висновки:** В структурі хронічного закрепку у дітей значне місце відіграє аномалія розвитку сигмоподібної кишки – доліхосигма, яка часто призводить до розвитку доліхоколон. Клінічний перебіг цієї аномалії характеризується раннім початком, прогресуючим перебігом. Доліхосигма супроводжується запальними змінами слизової оболонки товстої кишки, що підтверджується результатами морфологічних досліджень і повинно враховуватися при призначенні комплексної терапії. Аномалія сигмоподібної кишки супроводжується порушенням тону і моторики. Лікар педіатр має враховувати та призначати відповідну терапію, щоб попередити ускладнення та прогресування даної патології.

*Репута Віктор*

**СТАН МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ ІЗ ГОСТРИМ ТА ХРОНІЧНИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ**

Кафедра дитячих хвороб

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.Є. Федорців  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Вітчизняний досвід свідчить, що гломерулонефрит (ГН) є найчастішою причиною ранньої інвалідизації пацієнтів з нирковою патологією внаслідок розвитку хронічної ниркової недостатності. До найгірших пізніх ускладнень останньої належать порушення фосфорно-кальцієвого обміну, які тісно асоціюються з підвищенням у таких хворих ризику смерті, що ставить перед клініцистами низку проблем, які потребують вирішення.

**Мета** дослідження: вивчення стану мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) у дітей із гострим та хронічним ГН.

**Матеріал і методи** дослідження: під спостереженням знаходилися 54 дитини із гострим та хронічним ГН: 34 (62,96 %) хлопчики, та 20 (37,04 %) дівчаток, вік пацієнтів коливався від 7 до 17 років, а також 30 дітей тієї ж вікової категорії, котрі склали контрольну групу. Крім загальоклінічних обстежень досліджували МЩКТ методом двофотонної рентгенівської денситометрії – Dual-energy X-Ray Absorptiometry (DXA) на апараті DPX-A фірми LUNAR. Використовували статистичний аналіз методом варіаційної статистики.

**Результати і їх обговорення:**

Серед дітей із гострим ГН, котрі отримували базову терапію без застосування глюкокортикоїдів (ГКК), було виявлено остеопенію у 12 (60 %) дітей: I ст. – у 1 (5 %), II ст. – у 3 (15 %), III ст. – у 8 (40 %), а також остеопороз у 2 (10 %) обстежуваних, лише у 6 (30 %) дітей були виявлені нормальні показники МЩКТ. З-поміж дітей із ГН, котрі отримували ГКК в комплексному лікуванні, було виявлено остеопенію у 2 (33,33 %) дітей: II ст. – у 1 (16,67 %), III ст. – у 1 (16,67 %), а також остеопороз у 3 (50 %) обстежуваних, лише у 1 (16,67 %) дитини були виявлені нормальні показники МЩКТ. Випадків остеосклерозу серед усіх пацієнтів із гострим ГН не було зафіксовано. Загалом, в обох групах обстежуваних у 14 (53,85 %) дітей було виявлено зміни, характерні для остеопенії різних ступенів тяжкості, а також у 5 (19,23 %) пацієнтів було діагностовано остеопороз.

Серед дітей із хронічним ГН, котрі отримували базову терапію без застосування ГКК, було виявлено остеопенію у 16 (66,67 %) дітей: I ст. – у 3 (12,50 %), II ст. – у 7 (29,17 %), III ст. – у 6 (25 %), а також остеопороз у 8 (33,33 %) обстежуваних. З-поміж дітей із хронічним ГН, котрі отримували ГКК в комплексному лікуванні, було виявлено остеопенію у 2 (50,0 %) дітей: II ст. – у 1 (25 %), III ст. – у 1 (25 %), а також остеопороз у 2 (50 %) обстежуваних. У жодного із пацієнтів з хронічним ГН не були виявлені нормальні показники МЩКТ та остеосклероз. Загалом, в обох групах обстежуваних у 18 (64,29 %) дітей було виявлено зміни, характерні для остеопенії різних ступенів тяжкості, а також у 10 (35,71 %) було діагностовано остеопороз.

Аналіз впливу тривалості захворювання на стан мінералізації кісткової тканини показав, що у пацієнтів із хронічним перебігом ГН частіше виражені прояви остеопенії (64,29 %), ніж при гострому ГН (53,85 %). В тому числі при хронічному ГН більш виражені прояви остеопорозу (35,71 %) у порівнянні із гострим ГН (19,23 %). Аналіз змін МЩКТ залежно від гендерної та вікової структури хворих дітей на ГН змін не виявив.

Сарапук Ірина, Максим'як Юлія

**ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ ФІЗІОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ЗДОРОВИХ НЕМОВЛЯТ**

Кафедра педіатрії № 2  
 Науковий керівник: проф. Г.А. Павлишин  
 ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
 імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
 м. Тернопіль, Україна

Адекватне функціонування усіх органів і систем дитячого організму відбувається завдяки збереженню стабільності внутрішнього середовища та збалансованості усіх фізіологічних процесів, серед яких важливу роль відіграють апоптоз, оксидація та метаболізм оксиду азоту.

**Метою** дослідження було визначити взаємозв'язки між показниками апоптичної активності, оксидації та нітросидергічних процесів у здорових немовлят.

Проведено обстеження 23 дітей віком до 1 року без ознак запального та інфекційного процесу. Досліджено показники апоптичної активності нейтрофілів, стан оксидантного й антиоксидантного статусу та нітросидергічної системи.

Між рівнем апоптично змінених нейтрофілів та активністю каспази-3 відмічається прямий зв'язок високої сили ( $R=0,84$ ;  $p<0,01$ ), що підтверджує роль каспази в активації програмованої клітинної загибелі у фізіологічних умовах. Між рівнем генерації АФК та активністю антиоксидантного ферменту каталази існує зворотній зв'язок слабкої сили ( $R=-0,42$ ;  $p<0,01$ ), що вказує на адекватний баланс між прооксидантною та антиоксидантною системами. В системі нітросидергічного метаболізму спостерігається позитивний кореляційний зв'язок ( $R=0,96$ ;  $p<0,01$ ) між вмістом NO-3 та сумарних метаболітів оксиду азоту (NO-2+NO-3), що вказує на вагому частку NO-3, що є менш токсичним, ніж NO-2 за фізіологічних умов. Прямий зв'язок між вмістом NO-2 та його відсотковою часткою характеризує останній, як адекватний показник, що відображає вміст діоксиду азоту в організмі.

У здорових дітей має місце також і міжсистемний зв'язок, а саме позитивний зв'язок слабкої сили ( $R=0,45$ ;  $p<0,01$ ) між супероксиданіон-радикалом та часткою NO-2, що підтверджує значення оксиду азоту, а саме його діоксиду, як одного з важливих складових оксидантної системи. Слабка сила даного зв'язку вказує на малу ймовірність за фізіологічних умов генерації токсичної кількості пероксинітриду, що утворюється при взаємодії даних субстратів.

**Висновок.** Для фізіологічного функціонування дитячого організму необхідним є адекватне забезпечення апоптичної активності, баланс оксидантного та антиоксидантного статусу, нітросидергічної системи, а також відповідна взаєморегуляція даних процесів.

Семенюк Марія

**ВПЛИВ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ НА ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ**

Кафедра педіатрії №1  
 Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.В. Охупкіна  
 Харківський національний медичний університет  
 м. Харків, Україна

Грудне молоко - найкраще природне харчування для немовлят, емоційна та біологічна основа для повноцінного розвитку новонародженого, і один з головних чинників зміцнення здоров'я матері. Тільки материнське молоко може забезпечити малюка всіма необхідними речовинами. Тим не менш, на сьогоднішній день тільки 22 % дітей отримують грудне вигодовування, що безумовно впливає на рівень здоров'я дітей до року.

**Мета:** встановити особливості перебігу гострих респіраторних захворювань у дітей першого року життя в залежності від вигодування дитини.

Проведено аналіз 200 історій хвороб дітей першого року життя та обстежено 50 дітей від 2 місяців до 12 місяців, які перебували на лікуванні в лікарні №17 м. Харкова. Враховували рівень фізичного і нервово-психічного розвитку, захворювання дитини в період новонародженості і дані акушерського анамнезу. Для даного обстеження була розроблена спеціальна анкета.

Аналіз історій хвороб та власних спостережень показав, що 87,6 % дітей, які потребували стаціонарне лікування знаходилися на штучному та 12,4 % немовлят – на грудному вигодуванні.

Аналіз перебігу захворювання показав, що середній термін перебування дитини у стаціонарі складає  $5\pm 1,8$  дні для дітей, які знаходяться на штучному та  $5\pm 0,2$  дні для дітей на грудному вигодуванні. Встановлені достовірні відмінності у тривалості фебрильної температури в залежності від штучного або грудного вигодування дитини ( $3\pm 1,3$  та  $5\pm 0,5$  дні відповідно,  $p<0,05$ ), а також у подальшій тривалості періоду субфебрилітету ( $2\pm 0,85$  та  $3\pm 0,93$  дні відповідно,  $p=0,05$ ).

**Таким чином,** грудне вигодовування для дітей першого року має суттєве значення не тільки у якості чинника формуванні рівня здоров'я, а й у процесі саногенезу організму немовлят при захворюванні.

*Сичик Христина*

**АНАЛІЗ ПОШИРЕНОСТІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ СЕРЕД ДІТЕЙ ЧОРТКІВСЬКОГО РАЙОНУ**

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки педіатричного профілю

Науковий керівник: Ж.О. Добриднева  
Чортківський державний медичний коледж  
м. Чортків, Україна

Проблема анемії у дітей - одна з актуальних проблем охорони здоров'я. Основною причиною виникнення анемії в дитячому віці є дефіцит заліза. Залізодефіцитна анемія (ЗДА) є однією з найпоширеніших анемії, як у дітей, так і в дорослих. За даними педіатрів, у нашій країні від ЗДА страждає більше 60 % дошкільнят і третина школярів. На жаль, ця проблема має тенденцію до зростання.

За результатами досліджень виявлено, що в 2014 році на обліку знаходилось 118 дітей з анеміями, із них - 39 % із ЗДА. В 2015 році – 106 дітей, із них із залізодефіцитною анемією – 44 % дітей.

Тепер детальніше по вікових категоріях. В 2014 р. із 46 дітей, які хворіли ЗДА – 40 дітей віком до 6 років, 6 дітей - від 7 до 14 років. В 2015 р. із 47 дітей, які хворіли ЗДА - 42 дитини віком до 6 років, і лише 5 дітей - від 7 до 14 років.

Проаналізувавши результати дослідження, ми виявили основні причини дефіциту заліза у дітей:

1. Незбалансоване харчування. У 60-75 % дітей у раціоні в надлишку присутні борошняні страви і молоко, вміст заліза в яких невеликий. Нерегулярне вживання м'ясних продуктів і вегетаріанство призводить до нестачі заліза в організмі дитини.
2. Залізодефіцитна анемія у матері під час вагітності. Вроджена анемія дітей, народжених від матерів, у яких під час вагітності була ЗДА різного ступеня важкості, становить 68 %.
3. Недоношеність. Серед недоношених дітей ЗДА діагностували на 1 році життя у 63 % дітей.
4. Раннє штучне і змішане вигодовування. Вивчення цього фактора показало, що 52 % дітей, які страждають анемією, знаходилися або перебувають на штучному вигодовуванні і 30 % - на змішаному.
5. Високий відсоток анемії у швидкозростаючих дітей, темпи зростання яких випереджають загально прийняті стандарти (70 %).

Таким чином, ми дійшли до наступних висновків:

1. Захворюваність залізодефіцитними анеміями зростає.
2. Необхідно дотримуватись принципів протианемічного харчування.
3. Профілактичні заходи спрямовувати на запобігання виникнення анемії.

*Труш Аліна, Прященко Марина*

**ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНИХ ШКОЛЯРІВ**

Кафедра пропедевтики педіатрії №1  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.В. Охупкіна  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

Особливої уваги в наш час заслуговують діти шкільного віку, стан здоров'я яких значно погіршується протягом шкільного навчання.

**Мета роботи:** провести моніторинг рівню соматичного здоров'я школярів на сучасному етапі.

Обстежено 96 дітей 13-16 років які навчаються в загальноосвітніх школах Харківського регіону. Ураховували рівень захворюваності, фізичного розвитку, методом анкетування проведено аналіз найбільш впливових факторів образу життя дитини.

**Аналіз результатів** показав, що 53,1 % дітей хворіють 1 раз на 3 місяця, при чому хлопчики хворіють частіше ніж дівчатка ( $p < 0,05$ ).

Встановлено, що хлопчики на 13,8 % на відміну від дівчаток займаються спортом ( $p < 0,05$ ) та проводять час на свіжому повітрі (60 % дівчаток не більше 1 години). Хлопчики також менше ніж дівчатка знаходяться біля комп'ютеру (2 та 5 годин відповідно,  $p < 0,05$ ).

**Аналіз харчування** школярів показав, що 61,2 % міських хлопчиків щоденно вживають фастфуд, сільські – енергетичні напої. При цьому хлопчики у 3 рази частіше вживають «шкідливі продукти» ніж дівчата.

**Аналіз рівню фізичного розвитку** дітей показав, що відповідний до віку індекс маси тіла (ІМТ) мають 34,1 % дівчаток, і лише 17,3 % хлопчиків. У той час, 50,0 % хлопчиків мають підвищений ІМТ, тоді як у 43,2 % дівчаток - знижений ІМТ ( $p < 0,05$ ).

Окрім того, встановлено, що тютюнопаління серед дівчата у 4,5 рази частіше ніж серед хлопчиків, а вживання алкоголю у 3 рази.

Кореляційний аналіз показав, що найбільш впливовими чинниками формування здоров'я дівчаток є наявність шкідливих звичок ( $r = 0,72$ ) та адинамія ( $r = 0,65$ ), хлопчиків - нераціональне харчування ( $r = 0,69$ ) та підвищення ІМТ ( $r = 0,83$ ).

**Таким чином**, враховуючи ці результати треба цілеспрямовано проводити профілактичні заходи та посилювати санітарно-просвітну роботу у цьому напрямку.

Туницька Олена

**ДІАГНОСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ЖОВЧНОГО МІХУРА ТА СФІНКТЕРА ОДДІ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

Кафедра педіатрії

Науковий керівник: канд. мед. наук П.Є. Мазур  
Кременецьке медичне училище ім. А. Річинського  
м. Кременець, Україна

Діагностика та лікування функціональних розладів жовчного міхура та сфінктера Одді у дітей раннього віку є однією з актуальних питань педіатрії. Згідно даних літератури ФРБТ зустрічається у 12,5 % всіх захворювань жовчовивідних шляхів.

Метою нашого дослідження було своєчасне встановлення діагнозу ФРБТ у дітей різних вікових груп з метою попередження в подальшому розвитку хронічної патології органів травлення.

Нами було проведено аналіз 50 медичних карт амбулаторних хворих віком від 6 міс до 7 років, де методом обстеження було УЗД органів черевної порожнини.

На основі результату додаткового методу обстеження діагноз ФРБТ встановлено: діти до 1 року – 5 (10 %), діти у віці 1-3 роки – 10 (20 %), діти у віці 4-7 років – 35 (70 %).

Висновок. Отже, ці дані свідчать про те, що ФРБТ частіше діагностується у дітей віком від 4 до 7 років, що є запізнлим для подальшої тактики лікування захворювань жовчовивідних шляхів. Враховуючи отримані дані, необхідно звернути увагу на ранню своєчасну діагностику даного захворювання, що дозволить призначити дітям патогенетично обґрунтовану терапію та проводити профілактику функціональних та органічних порушень.

Хабаль Вікторія, Дзюбан Любомир

**СИНДРОМ ЛЕЙНЕРА В ПРАКТИЦІ ПЕДІАТРА**

Кафедра дитячих хвороб

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. М.І. Кінаш  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** В зв'язку з погіршенням економічної та екологічної ситуації в Україні зростає захворюваність на гіпотрофію. За даними різних авторів, поширеність гіпотрофії становить 9,4 - 13,7 %. Однією з причин розвитку гіпотрофії у дітей раннього віку є синдром Лейнера, який, зазвичай, розвивається в період новонародженості, супроводжується генералізованою лімфаденопатією, діареєю, затримкою прибавки маси тіла, дерматозом.

**Мета:** вивчити особливості перебігу синдрому Лейнера в одномісячної дитини з гіпотрофією III ступеня.

**Матеріали і методи.** Під спостереженням перебував хлопчик віком 1 місяць 4 дні, який знаходився на стаціонарному лікуванні в Тернопільській обласній клінічній дитячій лікарні. При поступленні дитина в'яла, шкіра бліда з акроціанозом, суха, дрябла, дефіцит маси тіла 30 %. Крик ослаблений. Сання мляве. Зригування після кожного годування, інколи блювання. Риси обличчя загострені, старечі. На волосистій частині голови "панцир" зі скупчення себореїних лусочок, що розповсюджуються на чоло і повіки, вираз обличчя маскоподібний. На сідницях, промежині, пахах, пахвах, завушних ділянках ерозії, мацерація. На щоках прояви алергічного діатезу. Підшкірно-жирова основа відсутня на всій поверхні тіла, її складка на рівні пупка 0,2 мм. Слизова оболонка ротової порожнини бліда, сухувата, сосочки язика згладжені. Наявна м'язова гіпотонія. Тони серця ослаблені, у всіх точках вислуховується систолічний шум. Живіт запавний, при пальпації печінка на 2,5 см виступає з-під краю реберної дуги. Випорожнення 2-3 рази за добу, рідкі, зеленого забарвлення з домішками слизу.

**Результати.** Після проведеного обстеження в загальному аналізі крові дефіцитна анемія II ступеня, лейкопенія, еозинофілія, лімфопенія, в імунограмі знижений рівень IgA, в копрограмі слабопозитивна реакція на приховану кров, багато слизу, з бактеріологічному дослідженні калу E. Coli 10<sup>3</sup>/г, Klebsiella 10<sup>5</sup>/г. Дитині виставлено діагноз: Постнатальна гіпотрофія III ступеня змішаного генезу період прогресування. Синдром Лейнера. Затримка стато-кінетичного розвитку змішаного генезу. Дисбактеріоз кишечника клебсієльозної етіології.

**Висновок.** Синдром Лейнера рідкісне поліетіологічне захворювання, яке призвело до розвитку постнатальної гіпотрофії у дитини, проявилось різким зниженням підшкірно-жирової клітковини, сухістю шкіри з наявністю вираженого себореїного дерматиту, м'язовою гіпотонією.

Шульгай Анна-Марія

**СУЧАСНІ НАПРЯМИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ЛЯМБЛІОЗУ У ДІТЕЙ**

Кафедра педіатрія

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.М. Шульгай  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Лямбліоз – протозойна кишкова інфекція, що викликається лямбліями. Основний механізм зараження – фекально-оральний, шляхи – водний та побутовий. Інфікованість лямбліями у дитячих колективах сягає 80 %.

Найчастіше для лямбліозу характерні такі клінічні прояви: біль в животі, нудота, біль голови, скрегіт зубами, гіперсалівація, відсутність апетиту, папульозний висип, хейліт, субфебрильна температура, блідість шкіри обличчя, жовті плями на бокових поверхнях живота, «тіні» під очима, сірість носогубного трикутника, «судинні зірочки» на шкірі, пітливість, обкладений жовтою осугою язик, гепатомегалія.

Верифікація збудника проводиться шляхом виявлення цист лямблій в нативному мазку. В загальному аналізі крові може бути помірна анемія, еозинофілія, лейкоцитоз, моноцитоз. Для діагностики лямбліозу широко застосовується серологічне обстеження – виявлення специфічних антитіл IgA, IgG до паразитів.

Дієта включає вживання «сірих» каш, висівок, печених яблук, груш, овочів, журавлини, чорниці, рослинних олій, рясне лужне пиття. Лікування лямбліозу є поетапним. I етап становить 3-5 днів, включає сорбенти, антигістамінні та жовчогінні препарати. II етап триває від 1 до 10 днів, це етап власне анти паразитарного лікування. В якості специфічної терапії застосовують фуразолідон, тінідазол, нифурател, альбендазол. Крім того, продовжують приймати ентеросорбенти та антигістамінні препарати. III етап триває 2-3 тижні та включає призначення жовчогінних фітопрепаратів і фітозборів, ферментних препаратів, пробіотиків, ентеросорбентів. Обов'язковим є повторне обстеження калу на цисти лямблій в кінці лікування, але не раніше, як через 3 тижні.

Akinade Adedoyin Ayomikun

**A CASE OF HEMORRHAGIC VASCULITIS. DIAGNOSIS OF SKIN RASH DURING HEMORRHAGIC VASCULITIS**

Scientific supervisor: Associated professor S.Nykytyuk, MD, PhD  
SHEI «I.Ya. Horbachevskyi Ternopil State Medical University  
of MPH of Ukraine»  
Ternopil, Ukraine

**Introduction**

Hemorrhagic vasculitis, is an immunocomplex disease, manifested on the skin by small hemorrhages in the skin, mucous and serous membranes. Also called Henoch-Schnlein purpura (HSP), it is a systemic vasculitis (inflammation of blood vessels) and is characterized by deposition of immune complexes containing the antibody IgA; the exact cause for this phenomenon is unknown. It mostly affects children, it causes small hemorrhages on the skin of the buttocks, legs and ankles.

**Aim** : To know or estimate diagnosis of hemorrhagic vasculitis as a type of skin disease

**Discussion**

In a recent case study, in the pediatrics hospital of Ternopil city, a patient with purpuric rash on the skin of lower extremities was admitted. As, this is a typical symptom of HSP, other clinical findings should include edema of the feet, periorbital region, abdominal colic, with renal involvement, hematuria, proteinuria, nephritic syndrome may develop in severe cases.

In laboratory findings for the diagnosis of this disease, serum IgA is elevated, blood coagulation studies are normal, platelet count, platelet function test, and bleeding time are usually normal. In cases when it occurs due to upper respiratory tract infection, antistreptolizin-o titer is elevated, and the throat culture positive for group A beta-hemolytic streptococcus. In severe cases, CBC reveals normochromic, normocytic anemia; renal involvement hematuria, proteinuria are revealed, leukocytosis and thrombocytosis. Skin biopsy tests can also be done.

For treatment; analgesics are mostly used, corticosteroids therapy may provide symptomatic relief for severe gastrointestinal or joint manifestation, penicillin in case of upper respiratory tract infection.

**Conclusion:**

Overall, the prognosis is good in most patients, with one study showing recovery occurring in 94 % and 89 % of children and adults, respectively (some having needed treatment). In children under ten, the condition recurs in about a third of all cases and usually within the first four months after the initial attack. Recurrence is more common in older children and adults.



*Amash Anastasiia*

**THE ROLE OF CHROMIUM IN THE DEVELOPMENT OF ALLERGIES IN CHILDRENS OF KHARKIV**

Department of Pediatrics

Scientific Supervisor: prof. Frolova T.V., MD, PhD, DSc

Kharkiv National Medical University

Kharkiv, Ukraine

According to the WHO, allergic diseases in most developed countries are among the common diseases. One of the main reasons for the increasing incidence of this disease are the conditions of modern life, which change the reactivity of the organism.

The aim of the study - assessment of the mineral profile of infants by the spectrogram of hair.

We examined macro- and microelement profile of 50 children in age of 5 months of Kharkiv by the spectrogram of hair. According to the survey, we found that 16 % of children with allergic diseases have raised the level of chromium in the hair. All the children were at different types of feeding (chest, mixed, artificial), and living in different parts of the city. The 10 % of children with allergies have a reduction of zinc.

It is known, that an excess of chromium ulcerated, mucosal and arise inflammatory diseases, allergies, eczema, dermatitis, asthma, nervous disorders, increased risk of cancer. When a shortage of iron and zinc, chromium is absorbed from the environment more actively.

Thus, it can be assumed that chromium is one of the risk factors of allergies in children and can be corrected by the selection of the individual power supply circuits.

*Ayodele Moses Oke*

**PERSONAL STORY - ACUTE PROMYELOCYTIC LEUKAEMIA PATIENT**

Department of microbiology, virology and immunology

Scientific supervisor: Assoc. Prof. N. Yu. Luchyshyn

SHEI «I.Ya. Horbachevskiy Ternopil State Medical University

of MPH of Ukraine»

Ternopil, Ukraine

Leukaemia is the most commonly diagnosed cancer in children, accounting for about 30 % of all cases. Acute promyelocytic leukemia belongs to the group of myeloid neoplasias. It is of rare disease and comprises approximately 1 % of all patients with newly diagnosed acute leukemia. The average age of diagnosis is 8 to 10 years. There are no specific symptoms of acute promyelocytic leukaemia and the condition can be confused with other common illnesses. In general acute promyelocytic leukaemia develops very quickly and the symptoms appear over a matter of days or weeks. Early diagnosis and treatment is important because patients with acute promyelocytic leukaemia can develop serious blood-clotting or bleeding problems.

13-y.o girl was hospitalized in hematological department with severe anemia, unknown etiology. Prominent signs of disease were paleness, few bruises on legs, and tiredness. Arthritis and acute follicular tonsillitis symptoms were known to have appeared two months prior to the development of the disease. She got treatment for these diseases which was not effective. Enlargement of lymph nodes, spleen and liver were not detected. But complete blood cell count, bone-marrow aspirate including cytology, cytochemistry, immunophenotyping revealed she had acute promyelocytic leukemia. She began intensive treatment immediately according to protocol, induction therapy was performed. She responded positively to treatment, though she had adverse reactions from the chemotherapy.

Leukemia treatment on early detection, like most other diseases, yields a favorable prognosis. Improving the awareness of leukemia aids in making opportunistic diagnosis and prompt patient's treatment.

*Lukasz Milczewski, Skupski Damian*

**HYDROCEPHALUS AND CONGENITAL DISEASES OF THE INFANTS**

Scientific supervisor: Associated professor S.Nykytyuk, MD, PhD  
SHEI «I.Ya. Horbachevskyi Ternopil State Medical University  
of MPH of Ukraine»  
Ternopil, Ukraine

Hydrocephalus - also known as "water on the brain", is a most frequently congenital or acquired illness of infants. Cerebro-spinal fluid which is precisely this "water on the brain" is a very important and interesting topic.

First of all this fluid protect nervous tissue of brain and spinal cord against mechanical injuries and brain ischemia. The second main function of cerebro-spinal fluid is equalization of intracranial pressure. The normal content of CSF is 135-150 ml. Depend from pathologies of overproduction of CSF, incorrect reabsorption or block of CSF flow, which is caused by tumours, develop hydrocephalus. Hydrocephalus itself is a danger condition, in which abnormal accumulation of cerebro-spinal fluid in ventricles, cavities and subarachnoid space causing increased intracranial pressure. It is a serious condition from which edema of the brain can develop and conse death. Sources of the congenital hydrocephalus are unknown. Acquired problem originate from intracranial bleeding, presence of tumours and damage of brain tissue. Apparently the hydrocephalus occurs together with spina bifida.

The problem of our study is a present case of hydrocephalus and spina bifida at a 7 months old child hospitalized in paediatric hospital in Ternopil.

Our issue: The child suffers from spina bifida and hydrocephalus. The conditions are severe. Child does not have a frontal bone, the brain structure is pushed beyond cranium. These problems are present from the childs birth. It has detailed computed tomography of the head to determine the degree of illness. Healthy progress of condition of this child is not to be expected. Surgeons can not interpose into the brain currently, because child suffers from abscess of the brain and meningitis. Furthermore, it suffers from pneumonia. According to the formula of head circumference normal value for 7 month child is a 43.5 cm. The child has 54 cm.

Conclusion: Hydrocephalus development are still unknown. The most likely probably reason is a deficiency of folic acid in diet of pregnant mother. The second reason of this can be congenital stenosis of the cerebral aqueduct. Hydrocephalus treatment is surgical.

*Obiukwu Jessica, Obiaga Esther, Sydorenko Oksana*

**A STUDY ON THE TYPE, CAUSES, PREVENTION, PREVALENCE AND TREATMENT OF CONGENITAL ANOMALIES IN NIGERIA**

Department of emergency medicine  
Scientific supervisor; Oksana Sydorenko  
SHEI «I.Ya. Horbachevskyi Ternopil State Medical University  
of MPH of Ukraine»  
Ternopil, Ukraine

Background of study: The lack of proper prenatal care or proper testing and knowledge makes children vulnerable to congenital anomalies and also their parents have to also carry the burden probably for the rest of their lives. Prenatal care is an important aspect of expecting mothers, if they have important information and knowledge they need that would enable they to avoid congenital anomalies and if by chance they were not able to avoid it, they would acquire knowledge on how to manage their kids.

Aim of study: This study was conducted to determine pattern and frequency of congenital anomaly in Lagos state Nigeria also aimed at programming a better health care delivery system and help in teaching and prevention of congenital anomalies in infants.

Methods of study: This was conducted among parent with children who have anomalies and without to know their knowledge on ways of prevention. This descriptive study shows the amount and pattern of distribution of congenital anomaly, a total of 30 questionnaires were collected and analyzed.

Results: out of 30 respondents 5 had the knowledge of ways of prevention, 25 had no knowledge and among this 25 people 10 of them have children with congenital anomaly that affected different body systems with the highest occurring being the anomaly of the gastrointestinal system.

Conclusion: this study shows a high prevalence in congenital anomalies occurring in the gastrointestinal system and based on this findings more knowledge should be given to parents during antenatal care to know what to avoid, what not to avoid during pregnancy and also to teach fathers specifically what to do before they meet their wives before and during their pregnancies and also encourage them to go for medical test before childbearing to know if there are problems with their genes in order to know how to avoid transferring such to their children.

*Tahir Imran*

**CLINICAL COURSE OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS IN CHILDREN**

Scientific supervisor:., Associated professor S.Nykytyuk PhD MD,  
SHEI «I.Ya. Horbachevskyi Ternopil State Medical University  
of MPH of Ukraine»  
Ternopil, Ukraine

Infectious mononucleosis (IM) is a clinical syndrome that is most commonly associated with primary Epstein-Barr virus (EBV) infection. IM may present as a mild infectious illness of young children, but in young adults primary EBV infection can cause a type of IM known as the Pfeiffer's Drusenfieber (glandular fever) or "kissing disease". A variety of symptoms, such as upper respiratory tract infection, otitis media, abdominal complaints, hepatitis, and enlargement of the cervical lymph nodes, tonsillitis and/or pharyngitis, and moderate to high fever may be observed. According to WHO, every year the virus contaminates 16 to 800 people at 100 thousand populations, in more than 50 % of children during the first 10 years of life and in 80-90 % of adults the specific antibodies to the virus are revealed as a marker of infection.

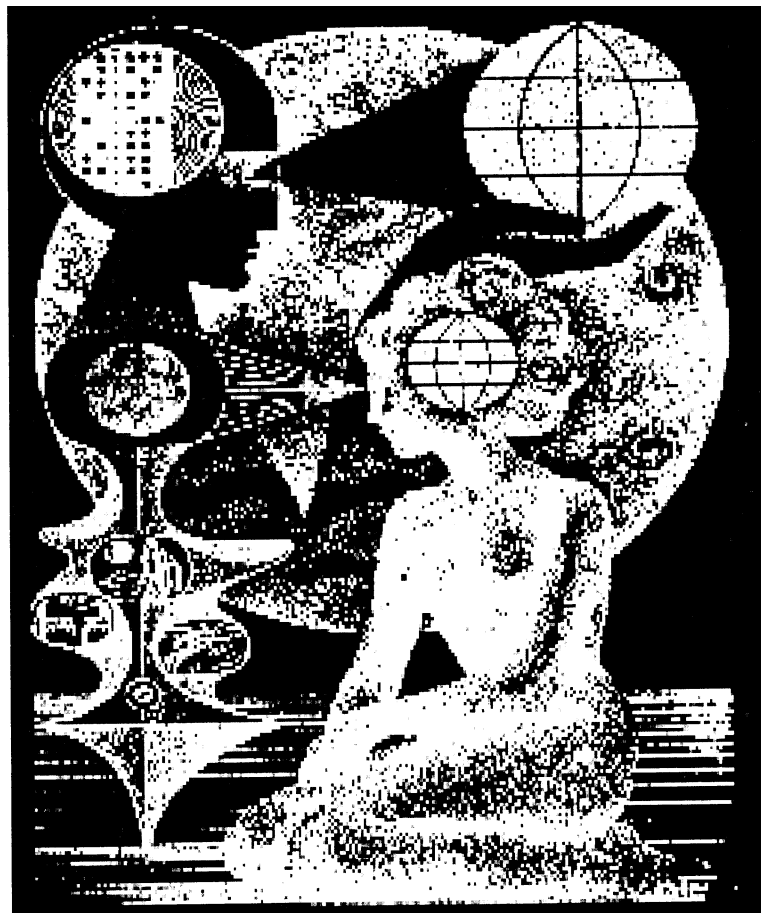
The aim of our study is to present a case of IM in a 2 years old child hospitalized in Ternopil regional hospital.

Discussion. The child gets sick acutely with enlargement of left cervical lymph nodes, low-grade fever, catarrhal signs and pain and swallowing of the left parotid gland. From past history: the child experienced left-sided sialadenitis 3 month ago. In the hospital on the objective examination the left-sided sialadenitis, intoxication syndrome, and lymphadenopathy were diagnosed, and immunological methods had revealed EBV capsid antigens in his blood, Ig M at 0,3 (0.8 negative, more than 1.1 - positive), Ig G > 8.0 (0.8 negative, more than 1.1 - positive). That is the sign of chronicity of infection.

Conclusion. Knowledge of the EBV life cycle is important to better understand clinical symptoms and EBV diagnostics. Patients with EBV infection who present clinically with infectious mononucleosis invariably experience accompanying fatigue. Fatigue may be profound initially but usually resolves within 3 months. Some patients experience prolonged fatigue and, after initial recovery, enter a state of prolonged fatigue without the features of infectious mononucleosis.



# Секція: Неврологія та психіатрія





*Андрійчук О., Кароль Д., Турчанська Н.*

## **ІНФЕКЦІЙНО-ТОКСИЧНА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ НА ГРУНТІ ПРАВЦЯ У НЕ ЩЕПЛЕНОЇ ДИТИНИ**

Кафедра неврології та психіатрії

Науковий керівник: проф. М.І. Пітик

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

м. Івано-Франківськ, Україна

**Актуальність:** правець (tetanus) – тяжке інфекційне захворювання, поширене у багатьох країнах світу. Правець в Україні і сьогодні залишається значною медичною та соціальною проблемою, оскільки посідає за летальністю четверте місце після СНІДу та сказу. У середньому в Україні за останні 5 років летальність від правця перевищує 60 %, що певною мірою зумовлено порушеннями в проведенні як планової активної, так і активно-пасивної імунізації.

**Мета.** Вивчити клінічний перебіг правця який розвинувся на ґрунті стороннього тіла носового ходу із гострою хімічною перфорацією носової перегородки та його кінцеві результати, психоневрологічний стан не щепленого хворого на етапі ураження правцем

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено ретроспективне дослідження одиночного випадку правця що виник на ґрунті стороннього тіла носового ходу із гострою хімічною перфорацією носової перегородки у не щепленої дитини, яка перебувала на стаціонарному лікуванні у неврологічному відділенні Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні. Методи дослідження включали клінічні і біохімічні аналізи сечі та крові, КТ головного мозку, люмбальну пункцію, аналіз ліквору, бронхоскопію, рентгенографічне дослідження.

**Результати:** випадок правця у не щепленої дитини на базі Івано-Франківської обласної дитячої лікарні. З анамнезу вдалося з'ясувати, що за 2 тижні до початку захворювання батьки зверталися на приймальний покій обласної дитячої лікарні з приводу стороннього тіла носового ходу, яке було видалено. Ним виявився побутовий гальванічний елемент округлої форми діаметром 5-7мм. Профілактичні щеплення дитині не проводились у зв'язку з відмовою батьків. В неврологічному статусі виявлено: очні щілини  $D \leq C$ , зіниці  $D = C$ , легкий птоз справа, тризм, дисфагія. Загальна м'язова гіпотонія. Сухожильні рефлекси торпідні. Симптом Бабінського з двох сторін. Періодичні тонічні судоми без втрати свідомості. Менінгеальні знаки відсутні. Протягом наступної доби стан дитини погіршувався за рахунок потьмарення свідомості, наростання явищ дихальної недостатності, токсичного ураження нирок. КТ головного мозку – об'ємних утворень, вогнищевих змін в головному мозку не виявлено. Аналіз ліквору від 6.04.12 – безколірний, прозорий, білок 0,099 г/л, реакція Панді (-), цитоз 8/3, хлориди 125 ммоль/л, цукор 2,7 ммоль/л. Хлопчик протягом місяця перебував у відділенні інтенсивної терапії, стан залишався тяжким за рахунок розвитку гострої інфекційно-токсичної енцефалопатії з вираженою дихальною недостатністю. Надалі після стабілізації стану дитина переведена для подальшого лікування у відділення для дітей з ураженням ЦНС. Заключний діагноз: Правець, генералізована форма. Інфекційно-токсична енцефалопатія, епілептичний синдром, сенсомоторна афазія, ехोलалія, період відновлення мовлення, когнітивні розлади легкого ступеню. Двобічна вогнищева пневмонія, ускладнена гнійно-легеневим синдромом. Гострий перебіг. ДН 0-I ст. Трахеостомія.

**Висновок.** Після проведеного лікування хлопчик перебуває на диспансерному спостереженні у невролога з приводу симптоматичної епілепсії з поліморфними (генералізовані тоніко-клонічні, прості парціальні моторні) випадками і епіеквівалентами на ЕЕГ, із зниженням когнітивних функцій та змінами емоційно-вольової сфери; постійно отримує протиепілептичну терапію, завдяки чому досягнуто часткового контролю над випадками.

*Бабенко Наталія*

**ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ, ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА ПРИ ПЕРЕЖИВАННЯХ НОСТАЛЬГІЇ**

Кафедра неврології та психіатрії  
Науковий керівник: доц. В.А. Пахмурний  
Одеський національний медичний університет  
м.Одеса, Україна

Кожна п'ята людина у світі, спираючись на дані ВООЗ, страждає на психічний розлад. Більшість із них відносяться до мультифакторіальних захворювань, де суттєву роль відіграють соціальне оточення та самоусвідомлення індивідууму у ньому. Людина, перебуваючи в умовах іміграції, знаходиться під безпосереднім впливом чужої культури, мови та ідеології, через що потрапляє до групи ризику щодо формування неврозу, розладу адаптації та соматоформного розладу. З метою оцінки стану психічного здоров'я студентів-імігрантів використано піктограму. Цей метод дає можливість оцінити як стан пам'яті, так і особливості мислення, та тест інверсії емоційного відбиття (ТІЕВ), який вказує на глибину можливої дезадаптації. Для дослідження було набрано групу з 20 студентів міжнародного факультету ОНМедУ (основна група) та 20 студентів з України. Виділено специфічні особливості фактору стандарту та оригінальності, конкретності та абстрактності, а також адекватності образів, які застосовувались дослідженими для запам'ятовування слів-стимулів. В основній групі часто асоціації носили релігійний характер, який логічно не мав прямого відношення до стимульного матеріалу. Переважали атрибутивні піктографічні символи, що відбивали як особистісний життєвий досвід, так і ностальгічні переживання досліджуваних. Характерним було також використання графічних образів перешкоди. Після співставлення результатів контрольної та основної груп з показниками ТІЕВ було виділено наступну закономірність: чим вища дезадаптація у іноземного студента, тим значніші відхилення у піктографічних образах спостерігалися. Щодо допомоги студентам з відповідними маркерами соціально-психологічної дезадаптації, вона носила переважно паліативний характер. Диференціювання відбувалось по групах залежно від інтересів конкретного студента. Переважно це було відвідування молитовних заходів, гуртків з поглибленим вивченням рідної культури при молитовному центрі тощо.

*Білецька Катерина*

**ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ДУХОВНІ АСПЕКТИ ДОПОМОГИ НЕВИЛІКОВНО ХВОРИМ**

Кафедра філософії та економіки  
Науковий керівник: канд. мед. наук з держ. упр. Г.Т. Терешкевич  
Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького  
м.Львів, Україна

**Актуальність.** Впродовж останніх десятиліть в Україні швидкими темпами зростає кількість невиліковно хворих, інвалідів, пацієнтів похилого віку та дітей з обмеженим прогнозом життя. Встановлення невиліковного діагнозу для людини стає складним випробуванням та спричиняє ряд психологічних реакцій, що можуть трансформуватися у важкі психічні розлади. Саме тому важливо надавати смертельно хворим психологічну та духовну підтримку.

**Мета.** Наголосити на необхідності психологічної та духовної допомоги інкурабельним пацієнтам.

**Матеріали і методи.** Аналітичний, феноменологічний.

**Результати.** Особа, котра зіткнулася із невиліковним захворюванням, досить часто переживає низку страхів, зокрема страх смерті, страх стати обузою для своїх рідних, безпорадності, очікування наростання болю та ін. Психологічні особливості інкурабельних пацієнтів описані, зокрема, у праці Елізабет Кублер-Рос «Про смерть і вмирання». У ній авторка виділяє 5 етапів пристосування, котрі переживають хворі після діагностування їхнього невиліковного захворювання. Це заперечення, гнів, торгівля, депресія та прийняття. Також варто зазначити, що напередодні смерті кожна людина ставить перед собою питання сенсу свого життя, віри, існування Бога, можливості продовження життя після смерті та ін. На ці питання не можливо відповісти, вдаючись лише до психології, вони потребують звертання до релігії. Адже віра в Бога і надія на вічне життя може бути найбільшою допомогою для вмираючого.

**Висновки.** Підсумовуючи, варто сказати, що у зв'язку зі зростаючою динамікою кількості невиліковно хворих у нашій країні та специфікою пережиття інкурабельними пацієнтами свого стану, є необхідність не лише у фаховій медичній допомозі, але й у психологічній та духовній підтримці.



*Білоус Володимир*

**ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ “РИСПОЛЕПТ КОНСТА” ТА ПЕРОРАЛЬНОЇ ФОРМИ РИСПОЛЕПТУ**

Кафедра неврології та психіатрії

Науковий керівник: канд. мед. наук О.П. Венгер

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

м.Тернопіль, Україна

Найбільш поширеною причиною неефективності лікування у пацієнтів з шизофренією є недотримання режиму прийому пероральних препаратів. Ця проблема є потенційно поправимою завдяки використанню ін'єкційних депонованих форм атипсихотичних препаратів

Забезпечивши стійкий рівень препарату в крові, тривало діючий ін'єкційний препарат може поліпшити контроль симптомів шизофренії і знизити частоту рецидивів і госпіталізацій.

Нами було проведено порівняльне дослідження ефективності застосування перорального рисперидону та його інекційної депо-форми з періодом спостереження 6 місяців.

Було досліджено 20 пацієнтів старше 18 років, які мають діагноз шизофренія, що було підтверджено за допомогою шкали MINI.

Пацієнти були розділені на 2 групи. 10 пацієнтів отримували препарат “Рисполепт Конста” в дозуванні 25-50 мг 1 раз на 2 тижні, 10 пацієнтів отримували препарат “Рисполепт” в таблетках 2-4 мг на добу.

Стан пацієнта оцінювався 1 раз на місяць. шкала CGI використовувалася для оцінки глобального стану психічного здоров'я пацієнта і змін порівняно з вихідним рівнем

Симптоми шизофренії вимірювались за допомогою шкали оцінювання позитивних і негативних симптомів PANSS.

Неврологічні побічні ефекти були виміряні з використанням трьох шкал AIMS, BARS, SAS.

Середній сумарний рейтинг балів за PANSS істотно знизився у пацієнтів, які отримували пролонгований рисперидон (від 93 до 88 балів). Найбільша редукція у пацієнтів, що отримували рисперидон-пролонг спостерігалася в пунктах тривога / депресія, дезорганізація мислення, і в цілому по підшкалам негативних і позитивних симптомів. До закінчення дослідження оцінка по CGI у 60 % хворих, які отримували пролонгований рисперидон, мала розмірність тільки від 2 до 3, при цьому 50 % випадків з групи перорального рисперидону отримали до закінчення курсу лікування оцінку по CGI-S в межах від 4 до 5 балів.

Побічні ефекти, що пов'язані з екстрапірамідної симптоматикою, відзначалися у 20 % пацієнтів, які отримували пероральний препарат, і у 10 % пацієнтів, які отримували пролонгований рисперидон; вираженість екстрапірамідних симптомів була легкою на старті і в кінці дослідження в обох групах. Середня прибавка ваги була несуттєвою: 0,5 кг, в групі з використанням доз інекційного препарату та 0,6 кг з використанням перорального препарату відповідно.

Частота повторних госпіталізацій у наших пацієнтів склала 10 % в кожній із груп.

Дослідження пролонгованої форми рисполепта означає нові можливості для оптимізації стаціонарної та постгоспітальної терапії шизофренії. Звичайно, багато встановлених даних при вивченні цього препарату в психіатричній практиці вимагають перевірки та уточнення, але ряд результатів, вже встановлених до теперішнього часу, дає підставу вважати Рисполепт конста ефективним і безпечним психотропним засобом для терапії шизофренії та ресоціалізації хворих в постгоспітальному періоді.

*Боженко Мирослав, Панчишин Ольга*

**МІОТОНІЧНА ДИСТРОФІЯ КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ І ДІАГНОСТИКА**

Кафедра неврології та психіатрії

Науковий керівник: канд. мед. наук., доц. Н.Л. Боженко

Львівський національний медичний університет

імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

Актуальність: Міотонічна дистрофія - це найпоширеніший тип м'язової дистрофії у дорослих. Захворювання зазвичай не обмежується ураженням скелетних м'язів, а є, мультисистемним, зі змінами в підшлунковій залозі, гонадах, щитовидній залозі, міокарді і головному мозку. Захворювання передається у спадок аутосомно-домінантним шляхом. Дефектний ген локалізований у хромосомі 19 (19q 13.2-13.3), і в нормі кодує міотонін-протеїн - фермент, що зустрічається в різних тканинах і відповідає за процес фосфорилування білків. Генералізацію захворювання пояснюють широкою представленістю ферменту в клітинах. На молекулярному рівні дефект гена характеризується експансією триплетів (ампліфікацією повторення триплетів) гуанін-цітозінтімін. Оскільки на базі центру рухових розладів концентрується дана рідкісна патологія ми вирішили виділити клінічні особливості у даної когорти хворих та націлити колеґ на виявлення таких пацієнтів.

Мета: Скринінг пацієнтів з міотонічною дистрофією , визначення клінічних особливостей та можливостей діагностики даного захворювання.

Матеріали та методи: Проведена робота ґрунтується на даних обстеження 6 пацієнтів неврологічного відділення Львівської обласної клінічної лікарні (ЛОКЛ) та амбулаторних хворих з діагнозом міотонічна дистрофія. З них обстежено 4 жінки та 2 чоловіків у віці від 23 до 39 років. Пацієнтам проводили неврологічний огляд, консультування в офтальмолога, кардіолога , ортопеда, ЕНМГ ,ЕХО-КГ, лабораторні дослідження. Важливе значення надано ретельному збору анамнезу.

Результати: У ході даного дослідження виявлено, що у пацієнтів з міотонічною дистрофією часто в амбулаторній картці фігурують інші діагнози: радикулопатія, остеохондроз, кардіоміопатія, катаракта, які насправді є лише частиною клінічної картини, а не остаточним діагнозом. В клінічній картині даної когорти хворих ми виявили : нездатність розігнути пальці руки після потиску і формуванням м'язового валика при перкусії (100 %) , атрофію м'язів кистей і стоп (100 %). З анамнезу виявлено: слабкість починалася з дистальних відділів кінцівок і в процесі прогресування захворювання поширилася на проксимальні ділянки. Виявлено характерні фенотипічні особливості: видовжене і витончене лице з опущеними повіками і кутиками рота і провисанням нижньої половини обличчя, облісіння (50 %), катаракта (33,4 %) і атрофія яєчок (16,7 %). При голчастій нейроміографії (ЕМГ) наявні спалахи потенціалів дії, викликані введенням електрода, що є характерним для міотонічної дистрофії . За лабораторними дослідженнями виявлено гіпотироз у 16,7 %, інсулінорезистентність і діабет (16,7 %), підвищення КФК-у 100 %. У 50 % розвинулася раптова аритмія, у 16,7 % — повна атріовентрикулярна блокада, у 16,7 % випадків — синоатріальна блокада, у 16,7 % випадках — передсердна, а у 33,4 % випадках — шлуночкова тахіаритмія.

Висновки: . 1. Міотонічна дистрофія рідкісне захворювання і становить незначну частину в популяції , але ознайомленість з нею є необхідною для вчасного виявлення і якісного лікування даної патології

2. Для діагностики необхідно застосовувати: ЕНМГ, ЕКГ рівень КФК в крові .

3. При підозрі на міотонічну дистрофію необхідно проконсультувати таких хворих у кардіолога , окуліста та ендокринолога, оскільки хвороба має мультисистемний характер.

4. Своєчасна діагностика та правильно підібране лікування дозволяють значно зменшити страждання та покращити якість життя даного контингенту хворих.

*Бударна О., Наумець Н.*

### **ОЦІНКА КОГНІТИВНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ**

Кафедра неврології та психіатрії  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.Ю. Бударна  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Розсіяний склероз (РС) – найпоширеніше автоімунне, демієлінізуюче, нейродегенеративне захворювання, дебют якого відбувається в молодому, інколи підлітковому віці. Прогресуючі когнітивні порушення (КП) є одним із облігатних синдромів захворювання. Вони включають у себе зниження вербальної та невербальної пам'яті, уваги, порушення виконавчих функцій, зокрема планування, вирішення проблем, зниження швидкості обробки інформації, порушення мови, абстрактного мислення. Такі порушення класифікують, як субкортикальну деменцію. Рання діагностика КП з метою їх медикаментозної корекції спрямовані на покращення якості життя та усунення соціальної дезадаптації хворих на РС.

Комплексне неврологічне та нейропсихологічне обстеження було проведене 28 пацієнтам із клінічно-достовірним РС. Серед них було 15 жінок та 13 чоловіків віком від 19 до 47 років із тривалістю захворювання від 2 до 26 років. Більшість хворих (17) мали вищу освіту, 3 – незакінчену вищу, 8 – середню спеціальну. У 19 хворих діагностований ремітуюче - релапсуючий перебіг РС, у 6 – вторинно – прогресуючий, у 3 – первинно - прогресуючий. Стадія загострення відмічалась у 16 осіб. Ступінь інвалідизації за шкалою EDSS 2.5–4.0 бали встановлено у 12 пацієнтів, 4.5-6.5 – у 16. Когнітивну дисфункцію оцінювали за шкалою MoCA, що включає дослідження уваги, концентрації, виконавчих функцій, пам'яті, зорово-конструктивних навичок, абстрактного мислення, рахунку, орієнтації

За результатами проведеного дослідження нами виявлено наступне: у 16 (57.1 %) обстежуваних діагностовані КП різного ступеня (< 26 за шкалою MoCA), серед них переважали хворі із ступенем інвалідизації 4.5 і більше (73 %). У 12 (42.9 %) – розладів у когнітивній сфері не було. В структурі когнітивної дисфункції переважали розлади уваги, концентрації, пам'яті, зорово-конструктивних навичок, абстрактного мислення.

Таким чином, когнітивні порушення, виявлені нами у більшості обстежуваних хворих, є одним із синдромів РС, мають прогресуючий характер (наростають із поглибленням інвалідизації), призводять до соціальної дезадаптації та зниження якості життя пацієнтів. Своєчасне призначення адекватної медикаментозної та немедикаментозної корекції дозволить підтримувати когнітивний рівень хворих на РС, мінімізувати симптоми ураження пізнавальної сфери та значно покращити якість життя пацієнтів.

*Гвоздецька Юлія*

### **ДО ОЦІНКИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ПОРТРЕТУ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ**

Кафедра неврології та психіатрії  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. М.І. Пітик  
Запорізький державний медичний університет  
м. Івано-Франківськ, Україна

Метою роботи було дослідження акцентуацій особистості матерів дітей, хворих на церебральний параліч для оцінки наявності у них проявів нервово-психічної нестійкості.

Матеріали і методи дослідження: Було використано характерологічний опитувальник К.Леонгарда, теоретичною основою якого є концепція акцентуації. Було проведено тестування 56 матерів, котрі перебували по догляду за дітьми з церебральним паралічем у відділенні реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи та опорно-рухового апарату Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні.

Результати: Виявлений у більшості обстежених матерів емотивний тип акцентуації характеру визначався такими типовими проявами як глибока емоційність реагування, тривожність, боязкість. Вони проявляли підвищену вразливість, плаксивість, надмірно серйозне ставлення до будь-яких життєвих подій, схильність уникати конфліктів і конфронтацій, перенесення образу „у собі”. Яскраво вираженими рисами їхнього характеру були гуманність, співчуття, м'якосердність, схильність до самопожертви.

Висновок: Отримані дані про характерологічні акцентуації у матерів дітей з церебральним паралічем свідчать про значне домінування емотивного типу акцентуації і вказують на необхідність проведення перманентної психокорекційної роботи в сім'ях таких пацієнтів, що забезпечуватиме хворим дітям більш якісну комплексну медико-соціальну реабілітацію та значне покращення якості життя їхніх родин в цілому. Розуміння батьками власних характерологічних особливостей, рівня тривожності сприятиме більш реалістичному сприйняттю ситуації, розвитку здатності до самоспостереження і внаслідок цього – раціональному використанню власних психологічних ресурсів, спрямованих на формування високої психологічної культури в реабілітаційному просторі дітей з обмеженими можливостями.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Дінков Анна-Мішель, Мілевська-Вовчук Любов, Вовчук Віктор*

### **ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ДАНИХ ЕЛЕКТРОНЕЙРОМІОГРАФІЇ ПРИ ХРОНІЧНІЙ АЛКОГОЛЬНІЙ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ**

Кафедра неврології та психіатрії  
Науковий керівник: канд. мед. наук, Л.С. Мілевська-Вовчук  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Проблема хронічної алкогольної інтоксикації (ХАІ) на сьогодні є беззаперечно однією з найактуальніших у медицині загалом та неврології зокрема.

Метою нашого дослідження було оцінити діагностичну цінність даних електронейроміографії (ЕНМГ) для оптимізації лікувальної тактики у хворих з неврологічними проявами ХАІ. У роботі використовували апарат MG 440 фірми Medicor. Методологія аналізу результатів базувалася на обчисленні коефіцієнту відхилення (Квід) основних показників.

Нами проаналізовано 30 карт стаціонарного хворого (чоловіки віком від 26 до 65 років). Залежно від термінів зловживання усіх пацієнтів було розділено на три групи.

У 60 % чоловіків із терміном зловживання 5–10 років стан периферійного нейромоторного апарату не виходив за межі нейрофізіологічної норми, у 40 % хворих спостерігалися помірні (Квід в межах 20 %) порушення.

У групі хворих, з терміном зловживання 10–15 років, у 50 % пацієнтів виявлено помірні (Квід в межах 20 %), та в 50 % - виражені (Квід понад 20 %) порушення.

У 70 % чоловіків, що зловживали алкогольними напоями понад 15 років діагностовано значні (Квід понад 20 %) порушення периферійного нейромоторного апарату, що проявлялися окрім зазначених змін, спонтанною активністю м'язевих волокон.

Таким чином дані ЕНМГ у перших двох досліджуваних групах вказують на розвиток первинно аксональної дегенерації за умови зловживання алкоголем до 15 років. Наявність ознак денервації у групі, де термін зловживання становив понад 15 років, свідчить про залучення у патологічний процес осьового циліндра з явищами вторинної демієлінізації, та вимагає адекватного патогенетичного підходу у лікувальній тактиці.

*Заславська Надія, Горева Світлана*

### **ДОСЛІДЖЕННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МЕРЕЖІ ІНТЕРНЕТ СЕРЕД МОЛОДІ**

Кафедра неврології та психіатрії  
Науковий керівник: зав. каф. СДЗМП, д-р.мед.наук., проф. К.В. Аймедов  
Одеський національний медичний університет  
м. Одеса, Україна

На сучасному етапі розвитку інформаційних технологій, залежність від Інтернету стає все більш актуальною, тому метою проведеної роботи було дослідження розповсюдженості цієї залежності серед молоді.

Нами використано «Тест для виявлення розладів, пов'язаних із захопленням Інтернетом (окрім ігор) INTERNET-UDIT (версія самозвіт)» та проведене усне опитування серед студентів ОНМедУ, віком від 17 до 20 років.

Обстежено 25 осіб: 13 хлопців (52 %) та 12 дівчин (48 %). За даними опитування: всі респонденти мають різний ступень захопленості Інтернетом (від 7 до 32 балів, нагадаємо, що за умовами тесту, результати більш 20 балів вважаються хворобою залежності). Нами з опитаними проведено співбесіду, під час якої надано інформацію про небезпечність надмірної захопленості «віртуальною мережею», а для 6 осіб (24 %, хто мав бали відповідаючи стану – залежність від патологічної діяльності) рекомендовано звернутись по професійну допомогу до психолога або психотерапевта. З досліджених – 44 % студентів використають більшість часу у соціальних мережах; 26% грають у комп'ютерні ігри; 12 % дивляться фільми; 6 % – «закачують» програми для вдосконалення комп'ютеру; 4 % – читають електронні книги, 4 % – здійснюють Інтернет-покупки; і 3 % – шукають інформацію для навчання в університеті та саморозвитку.

Спираючись на результати даного дослідження, можливо відмітити зростання та поширення зацікавленості Інтернетом та комп'ютерними пристроями серед молоді, що вимагає у свою чергу побудови системи профілактики та контролю використання Інтернет-мережі для попередження виникнення хворобливої пристрасті й це є метою нашої подальшої науково-практичної роботи.

*Дубинецька Вікторія*

**ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВУ ТРАВМУ**

Кафедра неврології та психіатрії

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.І. Шкробот.  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність теми.** Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є однією з найбільш поширених причин смертності і стійкої втрати працездатності. Кожного року на 2 % зростає кількість хворих з травматичним ураженням головного мозку. Ускладнення ЧМТ у 20 % випадків є причиною інвалідності, а у 47 % - приводять до зниження працездатності.

**Мета дослідження.** Вивчення якості життя (ЯЖ) пацієнтів, які перенесли ЧМТ.

**Матеріали та методи.** Обстежено 20 пацієнтів віком від 21 до 58 років. Чоловіків було – 17 (85 %), жінок – 3 (15 %). Використовували такі методи обстеження: загальноклінічний, клініко-неврологічний, нейрофізіологічний (ЕЕГ), рентгенологічний (рентгенографія черепа), нейровізуалізаційний (КТ, МРТ). Ступінь когнітивних порушень визначали за шкалою MMSE, а оцінку ЯЖ – за шкалою SF-36. Струс головного мозку діагностовано у 3 (15 %) хворих, забій легкого ступеня – у 3 (15 %), забій середнього ступеня – у 8 (40 %), забій важкого ступеня – у 3 (15 %), здавлення субдуральною гематомою – у 4 (20 %), епідуральною гематомою – у 3 (15 %). Закрита ЧМТ була у 16 (80 %), відкрита проникаюча – у 4 (20 %), перелом склепіння та основи черепа – у 6 (30 %), комбінована – у 2 (10 %). Легку ЧМТ діагностовано у 6 (30 %) пацієнтів, середню – у 8 (40 %), тяжку – у 6 (30 %). В 1 (5 %) пацієнтів тривалість травми знаходиться в межах 0-3 місяців, у 3 (15 %) - 3-6 місяців, у 5 (25 %) – 6-12 місяців; у 3 (15 %) – 1-3 роки; у 8 (40 %) – більше 3 років.

**Результати дослідження.** Середній вік обстежуваних – 41±2 роки. Ведучими неврологічними синдромами були: лікворно-гіпертензивний – у 18 (90 %), зміни з боку ЧМН (II, III, VII, VIII) – у 12 (60 %), астеничний – у 12 (60 %), псевдобульбарний – у 10 (50 %), координаторні порушення – у 9 (45 %), загальномоозковий у 3 (15 %), екстрапірамідної недостатності – у 3 (15 %), парези – у 5 (25 %), кіркові розлади – у 2 (10 %), порушення чутливості - у 1 (5 %), судомний синдром – у 1 (5 %) пацієнтів. За даними КТ у 2 (10 %) хворих спостерігається розширення бокових шлуночків та конвексимальних борозен, у 2 (10 %) – дефект кісток черепа, у 4 (20 %) – видимі атрофічні зміни, у 6 (30 %) – кісти. На очному дні у 9 (45 %) пацієнтів виявлено ангіопатію сітківки, у 2 (10 %) зміни ДЗН. За шкалою MMSE у 8 (40 %) – наявні когнітивні порушення, у 4 (20 %) – виявлена деменція легкого ступеня вираженості. Згідно шкали SF-36, встановлені зміни в таких рубриках: рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (RP) – 27,5; інтенсивність болю (BP) – 27,85; загальний стан здоров'я (GH) – 42,6; життєва активність (VT) – 37,75; рольове функціонування обумовлене емоційним станом (RE) – 23,32; психічне здоров'я (MH) – 41,8; фізичний компонент здоров'я (PH) – 35,47; психологічний компонент здоров'я (MN) – 34,25. Найнижча ЯЖ спостерігається у пацієнтів із тяжкою ЧМТ та посттравматичним періодом, який становить 3-6 місяців та 1-3 роки.

**Висновки.**

1. На ЯЖ пацієнтів після перенесеної ЧМТ впливає тяжкість травми та тривалість післятравматичного періоду.
2. Пацієнти після перенесеної ЧМТ потребують визначення ЯЖ для оптимізації відновного лікування.

**НОВА ФІЛОСОФІЯ АРТ-ТЕРАПІЇ**

Кафедра філософії та суспільних дисциплін  
Науковий керівник канд. філософ. наук Т.Б. Кадобний  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Мета дослідження.** дослідити та показати лікувальний вплив арт-терапії на здоров'я та психічний стан кожної людини.

**Матеріали і методи.** Нами проведено порівняльний аналіз різних видів арт-терапії та досліджено історію лікування кольорами від найдавніших часів до тепер.

**Результати дослідження та їх обговорення.**

Арт-терапія - це вид лікування, який використовує мистецтво в цілях терапії. Це зцілення за допомогою будь-якого виду художнього творчості. Останнім часом цей маловідомий в нашій країні напрямок привертає до себе все більшу увагу. Причини криються в "м'якості" та екологічності самого процесу лікування.

Основна ідея арт-терапії полягає в тому, щоб за допомогою мистецтва, відволіктися від важких думок, переживань, депресивних станів і самим впоратися з хворобою. Так як через різні види мистецтва людина самовиражається, віддає частину своєї душі, а також частину накопиченого негативу. Спектр можливостей арт-терапії дуже широкий - це лікування психічних розладів (шизофренія і маніакально-депресивний психоз), а також лікування неврозів і психосоматичних порушень (наприклад, виразкова хвороба). Арт-терапія допомагає людям усунути порушення і допомогти жертвам криз і катастроф (військових, стихійних, техногенних), лікує алкогольну та наркотичну залежність, порушення поведінки та успішності у дітей та підлітків, проблеми мігрантів та безробітних і багато іншого. Але це тільки з розладів психіки. Взагалі ж, арт-терапія може лікувати від багатьох захворювань, аж до інфекційних і онкологічних. А все тому, що це один з небагатьох методів, які дійсно лікують не хворобу, а хворого.

Історія свідчить, що основи кольоро-терапії були розроблені ще в глибокій давнині в Єгипті, Індії, Китаї і Персії. В єгипетських храмах археологи виявили приміщення, які були побудовані таким чином, що сонячні промені заломлювалися в сім кольорів спектру (веселки). І саме таке світло використовувалося як для богослужіння, так і для лікування. Лікар встановлював, якого кольору бракувало людині (тобто, яка чакра заблокована), після чого його "купали" в приміщенні з необхідним кольором для відновлення здоров'я.

Єгиптяни учили, що синій, жовтий і червоний кольори активізують сили фізичного, ментального і духовного буття людини. Сині, або хімічні, промені були найбільш могутні уранці і навесні. Жовті промені вважалися найбільш могутніми опівдні і влітку. Вони відповідали за стимуляцію психічної діяльності. Червоні промені були найбільш сильні увечері і восени, проникаючи в організм людини через органи дихання, вони дарували людині життя. Єгиптяни з лікувальною метою поїли пацієнта соляризованою (кольоровим світлом) водою.

Понад усе привертав увагу лікарів червоний колір. Його використовували для лікування вітряної віспи, скарлатини, кору і деяких шкірних захворювань. Вважалося, що під впливом червоного кольору швидкість висипань збільшується і, тим самим, прискорюється одужання.

В наші часи вплив кольору на швидкість психічних процесів людини досліджував невропатолог В. Бехтерев. З дослідів з'ясувалося, що промені, що стоять ближче до теплої частини спектру, пожвавлюють психіку, жовтий колір не чинить помітного впливу на психіку, зелений уповільнює, а фіолетовий пригніблює психічні процеси і настрої людини. На підставі численних спостережень В.Бехтерев дійшов висновку про гальмівну дію блакитного кольору при стані психічного збудження і про активізуючу дію рожевого кольору при стані пригніченості.

Німецький поет Гете залежно від характеру створюваних ним творів: урочистих, похмурих або веселих - користувався окулярами зі скельцями різного забарвлення. Він відмічав, що червоний і жовтий кольори звеселяють людину, збуджують її енергію, тоді як синій викликає смуток, пригнічує настрої. Сучасні клініцисти пропонують хворим на глаукому окуляри із зеленими скельцями, тому що цей колір знижує очний тиск і нормалізує місцевий кровотік.

Учені виявили, що під впливом кольору змінюється пульс людини. Блакитний уповільнює пульс, а червоний помітно прискорює. Якщо звичайне скло в теплицях замінити на підсинене, то рослини починають чахнути.

**Висновки.** Арт-терапія - найбільш древня природна форма зміни емоційного стану, якою багато людей користуються, щоб зняти психічне напруження, заспокоїтися, зосередитися. Для цього не треба бути художником - достатньою взяти ручку, олівець або фарби і зробити кілька штрихів на папері. Арттерапія є хорошим способом соціальної адаптації. Найбільше значення це має для людей з обмеженими можливостями. Ця технологія вже більше 10 років успішно застосовується для дітей з ДЦП, поліомієлітом та іншими вадами. Вони найчастіше дуже сильно соціально дезадаптовані. Їм не вистачає спілкування. Арт-терапія дає їм можливість більш активно і самостійно брати участь в житті суспільства.

*Кодряну Юрій*

### **ФОРМУВАННЯ МОРАЛЬНИХ ЯКОСТЕЙ У МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР**

Кафедра сестринська справа  
Науковий керівник: канд. пед. наук, доц. Н.В. Шигонська  
КВНЗ "Житомирський інститут медсестринства"  
м. Житомир, Україна

Мета дослідження: формування моральних якостей медичної сестри, яка поєднуватиме в собі високий професіоналізм, моральність і особисту відповідальність. Розумна виваженість у надмірній демонстрації емоцій забезпечує оптимальну організацію праці, допомагає уникнути конфліктів, підвищує авторитет медичної сестри, без якого не можлива успішна професійна діяльність.

У ХХІ ст. з'являється необхідність осмислення і моральної оцінки досліджень у сфері медицини. Грандіозні зміни в технічному і технологічному переозброєнні медицини, кардинальні зрушення у клінічній практиці, можливості транс-плантології і тривалого підтримання життя вмиряючого пацієнта - продемонстрували небезпеку ставлення до людини тільки як до об'єкта спостереження, експериментування. Виникла актуальна необхідність вдосконалення і переосмислення моральних чинників у професійній діяльності медичної сестри.

Високий професіоналізм у поєднанні з дисциплінованістю й організованістю повинен органічно поєднуватись із душевністю, емпатією і ввічливістю. Важливо, щоб належні задатки цих душевних якостей були уродженими, імітація їх рано чи пізно обов'язково виявиться. Проте медична сестра не повинна надіятись лише на уроджені задатки цих якостей, їх необхідно постійно розвивати й удосконалювати. Тож завдання дослідження: сформулювати нові етичні постулати, допомогти глибше усвідомити моральні проблеми, з якими стикаються медичні сестри, та розв'язати їх.

Людина, яка вирішила присвятити себе медицині, повинна усвідомити, що професія медичної сестри покладає на неї обов'язок бути учителем і цілителем хворих людей, а також їх родичів і близьких.

Для формування моральних якостей особистості медичної сестри важливе значення має рівень загального культурного розвитку.

*Кохан Олена, Різниченко Олена, Черняк Анна*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА И НОРАДРЕНАЛИНА В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОПАТИЧЕСКИХ БОЛЕЙ**

Кафедра неврологии та психиатрии  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. І. А. Григорова  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків Україна

Большое количество исследований подтверждает роль моноаминовых нейротрансмиттеров, серотонина и норадреналина в модуляции боли. Хорошо зарекомендовали себя селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН), особенно учитывая ограниченность эффективности, побочные эффекты, непереносимость других групп обезболивающих средств, таких как опиоиды, неспецифические противовоспалительные, противосудорожные. Также у больных с хроническим болевым синдромом встречаются сопутствующие депрессивные, тревожные и соматоформные расстройства, как правило, снижаются когнитивно-мнестические функции, возможность полноценной социальной адаптации, трудоспособность.

СИОЗСН - венлафаксин объединил положительные свойства препаратов трициклической структуры (ТЦА) и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Применение СИОЗСН приводит к более быстрой адаптации рецепторов, поэтому клинический эффект наступает быстрее чем у ТЦА и СИОЗС.

Целью исследования явилось изучение эффективности применения СИОЗСН в лечении нейропатических болей.

Под нашим наблюдением находились 52 пациента в возрасте от 32 до 72 лет, из них 27 женщин и 25 мужчин, которые на протяжении 2-х и более лет страдали хронической нейропатической болью.

Все пациенты отметили стойкое снижение болевого синдрома в течение 1 месяца. Устойчивый анальгезирующий эффект длился более 3 месяцев. У пациентов улучшилось самочувствие, поднялось настроение, уменьшились проявления тревожности. Побочных эффектов отмечено не было.

Проведенные исследования подтверждают необходимость назначения препарата Венлаксор для лечения хронического болевого синдрома, демонстрируют анальгезирующий и антидепрессантный эффект.

*Кубас Андрій, Тетюк Тарас, Салій Інна*

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ СТЕНОЗУ ХРЕБТОВОГО КАНАЛУ НА ПОПЕРЕКОВОМУ РІВНІ**

Кафедра неврології та психіатрії  
Науковий керівник : канд. мед. наук, доц. З.В. Салій  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
Імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Розвиток сучасної діагностичної техніки дозволяє не тільки виявити стеноз хребтового каналу, але і встановити причину його виникнення, вид та ступінь вираженості. Це дає змогу дослідити клінічні особливості даної патології та визначити лікувальну тактику.

Мета роботи: дослідити особливості клінічного перебігу стенозу хребтового каналу на поперековому рівні.

Проведено обстеження 24 пацієнтів, які знаходилися на лікуванні в II неврологічному відділенні ТОККПНЛ. Середній вік досліджуваної групи –  $(42,27 \pm 3,31)$  років, жінок було – 58 %. Катанез поперекового болю коливався від 1 до 7 років, в середньому –  $(4,00 \pm 0,63)$  років. МРТ поперекового відділу хребта виконано на апараті Siemens Magnetom Avanto 1,5 T.

Причиною стенозування хребтового каналу у переважної більшості (92 %) був остеохондроз ускладнений деформуючим спондилозом, у решти – гіпертрофія жовтої зв'язки. За характеристикою стенозу розподіл був наступним:

- полісегментарний – 54 %, моносегментарний – 46 %;
- центральний – 64 %, форамінальний – 9 %, змішаний – 27 %.

Абсолютний стеноз хребтового каналу діагностовано у 54 %, відносний – у 46 %.

Клінічно у 45 % пацієнтів були діагностовано рефлексорні, у 55 % корінцеві синдроми (монорадикулярні – 17 %, полірадикулярні – 30 %, синдром кінського хвоста – 8 %).

Класична клініка рефлексорних та корінцевих синдромів доповнювалася пароксизмальними розладами: проявами нейрогенної переміжної кульгавості – 36 %, судомами литкових м'язів – 36 %, порушенням чутливості – 27 % та пароксизмальними розладами функції тазових органів – 8 %.

За шкалою вираженості клінічних проявів стенозу хребтового каналу отримали наступний результат: суб'єктивні симптоми: біль у поперековому відділі –  $(1,64 \pm 0,28)$  бали (норма – 3 бали), біль у нозі  $1,18 \pm 0,26$  бали (норма – 3 бали), хода –  $(0,81 \pm 0,35)$  бали (норма -3 бали); об'єктивні синдроми: симптом Ласега  $(0,90 \pm 0,21)$  бали (норма -2 бали), розлади чутливості –  $(0,54 \pm 0,21)$  бали (норма -2), рухові розлади  $(1,18 \pm 0,23)$  бали (норма -2), порушення функції сечового міхура –  $(0,27 \pm 0,17)$  бали (норма -0). Таким чином, за тяжкістю клінічних проявів діагностовано I та II ступінь.

*Куликова Катерина, Соколенко Анна, Статник Христина*

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ МОЛОДЕЖИ К СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНИ**

Кафедра неврологии и психиатрии  
Научный руководитель: зав. каф. СДЗМП, д-р. мед. наук, проф. К.В. Аймедов  
Одесский национальный медицинский университет  
м. Одеса, Україна

В современных условиях различных социальных изменений и нестабильности, многочисленных политических и этнических конфликтов большую актуальность приобретают вопросы семьи и брака. На наш взгляд, именно состояние института семьи и брака является важнейшим показателем благополучия, стабильности и целостности общества.

Целью нашего исследования является изучение уровня готовности молодежи к семейной жизни, как одного из решающих условий счастливого супружества и гармоничного брака, а так же, прогноз динамики развития супружеских взаимоотношений. Объектом выступают семейно-брачные отношения студенческой молодежи. А предметом является психологическая готовность студентов к созданию семьи. В качестве метода исследования мы использовали тест-карту оценки готовности к семейной жизни И. Ф. Юнда, с помощью которой можно определить перспективы развития семейных отношений. В исследовании приняли участие 20 молодых пар, являющиеся студентами ОНМедУ состоящие в партнёрских отношениях не менее одного года. В возрасте от 18 до 21 года. По результатам тест-карты большинство парней (71 %) оказались не готовыми к семейным отношениям, в отличии от девушек у которых готовность превышает 80 %. В качестве рекомендаций данной группе лиц, мы рекомендуем пройти тренинги эффективности взаимопонимания в семье.



*Мартинчук Людмила*

## **ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ**

Кафедра неврології та психіатрії

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.П. Венгер  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Психічні порушення у пацієнтів, які пережили надзвичайні ситуації

Психічні порушення, за даними різних авторів, виникають у 20- 70 % осіб, які приймають участь в збройних конфліктах. Вони в 3-4 рази збільшують захворюваність на психічні розлади у військових, в порівнянні з цивільним населенням.

Сучасні бойові дії, як правило, супроводжуються підвищеним стресогенним впливом на психіку військовослужбовців. Бойовий стрес являє собою сукупність субреактивних станів, пережитих військовослужбовцями в процесі адаптації до несприятливих для їх життєдіяльності і загрозливим їх життєво важливим цінностям умовам (стресорам) бойової обстановки.

Для виконання мети нашої роботи обстежено 27 постраждалих при збройних конфліктах, які знаходилися на лікуванні в Тернопільській обласній комунальній клінічній психоневрологічній лікарні. Психічні порушення у постраждалих при збройних конфліктах значною мірою зумовлені бойовим стресом.

Нами виділено низку чинників, які, на думку комбатантів, мали найбільше значення у виникненні психічних проблем, у тому числі: фонові психотравмуючі фактори бойової обстановки (тривале перебування в умовах війни, інтенсивність бойових дій та ін.), особливості індивідуальних реакцій на вітальну загрозу, психічний та загальний шок в момент поранення тощо.

Спектр відхилень психічного стану виявився достатньо широкий: від розладу адаптації до посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та реактивних станів (психогенні психози, реактивні психози – РС) – найбільш тяжких форм бойової психогенної патології. Найбільш поширеним варіантом у нашому випадку (58 % ) є РА. 28 % комбатантів мали клінічні ознаки ПТСР. За даними інших дослідників, ПТСР складає від 10 % до 50 % всіх психопатологічних наслідків війн.

У осіб, які зазнали впливу бойового стресу, спостерігалися різноманітні симптоми: нав'язливі думки (74 %), депресія (48 %), апатія (43 %), дисоціація психічної діяльності (26%), експлозивні (вибухові) реакції (22 %) або, навпаки, пацієнти «заходили у себе», всіляко уникали міжособистісних контактів (19 %). У 67 % комбатантів спостерігалася захворюваність соматичними розладами, при цьому психічна і соматична патологія взаємообтяжували одна одну.

Таким чином, сучасні бойові дії, як правило, супроводжуються підвищеним стресогенним впливом на психіку військовослужбовців. Інтенсивність переживання комбатантами бойового стресу залежить від сили і тривалості впливу на психіку військовослужбовця бойових стресорів та особливостей реагування військовослужбовця на їх вплив. Найбільш виражені психічні порушення спостерігаються в осіб, які знаходились в зоні бойових дій більше ніж три місяці. Тривалість лікування впливає на зміни особистісних відреагувань, у вигляді негативних психологічних стресових реакцій, що частіше мають демонстративний та опозиційно-викликаючий характер.

Психічні порушення в осіб, що беруть участь у сучасних локальних війнах і збройних конфліктах є на сьогоднішній день однією з найбільш актуальних проблем, а психолого-психіатричні наслідки, особливо в контексті медико-реабілітаційних завдань, - зона взаємного наукового і практичного поєднання інтересів як цивільних, так і військових фахівців.

*Мартинюк Ніна*

**КОМУНІКАТИВНИЙ КОМПОНЕНТ ПРОФЕСІЙНОЇ ЕТИКИ МАЙБУТНЬОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ**

Кафедра неврології та психіатрії  
Науковий керівник: канд. пед. наук В.А. Копетчук  
КВНЗ "Житомирський інститут медсестринства"  
м. Житомир, Україна

**Актуальність.** Становище і роль медичної сестри набуває все більшого значення особливо в стаціонарних медичних закладах. Характер поведінки будь-якого медичного працівника середньої ланки, а особливо медичної сестри, чинить вплив на перебіг хвороби і стан пацієнта. Відсутність у фахівця знань, умінь, навичок професійного спілкування робить його професійно малоприсадибним, адже спілкування є найважливішим професійним інструментом, присутнім на всіх етапах лікувального процесу.

Проблеми формування професійної етики, моральності – надзвичайно важливий аспект підготовки фахівців. Незважаючи на те, що зростаючий інтерес до деонтології залишається актуальним, ця тема продовжує бути невичерпною. Спілкування є тим засобом спостереження й догляду, складним багатоплановим процесом становлення й розвитку контактів між людьми, породжуваний потребами спільної діяльності, що охоплює обмін інформацією, сприйняття та розуміння іншої людини. Вміння медичного персоналу спілкуватись допомагає людям знайти взаємопорозуміння. Складові компоненти спілкування медичної сестри і пацієнта – це підтримка, розуміння, повага, співчуття. Бесіда, проведена доброзичливим, рівним, упевненим голосом, сприяє його заспокоєнню і знімає внутрішню напругу. Отже, медична сестра зобов'язана володіти словом і вміти використовувати його великі психотерапевтичні можливості, нести пацієнту лише потрібну, деонтологічно виправдану інформацію.

**Висновки.** Таким чином, спілкування медичного працівника і пацієнта – це один із найважливіших моментів професійної діяльності медиків, який забезпечує успіх лікування та одужання хворих. Медична сестра має постійно вдосконалювати свої знання, вивчати психологію та особистісні характеристики пацієнтів, сприяючи швидкому відновленню їх здоров'я.

*Масловська Наталія*

**ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРРУАКТИВНІСТЮ**

Кафедра неврології та психіатрії  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.П. Венгер  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Метою дослідження є обґрунтування психопатологічних особливостей розвитку СДУГ; покращення спостереження та виявлення дітей, що страждають СДУГ.

У всіх досліджуваних, в яких спостерігались однойменні симптоми підвищеної активності, відмічався дефіцит батьківської уваги. Кількість гіперреактивних дітей зростає, що потребує чіткого розуміння та чітких методів виявлення даної патології.

Проведено обстеження 29 дітей (27 хлопчиків та 2 дівчаток), 20 з яких перебували у дитячому психіатричному та 7 у підлітковому психіатричних відділеннях, 2 дітей були обстеженими на кафедрі неврології, психіатрії, наркології та медичної психології ТОККПНЛ. Використані методи дослідження: клініко – психопатологічний, експериментально – психологічний, а також оціночні шкали Вандербільта, ММРІ та шкалу на систему оцінки поведінки дітей.

Було виявлено, що 65 % дітей, що страждають СДУГ - зростали у неповних або малозабезпечених сім'ях, у 15 % - спостерігалась обтяжена психопатологічна спадковість, у 11 % - батьки страждають алкоголізмом, у 9 % - спостерігались ускладнення в період вагітності.

У 39 % дітей переважали симптоми порушення уваги; 32 % - симптоми імпульсивності; у 29 % - симптоми підвищеної активності. Отже, значний відсоток дітей, що страждають СДУГ проживає в не сприятливих повноцінному розвитку умовах, що ставить завдання перед соціальними службами по спостереженню та профілактиці даної патології.

Своєчасне розпізнавання, діагностування симптомів СДУГ та призначення адекватної терапії покращує якість життя хворих, дозволяє їм жити повноцінним життям, не відставати в навчанні від однолітків, уникати суперечок та непорозумінь у шкільних та домашніх умовах.

*Мелех Галина*

**КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ НООФЕНУ ПРИ ТИКОЗНИХ РОЗЛАДАХ У ДІТЕЙ**

Кафедра неврології та психіатрії  
Науковий керівник: д-р мед.наук, проф. М.І. Пітик, канд.мед.наук, доц. О.М. Пітик  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
м. Івано-Франківськ, Україна

**Актуальність.** Тики виявляються у 11-13 % дітей в загальній популяції, переважно серед міських жителів, і виражено впливають на прогноз якості життя в дорослому віці.

**Мета.** Вивчення терапевтичної ефективності препарату фенібут (ноофен), який завдяки комбінації  $\gamma$ -аміномасляної кислоти та  $\beta$ -фенілетиламіну володіє унікальною поєднаною ноотропною і транквілізуючою дією при різних проявах рухової та поведінкової дисфункції у дітей.

**Матеріали та методи.** Проведено клініко-неврологічні та експериментально-психологічні дослідження 35 хворих у віці від 7 до 14 років. Використано анкету поведінки дитини, графомоторні функції досліджували за тестом Еліса. Ноофен призначали наступним чином: дітям віком до 10 років по 100мг двічі на добу, дітям 11-14 років по 200мг двічі на добу, за 30 хв. до прийому їжі. Тривалість курсу складала 4 тижні.

**Результати дослідження.** Встановлено, що ноофен суттєво покращує когнітивні функції у дітей. Діти ставали уважнішими, спокійнішими, рефлексивнішими, відмічалось зниження рівня тривожності, покращення поведінки в школі і сім'ї, підвищення відповідальності за результати навчання. Найбільш позитивні зміни спостерігалися за такими пунктами анкети поведінки дитини: 19 (вимагає багато уваги), 23 (неслухняний у школі), 25 (не ладнає з іншими дітьми), 26 (часті травми, схильність до травмування), 41 (імпульсивність або дії без обміркування), 62 (погана координація або незграбність), 78 (неуважний або легко відволікається), 104 (надзвичайно галасливий). У 67 % випадків досягнуто зменшення вираженості тикозних розладів, особливо транзиторних множинних моторних і фонаторних тиків, поліпшення функції уваги, зниження ступеня рухової розгальмованості і гіперактивності, дискоординації рухів, про що свідчать дані про достовірну оптимізацію графомоторних функцій за тестом Еліса.

**Висновок.** Отримані результати свідчать про необхідність включення препарату нообут (ноофен) в схеми комплексного лікування тикозних розладів та синдрому гіперактивності у дітей.

*Насалик Роксолана*

**ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ЗА ШКАЛОЮ МОСА У ХВОРИХ З ГІДРОЦЕФАЛІЄЮ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ІШЕМІЇ МОЗКУ**

Кафедра неврології та психіатрії  
Науковий керівник: д-р мед. наук, С.І. Шкробот  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м.Тернопіль, Україна

Основними клінічними проявами хронічної ішемії мозку (ХІМ) є прогресуючі когнітивні порушення, провідну роль у формуванні яких відіграє роз'єднання лобних часток і підкіркових утворень. Не виключено, що гідроцефалія (ГЦ) здатна посилювати роз'єднання цих структур. Шкала Моса, у порівнянні з іншими нейропсихологічними тестами, є більш чутливою для швидкої діагностики когнітивної дисфункції.

**Мета** – вивчення стану когнітивних функцій у хворих з ГЦ при ХІМ.

Результати. Нами було обстежено 72 хворих з ХІМ (чоловіків –43 (60 %), жінок – 29 (40 %)). Середній вік хворих склав (63,4 $\pm$ 9,3) роки. Фоновим захворюванням у 60 (83,3 %) пацієнтів була гіпертонічна хвороба, симптоматична артеріальна гіпертензія – у 12 (16,7 %), церебральний атеросклероз у 47 (65,3 %). ХІМ I ст. була встановлена у 19 (26,4), ХІМ II ст. – у 44 (61,1 %), ХІМ III ст. – у 9 (22,5 %) хворих. Легка ГЦ мала місце – у 16 (27 %), помірна – у 24 (46 %), важка - у 16 (27 %) пацієнтів.

Усі хворі були розподілені на 2 групи. До 1 групи увійшло 56 хворих з ХІМ, що супроводжувалася ГЦ. Серед них було 38 чоловіків (67,9 %) та 18 жінок (32,1 %), віком від 51 до 76 років, середній вік яких склав (63,00 $\pm$ 8,74) р.

2 групу (групу порівняння) склали 16 пацієнтів (32,65 %) без проявів ВГЦ, серед них було 11 жінок (68,75 %) та 5 чоловіків (31,25 %), віком від 47 до 76 років, середній вік яких склав (62,56 $\pm$ 9,49)р.

За результатами шкали МОСА було виявлено достовірне ( $p < 0,01$ ) зниження рівня середнього балу у групі 1 (14,96 $\pm$ 4,11) у порівнянні з групою 2 (20,64 $\pm$ 1,07) к. При цьому у пацієнтів з внутрішньою ГЦ він склав (11,17 $\pm$ 3,81); з зовнішньою ГЦ - (18,86 $\pm$ 4,41), зі змішаною ГЦ - (14,84 $\pm$ 4,11) бали.

Нами було зафіксовано достовірне ( $p < 0,05$ ) зниження показників у групі 1 у порівнянні з групою 2 за наступними категоріями: «зорово-конструктивні навички» ((2,15 $\pm$ 0,22) проти (3,08 $\pm$ 0,19)), «увага» ((2,46 $\pm$ 0,17) проти (4,41 $\pm$ 0,23)), «абстракція» ((0,67 $\pm$ 0,11) проти (1,24 $\pm$ 0,11)) та «орієнтація» ((3,31 $\pm$ 0,10) проти (5,70 $\pm$ 0,10)). Достовірної різниці між балами за виконання рубрик «назви», «пам'ять», «мова» у даних хворих виявлено не було.

**Висновки.** Наявність ГЦ у хворих з ХІМ, сприяє поглибленню когнітивних порушень. Вираженість когнітивного дефіциту у хворих з ХІМ залежить від форми ГЦ.

**ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ РІЗНИХ ЖАНРІВ МУЗИКИ НА АКТИВНІСТЬ КОРИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ**

Кафедра неврології та психіатрії  
Науковий керівник: канд. мед. наук. асист. Г.С. Московко.  
Вінницький національний медичний університет  
імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** За останнє століття значно зросло інформаційне навантаження на мозок людини. У зв'язку з цим збільшилась потреба людини у нових ефективних методах сприйняття та засвоєння інформації.

**Мета:** довести вплив музики на активність кори головного мозку

**Матеріали та методи:** у дослідженні взяли участь 40 респондентів, проведено анкетування та запис електроенцефалограм за допомогою Braintester DX-system. Респондентам були запропоновані до прослуховування музичні треки по 40 секунд кожний п'яти жанрів (класична музика, джаз, поп-музика, транс, рок-музика) без тексту.

**Результати:** в ході проведеного дослідження нами встановлено, що:

- 50 % респондентів слухають переважно рок-музику, 20 % надають перевагу поп- музиці, 15 % - класичній, 3 % - джазу, 12 % вказали інший жанр. При цьому 41 % респондентів слухають музику при підготовці до занять, 59 % ні.

- після дослідження музичні треки отримали такі середні бали за шкалою від -5 до +5: рок +3,57, класика +3,16, джаз + 2,55, поп-музика +0,92, транс -0,08.

- у всій вибірці респондентів достовірні однакові результати показала класична музика на частотах Theta, Alpha, Beta, решта жанрів впливають більше індивідуально на різних респондентів і не мають спільних ознак на ЕЕГ.

- активність Alpha-ритму збільшується поступово від лобних до потиличних часток, Beta-ритм має незначне збільшення в такому ж напрямку, а Theta-ритм – має незначно більший прояв в лобних і потиличних частках.

- Alpha-ритм переважає в лівій півкулі з показником в 52,4 %, Theta-ритм переважає в правій півкулі з показником в 51,9 %, а Beta-ритм практично однаково розподіляється по півкулях.

- в записах ЕЕГ при звучанні класичної музики практично у всіх респондентів домінує Alpha-ритм.

**Висновки:** дослідивши вплив музики на активність кори головного мозку, ми дійшли до висновків, що загальний однаковий вплив має класична музика, яка викликає активність Alpha-ритму в задніх відділах кори головного мозку, а також незначну активність Theta-ритму в лобній та потиличній корі в порівнянні зі звичайною активністю кори без застосування музики. Це вказує на позитивний розслаблюючий вплив класичної музики, оскільки відомо, що Alpha- та Theta-ритми виникають в корі при розслабленні, медитації, та неглибокому сні, і можливість її застосування для покращення сприйняття мозком людини інформації та застосування з лікувальною метою в психотерапевтичних методах.

*Новосядла Людмила*

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ПІВКУЛЬНОГО АТЕРОТРОМБОТИЧНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ У  
ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ**

Кафедра неврології та психіатрії

Науковий керівник: канд. мед. наук. доц. Н.Р. Сохор  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Мета роботи:** Вивчення клінічних та параклінічних чинників, що впливають на важкість півкульного атеротромботичного ішемічного інсульту (АТІ) у гострому періоді

Обстежено -104 хворих віком від 45 до 70 р. Частка чоловіків становила 69 (66,4 %), жінок — 35 (33,6 %). Ступінь неврологічного дефіциту визначалася за шкалою NIHSS, ступінь порушення повсякденного функціонування - за шкалою Бартел, ступінь інвалідизації за модифікованою шкалою Ренкіна (mШР) на 1-шу, 7-му та 14-ту доби АТІ.

Встановлено, що у 23 (21,8 %) хворих в анамнезі спостерігалися ТІА, що виникали у одному і тому ж каротидному басейні. САТ в дебюті в середньому становив: (172,6±3,9) мм рт. ст., ДАТ – (98,0±1,5) мм рт. ст. У 71 (68,1 %) хворих АТ був підвищеним. Загально-мозкова симптоматика виявлена у 23 (22,7 %) пацієнтів. Рівень свідомості за шкалою Глазго склав (14,15±0,16) бали. Ступінь порушення свідомості корелював з важкістю неврологічного дефіциту ( $r=0,627$ ,  $p=0,044$ ). Досить високою у гострому періоді АТІ була частота повторних ІІ чи ТІА - у 9 (9,2 %) хворих. Важкість стану на 1-шу добу за NIHSS склала 11,17±0,57, за шкалою Бартел - 39,63±3,45, за mШР – 3,64±0,16 бали. Легкий АТІ відмічався у 24 (22,7 %) випадках, середньо-тяжкий - у 46 (44,5 %), важкий - у 31 (29,4 %) та дуже тяжкий – у 3 (3,4 %) хворих. На 7-му добу виявлено наростання неврологічного дефіциту в цілому. Бал за NIHSS склав 12,26±0,69, за шкалою Бартел – 38,02±3,78 та за mШР - 3,75±0,16 бали. На 14-ту добу важкість АТІ за NIHSS становила 10,65±0,60 балів, тобто у порівнянні з 1-ою добою не спостерігалось достовірного зменшення неврологічного дефіциту, індекс склав 58,92±4,75 бали, за mШР - 3,23±0,21. На 1-шу добу інсульту важкість АТІ достовірно не відрізнялася у хворих різного віку. Проте, на 7-му добу інсульту у пацієнтів 45-60 р. відсутня динаміка важкості, а у хворих старше 60 р. спостерігається деяке наростання неврологічного дефіциту. На 14-ту добу у хворих молодшої вікової групи спостерігається позитивна динаміка неврологічної симптоматики, яка відсутня у хворих старше 60 р. У 6 (5,9 %) пацієнтів з АТІ виявлено малий, у 71 (68,1 %) - середній та у 27 (26,1 %) - великий ІІ. Спостерігався достовірний помірний кореляційний зв'язок між розміром АТІ та важкістю інсульту на 1-шу ( $r=0,378$ ,  $p=0,047$ ) та 7-му ( $r=0,318$ ,  $p=0,049$ ) добу захворювання. Рівень глюкози у крові був підвищеним у 30 (29,4 %) пацієнтів. Встановлено помірну кореляційну залежність між вмістом глюкози у крові та важкістю АТІ за NIHSS ( $r=0,485$ ,  $p=0,030$ ) на 1-шу добу.

У 24 (22,7 %) пацієнтів спостерігалось раннє неврологічне погіршення (РНП), яке було пов'язане з доформуванням зони ішемії, появою набряку та повторними церебро-васкулярними подіями. Прослідковувалася достовірна кореляційна залежність між РНП (наростанням важкості ІІ за шкалою NIHSS) і САТ в дебюті захворювання ( $r=0,659$ ,  $p=0,003$ ).

*Павлюк Мар'яна*

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦІЄНТІВ З ПОВТОРНИМИ ІШЕМІЧНИМИ ІНСУЛЬТАМИ**

Кафедра неврології та психіатрії  
Науковий керівник: асист. М.С. Мисула  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Гострі порушення мозкового кровообігу, а саме інсульти, є одними з найбільш поширених та небезпечних захворювань сьогодення. Згідно статистики через кожні 2 секунди у світі виникає інсульт, а через кожні 6 секунд від нього помирає одна людина. Близько 80% усіх інсультів складають ішемічні інсульти, які характеризуються появою вогнищевої або загальномоозкової симптоматики, що не зникає протягом 24 годин і є наслідком порушення кровопостачання мозку. Інвалідність пацієнтів після повторних ішемічних інсультів становить 95-100 %, не здатні до самообслуговування – 40 %.

**Мета.** Дослідити особливості клініко-неврологічної симптоматики у пацієнтів з повторними ішемічними інсультами.

**Матеріал та методи.** Було обстежено 24 хворих з перенесеними повторними ішемічними інсультами. Клініко-неврологічну симптоматику оцінювали на основі загального клінічного огляду та шкал Braddom, NIHSS, MMSE, стану ходи, Barttel.

**Результати дослідження.** За результатами дослідження повторні ішемічні інсульти (ПІІ) перенесли 8(33,4 %) чоловіків та 16(66,6 %) жінок. Пацієнти були віком від 45 до 81 років ( $68 \pm 4,8$ ). ПІІ < 2 зустрічався у 22(91,6 %) пацієнтів, > 2 у 2(8,4 %) пацієнта. ПІІ у вертебробазиллярному басейні спостерігали у 10(41,6 %) хворих, у правій півкулі - у 10(41,6 %), у лівій півкулі – у 4( 16,8 %). Вогнищева симптоматика зустрічалась у 22 (91,6 %), загальномоозкова – у 2(8,4 %) пацієнтів. М'язову силу оцінювали за шкалою Braddom. Спостерігали параліч – у 2(8,4 %), грубий парез – у 6(25 %), виражений – у 10(41,6 %), помірний – у 4(16,6 %), легкий – у 2(8,4 %), відсутність рухових порушень у 0%. За шкалою NIHSS легкий інсульт виявлено – у 10(41,6 %), інсульт середньої тяжкості – у 8(33,3 %) , тяжкий інсульт – у 6(25 %), дуже тяжкий інсульт не зустрічався. Оцінюючи судинну деменцію за шкалою MMSE встановлено, що легкий ступінь – у 20(83,3 %), помірний ступінь – у 4(16,6 %) пацієнтів, тяжкий ступінь не зустрічався. Оцінюючи стан ходи встановлено, що у 10 (41,6 %) хода без сторонньої допомоги, з опорою, значно утруднена, дефектна і можлива лише в приміщенні. У 6(25 %) хода значно порушена, але хворий може пересуватися без опори і поза приміщенням, у 4(16,6 %) хода порушена, зберігається легка кульгавість, але хворий вільно пересувається, у 2(8,4 %) різко дефектна хода та в 2(8,4 %) хода неможлива. Мобільність та самообслуговування оцінювали за шкалою Barttel , де повну незалежність в повсякденній діяльності встановлено у 12(50 %), помірну та виражену залежність – у 6(25 %) пацієнтів, легку залежність – у 4(16,6 %), , повну залежність хворого – у 2(8,4 %).

**Висновки:** У хворих, що перенесли повторні ішемічні інсульти вогнищева симптоматика зустрічалась у 91,6 % пацієнтів, при чому переважала півкульна локалізація у 58,4 %.

*Панчишин Ольга*

## **МІГРЕНЬ КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ДІАГНОСТИКА**

Кафедра неврології та психіатрії

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Н.Л. Боженко

Львівський національний медичний університет

імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

**Актуальність:** Принаймні 0,48 % дорослого населення України вражає мігрень. Пік захворюваності відмічається у людей віком від 25 до 34 років (у 90 % осіб, що страждають на мігрень, перший приступ виникає у віці до 40 років). У Львівській області за 1 квартал 2014 року, було зареєстровано 536 випадків мігрені(369 у жінок, 167 у чоловіків)У жінок мігрень спостерігається в 2–3 рази частіше, ніж у чоловіків. Мігрень входить до списку, за даними ВООЗ, перших 20 захворювань, які викликають значну непрацездатність у популяції і в 10 перших захворювань, які викликають значну непрацездатність серед жінок. У пацієнтів, у яких була мігрень з ауурою, ризик розвитку ішемічного інсульту був більшим в 13 разів у порівнянні із пацієнтами контрольної групи .Мігрень діагностується тільки у 48 % випадків.

**Мета:** Скринінг пацієнтів з болем голови .Вивчення особливостей клінічного перебігу мігрені за допомогою опитувальника MIDAS(Migraine Disability Assessment Questionnaire).

**Матеріали та методи:** Обстежено 46 пацієнтів неврологічного відділення Львівської обласної клінічної лікарні (ЛОКЛ) та амбулаторних хворих з діагнозом мігрень.З них: 36 жінок та 10 чоловіків у віці від 22 до 59 років. Пацієнтам проводили неврологічний огляд, консультування в офтальмолога, МРТ або КТ головного мозку, а також вони заповнювали опитувальник MIDAS. Важливе значення надано ретельному збору анамнезу.

**Результати:** При аналізі даних виявлено, що співвідношення захворюваності на мігрень між чоловіками та жінками становить 1:3. Серед вікових груп найбільша частота припадає на вік 25-54 роки- 68 %, старші 55 років- 22 %, а молодші 25 років-10 %. Частота нападів: рідше 1 разу на місяць- 34%, 1 раз на місяць – 27 %,2 рази на місяць – 17 %, 3-4 напади – 12 %,5-10 нападів – 6 % частіше 10 разів на місяць – 4% . Тривалість нападів мігрень, що тривала більше 6 годин становить 80%, а довше 24 годин- 32 %. Частіше зустрічалась мігрень без аури-79 % ,рідше – мігрень з ауурою-21 %.Двоє пацієнток госпіталізовано з мігренозним статусом . У однієї було ускладнення- діагностовано мігренозний інсульт за даними КТ .Також анамнестично було встановлено, що ризик захворювання складає 60-90 %, якщо напади були у обох батьків, 72 % - якщо страждала мама, 20 – 39 % - якщо тільки батько,ризик захворіти при здорових батьках – 11 %.

**Висновки:** Мігрень один з найпоширеніших видів головного болю серед всіх відомих людству. Захворюваність у Львівській області за 1 квартал 2014 року становила 536 випадків. За допомогою опитувальника MIDAS ми встановили, що частіше на мігрень хворіють жінки віком 25-54 роки. Найпоширеніша частота нападів рідше 1 разу на місяць, а тривалість більше 6 годин. Згідно анамнестичних даних встановлено, що мігрень має спадковий характер і зустрічається переважно, коли хворіли батьки чи лише мати.Своєчасна діагностика та правильно підібране лікування дозволяють значно зменшити страждання та покращити якість життя даного контингенту хворих.

*Ремез Світлана*

**ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНОГО І СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ХВОРІЮТЬ НА ШИЗОФРЕНІЮ**

Кафедра неврології та психіатрії  
Науковий керівник асист. В.С. Білоус  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Шизофренія є одним з найбільш інвалідизуючих психічних захворювань і часто викликає порушення функціонування.

Профілактика рецидивів і забезпечення соціальної реадaptaції є важливими цілями в довгостроковій перспективі лікуванні шизофренії. Соціальна адаптація безпосередньо характеризує особливості взаємодії індивіда з соціальним оточенням. Якісною характеристикою соціальної адаптації є тип пристосувальної поведінки (В. М. Воловик), що відображає основні тенденції особистості у формуванні соціальної поведінки. Кількісна оцінка соціальної адаптації - це міра успішності функціонування суб'єкта, що страждає психічними розладами в соціумі.

Порушення соціального функціонування при шизофренії стосується адекватності соціального сприйняття, вироблених комунікацій, здатності до вирішення міжособистісних проблем і складних життєвих ситуацій

Відносно мало відомо про те як змінюється особистісне функціонування та соціальна активність пацієнтів, що страждають на шизофренію в залежності від тривалості захворювання.

Нами було проведено дослідження особистісного та соціального функціонування пацієнтів за допомогою шкали PSP та шкали GAF. Загалом було обстежено 40 пацієнтів, хворих на шизофренію, віком від 22 до 51 років, 20 з яких були жінки та 20 чоловіки. Пацієнти були розділені на 4 групи по 10 пацієнтів в кожній групі, до першої групи увійшли пацієнти, що страждають на шизофренію менше 5 років, до другої групи – пацієнти з терміном захворювання 5-10 років, до третьої – 10-15 років та до четвертої – 15-20 років. Пацієнтів було прорейтовано за допомогою шкали PSP.

Середній бал по шкалі PSP у пацієнтів 1 групи становив 74 бали, у пацієнтів 2 групи – 61 бал, у пацієнтів 3 групи – 45 балів та у пацієнтів 4 групи 42 бали. Середній бал по шкалі GAF становив 67,5 в 1 групі, 56,4 в 2 групі пацієнтів, 41,5 – в 3 групі пацієнтів та 38 в 4 групі.

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що існує чітка залежність між тривалістю захворювання та зниженням рівня особистісного та соціального функціонування.

Чим більша тривалість захворювання, тим більшим є зниження особистісного та соціального функціонування пацієнта.

*Сагайдак Любова*

**ВЕРТЕБРОГЕННИЙ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ ТА КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ**

Кафедра неврології та психіатрії  
Науковий керівник: д-р мед. наук. проф. С.І Шкробот  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Проблема коморбідності при остеохондрозі (ОХ) є надзвичайно актуальною у сучасній медицині. Провідна роль у розвитку та прогресуванні ОХ у пацієнтів середнього і похилого віку належить таким компонентам метаболічного синдрому, як артеріальна гіпертензія (АГ) і ожиріння, цукровий діабет. Факторами ризику для ОХ є: вік, надмірна маса тіла, спадковість, метаболічні порушення (підвищений рівень холестерину, порушення толерантності до глюкози). Зміни кісткового метаболізму можуть впливати на перебіг больового синдрому у пацієнтів з вертеброгенними попереково-крижовими больовими синдромами (ВПКБС).

Мета роботи: визначення поширеності коморбідної патології у хворих з ВПКБС.

Методи обстеження: клініко-неврологічне, інструментальне, лабораторне. Результати обстеження: Обстежено 38 хворих різного віку (9 - молодого, 17 – середнього та 12 - похилого) з ВПКБС. Групу контролю становили 20 здорових осіб співставлені за віком та статтю. Тривалість захворювання від його дебюту до останнього загострення коливались від 1 до 21 року, а саме: у 11 осіб – до 5-ти років, 22 особи - від 5-ти до 10-ти років та 7 осіб, які хворіють ОХ більше 10-ти років. Найчастішими коморбідними патологіями у хворих з ВПКБС були: АГ у 20 осіб (53 %), з яких – 2 осіб молодого віку, 8 - середнього та 10 осіб похилого віку; ожиріння у 8 осіб (22 %), з них – 2 хворих молодого віку, 3 - середнього віку та 3 – похилого; остеопороз у 20 хворих (52 %), з яких 5 осіб молодого віку, 7 осіб середнього та 8 осіб похилого віку; цукровий діабет 2-го типу у 6 осіб (15 %), з них – 1 хворий молодого віку, 2 особи середнього віку та 3 похилого. Після проведення денситометрії виявлена різна направленість змін МЩКТ, а саме: нормальна МЩКТ відмічалась у 18 хворих (48 %), знижена - у 20 хворих (52 %). При аналізі змін параметрів стану кісткової тканини у осіб в залежності від віку виявлено, що показник Т (нижче -1,0) зменшувався на 9-11 % у пацієнтів молодого та середнього віку та на 15-17 % – у осіб похилого віку.



*Салій Марина*

### **РІВЕНЬ ЕНДОТЕЛІНУ-1 В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ЛАКУНАРНОГО ІНСУЛЬТУ**

Кафедра неврології та психіатрії  
Науковий керівник: д-р мед. наук С.І. Шкробот  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Важливим механізмом в патогенезі лакунарного інсульту (ЛІ) є активація ендотелію мікроциркуляторного русла головного мозку. Баланс в системі вазорегуляції забезпечується активним функціонуванням вазодилататорів та констрикторних агентів. Ендотелін-1 (ЕТ-1) - найпотужніший з факторів вазоконстрикції. Підвищення плазмової концентрації ЕТ-1 є маркером гострого церебрального інсульту.

Метою нашої роботи було визначення рівня ЕТ-1 у плазмі крові хворих з гострим ЛІ.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням перебували 40 пацієнтів з гострим ЛІ. Середній вік –  $63,15 \pm 1,38$  років. Вираженість неврологічного дефіциту оцінювали за шкалою інсульту Національного інституту здоров'я США (NIHSS). Серед обстежуваних було 27 хворих із легким інсультом (67,5 %) та 13 хворих (32,5 %) з інсультом середнього ступеня тяжкості. Визначення вмісту ЕТ-1 проводилося в плазмі крові хворих в першу добу госпіталізації за допомогою «набору ІФА для визначення ендотеліну-1 ЕІА-3420». За норму було взято середнє значення ЕТ-1 в сироватці крові практично здорових людей, репрезентативних за віком та статтю (середній вік  $62,50 \pm 1,75$  років) –  $0,47 \pm 0,01$  пмоль/л.

Рівень ЕТ-1 в гострому періоді ЛІ був достовірно ( $p < 0,01$ ) вищим за контрольні значення –  $1,72 \pm 0,09$  пмоль/л, проти  $0,47 \pm 0,01$  пмоль/л.

Встановлено, що у хворих з ЛІ середньої тяжкості значення ЕТ-1 достовірно ( $p < 0,01$ ) вище, аніж у хворих з легким інсультом –  $2,12 \pm 0,11$  пмоль/л проти  $1,52 \pm 0,09$  пмоль/л. Виявлено прямий зв'язок між рівнем ЕТ-1 та тяжкістю інсульту за шкалою NIHSS ( $r = 0,66$ ).

Таким чином, в гострому періоді ЛІ зафіксовано достовірне підвищення рівня ЕТ-1 в плазмі крові, що підтверджує наявність ендотеліального дисбалансу при даній патології. Встановлена залежність між тяжкістю інсульту та рівнем ЕТ-1.

*Ткачук Наталія*

### **Ділові ігри як засіб адаптації майбутніх медичних сестер-магістрів до педагогічної діяльності**

Кафедра неврології та психіатрії  
Науковий керівник: канд. пед. наук О.В. Горай  
Житомирський інститут медсестринства  
м. Житомир, Україна

Сучасна дидактика передбачає ігрові форми навчання як одну з форм ефективної взаємодії педагога і студента, продуктивного спілкування з притаманним іграм елементом змагання, щирості, інтересу.

Діяльність майбутніх медичних сестер-магістрів пов'язана з отриманням знань і навиків для майбутньої професії, самооцінкою. Ігри як форми проблемного навчання здатні збільшити ефективність педагогічного процесу у ВНЗ ще й тому, що є засобом пробудження інтересу до професійної діяльності і умовою для подальшої самостійної роботи студентів у цьому напрямку. Студенти формують вміння і навички з конкретної спеціальності, отримують досвід, який є наближеним до професійної роботи.

Метою наукової роботи є обґрунтування моделі адаптації майбутніх медичних-сестер магістрів до педагогічної діяльності засобами ділової гри, яка повинна умістити найбільш характерні ознаки і якості реального об'єкту і відображає суттєві сторони навчальних дисциплін.

Засобами ділової гри можна розв'язати цілу низку дидактичних завдань, актуальних для навчання студентів: розвиток інтелектуальних здібностей, здатності класифікувати, систематизувати явища, предмети; формування мовної діяльності, вмінь захищати свою думку у дискусії, аналізувати явища, висувати гіпотези; формуються мотиви навчання, розвиваються гуманні стосунки між студентами; розвивається навчальна діяльність, емоційна обстановка, яка сприяє формуванню позитивного ставлення до навчання.

Отже, ділові ігри як різновид дидактичних ігор є однією з сучасних педагогічних технологій, оскільки це – продумана в деталях модель спільної педагогічної діяльності з проектування, організації і проведення навчального процесу, з обов'язковим створенням комфортних умов для викладача і студентів. Ділові ігри розвивають педагогічні вміння та навички студентів, їхні творчі здібності.

*Фельдман Д., Михайлов В.*

**ПСИХОЕМОЦІЙНІ ПОРУШЕННЯ У ОСІБ-ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ІЗ ЗОНИ АТО**

Кафедра неврології та психіатрії  
Науковий керівник: д-р мед. наук., проф. Г.М. Кожина  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

**Актуальність.** Екстремальні ситуації, стихійні лиха та катастрофи надають виражений негативний вплив на психіку постраждалих людей. Справжній етап соціального розвитку України характеризується високим рівнем психосоціальної напруги населення, яка значно погіршує психічне здоров'я популяції.

**Мета дослідження.** Вивчення особливостей розвитку психоемоційних порушень у осіб-переселенців із зони АТО.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстеження пацієнтів проводилось у волонтерському центрі міста Харкова. Обстежено 30 осіб (15 чоловіків і 15 жінок) клінічними, психо-діагностичними (шкала депресії Гамільтона, шкала тривоги Спілбергера-Ханіна, шкала якості життя), статистичними методами.

**Результати дослідження.** Провідними патопсихологічними синдромами були астено-депресивний (75,9 %), астено-тривожний (82,5 %), астено - фобічний (13,2 %), астено-іпохондричний (3,3 %) синдроми.

Результати психо-діагностичних досліджень виявили, що у чоловіків показники реактивної тривоги (середній бал -  $37,7 \pm 3,0$ ), були вище показників особистісної тривожності (середній бал -  $32,6 \pm 2,9$ ). Навпаки, у жінок показники особистісної тривожності (середній бал -  $38,6 \pm 2,9$ ) були вище показників реактивної тривоги (середній бал -  $34,7 \pm 3,0$ ). Вираженість депресивної симптоматики переважала у жінок. Середній бал за шкалою Гамільтона у чоловіків -  $17,0 \pm 2,3$  балів, у жінок -  $18,0 \pm 2,3$  балів.

При обстеженні за шкалою якості життя найнижче були оцінені: «Психоемоційний стан», «Міжособистісна взаємодія», «Загальне сприйняття якості життя».

**Висновок.** Таким чином, у більшості осіб, які виїхали із зони АТО, спостерігаються психоемоційні порушення різного ступеня вираженості, які вимагають подальшої корекції в умовах спеціалізованих медичних установ.

*Фингерова Ирина, Григорян Гюльнара*

**ВЛИЯНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Кафедра неврологии и психиатрии  
Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. В.А. Пахмурный  
Одесский национальный медицинский университет  
м. Одесса, Украина

**Актуальность работы** заключается в том, что когнитивные нарушения являются существенным звеном в механизме дезадаптации личности в конкретных микро - социальных условиях.

**Цель работы:** улучшение когнитивных функций у больных с хроническими психическими заболеваниями путем привлечения их к изучению иностранного языка (английского). Работы проходила в малокомплектных группах и мы могли проследить и использовать групповую динамику. Занятия проходили 2 раза в неделю, длительностью в 40 минут на протяжении 3-х месяцев.

Было исследовано 12 больных с разными психическими расстройствами. Контрольная группа представляла собой 12 больных из того же отделения, которые отказались от занятий иностранным языком.

Были использованы следующие методики : шкала MMSE, тест с часами.

**Результаты до начала исследования** в группе исследуемых, которые занимались иностранным языком: 60 % больных – 27 баллов, 20 % больных - 26 баллов, 10 % больных – 19 баллов, 10 % -23 балла.

**Результаты после начала исследования** в группе исследуемых, которые занимались иностранным языком : 70 % больных – 27 баллов, 10 % больных - 26 баллов, 10 % больных – 19 баллов, 10 % -23 балла.

**Вывод:** результаты повторного исследования в первой группе демонстрируют положительную динамику, следовательно изучение иностранного языка среди таких больных повышает обучаемость, способность к адаптации, улучшает когнитивные функции.

*Ханас М., Думенько Л.*

### **НЕ ВСІ РАНИ ВІЙНИ Є ВИДИМІ, АЛЕ ВСІ ПОТРЕБУЮТЬ ЗЦІЛЕННЯ**

Кафедра неврології та психіатрії  
Науковий керівник: канд. мед. наук, асист. Л.М. Сас  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Тривале перебування в зоні бойових дій є одним з визначальних факторів розвитку «соціально-психологічної дезадаптації» та розвитку посттравматичних стресових розладів. Актуальність даного питання зростає у зв'язку із проведенням АТО на сході України.

Метою нашого дослідження було вивчення психологічних змін в учасників бойових дій та особливостей процесу їх адаптації проживання в мирних умовах. В умовах ТОККПНЛ нами було обстежено 22 чоловіків віком 21-32 роки, які тривало (до 6 місяців) перебували в обстановці дії бойових стресових факторів.

Методи обстеження: клініко-лабораторне обстеження, опитувальник депресивності Бека, клінічне опитування (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич), шкала Спілбергера – Ханіна, опитувальник «Шкала впливу подій».

Було виявлено тривожність у 87 % обстежуваних, з них у 32 % відмічено високий рівень цього симптому. Потрібно зауважити, що тривога носила реактивний характер, і лише в 2 пацієнтів – особистий. Встановлено невротичну депресію у 75 % обстежених, астенію у 92 %. При оцінці важкості депресії визначено, що у 2 (9,1 %) пацієнтів – субдепресія, у 5 (22,7 %) важка, у 6 (27,3%) помірною та в 9 (40,9%) обстежуваних виражена депресія. Згідно «Шкали впливу подій» було виявлено симптоми уникнення, підвищеної збудженості та інтрузії в діапазоні «помірно», «досить сильно» та «дуже сильно».

Перебування в зоні бойових дій призводить до розвитку невротичних розладів особистості, серед яких домінує астенія. Відмічається високий рівень тривоги та депресії. Дані пацієнти особливо гостро потребують допомоги фахівців, оскільки порушення призводять до погіршення якості життя та вміння пристосовуватися.

*Харковська Тетяна*

### **ПОРУШЕННЯ СНУ ПРИ ПТСР ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ**

Кафедра неврології та психіатрії  
Науковий керівник: канд. мед. наук О.Є. Смашна  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Порушення сну є одним із найчастіших симптомів посттравматичного стресового розладу. Серед нефармакологічних методів терапії інсомнії найефективнішими є методи поведінкової психокорекції та психотерапії, які покращують сон та не викликають звикання або побічних ефектів, що часто спостерігається при використанні снодійних препаратів.

Ключові слова: ПТСР (посттравматичний стресовий розлад), когнітивно-поведінкова терапія, інсомнія, метод парадоксальної інтенції, енцефалофонія, техніки релаксації, гігієна сну, метод контролю стимулів.

Посттравматичні стресові розлади призводять до порушень сну, що найчастіше супроводжується безсонням та кошмарними сновидіннями, які призводять до зниження якості життя, зростання емоційної напруги, тривожного стану, дратівливості, стресодоступності. Найбільш розповсюдженою та клінічно значущою формою розладів сну є інсомнія (безсоння).

За період 2014-2015 рр. нами було обстежено 32 пацієнта з ознаками ПТСР. Клінічна феноменологія інсомнії включала:

1. Пресомнічні розлади - труднощі з засинанням, які супроводжується тривожністю та страхом не заснути, неможливістю знайти зручну позу

2. Інтрасомнічні розлади, які характеризувалися частими пробудженнями після яких людині довго не вдавалося заснути.

3. Постсомнічні розлади, проявом яких були ранні ранкові пробудження, незадоволеність якістю сну, знижена працездатність, сонливість та відчуття розбитості.

Пацієнти було розділено на дві групи, однієї з яких (15 пацієнтів) для корекції проявів інсомнії призначалися фармакологічні засоби різних груп, іншій (17 пацієнтів) - когнітивно-поведінкова терапія у поєднанні з фармакологічною терапією. У пацієнтів другої групи відмічалась більш швидка редукція проявів інсомнії, покращення адаптативних можливостей та якості життя. Також у другій групі відмічалась менша кількість побічних ефектів терапії.

Висновки:

1. Інсомнія є облігатним симптомом ПТСР та феноменологічно представлена пресомнічними, інтрасомнічними та постсомнічними порушеннями.

2. Найефективнішим методом лікування інсомнії при посттравматичних стресових розладах є когнітивно-поведінкова терапія, яка застосовується у поєднанні з фармакологічною терапією. Така комбінація пов'язана з меншим ризиком розвитку побічних ефектів при тривалому застосуванні.

Хоменко М., Савченко О.

**ГЕМОРАГІЧНИЙ ІНСУЛЬТ - КЛІНІКО-НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЙНЕ СПІВСТАВЛЕННЯ**

Кафедра: неврологія та психіатрії  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. В.С. Мельник  
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця  
м. Київ, Україна

**Актуальність.** Частота геморагічних інсультів (ГІ) становить 15-25 %, і смертність протягом першого року після захворювання досягає 50-55 %. Одними з основних факторів, що впливають на клінічний наслідок є об'єм та локалізація крововиливу.

**Мета.** Визначити ступінь неврологічного дефіциту у хворих з геморагічним інсультом в залежності від локалізації, об'єму гематоми, величини артеріального тиску для підвищення ефективності лікування та прогнозування наслідків.

**Матеріали.** Обстежено 42 пацієнти віком від 40 до 87 років, які перенесли геморагічний інсульт: 23 жінки (55 %), 19 чоловіків (45 %) із середнім віком 60 років. Програма обстеження передбачала визначення таких показників: вік, стать, рівень артеріального тиску, локалізація і об'єм гематоми, ступінь неврологічного дефіциту (NIHSS). Результати дослідження оброблені методами математичної статистики з використанням програми SPSS.

**Результати.** Виявлено, що ГІ частіше виникав у жінок і чоловік віком 61-80 років (60 %). У жінок середній АТ при виникненні симптомів складав 160 мм рт. ст., у чоловіків – 175-180 (р 0,05). Гематоми, що локалізувалися в таламусі, базальних гангліях, внутрішній капсулі були позначені як глибокі, а гематоми з локалізацією в кірковій речовині – як кіркові. Гематоми в кірковій речовині мали більший об'єм, ніж при глибокій локалізації. Так, розмір гематоми, що складає більше 60 мл при глибокій локалізації спостерігався в 27 %, а при кірковій локалізації в 74 %. Крім того, аналіз даних показав, що хворі з гематомами в кірковій речовині частіше мали тяжкий неврологічний дефіцит за NIHSS (р 0,05). Неврологічний дефіцит тяжкого ступеню був відмічений в 67 % при кірковій локалізації і в 33 % при глибокій локалізації. Виявлена достовірна залежність між локалізацією гематоми та статтю. Глибока локалізація спостерігалась у 85 % жінок та у 15 % чоловіків. Кіркова локалізація була виявлена у 59 % чоловіків та у 41 % жінок.

Черватюк Антоніна

**ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗодУ**

Кафедра неврології та психіатрії  
Науковий керівник: канд. мед. наук Ю.І. Мисула  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Кожен рік у 4,5 мільйона людей на планеті вперше фіксується первинний психотичний епізод. При цьому початок захворювання припадає, як правило, на молодий вік, що порушує суспільну та професійну активність пацієнта, обумовлює значний тягар на сім'ю і суспільство. Соціальний аспект проблеми обумовлений тим, що за даними ВООЗ гострий психоз є третім з найбільш інвалідизуючих станів, а основні психотичні розлади призводять до зменшення тривалості життя у середньому на 10 років. У проведених дослідженнях доведено, що первинний психотичний епізод є тяжким психічним розладом, що стає серйозним біологічним та соціальним стресом для самого хворого та його близьких. Метою нашого дослідження було, на основі комплексного психопатологічного дослідження та вивчення анамнезу, визначити особливості первинного психотичного епізоду для покращення ранньої діагностики та диференційованого лікування пацієнтів.

Використовувалися наступні методи: спостереження, бесіда, анамнестичні дані, клініко-психопатологічні - шкала оцінки позитивних та негативних синдромів (PANSS), шкала особистого і соціального функціонування (PSP) шкала вираженості захворювання (CGI-S), шкала загального клінічного враження зміни стану (CGI-I).

Під нашим спостереженням знаходились 34 пацієнти, що перебували на лікуванні в Тернопільській обласній комунальній клінічній психоневрологічній лікарні.

На основі проведеного нами дослідження можна зробити наступні висновки.

До факторів ризику розвитку первинного психотичного розладу відносяться: спадкова обтяженість психічними розладами (у 55,88 % родичів обстежених нами пацієнтів спостерігалась наявність того чи іншого психічного розладу); ранній вік початку маніфесту (16-30 років); патологічні характерологічні риси особистості: шизоїдні з інертністю та емоційною збідненістю, параноїдні, залежні, емоційно-лабільні, тривожні.

Поява перших психопатологічних проявів чи зміна характерологічних особливостей (продром захворювання) характеризується: псевдоастенічною симптоматикою (інтолерантність до фізичних та розумових навантажень у поєднанні з підвищеною втомлюваністю, зниженням працездатності); труднощами в контакт з людьми, проявами аутизації різного ступеня, загостренням характерологічних рис; нехтуванням домашніми справами, конфліктами з рідними, байдужістю до близьких; не властивими раніше вчинками, різкою зміною колишніх захоплень/вподобань; афективними коливаннями (субдепресії та гіпоманії), короткочасними станами необґрунтованого страху, тривоги, парадоксальністю поведінки та емоцій; маячними ідеями (найчастіше відношення, отруєння), підозрілістю, іпохондричними висловлюваннями; короткочасними розладами сприймання.

*Шкробот Христина*

## **ВЕСТИБУЛЯРНИЙ СИНДРОМ: ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ**

Кафедра неврології та психіатрії

Науковий керівник: проф. С.І. Шкробот

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Вестибулярні порушення зустрічаються достатньо часто в практиці невролога, терапевта, отоларинголога, кардіолога, ендокринолога, сімейного лікаря. В загальній практиці 5 % пацієнтів скаржаться на головокружіння, а на прийомі у невролога – 40 % (OoSterveld W.L., 1991). Знайти причину вестибулярного синдрому (ВС) не просто, оскільки близько 80 захворювань у своїй структурі мають головокружіння, проте лише 20 % пацієнтів отримують адекватне лікування. Визначення істинної причини ВС забезпечує своєчасне і патогенетичне його лікування.

Причинами помилкових діагнозів є: недостатні знання про механізми виникнення головокружіння, недостатня інформованість про типи, види і причини головокружіння, переоцінка ролі остеохондрозу шийного відділу хребта та переоцінка результатів УЗДГ хребтових артерій (Парфенов В.А., 2009, Філатова Е.Г., 2005).

**Мета.** Аналіз причин ВС.

**Матеріал і методи.** Обстежено 50 пацієнтів з ВС віком від 19 до 78 років, з них 27 чоловіків та 23 жінок. Методами дослідження були: загально-клінічний, клініко-неврологічний, нейровізуалізаційний (КТ, МРТ), електрофізіологічний (ЕЕГ, ЕхоКГ, ЕКГ), ультразвукові (УЗІ внутрішніх органів, УЗДГ судин, головного мозку).

**Результати.** Встановлено, що головокружіння було ведучим симптомом при наступних захворюваннях: транзиторна ішемічна атака у вертебро-базиллярному басейні (6), ішемічний інсульт в мості (3), довгастому мозку (2), півкулях мозочка (3), скроневій частці мозку (1), крововилив в задню черепну ямку (4).

У двох пацієнтів з ВС дебютував розсіяний склероз, а у трьох – гострий розсіяний енцефаломієліт. У одного хворого після дообстеження виявлена пухлина мосто-мозочкового кута.

Діагноз вірусного енцефаліту з ураженням стовбурових структур встановлено у двох хворих.

У 4 пацієнтів діагностовано вестибулярну мігрень. У 5 пацієнтів ВС розвинувся на фоні інтоксикації (алкогольної (2), куріння кальяну (1), гіпоглікемії (20)).

Діагноз вегетативної дисфункції поліфакторіального генезу був виставлений 8 хворим з соматичною (хронічний панкреатит, хронічний гепатит, пролапс мітрального клапану) та ендокринною (гіпотиреоз, посткастраційний синдром після видалення фіброміоми). Панічні атаки, психастенія з тривожно-депресивними розладами, фобії з вестибулярними порушеннями зустрічали у 4 хворих. Хвороба Мен'єра та доброякісне позиційне головокружіння діагностовано у 3 пацієнтів.

### **Висновки:**

1. Діагностика ВС потребує ретельного соматоневрологічного обстеження із залученням лабораторних та інструментальних методів.

2. У 20 (40 %) пацієнтів неврологічна патологія не була причиною вестибулярного синдрому.

3. Найбільш частою (38 %) причиною ВС у досліджуваних пацієнтів були гострі розлади мозкового кровообігу.

*Яворська Неля*

**ОСОБЛИВОСТІ СКРИНІНГУ ТА МЕДИКО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ**

Кафедра неврології та психіатрії  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Я.М. Несторович  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

«... аутизм – це те, ким ми є, це не мушля, за яку схована нормальна людина, а радше спосіб існування, який визначає все...» Це не хвороба, це не прокляття, це не краший і не гірший спосіб прожити життя. Він є просто інший. І таких «інших» у світі понад 67 млн людей. Лише в Україні на даний час проживає близько 11 млн дітей. І це підштовхує нас, зробити висновок, що аутизм став проблемою №1 дитячої психіатрії. Вирішення цієї «іншості» потребує цілеспрямованої роботи перш кваліфікованих спеціалістів. Лікувати – навчати...

Метою проведеного дослідження було: покращити якість функціонування дітей з аутизмом та підвищення рівня соціалізації.

Методи дослідження використовувались наступні: стандартизовані методики діагностики, побудовані за принципом напівструктурованого інтерв'ю: CARS, ADI-R; визначення рівня когнітивного функціонування: PER-R; тест Кетелла; методика Векслера; визначення рівня розвитку рецептивної та експресивної мови; шкала адаптивної поведінки Вайленд;

Нами було обстежено 24 дітей з розладами аутизму, що мають виражені поведінкові порушення віком від 4 років до 11 років. З них 18 (75 %) пацієнтів - приймали ризполепт, 6 (25 %) – атомоксетин. З дітьми проводилися заняття у вигляді запропонованих психотерапевтичних методик, які склалися з восьми пунктів в залежності впливу на психічні сфери. Для уточнення результатів використовували шкалу адаптивної поведінки – Вайленд.

Встановлено, що у дітей, котрі використовували медикаментозну терапію в поєднанні з психотерапевтичними методами, спостерігалось покращення у вигляді підвищення адаптивних форм поведінки, комунікації та соціалізації яке проявлялося у повсякденній зацікавленості та цілеспрямованих діях.

*Ярош Ярослав*

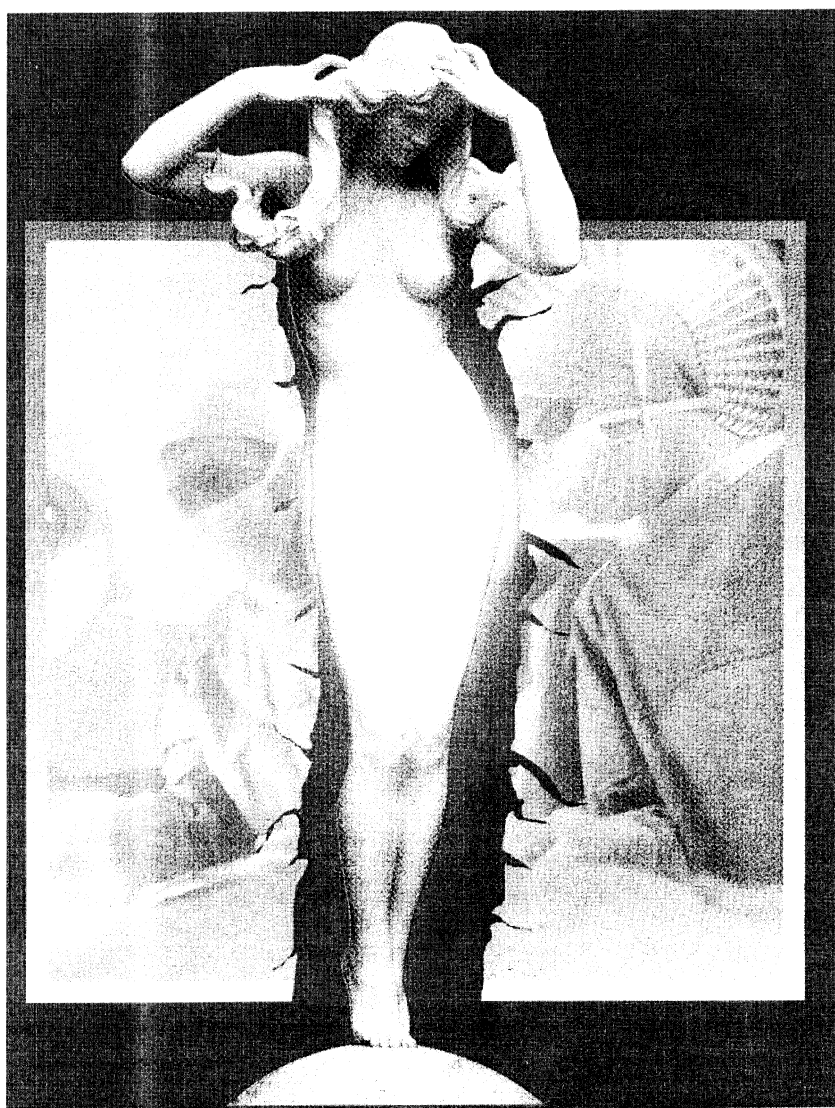
**ДЕРМОГРАФІЧНІ РОЗЛАДИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ СТРОКОВОЇ СЛУЖБИ**

Кафедра організації медичного забезпечення збройних сил  
Науковий керівник: д-р. мед. наук, В.Л. Савицький  
Українська військово-медична академія  
м. Київ, Україна

На підставі дослідження проявів дермографізму 190 військовослужбовців 1-ї половини строку служби і з цього ж контингенту 156-и 2-ї, було встановлено, що вегетативно-судинні дистонічні порушення у 1-х мали місце в 75,7±1,6 % випадків, а 2-х зросли до 87,2±5,3 %. За цього, в обох гуртах переважали симпатикотонічні реакції, з їх явним зростанням у 2-му (60,4±8,1 % і 77,9%±7,0 %), над парасимпатикотонічними і, поза залежності від різновидів цих реакцій, мало місце зростання частоти виявлення змішаних проявів останніх (при симпатикотонії – 40,5±10,5 % і 50,0±9,6 %; парасимпатикотонії – 42,1±13,1 % і 60,0±18,3 %) та з елевацією шкіри, як крайньої виразності реактивних судинних змін (40,0±16,8 % і 45,3±13,7 %; 29,2±19,2 % і 66,7±22,4 % відповідно).

Отримані результати дають підставу вважати, що строк несення військової повинності, внаслідок змін соціуму і під впливом напруженої діяльності, як того вимагає регламент військової праці викликають дисрегуляційні впливи з боку задніх і/чи передніх полів гіпоталамічної області на сегментарні утвори спинного мозку. Переважання задніх полів проявляється симпатикотонічними судинно-дистонічними реакціями, а передніх – парасимпатикотонічними. За змішаних, а особливо в поєднанні з елевацією шкіри, має місце напруженість обох полів, що швидше як в попередніх випадках, призводить до функційної їх виснаженості, а отже адаптаційних можливостей з огляду реціпрокного перебігу ерготропних і трофотропних процесів організму.

# **Секція: Акушерство та гінекологія**







*Багній Ліна, Геряк Вікторія*

### **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ РАНЬОГО ГЕСТОЗУ ВАГІТНОСТІ**

Кафедра акушерства і гінекології №2  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Н.І. Багній  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Гормональні зміни, що відбуваються в жіночому організмі після запліднення, призводять до розвитку травної гіперчутливості, яка провокує у 70-85 % вагітних нудоту та у 40-50 % блювоту на початку вагітності.

Емегест містить 150мг сухого екстракту імбиру, який сприяє нормалізації шлункової секреції, покращенню травлення та зменшенню нудоти. Вітамін В6 у дозі 6мг бере участь у обмінних процесах, покращує функціонування нервової системи.

**Мета дослідження** — оцінити клінічну ефективність препарату Емегест для лікування нудоти вагітних у першому триместрі з ціллю попередження прогресування подальших проявів раннього гестозу та ускладнень перебігу вагітності.

Об'єктом дослідження були вагітні жінки із проявами блювоти середнього ступеня тяжкості. В залежності від методу лікування жінки були поділені на дві підгрупи, рандомізовані по віку, наявності супутньої патології, ступеня вираженості ознак раннього гестозу вагітних та ускладнень перебігу вагітності. Всі жінки пред'являли скарги на нудоту, блювоту до 10 разів на добу незалежно від прийому їжі, біль ниючого характеру у нижніх відділах живота.

Пацієнтки першої групи (n=11) з метою лікування отримували загальноприйнятту терапію (ЗГТ): довенні інфузії до 1500-2000мл на день, мікронізований прогестерон – по 100 мг двічі на день. Пацієнткам другої групи (n = 9) на фоні ЗГТ був призначений Емегест по 1-2 капсулі на день. На 3-4 день лікування у вагітних другої групи спостерігалось покращення самопочуття, відновлення апетиту, зменшення інтенсивності, а у деяких і повна відсутність нудоти, і як наслідок останньої – блювоти. Це дозволило швидше усунути кетоацидоз та припинити внутрішньовенну інфузійну терапію. Пацієнтки першої підгрупи вимагали проведення ЗГТ впродовж 10 днів стаціонарного лікування.

**Висновок.** Застосування Емегесту у вагітних із раннім гестозом слід вважати виправданим.

*Босий Сергій, Гуцуляк Юрій*

### **РОЛЬ МАНУАЛЬНОЇ ВАКУУМ-АСПІРАЦІЇ У ЛІКУВАННІ ПІСЛЯПОЛОГОВИХ УСКЛАДНЕНЬ**

Кафедра акушерства і гінекології №2  
Науковий керівник: д-р мед. наук В.О. Рудь  
Вінницький національний медичний університет  
імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Мета дослідження:** оцінити клінічну ефективність мануальної вакуум-аспірації (МВА) для лікування післяпологових ускладнень в умовах гінекологічного відділення.

**Матеріали і методи:** до дослідження було включено 472 жінки з післяпологовими ускладненнями, які були проліковані в гінекологічному відділенні ВМК ПБ №2 з 2010 по 2014 рік. Були використані наступні методи: клініко-анамнестичний, лабораторні, ультразвукове дослідження матки, бактеріологічне та гістологічне дослідження метрoаспірату та вишкрібку зі стінок порожнини матки, статистичні.

**Результати дослідження:** Усіх жінок було розділено на три групи: I група – 355 жінок, яким проводили МВА; II група – 51 жінка, яким проводили вишкрібання стінок порожнини матки; III група – 66 жінок, яким призначалось консервативне лікування без МВА та вишкрібання стінок порожнини матки. Усі хворі надійшли до стаціонару з підвищенням температури. Після проведення мануальної вакуум-аспірації, вишкрібання стінок порожнини матки, медикаментозного лікування у пацієнток трьох груп у різні терміни нормалізувалась температура тіла. Протягом дослідження не було виявлено жодного ускладнення після мануальної вакуум-аспірації.

**Висновок:** Використання мануальної вакуум-аспірації для лікування післяпологових ускладнень є досить ефективним, про що свідчать результати проведеного нами дослідження: лише у 18,6 % пацієнток при проведенні МВА використовували загальне знеболення, що дозволило значно знизити ризик виникнення ускладнень наркозу; у всіх жінок після МВА відбулося значне зменшення об'єму матки; у 81,7 % пацієнток після проведення МВА температура тіла нормалізувалась на першу добу; у 97,5 % пацієнток після проведення МВА на момент виписки відбулася нормалізація рівня лейкоцитів.

*Брюханова Анастасія*

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА СПОСІБ РОДОРОЗРІШЕННЯ У ЖІНОК З  
АНОМАЛІЯМИ БУДОВИ МАТКИ**

Кафедра акушерства та гінекології №1

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Л.В. Яремчук

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Однією з найбільш актуальних проблем в сучасному акушерстві є проблема невиношування вагітності. Тисячі пар позбавлені можливості відчувати радість батьківства через ті чи інші фактори як з боку чоловіка, так і з боку жінки. Вагому частку в структурі порушення репродуктивної функції займають аномалії будови матки.

Деякі жінки з аномаліями здатні завагітніти і виносити нормальну, доношену вагітність. Інші дізнаються про те, що у них є проблеми, коли відчувають труднощі із зачаттям або починають страждати від ускладнень під час вагітності.

Завдяки розвитку УЗД-діагностики останнім часом все частіше почали виявляти дану патологію у жінок, що звертаються до жіночої консультації з приводу вагітності. Таких жінок часто госпіталізують до стаціонару із загрозою переривання вагітності і на ранніх, і на пізніх термінах. Саме тому важливо досліджувати особливості протікання вагітності та розродження у жінок з різними аномаліями матки.

**Мета:** дослідити частоту виникнення різноманітних ускладнень вагітності та способу розродження у жінок з аномаліями матки.

**Матеріали та методи:** Проведено ретроспективний аналіз 90 індивідуальних карт вагітних та амбулаторних карт жінок з аномаліями матки на базі ВМКПБ №1 за 2011-2014 р.

**Результати:** В результаті ретроспективного аналізу медичної документації було виявлено 47 жінок (52,2 %), які мають сідловидну матку, 40 жінок (44,5 %) – дворогу, подвоєна матка була виявлена лише у 1 жінки (1,1 %), перетинка в матці зустрічалась у 2 випадках (2,2 %). Найчастішим ускладненням вагітності була загроза переривання вагітності, що зустрічалась у 43 жінок (53,15 %) випадків. Тазове передлежання та неправильні положення плода було виявлено у 21 жінки, що склало 25,9 % випадків. Аномалії розташування плаценти були виявлені у 16 (19,8 %) випадках, серед них низька плацентажія була у 11 (13,6 %) жінок, передлежання плаценти – у 5 (6,2 %). Істміко-цервікальна недостатність була виявлена у 14 вагітних, що склало 17,3 % випадків. У 13 (16 %) жінок спостерігалась внутрішньоутробна затримка розвитку плода. Дистрес плода зустрічався у 8 (9,9 %) жінок.

У 48 жінок (53,3 %) вагітність закінчилась терміновими пологоми, у 33 (36,7 %) - передчасними пологоми, у 9 % - мимовільними абортами. Серед жінок, що народжували, у 50 (61,7 %) вагітностей було проведено кесарський розтин, у 31 (38,3 %) випадків закінчились пологоми *per vias naturalis*.

**Висновки:** Таким чином, дослідження структури аномалій матки дозволило встановити високу частоту сідловидної матки – у 52,2 % випадках. При даній патології найчастішим ускладненням вагітності була загроза переривання вагітності, яка відмічалась у 53,1 % випадків, що вказує на великий ризик невиношування в даній категорії жінок.

Також встановлено, що у жінок з аномаліями матки пологорозродження проводилось переважно шляхом кесарського розтину.

*Буднік Тетяна*

### **ВІТАМІН Д ТА ВАГІТНІСТЬ**

Кафедра акушерства та гінекології ННІПО  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. А.В. Бойчук  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

На сьогодні доведено вагоме значення вітаміну Д не тільки у мінеральному обміні, а й визначено його вплив на імунологічні процеси, ріст та диференціацію різних клітин. В останні роки проведено багато досліджень, які показали зв'язок між дефіцитом вітаміну Д та ризиком розвитку онкопатології, аутоімунних процесів, кардіоваскулярних захворювань, неврологічних хвороб.

Доведено, що у США 40-60 % населення, у тому числі вагітні мають дефіцит вітаміну Д (Carol L. et al., 2011). В Україні, за даними В.В.Поворознюка та Н.І.Балацької (2011) лише у 4,6 % жителів рівень вітаміну Д у межах норми, у 13,6 % відзначено недостатність, а в 81,8 % — дефіцит.

Дослідження, проведені в університеті Пітсбурга довели, що у жінок, у яких є дефіцит вітаміну Д у перші 26 тижнів вагітності, на 40 % зростає ризик розвитку тяжкої прееклампсії (Vodnar L. et al., 2014). Проведене рандомізоване клінічне дослідження показало, що щоденний прийом вагітними вітаміну Д у дозі 4000 МО запобігає передчасним пологам та інфекціям у новонароджених (Carol L. et al., 2011), хоча рекомендовані національним керівництвом дози становлять 200 МО щодня.

На сьогодні дискутується питання щодо впливу дефіциту вітаміну Д на розвиток гестаційного цукрового діабету у новонароджених, порушення толерантності до глюкози, малої маси при народженні, загалом його вплив на здоров'я вагітної жінки та новонародженої дитини. Залишаються відкритими питання використання добавок вітаміну Д, його оптимальних доз під час вагітності (Luz Maria De-Regil et al., 2012).

Таким чином, потребує подальшого вивчення питання дефіциту вітаміну Д у вагітних в Україні, його вплив на перебіг вагітності та пологів та розвиток майбутньої дитини

*Гаврилов Олексій, Голота Іванна, Тимошенко Вікторія, Терещук Ірина*

### **ГОРМОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ У ВИГЛЯДІ ГІРСУТИЗМУ ЯК РЕЗУЛЬТАТ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ МАЛОГО ТАЗУ, ЩО ВИНИКЛА ЯК ПРОЯВ СТИГМ ДИЗЕМБРІОГЕНЕЗУ**

Кафедра акушерства та гінекології №1  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. А.П. Дністрянська  
Вінницький національний медичний університет  
імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Вступ.** Варикозну хворобу малого тазу у жінок на сьогоднішній день діагностують, як правило на пізніх стадіях, а тому вважають вторинним проявом вже наявної гінекологічної патології. Проте, можливо саме морфологічні причини виникнення ВХМТ призводять до порушень структури яєчників та їх функцій, що може проявлятися гірсутним синдромом.

**Мета дослідження.** Морфологічно обґрунтувати виникнення варикозної хвороби малого тазу та гістологічно довести вплив варикозної хвороби малого тазу на розвиток гірсутного синдрому.

**Матеріали та методи.** Топографо-анатомічно та макро-мікроскопічно досліджені 66 свіжих нефіксованих трупів жіночої статі, що померли у віці 24-45 років. Дослідження проводилося з використанням методів препарування яєчникових вен, їх морфометрії та визначення гістологічної будови яєчників із забарвленням у гематоксилін-еозин. Також ретроспективно досліджено історії хвороби, рівень естрогенів крові у 35 жінок з проявом гірсутного синдрому. Роботу виконано на базі Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова та Донецького національного медичного університету ім. М. Горького.

**Результати дослідження.** При дослідженні виявлені кореляції варикозного розширення vv. ovaгісае з наявністю бриж у низхідного та висхідного відділів ободової кишки, а також сліпої кишки та відсутністю заободової фасції. В даному випадку яєчникові вени проходили у заочеревинному просторі, маючи тонкий фасціальний футляр, сформований внутрішньочервеною фасцією. При гістологічному дослідженні яєчників нами були знайдені наступні зміни: множинні фолікулярні кісти, нерівномірний склероз кіркової зони з розростанням дозріваючої грануляційної тканини, повнокровні судини та вогнища гемосидерозу. Фолікулярні кісти були оточені багатьма шарами фолікулярного епітелію, що зазвичай продукує естрогени. Ці кісти вочевидь були наслідком венозного стазу, а їх наявність свідчить про гіперестрогенізацію жіночого організму. Дані гормонів жінок із проявами гірсутизму, яким проводилося дослідження свідчать, про підвищення рівня естрогенів, причиною чого могло стати саме венозне повнокров'я.

**Висновки.** Гірсутний синдром супроводжується підвищенням рівня естрогенів крові, що в свою чергу може бути наслідком порушення відтоку крові від жіночих статевих органів. Сама ж варикозна хвороба малого тазу має під собою морфологічне підґрунтя та може розглядатися як наслідок саме особливостей будови судинної стінки.

*Геник Ірина, Лабчук Андрій*

**ДО ПИТАННЯ ЧАСТОТИ ТА СТРУКТУРИ ВІДШАРУВАННЯ ХОРІОНА У РАННІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ**

Науковий керівник: д-р. мед. наук, проф. Н. І. Геник.  
Кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д. Ланового  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
м. Івано-Франківськ, Україна

Субхоріальні та субамніотичні гематоми сприяють самовільним викидням та завмерлим вагітностям в I та II триместрах. Висока частота акушерських та перинатальних ускладнень при різних формах патології хоріона диктує необхідність глибокого вивчення даної проблеми. У ході роботи обстежено 155 жінок, у яких при ультразвуковому дослідженні виявлена патологія хоріона у вигляді субхоріальних гематом (67 спостережень) та субамніотичних гематом (88 спостережень). Окрім оцінки клініко-анамнестичних даних проводилось динамічне ультразвукове дослідження з використанням ультразвукового апарату Aloca SSD-1700 (Японія). При ультразвуковому дослідженні оцінювались розміри ембріона (плода), розміщення та особливості будови хоріона (плаценти) у відповідності до терміну вагітності. При оцінці гематом визначався їх характер (субхоріальні, субамніотичні) та розміри. Виявлено, що середній вік вагітних складав 27,6±0,5 років; вік менархе 13,4±0,4 роки; менструальна функція через 29,7±0,4 по 5,4±0,2 днів. Паритет жінок складав від 1 до 4 вагітностей, при цьому звична втрата вагітності відмічалась у 30,3 % спостережень в терміні 7,1±0,4 тижні. Пологи в анамнезі мали місце у 20 % жінок. Із соматичних захворювань привертала увагу висока частота перенесеного хронічного тонзиліту (47,1 %), захворювання сечовидільних шляхів (20 %), шлунково-кишкового тракту (20 %), серцево-судинної системи (12,9 %). Середні терміни виявлення субхоріальних гематом складали 8,3±0,4 тижня, при цьому в динаміці спостереження об'єм гематом мав тенденцію до зменшення. В кінці лікування відсутність візуалізації гематом виявлено у 44,5 % випадків, в стадії організації – 34,2 % гематом, в 4 випадках спостерігався перехід субамніотичних гематом в субхоріальні. Середні терміни виявлення субамніотичних гематом складали 12,1±0,5 тижня, при цьому об'єм гематом мав тенденцію до зменшення. В кінці спостереження повне розсмоктування гематом спостерігалось у 38,7 % випадків, в стадії організації – у 43,8 %. Порівняльний аналіз ультразвукових параметрів показав пізніше виникнення та більші розміри субамніотичних гематом у порівнянні з субхоріальними. Тому визначення найбільш значимих факторів ризику розвитку відшарування хоріона та утворення гематом є необхідним для попередження даної патології та розробки оптимальної профілактики ускладнень перебігу вагітності.

*Геряк Вікторія, Багній Ліна, Добрянський Тарас*

**ПРОБЛЕМА ПОЛІПРАГМАЗІЇ В АКУШЕРСТВІ**

Кафедра акушерства та гінекології № 2  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С. М. Геряк  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Проблема фармакотерапії під час вагітності надзвичайно складна і багатокомпонентна. Вона включає питання зміни фармакокінетики та фармакодинаміки лікарських засобів (ЛЗ) в різні періоди гестаційного процесу, особливості їх впливу на материнський організм, проникнення ЛЗ до ембріону і плоду, лікувальної, токсичної дії і багато іншого. Серед цих численних питань найбільш гострим завжди було і залишається питання негативного впливу ЛЗ на плід. За даними статистики, 90 - 97 % жінок приймають у період вагітності лікарські препарати, що відносяться до 48 фармакологічних груп.

Метою даного дослідження було вивчити частоту і поширеність використання лікарських засобів під час вагітності.

Для вирішення поставленого завдання було проаналізовано 1500 карт диспансерного спостереження за вагітними в період з 2011 по 2014 роки.

Найчастіше (23 %) призначаються препарати у зв'язку з загрозою переривання вагітності. На другому місці за поширеністю є лікування так званої фетоплацентарної недостатності (ФПН) (12 %), анемії (11 %), прееклампсії (10 %) і неспецифічних інфекцій сечостатевого тракту (вульвовагініти, цистити і т.п.) З лікарських засобів найчастіше, під час вагітності, призначаються полівітаміни (92,4 %), мінеральні комплекси (48,6 %) і препарати заліза (80,9 %). Дві з трьох жінок (70,7 %) отримують спазмолітики, кожна друга (45,2 %) - антиагреганти.

Для лікування СЗРП і ФПН вагітним призначається більше 15 різних видів препаратів, окремо або в поєднанні. Найчастіше - це актовегін, глюкоза, діпірамідол, аскорбінова кислота, кокарбоксілаза, хофитол, папаверин, які не мають патогенетичного впливу на причину захворювання, а є лише симптоматичними лікарськими засобами.

Таким чином, проведене дослідження показало, що в акушерстві поширене явище поліпрагмації. Основними показаннями для призначення лікарських засобів є лікування невиношування вагітності, плацентарної недостатності, СЗРП, анемії і прееклампсії. Тактика фармакотерапії вагітних не відповідає сучасним національним і міжнародним стандартам. Широко використовуються препарати з недоведеною клінічною ефективністю і безпекою при вагітності.

*Гриценко Андрій, Чернієвський Сергій, Марченко Андрій*

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ІЗОІМУНІЗАЦІЄЮ ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ**

Науковий керівник: д-р мед. наук О.Б.Задорожна  
Кафедра акушерства і гінекології №1  
КУ "Пологовий будинок №7" м.Одеса  
м. Одеса, Україна

**Актуальність:** Проблема імуноконфліктної вагітності є актуальною в сучасному акушерстві, в зв'язку з ускладненим перебігом гестаційного періоду, виникненням гемолітичної хвороби новонароджених (ГХН), яка призводить до перинатальних втрат

**Мета дослідження:** Дослідити особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з імуноконфліктною вагітністю

**Матеріали та методи дослідження:** Під нашим спостереженням на протязі 3-х років знаходились 57 пацієнок з титром антитіл 1:2-1:32, в динаміці розвитку вагітності.

Обстеженим жінкам проведений аналіз перебігу та закінчення вагітності, дана оцінка стану плода, новонародженого. Усім жінкам здійснено загальноклінічне обстеження, досліджений рівень естріолу, прогестерону, плацентарного лактогену. Стан плода оцінювали за результатами УЗД, КТГ, доплерометрії.

**Результати дослідження:** У обстежених жінок встановлена загроза переривання вагітності (56,1 %), ЗДА (52,6 %), дисфункція плаценти (49,1 %) та ЗРП (19,3 %).

Прееклампсія мала місце у 29,8 % хворих, передчасні пологи-у 10,5 %, слабкість пологової діяльності-у 12,3 %, кровотечі-у 5,3 %

При зростанні титру антитіл вагітних госпіталізували, проводили курс десенсибілізуючої терапії, а при необхідності-термінове розродження. Кесарів розтин виконали у 8,8 % осіб. Усього народилось 57 дітей, серед яких 87,7 % немовлят мали задовільну оцінку за шкалою Апгар. У 10,5 % новонароджених від матерів, де титр антитіл 1:32(4 випадки) та 1:64(2 випадки) констатували ГХН. Тобто, у вагітних з ізоімунізацією по резус-фактору мав місце ускладнений перебіг вагітності та пологів, розвиток ГХН.

**Висновки:** Таким чином, жінок з імуноконфліктною вагітністю слід виділяти в групу ризику, ретельно контролювати титр антитіл, проводити профілактику, лікування гестаційних ускладнень та своєчасне розродження.

*Дживак Володимир*

**ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА РОДІВ У ЖІНОК ІЗ ЗАТРИМКОЮ РОСТУ ПЛОДА**

Кафедра акушерства та гінекології ННІПО  
Науковий керівник- канд.мед.наук, доц. О.І.Хлібовська  
ДВНЗ "Тернопільського державного медичного університету  
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України"  
М.Тернопіль, Україна

**Актуальною** є проблема ведення вагітності та родів у жінок з затримкою росту плода(ЗРП). Затримка росту плода (ЗРП) - одна з причин перинатальної захворюваності та смертності.

**Мета дослідження** аналіз перебігу вагітності та родів у жінок з затримкою росту плода.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано 560 історій пологів жінок, які народжували в Тернопільській міській лікарні №2 щодо визначення відсотку жінок, у яких вагітність ускладнилась затримкою росту плода.

**Результати дослідження** та їх обговорення. Встановлено, що ЗРП мала місце у 49 випадків (8,75 %). Вивчення акушерського анамнезу показало, що дана вагітність була першою у 47,9 %. Із 52,1 % повторновагітних 54 % жінок мали в анамнезі самовільний викидень. Причини ЗРП поділили на материнські, плацентарні, фетальні та соціально-біологічні. Хромосомні генетичні захворювання спричинили ЗРП у 5 % новонароджених. При аналізі перебігу вагітності виявлено, що вагітність ускладнилась загрозою переривання в різні терміни у 22,5 % обстежуваних. Мали місце такі ускладнення: загроза передчасних родів - 23,1 %, прееклампсія- 6,5 %, багатоводдя- 56,8 %, маловоддя-12,9 %, Важливе місце в діагностиці належить УЗД. Діагностичним критерієм ЗРП є невідповідність фетометрії терміну вагітності (на 2 тижні і більше). Ранньою ознакою порушення росту плода є зменшення всіх його розмірів. За результатами УЗД ознаки дисфункції плаценти діагностовано у 90,6 % . При УЗД у 3,5 % діагностовано гіоплазію плаценти, у 66,6 % - передчасне дозрівання плаценти. За час обстеження вагітності закінчились терміновими родами у 84,1 % , передчасними—у 15,9 % , кесарським розтином - у 4,5 % . З приводу гострого дистресу плода у 2 випадках проводився кесарський розтин.

**Висновки.** Встановлено, що частота затримки розвитку плода складала 8,75 % серед жінок, які народжували. Виявлено фактори, які впливають на розвиток даного ускладнення під час вагітності.

*Добко Олена*

**ПЕРШОЧЕРГОВІСТЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ КАНДИДОЗНОГО КОЛЬПІТУ У ВАГІТНИХ**

Кафедра акушерства та гінекології  
Науковий керівник: асист. І.С. Пилипчук  
Львівський Національний Медичний Університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

**Актуальність.** Вагінальний кандидоз - це ураження статевих шляхів жінки дріжджоподібними грибами із роду Кандіда (*Candida albicans*). По статистиці, кандидоз складає не менше 30 % всіх вагінальних інфекцій. Найчастіше вагінальний кандидоз зустрічається у жінок фертильного віку - 20-40 років. При цьому вагінальний кандидоз є частим супутником вагітності, що значно ускладнює перебіг самої вагітності, пологів та післяпологового періоду. За даними літератури етіологічними факторами розвитку вагінального кандидозу під час вагітності є: порушення нормальної мікрофлори кишківника, зниження імунної функції організму (недостатність вітамінів та мікроелементів), гормональні порушення (високий рівень прогестерону). Ризик, пов'язаний із кандидозом під час вагітності полягає в наступному: внутрішньо-утробне інфікування плода і навколоплідних оболонок (амніоніт, хоріоамніоніт), передчасний розрив навколоплідних оболонок, самовільне переривання вагітності, інфекційно-септичні ускладнення в післяпологовому періоді.

**Мета роботи.** Виявити першочергові фактори ризику розвитку кандидозу у вагітних. Матеріали та методи. Групу дослідження склали 50 жінок із вагінальним кандидозом під час вагітності в терміні 24-37 тиж. В дослідження були включені вагітні віком від 18 до 40 років. Проведено поділ на вікові групи: 18-23, 24-29, 30-34, 35-40.

**Результати.** За даними обстеження у 60 % вагітних були наявні скарги на свербіж, печію в ділянці зовнішніх статевих органів та сироподібні виділення з неприємним запахом. У 80 % досліджуваних жінок з підозрою на наявність кандидозу, в аналізі мазка на мікрофлору були виявлені дріжджоподібні клітини, що вказує на наявність кандидозу. В результаті дослідження виявлена наступна закономірність: кандидоз переважає у вагітних у групах 24-29 і 30-34 роки (33 %, 32 % відповідно). Також встановлено, що у 68 % вагітних кандидоз раніше не виявлявся. Серед досліджуваних 48 % пацієнток мають ускладнення даної вагітності (загроза переривання вагітності, дисфункція плаценти, гестоз II половини вагітності). Ускладнення попередньої вагітності складають 54 % респондентів. Серед всіх опитаних жінок 76 % приймали лікарські препарати протягом вагітності (гормональні препарати, антибіотики). У 38 % вагітність супроводжується імунодефіцитними станами. Захворювання ШКТ (хронічний гастрит, дискінезія жовчовивідних шляхів) присутні у 18 % жінок. Серед наявності ендокринних захворювань 58 % становить ожиріння різного ступеня. У значній кількості опитаних вагітних (56 %) присутні уrogenітальні захворювання (хламідіоз, бактеріальний вагіноз, ВПЛ). При виявленні професійних шкідливостей основний фактор (38 %) - психоемоційні навантаження.

**Висновки.** Отже, в результаті проведеного дослідження нами виявлено, що ризик розвитку кандидозного кольпіту найбільш ймовірний у вагітних в віці 24-29, 30-34 роки (33 %, 32 % відповідно). Основним фактором розвитку вагінального кандидозу у вагітних є прийом лікарських препаратів протягом вагітності - в більшості випадків склали гормональні препарати (гестагени), антибіотики -76 %. Вагоме місце посідає ожиріння вагітних (58 %), уrogenітальні захворювання (56 %), ускладнення акушерського анамнезу-54 %, професійні шкідливості - 38 %.

*Довбенко Наталія, Колочун Наталія, Лимар Наталія, Петиш Віталій, Фінчук Софія*

**ВПЛИВ ЕКЗОГЕННИХ ФАКТОРІВ НА МЕНСТРУАЛЬНУ ФУНКЦІЮ У ЖІНОК РАНЬОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ТА ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ**

Кафедра акушерства та гінекології №1  
Науковий керівник: доц. Л.Є.Лимар  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Впродовж останніх десятиліть зростає кількість порушень менструальної функції (ПМФ) у молодих жінок, які часто призводять до порушення фізичної, розумової активності та втрати працездатності. Тому актуальним є пошук суттєвих причин цієї патології.

Метою наших досліджень було виявити вплив екзогенних факторів на менструальну функцію у жінок раннього репродуктивного віку та визначити особливості порушень менструальної функції.

Шляхом анкетування нами обстежено 236 жінок раннього репродуктивного віку віком від 17 до 25 років. Середній вік склав 19,6 років. З них 97 осіб вказують на ПМФ, що складає 44,9 %. Причому, олігоменорея спостерігається у 85 жінок, що складає 87,6 %. Аномальні маткові кровотечі (АМК) відмічаються у 12 жінок, що становить 12,4 %. Дисменорея спостерігається у 97 жінок з ПМФ, тобто, у 10,0 % випадків. При аналізі екзогенних факторів впливу виявлено наступне: на зміну кліматичних умов вказують 15 жінок, що становить 15,5 %. 42 жінки вказують на зміну режиму праці і відпочинку, а саме: перевантаження організму, що становить 43,3 %. 32 жінки вважають причиною ПМФ зміну харчового раціону, що складає 32,9 %. Слід зауважити, що ця категорія жінок має хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту (гастрит, гастродуоденіт, коліт, дискінезія жовчовивідних шляхів). 8 обстежуваних жінок, що становить 8,2 %, не можуть визначити екзогенний причинний фактор виникнення ПМФ. Серед цієї категорії виявлено 52 дівчини з ПМФ, які палять, що складає 53,6 % від усієї кількості обстежуваних з ПМФ. З приводу розладів менструальної функції за медичною допомогою звертались 23 пацієнтки, що склало 23,7 %. З них з дисменореєю 17 випадків, що склало 11,8 %, олігоменореєю 2 пацієнтки, що склало 2,1 %, АМК 4 пацієнтки, що склало 4,2 %. Особам з цією патологією проведено загальне клінічне обстеження, дослідження гормонального статусу, ультразвукове дослідження геніталій. Проведена корекція режиму праці та відпочинку, фізичного навантаження, харчового раціону, призначене лікування.

Таким чином, екзогенні фактори негативно впливають на менструальну функцію у молодих жінок, сприяючи виникненню дисменореї, олігоменореї, АМК. Своєчасне виявлення патології та її лікування забезпечить нормалізацію менструальної функції у жінок раннього репродуктивного віку.

*Довбенко Наталія, Колочун Наталія, Лимар Наталія, Петиш Віталій, Фінчук Софія*

**МЕНСТРУАЛЬНА ФУНКЦІЯ У ЖІНОК РАНЬОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ  
НА ТЛІ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

Кафедра акушерства та гінекології №1  
Науковий керівник: канд. мед. наук., доц. Л.Є. Лимар  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Останніми роками зростає кількість порушень менструальної функції (ПМФ) у молодих жінок, що часто призводить до втрати працездатності та погіршення якості життя. Тому актуальним є пошук причин та патогенезу цієї патології.

Метою наших досліджень було виявити особливості менструальної функції у жінок раннього репродуктивного віку на тлі соматичної патології.

Шляхом анкетування нами обстежено 375 жінок раннього репродуктивного віку віком від 16 до 27 років (середній вік 21,6 року). З них 193 особи вказують на ПМФ. Причому, дисменорея відмічається у 97 (50,2 %), анормальні маткові кровотечі (АМК) спостерігаються у 36 (18,7 %), олігоменорея у 60 (31,1 %) випадків. У 146 жінок з ПМФ виявлені хронічні захворювання різних органів і систем, які порушують гомеостаз в організмі жінки і мають вплив на менструальну функцію. Найчастіше спостерігаються хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту та гепато-біліарної системи (гастрит, гастродуоденіт, коліт, дискінезія жовчовивідних шляхів, гепатит, панкреатит) – 112 випадків, що становить 58,0 % від усіх обстежуваних пацієнток із соматичною патологією. У 41 жінки відмічаються хронічні захворювання сечовидільної системи, що становить 21,2 %. У 37 жінок спостерігаються серцево-судинні захворювання, серед них переважає вегето-судинна дистонія, це складає 19,7 %. У 3 жінок (1,6 %) діагноз соматичної патології чітко не встановлений. Серед цієї категорії обстежуваних жінок у 152 жінок спостерігається поєднання загострення соматичної патології з маніфестацією проявів ПМФ, що становить 78,8 % від усієї кількості обстежуваних жінок. Важливо відзначити, що АМК значно важче протікають клінічно та значно важче піддаються лікуванню у жінок із супутньою патологією, ніж у пацієнток без поєднання захворювань.

Таким чином, можна зробити висновок, що захворювання травної, сечовидільної, серцево-судинної системи негативно впливають на менструальну функцію у жінок раннього репродуктивного віку, сприяючи виникненню дисменореї, олігоменореї, АМК. Своєчасне виявлення патології та її лікування сприятиме зменшенню кількості порушень менструальної функції у жінок раннього репродуктивного віку.

*Дунець Ілона*

**СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ**

Кафедра акушерства та гінекології  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.А. Франчук  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Лейоміома матки (ЛМ) є найпоширенішою патологією серед доброякісних гіперпластичних захворювань жіночої репродуктивної системи та залишається актуальною проблемою в сучасній гінекології.

**Метою** даного дослідження була оцінка ефективності застосування негормонального препарату на основі індол-3-карбінолу у жінок з ЛМ.

**Матеріал і методи.** Під нашим спостереженням знаходилося 36 жінок з діагностованою лейоміомою матки, середній вік склав (39±0,02) років. Було сформовано дві групи: до першої (основна) увійшло 18 осіб, яким протягом 6-ти місяців призначено курс біологічної добавки на основі індол-3-карбінолу (Квінол) по 1 капсулі (200 мг) 2 рази в добу під час їжі щодня. Друга група (контрольна) складалась з 18 жінок, які знаходилися лише під динамічним спостереженням.

**Результати.** Встановлено, що через 6 місяців терапії індол-3-карбінолом в основній групі 15 (83,3 %) пацієнток відзначили поліпшення самопочуття, 13 (72,2 %) - нормалізацію менструального циклу та 3 (16,6 %) вказали на зменшення больового синдрому. У другій групі порушення менструального циклу зберігалися в 12 (66,7 %) обстежених, а в 2 (11,1 %) осіб відмічено посилення больових відчуттів.

**Висновки.** Результати проведеного дослідження показали, що застосування індол-3-карбінолу є ефективним у жінок з доброякісними захворюваннями репродуктивної системи та може бути альтернативою гормональним препаратам.

*Добровольський Андрій, Задорожний Олександр*

**СТАН ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ВАГІТНИХ ГРУПИ РИЗИКУ ПО  
ВНУТРІШНЬОУТРОБНОМУ ІНФІКУВАННЮ**

Кафедра акушерства та гінекології №1  
Науковий керівник: д-р мед. наук О.Б. Задорожна  
Одеський національний медичний університет  
м. Одеса, Україна

**Актуальність.** У теперешній час відбувається зростання захворюваності на пієлонефрит, поява його тяжких, хіміорезистентних форм, які часто закінчуються летальним кінцем. Пієлонефрит призводить до ускладненого перебігу вагітності та пологів, порушення функції фетоплацентарної системи (ФПС), адаптаційних та резервних її можливостей, дистрес-синдрому плода, у зв'язку з чим вивчення взаємовідносин мати-плацента-плід в умовах гіпоксії та інтоксикації є актуальною проблемою.

**Мета дослідження:** Вивчити стан фетоплацентарної системи у вагітних групи ризику по внутрішньоутробному інфікуванню плода

**Матеріали: та методи:** Під нашим спостереженням знаходилась 71 жінка у віці від 20 до 39 років, термін гестації - 28-38 тижнів. Із них 51 хвора на пієлонефрит та 20 пацієток із фізіологічним перебігом вагітності - контрольна група (КГ).

Всім пацієнткам проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження. Надана оцінка загального стану жінки, еритроциту, показників ЛПІ, сечовивідної системи. Дослідження стану ФПС-вивчали вміст естріолу (ЕЗ), ПЛ, ПР ІФА тест-системами.

УЗД плода здійснювали на УЗ-сканері "Toshiba Nemio" (Японія) із визначенням показників біофізичного профілю плода (БПП) за методом Vintzelios A.M. et al (1993)

КТГ плода проводили апаратом Feta RPT BMT 9141 Neasa, оцінювали за допомогою шкали Fischer W. et al. (1979) з урахуванням поправок Маркіна Л.Б. (2007).

Гемодинамічні зміни в системі "мати-плацента-плід" оцінювали за результатами доплерометрії та візуалізації судин (маткових артерій, артерій пуповини та середньої мозкової артерії плода).

Для вивчення інфектологічного статусу проводили якісну та кількісну оцінку мікроорганізмів, ступінь бактеріального обсеменіння шляхом висіву на поживні середовища з визначенням резистентності до антибіотиків

**Результати:** В результаті обстеження вагітних з пієлонефритом встановлено, що тільки у 28 (54,9 %) пацієток був нормальний рівень гормонів фетоплацентарного комплексу, тобто дисфункцію плаценти мали 23 (45,1 %) хворих.

Зниження концентрації фетальних та плацентарних гормонів до 30 % визначали у 10 (43,5 %) хворих, від 30 % до 50 % констатували у 8 (34,8 %) осіб, більше за 50 %-у 5 (21,7 %) хворих. Тобто, більшість вагітних з пієлонефритом - 23 (45,1 %) особи, мали дисфункцію плаценти, при цьому, зниження рівню гормонів більше ніж на 30 %-50 % виявили у 13 (56,2 %) жінок.

Сумарний показник БПП у вагітних з пієлонефритом становив  $7,28 \pm 0,18$  балів, в КГ -  $9,02 \pm 0,32$  бали ( $p < 0,05$ ). У вагітних з пієлонефритом мало місце погіршення багатьох показників КТГ (АМО, кількості, амплітуди та тривалості акцелерацій, а також поява поодиноких децелерацій). За даними КТГ задовільний стан плода (8-10 балів за Фішером) мали 35 (68,6 %) осіб з пієлонефритом та 19 (95,0 %) жінок з фізіологічним перебігом вагітності ( $p < 0,05$ ).

При доплерометричному дослідженні встановлено порушення матково-плацентарно-плодового кровотоку, що супроводжувалось підвищенням систоло-діастолічних співвідношень (С/Д), збільшенням індексів судинного опору в артеріях пуповини та їх зниженням у середній мозковій артерії плода.

Так, показник С/Д співвідношень у маткових артеріях складав  $2,15 \pm 0,03$ , у той час як у жінок контрольної групи -  $1,75 \pm 0,16$  ( $p < 0,01$ )

У пуповинній артерії цей показник становив  $2,72 \pm 0,02$ , у пацієток КГ -  $2,20 \pm 0,04$  ( $p < 0,01$ ). У середній мозковій артерії плода цей показник знижений до  $4,15 \pm 0,04$ , у жінок КГ -  $4,35 \pm 0,07$  ( $p < 0,01$ ). Крім того, встановлена наявність бактеріального обсеменіння уrogenітальних органів у вигляді мікробно-вірусних асоціацій, високим ЛПІ, що є додатковими ендогенними факторами ризику, які посилюють загальну інтоксикацію матері та плода.

**Висновки:**

Таким чином, у вагітних з пієлонефритом констатували порушення у ФПС, які проявлялись розвитком дисфункції плаценти та дистрес-синдрому плода (за результатами УЗД, КТГ, доплерометрії), низькими показниками БПП, інтоксикацією організму матері та плода. Виявлені при дослідженні порушення функції фетоплацентарної системи потребують корекції.



*Зеленко Ольга*

**АЛЬТЕРНАТИВНИЙ МЕТОД ГЕМОТРАНСФУЗІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ АНЕМІЇ У ПАЦІЄНТОК З ФІБРОМІОМОЮ МАТКИ**

Кафедра акушерства і гінекології №2  
Науковий керівник: д-р мед. наук., доцент В.О. Рудь  
Вінницький національний медичний університет  
імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Анемія є найбільш поширеним захворюванням, що зустрічається в повсякденній практиці фахівців різного профілю, в тому числі і акушер-гінекологів. Зниження якості життя хворих фіброміомою матки, ускладненою хронічною постгеморагічною анемією, свідчить про необхідність проведення лікувальних заходів, спрямованих на корекцію порушень обміну заліза і пов'язаних з ними ускладненнями.

**Мета:** порівняння різних варіантів проти анемічної терапії у пацієнток з фіброміомою.

**Матеріали та методи:** Дослідження проводилось на базі ВМКПБ № 2. Обстежено 36 пацієнток, які прооперовані з приводу фіброміоми матки, що супроводжувалась анемією середнього та важкого ступеню. В залежності від тактики проведення проти анемічної терапії пацієнтки були розподілені на дві групи. В I групу (контрольну) було включено 24 жінки, яким проводилась стандартна проти анемічна терапія пероральними препаратами заліза та препаратами крові. В II групі (дослідній) у 12 пацієнток використовували вітчизняний внутрішньовенний препарат заліза «Суфер» компанії ЮРІЯ-ФАРМ.

**Результати:** Клінічна картина анемії складалася із загальних симптомів анемії, обумовлених гемічною гіпоксією, і ознак тканинного дефіциту заліза. В результаті лікування рівень гемоглобіну в групі II (дослідній)  $124 \pm 7$  г/л (на момент виписки зі стаціонару) виявився статистично достовірно вище, ніж у групі контролю –  $105 \pm 8$  г/л ( $p = 0,03$ ). Аналогічні результати отримані по іншим показникам.

**Висновки:** Оптимальним методом підготовки до оперативного втручання хворих на фіброміому матки з хронічною залізодефіцитною анемією є парентеральне введення сахарозного комплексу заліза Суфер.

*Клімук Настасія, Левчук Олена*

**КУЛЬТУРА СТАТЕВОГО ВИХОВАННЯ**

Кафедра акушерства та гінекології  
Науковий керівник: викладач акушерства та гінекології І.О. Котуль  
ВКНЗ Дубенський медичний коледж Рівненської обласної ради  
м. Дубно, Україна

Особливістю фізіології підлітків є поява у них інтересу до осіб протилежної статі. Для підліткового віку характерний інтенсивний фізичний і розумовий розвиток особи. Статеве життя у цей період виснажує молодий організм, заважає розвитку. Юнаки внаслідок цього відстають від ровесників, а дівчатам часто розплачуються за втіху гінекологічними захворюваннями.

Студенти акушерсько-гінекологічного гуртка розробили анкету, щоб виявити відношення студентів, щодо їх ставлення про початок раннього статевого життя.

Метою анкетування було визначити початок статевого життя у підлітків, їх знання про венеричні хвороби. Протягом 2015 року було опитано 164 особи: 141 дівчина та 23 юнаки, віком від 16 до 20 років.

Підлітки рано починають статеве життя. На питання з якого віку ви розпочали статеве життя, студенти відповіли: 14 років - 1 дівчинка та 2 юнаки; 15 років - 5 дівчаток та 2 хлопчики; 16 років - 18 дівчат та 5 юнаків; 17 років - 11 дівчат та 3 юнаки; 18 років - 9 дівчат та 2 юнаки; 69 дівчаток та 7 юнаків - утримались. Відношення до дошлюбних статевих зв'язків: 27,5 % - позитивне, 48,1 % - негативне, 21,6 % - байдуже, 2,7 % - утримались. За 2010 рік результати наступні: позитивне – 40 %, негативне – 53 %, байдуже - 9.6 %. Проанкетовані 2015 року – 25 % дівчат ведуть статеве життя без контрацептивів; юнаків-15%; презервативом користуються 15 % - дівчат та 10% юнаків. Результати анкетування 2010 року: завжди - 56,6 %, рідко – 36 %, ніколи - 7.5 %. «Ваше ставлення до абортів?»: 1,5 %-позитивно, 96 %-негативно; 1,5 %-байдуже, на відміну від проанкетованих за 2010рік, за 2015рік на що студенти відповіли: позитивно-0.7 %, негативно-91.7 %, мені байдуже-4.1 %.

**Висновок:** підводячи підсумки проведених анкетувань можна говорити про те, що культура статевого виховання у молоді зростає.

*Ковида Наталія*

**ОПТИМІЗАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО ЗБІЛЬШЕННЯ ВАГІНАЛЬНИХ ПОЛОГІВ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДНЬОГО КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ НА БАЗІ ТИПОВОГО МІСЬКОГО ПОЛОГОВОГО БУДИНКУ**

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
Науковий керівник: канд. мед. наук Н.П. Гончарук  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика  
м. Київ, Україна

На сьогоднішній день проблема зростання частоти операції кесарського розтину (КР) викликає серйозне занепокоєння як у професійних колах, так і в суспільстві в цілому. В Україні частота КР постійно зростає з 9,58 % у 1999 році до 16,10 % у 2009 році. Однак в останні роки відзначається зростання частоти планового КР. Однією з причин росту є збільшення кількості жінок з рубцем на матці після попереднього КР. Однак, у міру зростання кількості жінок з рубцем на матці, вагінальні пологи після попереднього КР (ВПКР) привертають усе більше уваги медичної громадськості як один з можливих шляхів зниження: загального рівня КР, частоти повторного КР, ризику ускладнень, пов'язаних із плановим КР. Успішні ВПКР дозволять під час наступних вагітностей запобігти ускладнень, що пов'язані з повторним КР.

**Мета роботи:** оптимізувати підходи до збільшення кількості вагінальних пологів після попереднього КР на базі типового міського пологового будинку.

**Матеріали та методи.** За допомогою диференційованого підходу обґрунтовано вибір способу пологорозрішення у жінок із рубцем на матці на основі аналізу історії пологів роділей із рубцем на матці у Київському міському пологовому будинку № 1 за період 2011-2013 р.

Результати дослідження та їх обговорення.

Протягом останніх років нами напрацьовано достовірні дані щодо диференційованого підходу до методу пологорозрішення жінок із рубцем на матці, що базувався на положеннях Наказу МОЗ України від 27.12.2011 р. № 976 „Вагінальні пологи після кесаревого розтину“. Зокрема, відсутність протипоказань для ВПКР, головне передлежання плода, інформованої згоди на ведення пологів через природні пологові шляхи.

За досліджуваний період структура показань до кесаревого розтину у жінок з рубцем на матці змінилася. У 2012 році перше місце в структурі показань до кесаревого розтину у жінок з рубцем на матці посідає неспроможність рубця на матці і становить 35,6 %. У 2013 році дане показання зникло як таке – це пояснюється відсутністю його у Наказі МОЗ України від 27.12.2011 р. № 977. Показання відмова жінки від спроби вагінальних пологів зросло практично в два рази з 14 до 26,5 % відповідно за досліджуваний період.

Провівши аналіз даних історій пологів та бесіди з роділями встановили основні причини відмов:

- недостатня інформованість вагітної;
- стереотипне мислення лікаря ЖК, щодо введення жінок із рубцем на матці;
- страх жінок після перших пологів

Все це свідчить про неадекватну прегравідарну та психологічну підготовку лікарем ЖК жінок з рубцем на матці до ВПКР.

**Висновки:**

1. За досліджуваний період структура показань до кесаревого розтину у жінок з рубцем на матці змінилася. Показання відмова жінки від спроби вагінальних пологів зросло практично в два рази з 14 до 26,5 % відповідно за досліджуваний період.

2. Все це свідчить про неадекватну прегравідарну та психологічну підготовку лікарем ЖК жінок з рубцем на матці до ВПКР. Завдання лікаря ЖК – готувати вагітну з рубцем до прийняття рішення щодо спроби ВПКР.

*Коаут Роксолана*

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ЗАПЛІДНЕНИХ ЗА ДОПОМОГОЮ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ**

Кафедра акушерства і гінекології  
Науковий керівник: І.І. Ельшєвська  
Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

**Актуальність:** У вирішенні проблеми неплідного шлюбу в усіх розвинутих країнах світу все більшого значення набуває метод екстракорпорального запліднення(ЕКЗ), а особливого значення заслуговує питання багатоплідності. Частота настання вагітності після ЕКЗ-пересадки ембріона знаходиться у межах 20-30 %, а жива дитина народжується тільки в 65-70 % індукованих вагітностей. Серед вагітностей, які настали в результаті ЕКЗ-35 % є багатоплідними.

**Мета:** Знизити частоту акушерських та перинатальних ускладнень у жінок із багатоплідною вагітністю після допоміжних репродуктивних технологій на підставі вивчення особливостей формування та функціонування стану фетоплацентарного комплексу й мікробіоценозу статевих шляхів, а також удосконалення комплексу лікувальних і профілактичних засобів.

**Матеріали і методи:** Проаналізовано історії хвороб 20 вагітних жінок з багатоплідною вагітністю після вилікуваної неплідності та 20 жінок контрольної групи. Ці пацієнтки лікувалися в Медичному центрі «Інтерсоно» та Львівському обласному клінічному перинатальному центрі. Вивчені анамнестичні дані, перебіг вагітності, дані щодо гормонального профілю, вміст плацентарних білків, результати ультразвукового дослідження, стан новонародженого.

**Результати:** Встановлено, що у жінок із багатоплідними вагітностями після застосування допоміжних репродуктивних технологій у гормональному статусі виявлено збільшення прогестерону до 197,2 нмоль/л та естрадіолу до 9,8 нмоль/л протягом першого триместру, що є прогностично несприятливою ознакою щодо перебігу вагітності, та більш низький рівень гормонів фетоплацентарного комплексу при збереженні загальної тенденції їх росту в другому та третьому триместрі, що свідчить про напруження функцій комплексу; з боку імунної системи спостерігається збільшення Т-клітин та їх різновидів CD4+ і CD8+, збільшення значення CD4+/CD8+ в 1,2 рази, що характеризує більш пізню перебудову імунної системи, підвищення природніх кілерів, що в 1,2 рази перевищує показники жінок з самостійними вагітностями; зміни з боку плаценти у вигляді фіброзного звуження та облітерації просвіту судин, ураження строми гіллястого хоріону, неоднорідна гістологічна зрілість плаценти, ангіоматоз судин ворсин, утворення синусоїди та збільшення кількості термінальних ворсин. Тривале безпліддя, обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, багаторазові спроби екстракорпорального запліднення призводять в подальшому до зниження індексу стресостійкості (66 %), збільшення в крові стрес-індукуючого фактора – кортизолу в 1,3 рази та зниження стрес-лімітуючого фактора – рівня оксиду азоту в 2 рази.

**Висновки:** Тільки профілактичні заходи: гормональна підтримка прогестероном в першому триместрі, проведення метаболічної терапії після 23-24 тижнів гестації, дородова госпіталізація в терміні 25-38 тижнів, проведені ще за 4 тижні до зачаття і після нього, здатні допомогти уникнути появи відхилень від нормального розвитку плода при багатоплідній вагітності після допоміжних репродуктивних технологій.

*Корман Ольга, Курило Оксана, Якимчук Юлія*

**СУЧАСНЕ УЯВЛЕННЯ ПРО ПРИЧИНИ РОЗВИТКУ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ ВАГІТНОСТІ В ТЕРМІНІ ДО 22 ТИЖНІВ, З НАСТУПНОЮ ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНОЮ КОРЕКЦІЄЮ**

Кафедра акушерства та гінекології ННІПО  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. А.В. Бойчук  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Невиношування вагітності є надзвичайно актуальною та болючою проблемою як в медичному так і соціальному аспектах. Прямі репродуктивні втрати Україна щорічно нараховує 36-40 тисяч ненароджених бажаних дітей. Серед ряду причин, які призводять до передчасного переривання вагітності в II триместрі, особливу роль посідає істміко-цервікальна недостатність, що становить близько 3-4 %. Проблема неспроможності шийки матки (ШМ) при вагітності є причиною 15-40 % пізніх мимовільних абортів і до 30 % передчасних пологів.

Нами обстежено 60 жінок, які ми поділили на три групи спостереження, серед яких: I-а група – 20 здорових невагітних жінок віком 20-25 років, II-а група – 20 жінок в терміні вагітності 18-20 тижнів без ознак ІЦН, III-а група – 20 жінок в терміні вагітності 18-20 тижнів із ознаками ІЦН.

Метою даного обстеження вважалось визначення біохімічних показників колагенового обміну а саме рівня оксипроліну в крові жінок, як діагностичного критерію розвитку істміко-цервікальної недостатності, на фоні синдрому сполучнотканинної дисплазії, та наступною її корекцією.

Як комплексний підхід до лікування ІЦН на фоні дисплазії сполучної тканини, нами проводилась хірургічна корекція шляхом накладання шва на шийку матки та застосований препарат декспантенол і оцінено його клінічну ефективність, що в кінцевому результаті призвело до 100 % пролонгування вагітності до терміну 37 тижнів.

Отже своєчасна діагностика та ефективне лікування ІЦН в більшості випадків дозволяє попередити невиношування вагітності і народити доношену і здорову дитину.

*Костів Лілія*

**ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ В СТРУКТУРІ ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ**

Циклова комісія хірургічного профілю  
Науковий керівник: Г.О. Гнатюк  
«Чортківський державний медичний коледж»  
м. Чортків, Україна

**Актуальність.** Сьогодні внутрішньоутробні інфекції набули характеру серйозної медико-соціальної проблеми внаслідок несприятливого впливу на перебіг вагітності та стан плода. Серед даних інфекцій особлива роль відводиться CMV-інфекції.

**Мета дослідження.** Встановити клінічні особливості CMV- інфекції на перебіг вагітності та стан плода.

**Завдання дослідження:**

1. Визначити патології вагітності у жінок з CMV інфекцією.
2. Проаналізувати стани, що виникають в перинатальному періоді у новонароджених.

Матеріали та методи дослідження. Для підтвердження діагнозу вагітним досліджувалась кров на наявність маркерів CMV- інфекції, вірусів простого герпесу (HSV), Епштейн – Бар вірусів (EBV) методом ПЛР та специфічних антитіл класу Ig G I Ig M – методом ІФА.

**Результати.** Проведено спостереження на базі пологового будинку за 2013 – 2014 рр., де знаходилось 45 вагітних високої групи ризику по внутрішньоутробному інфікуванню плода, з них CMV-інфекцію виявлено у 14 жінок.

В результаті дослідження у жінок з CMV інфекцією були виявлені такі патології вагітності: ГРВІ в I триместрі(5), фетоплацентарна недостатність(5), загроза переривання вагітності(3), герпетичні висипання(1).

Виявлені стани, що виникають в перинатальному періоді у новонароджених: порушення церебрального статусу(5), неонатальна жовтяниця(4)внутрішньоутробна гіпотрофія(4), вроджена пневмонія(1).

**Висновки:**

1. При обстеженні вагітних з ЦМВ інфекцією виявлено такі патології: фетоплацентарна недостатність, ГРВІ, загроза переривання вагітності, герпетичні висипання.
- 2.У новонароджених спостерігаються такі стани: порушення церебрального статусу, внутрішньоутробна гіпотрофія, неонатальна жовтяниця.

*Кривицька Галина*

**ЗАЛЕЖНІСТЬ ЧАСТОТИ ВИНИКНЕННЯ ТРАВМ М'ЯКИХ ТКАНИН ПОЛОГОВИХ ШЛЯХІВ ВІД СТУПЕНЯ ЧИСТОТИ ПІХВИ**

Кафедра акушерства та гінекології № 1  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л. М. Маланчук  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Мета роботи:** встановити залежність між ступенем чистоти піхви та виникненням травм м'яких тканинпологових шляхів.

Робота виконувалася на базі БЦРЛ Херсонської області, у пологовому відділенні. У групу спостереження з вересня 2014 по березень 2015 року відібрана 31 вагітна, що народжуватиме вперше, із клінічними проявами кольпіту на різних термінах гестації, що були підтверджені мікроскопічним методом. У 19 пацієнток діагностовано кандидозний кольпіт ( 61.3 %), у 8 жінок (23.5 %) – баквагініт, решта 4 пацієнтки мали кольпіт невизначеної етіології. Всім вагітним була проведена санація піхви та контрольна мікроскопія виділень. У 7 пацієнток ( 22.5 %) виник рецидив, із клінічними проявами та відповідними мікроскопічними змінами ( у 5 вагітних – кандидозний кольпіт, у 2 - баквагініт), що потребувало повторного лікування. У решти пролікованих пацієнток скарги були відсутні. По мазках, взятих перед пологами, діагностовано 8 кандидозних кольпітів ( 25.8 % ), 2 баквагініта ( 6.45 %), 1 кольпіт невизначеної етіології (3.22 %). 20 жінок мали I-II ступінь чистоти піхви. В пологах розриви піхви мали місце у 5 пацієнток ( 16.1 %), розриви промежини I-IIст. у 3 пацієнток ( 9.6 %), поєднані травми м'яких тканин відзначалися у 7 пологах ( 22.5 % ). 3 ( випадки пологової травми мали місце у жінок з рецидивом кольпіту. Лише у 2 пацієнток із I-II ст. чистоти піхви відбулися розриви м'яких тканинпологових шляхів.

**Висновок:** В результаті аналізу проведеного дослідження встановлено, що найбільша кількість травм відзначалась у пацієнток із запальними змінами піхви. Отже, вчасне лікування кольпітів та контроль одужання попереджає або мінімізує травми пологових шляхів

*Кузнєцова Ганна*

**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ РОБОТИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ  
АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ**

Кафедра сестринська справа  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.Й. Шатило  
КВНЗ "Житомирський інститут медсестринства"  
м. Житомир, Україна

**Актуальність теми.** Здоров'я жінки визначає здоров'я покоління. Тому попередження і лікування гінекологічних захворювань є одним з найважливіших завдань акушерсько-гінекологічної служби.

**Мета дослідження** – обґрунтування шляхів підвищення якості медичної допомоги жіночому населенню.

В ході дослідження було проведено аналіз діяльності акушерсько-гінекологічної служби області за останні 5 років та медико-соціологічне дослідження серед практикуючих медичних сестер і акушерок гінекологічних відділень.

Аналіз вперше зареєстрованих хвороб у жінок фертильного віку Житомирської області (2010-2013 рр.) свідчить про негативні тенденції в їх стані здоров'я, а також збільшення розладів жіночої статеві системи.

В ході медико-соціологічного дослідження було встановлено велике навантаження на медичний персонал відділень, неможливість пройти акушерську спеціалізацію по профілю, система підвищення рівня професійної майстерності потребує удосконалення.

**Висновки:** Для покращення якості надання медсестринської допомоги у гінекологічних відділеннях і підвищення рівня професійної майстерності медичних працівників середньої ланки, пропонується: 1) запровадити курси спеціалізації перед прийняттям на роботу у спеціалізовані відділення медичних працівників середньої ланки; 2) розширити навчальну програму медичних сестер на до дипломному і післядипломному етапах навчання; 3) запровадити спеціалізований бакалаврат для акушерок.

*Кучеренко Оксана, Чайка Григорій, Ломачук Богдана Олександрівна*

**СОМАТОТИПОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ ПУБЕРТАТНИХ КРОВОТЕЧ У ДІВЧАТ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ РІЗНИХ  
МОРФОТИПІВ**

Кафедра акушерства та гінекології №1  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Г.В. Чайка  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

Конституція людини – це комплекс індивідуальних анатомічних і фізіологічних особливостей, що формуються у певних природних і соціальних умовах і знаходять свій вплив у його реакціях на різні впливи. Визначення конституційних характеристик, особливостей людини, в тому числі антропометричних, соматотипологічних ознак має значне теоретичне і практичне значення. На даний час однією з основних завдань медицини є вивчення індивідуальних особливостей формування підліткового організму з метою подальшого вдосконалення системи охорони здоров'я для кращого фізичного і духовного розвитку населення.

Проблема маткових кровотеч в період статевого дозрівання стоїть дуже гостро, адже саме в цей період завершується формування всіх морфологічних і функціональних структур організму, в результаті чого остаточно реалізується індивідуальна генетично детермінована програма розвитку організму. Саме в пубертатному періоді відбувається формування репродуктивного потенціалу, зниження якого може мати серйозні демографічні та соціально-економічні наслідки.

Таким чином, відсутність чіткої концепції відносно взаємозв'язку компонентів соматотипу та антропометричних характеристик морфо-функціональних показників дівчаток юнацького віку з пубертатними кровотечами вказує на актуальність та практичну значущість досліджень, вістря яких спрямоване на встановлення різних аспектів антропометричних характеристик підлітків та вісцерометрії внутрішніх органів

Мазур Юрій

**АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ: АКТУАЛЬНІСТЬ, ДІАГНОСТИКА, ПРОФІЛАКТИКА**

Кафедра акушерства і гінекології  
Науковий керівник: доц. О.О. Коритко  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

За даними ВООЗ (Say L et al. Global causes of maternal death, 2014) серед причин материнської смертності кровотечі становлять 27 %. Вчасно надана кваліфікована медична допомога рятує життя жінки.

Акушерська кровотеча (АК) – це втрата крові, що становить >0.5 % від маси тіла вагітної або більше 1000 мл крові після кесаревого розтину. Встановивши наявність післяпологової кровотечі (ППК), необхідно визначити її походження та якнайшвидше усунути її. Причини АК можна об'єднати у 4 групи:

1. Гіпотонія, атонія матки;
2. Травма матки чи пологових шляхів;
3. Затримка тканин в порожнині матки після пологів;
4. Порушення згортання крові.

Відомо, що для визначення об'єму ППК використовують: візуальну оцінку кровотечі, збір крові у ємність та вимірювання її об'єму, гравіметричний метод, оцінку змін артеріального тиску, пульсу, гематокриту, гемоглобіну. Проте через недоліки жоден з цих методів не є «золотим стандартом» діагностики ППК.

Нами ретроспективно проаналізовано 30 історій пологів МККПБ №1 м.Львова, де мали місце кровотечі під час вагітності, пологів та післяпологового періоду у 2013-2015 рр.

Залежно від клінічної ситуації застосували у 15 випадках консервативні (окситоцин або карбетоцин в/в, misoprostol 800мкг per rectum, гемостатичні препарати) та у 15 – хірургічні методи зупинки АК (селективна емболізація а.uterina та а.ovarica, компресійний шов за В-Lynch, квадратні компресійні шви, тампонада матки катетером Фолея, перев'язування а.iliaca interna). Гістеректомія була крайнім заходом, перевага надавалась органозберігаючим операціям у жінок дітородного віку.

Згідно з літературними даними незалежні дослідження Bristol та Hinchingbrooke чітко продемонстрували, що у разі застосування активного ведення третього періоду пологів (AMTSL), виникнення ППК було значно нижчим (5,9 % при AMTSL проти 17,9 % при очікувальній тактиці ведення та 6,8 % при AMTSL проти 16,5 % при очікувальній тактиці ведення).

Висновок. Враховуючи проблему крововтрати під час вагітності, пологів, післяпологового періоду, потрібно запобігти розвитку важких ускладнень (геморагічний шок, ДВЗ-синдром і т.д.), тому жінка з прогнозованим високим ризиком виникнення ППК має бути скерована у медичний заклад III рівня допомоги.

Виправданим є застосування AMTSL для профілактики виникнення ППК.

Маркович Тетяна

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ СПОНТАННІЙ ТА ІНДУКОВАНІЙ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ**

Кафедра акушерства та гінекології №2  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. С. В. Балабуєва  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** За останні 15 років значно підвищилась частота багатоплідних вагітностей, особливо за рахунок розвитку допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). За даними літератури у 60-70 % випадків це пов'язано з частим використанням індукції овуляції, стимуляції суперовуляції у програмах ДРТ, включаючи екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ) і перенесення ембріонів (ПЕ). Висока частота ускладнень при індукованій багатоплідній вагітності (ІБВ) вимагає досконалого вивчення даної проблеми.

**Мета.** Зниження частоти перинатальних втрат шляхом ранньої діагностики фетоплацентарної недостатності у жінок з ІБВ.

**Матеріали та методи.** Основну групу склали 30 жінок віком від 20 до 40 років із вагітністю, що настала в результаті застосування ДРТ. Контрольна група - 25 жінок із спонтанним багатопліддям, віком від 19 до 40 років. Пацієнтки проходили УЗ-моніторинг із визначенням біофізичного профілю плода (БПП) разом із доплерівським картуванням у терміні вагітності 32 тижні.

**Результати.** За результатами доплерометричного дослідження в артерії пуповини та аорті плода було виявлено порушення функціонального стану фетоплацентарного комплексу (ФПК) в основній групі у 22 жінок – 73,33%, в контрольній групі – у 4 жінок – 16%. В основній групі середнє систоло-діастолічне відношення (СДВ) в артерії пуповини 1 плода склало – 2,536, 2 плода – 2,539; відхилення від середнього нормального - 26±3%. В аорті плода середнє СДВ 1 плода склало – 5,444, 2 плода – 5,447; відхилення від середнього нормального - 23±2%. Середній показник індексу резистентності (ІР) в артерії пуповини 1 плода склав – 0,822, 2 плода – 0,824; відхилення від середнього нормального - 27±2%. В аорті плода середній показник ІР 1 плода склав – 0,978, 2 плода – 0,974; відхилення від середнього нормального - 21±2%. Середній показник БПП у жінок з ІБВ – 3,84, що свідчить про наявність сумнівного стану плодів.

**Висновки.** Отримані результати свідчать про порушення функціонального стану ФПК та необхідність його корекції.

*Мартинюк Аліна, Пришляк Любов*

### **АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПАРТНЕРСЬКИХ ПОЛОГІВ**

Цикл хірургічних дисциплін  
Науковий керівник: В. С. Дрегалюк  
Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського  
м. Кременець, Україна

**Важливими факторами** зменшення пологового болю є підготовка до пологів і підтримка роділлі медичним персоналом. Особливого значення у благоприємному перебігу пологів відіграє підтримка жінки партнером.

**Мета дослідження.** Порівняти перебіг та розвиток ускладнень при партнерських та традиційних пологах.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено аналіз історій пологів та анкет 20 жінок, котрі народжували на базі пологового відділення Бережанської ЦРКЛ. Обстежуваних жінок поділили на 2 групи. До I групи ввійшли 10 пацієнток, які отримували партнерську підтримку, а до II групи 10 пацієнток із традиційною методикою ведення пологів. У групі із партнерською підтримкою роділлі могли використовувати м'ячі, вільно вибирати положення тіла в I і II періоді, партнери проводили немедикаментозні методи знеболення (масаж). У групі із традиційним веденням пологи вели на ліжку Рахманова у положенні на спині.

Перебіг пологів та післяпологового періоду оцінювали на основі суб'єктивних відчуттів – прояву больового синдрому (за 10-бальною шкалою) та даних об'єктивного обстеження – пологові травми, об'єм крововтрати в пологах, використання пологопідсилення.

Середнє значення вираженості болю в I та II періоді становив 4,4 в I групі та 5,2 балів в II групі, середнє значення болю в післяпологовому періоді - 1,8 та 3,1 балів відповідно. Пологові травми виникли у 3 (30 %) пацієнток I групи та 6 (60 %) – II групи, пологове підсилення проводили в 1 (10 %) пацієнтки I групи та 3 (30 %) – II групи. При цьому середнє значення пологової крововтрати становило 155 мл в I групі та 280 мл – в II групі.

**Висновок.** У групі жінок із партнерською підтримкою відмічено нижчий рівень больових відчуттів під час пологів та в післяпологовому періоді, рідше виникали пологові травми, також спостерігався менший об'єм крововтрати.

*Мартинюк Вікторія*

### **ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНІВ ДЕТОКСИКАЦІЇ ПРИ ГЕНІТАЛЬНОМУ ЕНДОМЕТРІОЗІ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ**

Кафедра акушерства та гінекології №1  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л. М. Маланчук  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Ендометріоз є однією з найбільш загадкових проблем у сучасній гінекології. За частотою він займає 3 місце після запальних захворювань жіночих геніталій і міоми матки в структурі гінекологічної патології. В останні роки спостерігається чітка тенденція до збільшення частоти даного захворювання. Згідно даних світової літератури генітальний ендометріоз вражає 12 – 50 % жінок фертильного віку. Довготривалий, стійкий перебіг захворювання, часті рецидиви, виражений больовий синдром, порушення менструальної функції та велика частота безплідності пацієнток визначають значимість цієї проблеми.

**Мета дослідження.** Оцінити роль алельних варіантів генів GSTT1 та GSTM1 в патогенезі внутрішнього ендометріозу.

**Матеріали і методи.** Нами обстежено 40 жінок з генітальним ендометріозом, віком від 27 до 45 років. Контрольну групу склали 20 соматично здорових жінок. Ідентифікація інсерційно – делеційного поліморфізму в генах GSTT1 та GSTM1 проводилась за допомогою ПЛР на базі Міжкафедральної науково – клінічної лабораторії.

**Результати досліджень.** Середній вік обстежуваних жінок склав у досліджуваних групах 33, 2 ± 24 роки, у контрольній 28,6 ± 1,8 роки. У 21 (52,5 %) пацієнток спостерігалось порушення менструальної функції (альгодисменорея), у 33 (82,5 %) - хронічні тазові болі, а в 10 (25 %) відмічалась диспареунія. В результаті проведеного аналізу було виявлено, що виникнення аденоміозу тісно пов'язане із наявністю в генотипі делецій у генах GSTT1, GSTM1. Так, при порівнянні генотипів у жінок досліджуваних груп, у 75 % пацієнток I групи спостерігалось носійство нульових (делеційних) варіантів, а у групі контролю – в 25 %.

**Висновки.** Таким чином, в результаті проведеного нами дослідження, вдалося встановити, що аденоміоз достовірно асоційований з нулевим генотипом по двом генам II фази детоксикації (GSTT1 та GSTM1).

Жінки із наявністю делецій у генах GSTT1 та GSTM1 складають групу ризику по розвитку ендометріозу і потребують розробки сучасних методів профілактики та лікування.

**АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ПРИ МАКРОСОМІЇ ПЛОДА**

Кафедра акушерства та гінекології

Науковий керівник: асист. І.С. Пилипчук

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

**Актуальність.** В акушерській практиці великим вважається плід, маса тіла якого в кінці вагітності сягає 4000 г і більше при головному передлежанні і 3700 г при сідничному передлежанні. Плід з масою тіла 5000 г і більше вважається гігантським. Останнім часом показник поширеності пологів великим плодом зростає і коливається в межах 5,2-14,4 %. Важливість та актуальність проблеми крупного плоду зумовлена в основному високою її частотою, а також збільшенням кількості ускладненого перебігу пологів.

**Мета роботи.** Виявлення особливостей перебігу вагітності та пологів при макросомії плода.

**Матеріали та методи.** Проведено клініко-статистичний аналіз 50 історій пологів та обмінних карт вагітних. Маса тіла новонароджених коливалась від 3000 г до 5000 г. Пацієнтки були розділені на 2 групи залежно від маси тіла плода при народженні: в основну групу ввійшли 35 вагітних з масою плода при народженні від 4000 г до 5000 г, а в контрольну-15 з масою плода при народженні від 3000 г до 3650 г.

**Результати.** Вік вагітних основної групи коливався від 16 до 40 років. В контрольну групу ввійшли пацієнтки від 19 до 40 років. Працюючі серед жінок обох груп складали 76 % і домогосподарки-24 %, більшість вагітних жительки міста-90 % і сільські жительки-10 %. Кількість жінок з пізнім менархе в основній групі складав 14,3 %, а в контрольній-33,3 %. Порушення менструального циклу ( 30-45 днів)- 57,1 % в основній групі, в контрольній – 20 %. Кількість пологів в анамнезі 2 і більше відмічалось в основній групі-77,1 %, а в контрольній-13,33 %. Частота крупного плода в попередніх пологах в основній групі становила 20 %, що в 3 рази частіше, ніж в контрольній. У кожній другій вагітній акушерській анамнезі обтяжений медичним аборт. Вагітні основної групи в 2 рази частіше мали в анамнезі самовільні викидні, рубець на матці після кесарського розтину, регресуючу вагітність, амніоцентез, позаматкову вагітність, первинне і вторинне ліковане непліддя. Серед екстрагенітальної патології у вагітних з макросомією плода найбільш часто діагностували ендокринні захворювання -36 %, захворювання сечостатевої системи -28 %, захворювання шлунково-кишкового тракту -12 %. Аналіз ростово-масового показника в основній групі показав, що у 2 рази частіше спостерігався надлишок маси тіла і ожиріння I та II ступеня до вагітності, ніж в контрольній групі. Пологи через природні пологові шляхи в основній групі складали 42,8 %, в контрольній -86,7 %, шляхом операції кесарського розтину відповідно 57,2 % і 13,3 %.

**Висновки.** Отже, формуванню макросомії плода частіше передують обтяжений акушерський анамнез і велика кількість пологів в анамнезі. Соматичний анамнез у вагітних з макросомією плода частіше обтяжений екстрагенітальною патологією. Як наслідок, вчасне виявлення і корекція екстрагенітальної патології, використання сучасних контрацептивів в міжгестаційний період можна розглядати як спосіб профілактики формування великого плода. Серед факторів ризику розвитку макросомії плода певне місце посідає конституційні особливості батьків. Пологи при макросомії плода частіше завершуються шляхом операції кесарського розтину.



Олексяк Олена, Філюк Андрій

### ВПЛИВ РІВНЯ СВІТЛОВОГО ЗАБРУДНЕННЯ НА ЧАСТОТУ ВИНИКНЕННЯ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ У ЖІНОК

Кафедра акушерства та гінекології  
 Науковий керівник канд. мед. наук, доц. Л.І. Романчук.  
 ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
 імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
 м. Тернопіль, Україна

В сучасній ситуації люди живуть в умовах світлового забруднення. Штучне світло порушує природні біоритми рослин і тварин, аналогічно воно впливає на біоритм людини.

У 2007 р. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я віднесла позмінну роботу та порушення сну до вірогідних канцерогенних чинників. За даними ВООЗ у жінок, що страждають на безсоння, ризик раку молочної залози зростає до 4 разів. Яскраве освітлення у спальні підвищує ризик раку молочної залози у 2,6 рази.

Логічно припустити, що негативний вплив нічного світлового забруднення сприяє підвищенню ризику виникнення раку молочних залоз і залежить від ступеня забруднення.

За даними досліджень астрономів нічна освітленість у м.Тернополі перевищує допустимі для природнього фону в 10 разів (числовий показник 0,33-1). Рівень світлового забруднення у м. Києві(числовий показник 3-9) перевищує природний фон у 30-90 разів.

Рівні світлового забруднення	м. Київ	м. Тернопіль	Сільська місцевість
Кольоровий відповідник зони	Жовтогаряча	Зелена	Темно-сіра
Числовий показник	3-9	0,33-1	0,01-0,11

Нами було проаналізовано статистичні дані захворюваності на рак молочної залози сільського населення Тернопільської області, м. Тернополя та м. Києва.

Показник захворюваності на рак молочної залози на 100 тисяч населення:

Захворюваність на рак молочної залози (рік)	Захворюваність сільського населення Тернопільської області	Захворюваність населення м. Тернополя	Захворюваність населення м. Києва
2001	40,2	53,8	73,8
2006	42,7	57,8	74,6
2011	43,7	75,1	77,1

**Висновок:** Результати дослідження свідчать про залежність частоти раку молочної залози від рівня світлового забруднення місцевості. Тому важливо дотримуватися добового режиму та рівня світлового забруднення.

Перестюк Наталія

### ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА ВАГІТНІСТЬ ТА РОЗВИТОК ПЛОДУ

Кафедра сестринської справи  
 Науковий керівник: д-р мед. наук В.О. Заболотнов  
 Житомирський інститут медсестринства  
 м. Житомир. Україна

**Актуальність.** Останнім часом у світі спостерігається загрозна зростання кількості жінок, що палять. Наприклад, за результатами досліджень проведених в США, виявилось, що палять не менше однієї третини всіх жінок, а близько 25 % жінок не кидають цю шкідливу звичку навіть у період вагітності. Не краща ситуація і в інших країнах, в тому числі і в Україні.

**Мета.** Вивчити вплив тютюнопаління на вагітність та розвиток плоду.

**Методи.** Для досягнення мети було обстежено 70 породіль.

**Основний матеріал.** Із 70 обстежених породіль палили цигарки 24,3 %, із них 14,3 % покинули палити до 12 тижнів, 4,3 % жінок до 24 тижнів, а 5,7 % і надалі продовжували палити від 3 до 10 цигарок на день. Серед причин куріння, при анкетуванні найбільше названо стресові ситуації, пов'язані з роботами, конфліктами в особистому житті, 4,3 % жінок вважають, що паління це модно і престижно, 2,9 % - заради задоволення, 2,9 % вважають, що це цікаво. У жінок які палять, частіше народжувались недоношені діти у 17,7 % (1,9 % у жінок які не палять;  $p < 0,05$ ), маловагові - у курців  $2850 \pm 247$  гр. ( $3450 \pm 296$  гр. у тих, що не палили;  $p < 0,05$ ). У плоду від жінок які палили діагностовано дистрес в 41,1 % випадків. Це відбувалося за рахунок того, що нікотин дуже легко проникає через плаценту, і надходить його туди набагато більше ніж залишається в організмі матері.

**Висновок.** Кількість жінок які палять під час вагітності є неприпустимо високою. Отже, для народження здорової дитини, необхідно докласти максимум зусиль для того, щоб позбавитись від такої згубної звички як куріння.

*Паранчишин Васирина, Савчак Ярослав*

**ГНІЙНА ІНФЕКЦІЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ТАЗУ І СТЕГНА СПРИЧИНЕНА ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЮ СПІРАЛЛЮ - ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ**

Кафедра загальної хірургії  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Ю.С. Лисюк  
Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

**Актуальність.** Одним із небезпечних для життя запальних ускладнень внутрішньоматкової спіралі (ВМС) є розвиток гнійної інфекції м'яких тканин тазу. Однак рідкість даної патології можуть спричинити труднощі діагностики та помилки в лікуванні.

**Мета.** Акцентувати увагу на діагностиці потенційних внутрішньо- та позатазових шляхах поширення гнійної інфекції при ускладненні ВМС

**Матеріали та методи.** Медична карта стаціонарного хворого, результати візуалізаційних методик, літературний пошук.

**Результати.** Пацієнтка 55 років, госпіталізована зі скаргами на болі у лівому кульшовому суглобі з іррадіацією у пахову ділянку, що посилюються при рухах і тривають 2 місяці. Діагноз лікаря швидкої допомоги: закритий перелом шийки лівого стегна. При обстеженні виявлено наявність гіпотонії (АТ 90/60 мм. рт. ст.), анемії (гемоглобін 78 г/л), лейкоцитозу (10,3 г/л) та відсутність травматичних змін кісток за даними рентгенографії. У зв'язку із неманіфестною симптоматикою консультована хірургом, урологом, гінекологом, невропатологом, травматологом встановлено попередній діагноз: гострий попереково-крижовий радикуліт, флеботромбоз лівої нижньої кінцівки. При повторному огляді впродовж першої доби відмічено збільшення в 1,5 рази об'єму лівого стегна із болючим випинанням по задній поверхні, запідозрено туберкульозне ураження лівого кульшового суглоба або саркому лівого стегна із розпадом. Виконано комп'ютерну томографію тазу – констатовано збільшення в об'ємі клубово-стегнової ділянки внаслідок потовщення м'язів, у проекції внутрішньозатупального м'яза відмічено наявність міхурців газу, скупчення рідини (гнійний вміст) 32x39 мм із включенням міхурців газу у проекції сідничного м'яза на рівні кульшового суглоба та інфільтрацію заочеревинного простору до широкої зв'язки матки зліва. За результати обстеження діагностовано інфекційний запальний процес у м'яких тканинах лівої нижньої кінцівки. На другу добу госпіталізації виконано розкриття та дренивання субфасціальної параартикулярної флегмони лівого стегна. На десятий день госпіталізації при повторній ультрасонографії ознак тромбозу магістральних вен не виявлено, у ділянці передньо-медіальної поверхні верхньої третини лівого стегна візуалізовано велике рідинне включення. Враховуючи поширення процесу на стегно, виконано повторне хірургічне втручання - розкриття флегмони передньо-медіальної групи м'язів верхньої третини стегна. На 13-ий день госпіталізації за даними контрольної ультрасонографії діагностовано гнійне ураження між листками широкої зв'язки матки та внутрішньотазового заочеревинного простору зліва. Виконано третє операційне втручання - розкрито внутрішньотазову флегмону клубового м'яза. На 17-ий день госпіталізації проведено діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки та видалено ВМС, яка знаходилася в матці 25 років. Пацієнтка виписана у задовільному стані на 35 день після першої операції.

**Висновки.** Тривале перебування ВМС може ускладнитися важкою гнійною інфекцією м'яких тканин тазу з проникненням у клубово-сідничну і стегнову ділянки. Варіабельність внутрішньотазових й позатазових шляхів поширення гнійної інфекції вимагає високої поінформованості та настороженості у лікарів різних профілів. Комп'ютерна томографія та ультрасонографія є високоінформативними методами діагностики шляхів поширення гнійної інфекції м'яких тканин тазу.

*Петришин Наталя, Хміль Анна*

### **ВИВЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СИНДРОМУ ГІПЕРСТИМУЛЯЦІЇ ЯЄЧНИКІВ**

Кафедра акушерства та гінекології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.В. Хміль  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Згідно статистичних даних кожна п'ята пара в Україні стикається з проблемою безпліддя. Щороку зростає кількість жінок, які вдаються до використання можливостей допоміжних репродуктивних технологій(ДРТ). У зв'язку з цим ускладнення, пов'язані з даними методиками, стають все більш актуальною проблемою. Синдром гіперстимуляції яєчників є найбільш серйозним ускладненням контрольованої стимуляції яєчників в рамках ДРТ.

Синдром гіперстимуляції яєчників(СГЯ) – ятрогенний стан, в основі якого лежить патологічна відповідь яєчників на екзогенне введення препаратів - прямих стимуляторів овуляції(гонадотропінів). Він є патологічним симптомокомплексом, що характеризується значним збільшенням яєчників з формуванням в них фолікулярних і лютеїнових кіст на фоні вираженого набряку стромы, збільшенням проникності судин, масивним виходом рідини в третій простір, що веде до гіповолемії, гемоконцентрації, гіпопротеїнемії, електролітного дисбалансу, формування асцити, гідротораксу, олігурії, гострої ниркової недостатності, тромбоемболічних ускладнень, респіраторного дистрес синдрому дорослих

Метою наших досліджень було опрацювання джерел інформації для визначення факторів ризику СГЯ.

В результаті проведеного огляду літератури встановлено, що фактори ризику, які були виявлені протягом багатьох років, можуть бути розподілені на первинні та вторинні. Первинні - це ті фактори, які визначені до початку контрольованої стимуляції яєчників(КОС), на основі наявних характеристик пацієнта(синдром полікістозних яєчників(СПКЯ), молодий вік(<33 років), низький індекс маси тіла(ІМТ), обтяжений алергологічний анамнез). Вторинні фактори ризику виявляються протягом одного циклу КОС(активність сироваткового Е2 >3000-4000 пг/мл в циклах ЕК3 та >1500-2000 пг/мл в циклах КОС, швидке підвищення рівнів Е2, число фолікулів 15-25 в кожному яйнику, велика кількість аспірованих ооцитів(>20), використання ХГл для лютеїнової підтримки в протоколах стимуляції, рання вагітність).

Таким чином, знання про фактори ризику допоможуть своєчасно виявляти жінок схильних до виникнення СГЯ, а також дадуть можливість попередити розвиток синдрому у пацієнток, які проходять стимуляцію овуляції в циклах ЕК3, за рахунок проведення профілактики синдрому гіперстимуляції яєчників.

*Пістун Юлія, Геряк Вікторія, Добрянський Тарас, Дукмас Наталя, Швед Юлія*

### **ВПЛИВ РЕАКТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ ЖІНКИ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ**

Кафедра акушерства та гінекології № 2  
Науковий керівник д-р мед. наук, проф. С.М. Геряк  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Проведено ретроспективний аналіз 150 історій пологів вагітних, яких було госпіталізовано до Тернопільського обласного перинатального центру «Матері та дитини» у 2013-2014 роках з діагнозом «Загроза передчасних пологів».

Під час ретроспективного аналізу історій хвороб виявлено, що значну кількість госпіталізованих вагітних з діагнозом загроза передчасних пологів складають жінки, основними проявами у яких є скарги на тягучі (ниючі, колючі) болі внизу живота нерегулярного характеру. Клінічно визначається підвищення тонуусу матки та вкорочення шийки матки. При більш детальному опитуванні звертає на себе увагу підвищена тривожність вагітної, неадекватна емоційність (збудження, дратівливість, плач). З особистого анамнезу обов'язково спостерігаються ознаки гострого (ДТП, велика сварка в родині, часті відрядження чоловіка, розірвання шлюбу, хвороба родичів, догана від керівництва, суперечка з батьками, судовий процес, незадовільне навчання у школі молодшої дитини) чи хронічного (постійне емоційне напруження на роботі, сімейні конфлікти, невирішені проблеми із житлом, низький соціальний рівень, маленька заробітна платня, догляд за двома маленькими дітьми, проживання із батьками, щоденне водіння автомобіля, тривале лікування матері, відсутність чоловіка) стресорного впливу оточення, що призводить до психоемоційного напруження (78 %, P<0,05). При цьому, значна кількість вагітних (49 %, P<0,05) були виписані із значним покращенням на 8 – 9 добу після мінімального медикаментозного лікування та психологічного консультування.

Таким чином, у жінок із звичним невиношуванням вагітності відмічається високий рівень особистісної тривожності та тривожно-депресивних невротичних розладів, внаслідок значного зниження компенсаторних реакцій серцево-судинної та вегетативної систем, а також нервово-гуморальних ланок регуляції. Навіть незначний психоемоційний вплив при високому рівні особистісної та ситуативної тривожності трансформувалася у цих пацієнток в особливу актуальну поведінку з неадекватними біосоціальними реакціями. Негативні емоції (страх перед настанням вагітності, незадоволена потреба в продовженні роду, відчуття провини) супроводжувались порушенням гомеостатичних констант, що забезпечують прогресування вагітності та потребують усунення подразнюючих нервову систему факторів.

*Пушко Антоніна*

**ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ У ЖІНОК**

Кафедра акушерства і гінекології  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. С.О. Остафійчук  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
м. Івано-Франківськ, Україна

Проблема удосконалення обстеження та лікування жінок з синдромом хронічного тазового болю (ХТБ) залишається однією з головних у гінекології. Причини ХТБ різноманітні і одне з провідних місць займає варикозне розширення вен малого тазу (ВРВМТ), причини якого важко діагностуються і хворі не отримують належного патогенетичного лікування.

Мета дослідження: покращити якість життя жінок з ХТБ.

Нами обстежено 62 пацієтки з ВРВМТ, ХТБ у яких триває в середньому  $4,9 \pm 1,2$  років. Середній вік жінок становив  $32,1 \pm 2,4$  роки. Для верифікації діагнозу проводили УЗД органів малого таза та доплерографію основних венозних колекторів. Лікувальний комплекс включав діосмін-вмісний флеботропний препарат нормовен по 500 мг 2 рази в день. Ефективність лікування оцінювали за шкалами для оцінки болю (Pain Assessment Scales). В основному опитувальні жінки висловлювали скарги на погіршення загальної активності (69,4 %), порушення ходи (43,5 %), погіршення професійної діяльності у (80,6 %) випадків. У 44 (71,0 %) пацієток відмічалася посилення болю в другу фазу менструального циклу. За результатами цифрової рейтингової шкали легкий біль відмічався у 17,8 %, помірний – у 82,2 % жінок. Інтенсивність болю по візуально аналоговій шкалі (ВАШ) склала  $4,45 \pm 1,3$ . На стискаючий, ниючий та м'який біль скаржилися 41 жінка (66,1 %), на тяжкий та жагучий біль – 10 (16,1 %), розколюючий біль відмічали 8,0 % жінок згідно з опитувальником болю МакГілла. Моніторинг клінічної симптоматики у жінок з ХТБ після 6 місячного курсу лікування показав позитивну динаміку. У 67,7 % жінок було досягнуто повної редукції болю, у третини пацієток залишався періодичний ниючий біль легкої інтенсивності. Інтенсивність болю по ВАШ після лікування склала  $1,5 \pm 1,3$ .

Таким чином, запропонований нами консервативний лікувальний комплекс ВРВМТ є ефективним і патогенетично обумовленим і призводить до зменшення венозного застою в органах малого тазу та усунення ХТБ у більшості пацієток.

*Семиженко Лілія*

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО СТАТУСУ У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ**

Кафедра акушерства та гінекології №2  
Науковий керівник: канд. мед. наук, О.М. Надворна  
Одеський національний медичний університет  
м. Одеса, Україна

Невиношування вагітності - мультифакторіальна патологія, в виникненні якої мають значення інфекційні, метаболічні, ендокринні, імунологічні та інші фактори. На ряду з цим, дослідження показують значення соціальних та психоемоційних факторів в виникненні загрози переривання вагітності (П.А.Кірющенко, 2012р; А.М.Бербець, 2012р). Невиношування вагітності продовжує залишатися актуальною проблемою сучасного акушерства та перинатальної психології. Не дивлячись на впровадження профілактичних і лікувальних заходів, частота ускладнень залишається великою (В.О.Андрєєва, М.А.Левкович, 2012р).

Мета дослідження - вивчення особливостей психічного статусу у жінок із загрозою переривання вагітності.

Матеріали та методи: оцінювали психоемоційний стан вагітних основної групи з загрозою переривання в I триметрі за допомогою Міжнародної госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS), аналізували акушерсько-гінекологічний анамнез жінок, наявність шкідливих звичок, соматичних захворювань, професійних вад. Контрольну групу склали жінки з умовно фізіологічним перебігом вагітності.

Дослід показує: 1) у 62,5 % вагітних із загрозою переривання відмічається посилення астеничних емоцій, що знижують активність особистості; 2) частіше були порушені внутрішньосімейні, виробничі відносини, зменшена міжособистісна соціальна підтримка, зі збільшеним напруженням сприймається соматичний больовий синдром, у порівнянні з жінками зі здоровим протіканням вагітності.

Отже, психологічне консультування є важливим інструментом у вирішенні комплексної проблеми лікування загрози переривання вагітності.

*Синоверська Мар'яна*

### **ДИСПЛАЗІЯ ШИЙКИ МАТКИ – ФАКТОР РИЗИКУ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ**

Кафедра акушерства та гінекології  
Науковий керівник: проф. Л.М. Маланчук  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Дисплазія шийки матки (цервікальна інтраепітеліальна неоплазія), за визначенням ВООЗ, — це патологічний процес, при якому в частині товщі епітеліального шару з'являються клітини з різним ступенем атипії, що характеризуються порушенням процесів диференціювання, росту, дозрівання та відторгнення. Головним фактором розвитку дисплазії на сьогоднішній день вважають онкогенні (канцерогенні) типи вірусу папіломи людини (ВПЛ) високого ризику, найчастіше це 16 та 18 типи.

Актуальність даної проблеми полягає в тому, що у жінок, інфікованих ВПЛ, збільшується частота патологічного перебігу вагітності. Невиношування вагітності - самовільне переривання вагітності в терміні від зачаття до 36 тижнів + 6 днів.

Мета дослідження: проаналізувати перебіг вагітності у жінок із дисплазією шийки матки легкого та середнього ступеня тяжкості.

Обстежено 30 жінок, які були поділені на дві групи по 15 жінок. Першу групу склали вагітні з дисплазією шийки матки, у яких діагностовано 16 та 18 типи вірусу папіломи людини (ВПЛ), друга група – здорові вагітні жінки.

Перебіг вагітності ускладнився в першій групі пацієнток загрозою раннього викидня у 2 жінок, з яких у 1 пацієнтки вагітність закінчилась мимовільним викиднем у терміні 3-4 тижні. У другій групі загрози раннього викидня не спостерігалось. При подальшому спостереженні у першій групі жінок загроза пізнього викидня відмічалася у 1 вагітної. В першій групі у 1 пацієнтки вагітність завершилася передчасними пологами, а в другій – вагітність у всіх жінок закінчилася нормальними пологами ( у терміні 37 - 42 тижні). Отже, вагітні із дисплазією шийки матки, викликані 16 та 18 типами ВПЛ, складають групу ризику щодо невиншування вагітності. Тому прегравідарна підготовка жінок із дисплазією шийки матки повинна включати раннє виявлення та лікування цієї патології.

*Фартушок Тетяна*

### **ОСОБЛИВОСТІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ ІНФІКОВАНИХ ВІРУСОМ ІМУНОДЕФІЦИТУ ЛЮДИНИ**

Кафедра акушерства та гінекології  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

**Актуальність.** На сучасному етапі розвитку України здоров'я жінки є найважливішим інтегральним показником загального здоров'я нації та її відтворення. Починаючи з 1995 року відбувається надзвичайно швидке зростання чисельності ВІЛ-інфікованих. Україна перебуває в епіцентрі епідемії ВІЛ у Східній Європі: вдвічі перевищує відповідний показник для Західної і майже в 14 разів - Центральної Європи. За оцінками міжнародних експертів, сьогодні в Україні живе 440 тисяч людей із ВІЛ/СНІДом (1,63 % населення країни віком 15-49 років). У 2010 році в Україні офіційно зареєстровано 18 973 ВІЛ-інфікованих осіб, жінки становлять близько 27 %. Вірус імунодефіциту вражає передусім молоде покоління, що ставить під загрозу репродуктивний потенціал.

**Мета.** Вивчення особливостей репродуктивного здоров'я у жінок фертильного віку інфікованих вірусом імунодефіциту людини з метою збереження репродуктивного здоров'я. Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням знаходилось 26 ВІЛ інфікованих вагітних жінок, які звернулись і були скеровані у пологовий стаціонар Львівської обласної клінічної лікарні протягом 11 місяців 2014 року.

**Результати.** За результатами проведених досліджень найбільша кількість жінок була у віці 31 рік - 3 (11,5 %) , 23 роки - 2 (7,7 %), 24 роки - 2 (7,7 %), 33 роки - 2 (7,7 %), 34 роки - 2 (7,7 %) жінок. Жительками міста Львова були - 3 (11,5 %) жінки, 1(3,8 %) жінка жителька Івано-Франківська, жительками Львівської області - 20 (76,9 %), 1 (3,8 %) жінка жителька Кіровоградської області, 1(3,8 %) жінка Тернопільської області. Незадовільні умови проживання були у 19(75 %) жінок, фінансові труднощі мали близько 25(99 %) жінок, не працювали- 8(30,7 %) жінок та в шлюбі були лише 8 (30,7 %), професійні контакти з кров'ю мала - 1 (3,8 %) жінка. При обстеженні ВІЛ-інфікованих жінок часто спостерігається уrogenітальний кандидоз 15(59 % ) жінок, мікоплазмоз 10 (40 %), хламідіоз 9 (37 %). Середній вік менархе 12,5 років. Початок статевого життя 16,3 років. Болючі менструації відмічали - 12 (46,2 %) жінок, 10 (38,5 %) - відмічали рясні менструальні кров'янисті виділення, 4 (15,4 %) - нерегулярні менструації з частими затримками до 6-12 днів. Первинне непліддя виявлено у 10(41 %) жінок, полікістоз яєчників - у 6 (23,1 %) жінок, аднексит - у 2 (7,7 %) жінок, ерозія шийки матки - у 6 (23,1 %) жінок, поліп шийки матки у 1 (3,8 %) жінки, самовільні викидні в анамнезі мали 8 (30,8 %) жінок, лейоміому матки у 11 (45 %) жінок, гіперплазію ендометрію 16(65 %) жінок. Лише 9 (38 %) жінок використовували бар'єрні методи контрацепції. Не використовували жодних методів контрацепції кожна п'ята жінка. Із супутніх патологій 3 (11,3 %) жінки мали вірусний гепатит С, 2 (7,7 %) хронічний пієлонефрит.

**Висновки.** Своєчасна діагностика та лікування захворювань репродуктивної сфери у ВІЛ-інфікованих жінок є важливим профілактичним заходом щодо попередження онкологічних процесів та створення сприятливого впливу на якість життя в подальшому новонародженої дитини.

*Філь Наталія*

**ВПЛИВ МЕТОДУ РЕГІОНАРНОГО ЗНЕБОЛЮВАННЯ НА ТРИВАЛІСТЬ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ ТА НА СТАН НОВОНАРОДЖЕНОГО**

Кафедра акушерства та гінекології  
Науковий керівник: канд. мед. наук., доц. І.М. Маланчин  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Проведено клініко-статистичне обстеження 200 жінок, 100 з яких народжували під знеболюванням методом епідуральної аналгезії, а 100 - без знеболювання. Вік жінок: від 18-24 роки - 118 осіб, 25-28 років - 59 осіб, 29-36 років - 23 особи.

Тривалість першого періоду пологів у жінок під знеболюванням була на 1 год 20 хв менша, ніж у пацієнток, пологи у яких не знеболювалися.

Тривалість другого періоду пологів у жінок під знеболюванням була на 10 хв менша, ніж у пацієнток, пологи у яких не знеболювалися.

Тривалість третього періоду пологів у жінок, яким проводилося знеболювання епідуральною аналгезією і у роділь, без знеболювання пологів, практично не відрізнялись.

Пологи під епідуральною аналгезією закінчились кесарським розтином у 7 пацієнток (7 %). У групі жінок, де пологи не знеболювалися, ця частка становить - 9 %. Вакуум-екстракцію у групі жінок, де пологи знеболювалися, проводили у 2 пацієнток (2 %), а у групі жінок, де пологи не знеболювалися у 4 пацієнток (4 %). У 100 % випадках, коли пологи закінчувалися родорозрішенням шляхом кесаревого розтину, методом знеболювання оперативного втручання була епідуральна анестезія. Виявлено, що в пологах, де мало місце знеболювання, середній бал оцінки новонародженого по шкалі Апгар становить 8-9 балів  $\pm$  1 бал. У групі жінок, де пологи не знеболювалися, новонароджені оцінені в межах - 7-8 балів  $\pm$  1 бал. У групі новонароджених після кесаревого розтину оцінка по шкалі Апгар становила - 8-9 балів  $\pm$  1 бал (тотожно до показників новонароджених, які народилися у пологах під знеболюванням).

Середня маса новонароджених від матерів склала 3250г  $\pm$  450г, зріст 52,5см  $\pm$  3,5см. Частота дистресу у новонароджених становила: у пологах із знеболюванням - 9 % , у пологах без знеболювання - 18 %. Кількість кефалогематом у новонароджених у пологах із знеболюванням - 1 %, а у групі без знеболювання - 8 %. Ускладнення в післяпологовому періоді: пізня післяпологова кровотеча - в групі, де пологи знеболювалися - 1 %, в групі без знеболювання - 2 %.

Таким чином, у жінок в яких пологи проводились під регіонарним методом знеболювання, тривалість пологів, а саме I та II періоду, була значно меншою, ніж у другій групі. На скоротливу діяльність матки, стан плода та новонародженого дане знеболювання не має негативного впливу, а під час кесарського розтину, на відміну від загального знеболювання, відсутня наркотична депресія у новонародженого.

*Формазюк Тетяна, Якимчук Олександр*

**ОЦІНКА ПСИХОСОМАТИЧНОГО СТАНУ ЖІНОК З ФІБРОМІОМОЮ МАТКИ**

Кафедра акушерства та гінекології  
Науковий керівник: проф. А.В. Бойчук  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Для оцінки впливу різних стресових ситуацій на емоційний стан і на організм установа необхідність визначення особливостей особистості і темпераменту хворих міомою матки репродуктивного та старшого репродуктивного віку за опитувальником Клонінджера, до та після оперативного лікування, з метою виявлення дезадаптивних якостей особистості і проведення додаткової роз'яснювальної роботи та, при необхідності, психотерапевтичної корекції.

В обстеженні взяли участь 105 жінок у віці від 45 і до 50. Всім хворим з міомою матки до та після операції проводили визначення особливостей особистості і темпераменту за опитувальником Клонінджера «Структура темпераменту і характеру». Опитувальник являє собою список із 140 тверджень, які складаються з шести шкал, що поділяються на кілька субшкал. Пацієнтки, які готувалися до оперативного втручання з приводу фіброміоми матки мали особливості особистості за опитувальником Клонінджера, що характеризуються підвищеною імпульсивністю (5,18 балів) і зниження рефлексії (4,32 балів) і достовірно відрізняються за даним показником від жінок, які перенесли оперативне втручання, для них характерна висока здатність до астенії (2,78 балів) або спиритуалізму (4,56 балів). Застосування даного опитувальника за рахунок різноманітності шкал, а також хороших психометричних якостей, що базуються на загальній моделі темпераменту і характеру, що дозволило диференційовано підійти до передопераційної підготовки таких жінок. При виявленні підвищеної імпульсивності і зниженої здатності до рефлексії потрібно додаткове роз'яснення наслідків майбутньої операції та психологічна підтримка, а при високій астенії - психотерапевтична корекція.

*Франчук Марта*

**ЗАСТОСУВАННЯ РОЗВАНТАЖУЮЧОГО ПЕСАРІЮ "ЮНОН" ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ З  
МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ**

Кафедра акушерства та гінекології

Науковий керівник: канд. мед. наук доц. О.А. Франчук  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет і  
мені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Протягом останніх років у світі спостерігається зростання випадків багатоплідної вагітності з 1,6 % до 35-40 %, що зумовлено застосуванням допоміжних репродуктивних технологій. Частим ускладненням багатоплідної вагітності є передчасні пологи, що зустрічаються майже у 1/2 випадків і зазвичай є причиною перинатальної смертності. Здебільшого істинна причина виникнення передчасних пологів та невиношування вагітності (НВ) є невідомою. Серед чинників значну роль відіграє істміко-цервікальна недостатність (ІЦН). ІЦН, що призводить до переривання вагітності в I триместрі, зустрічається у 7,2-13,5 % випадків; у II – у 40 %; у III – кожен 3-й випадок. В науковій медичній літературі описані різні методи хірургічної корекції ІЦН, які націлені на механічне посилення обтураційної функції внутрішнього вічка шийки матки (ШМ). Крім переваг, вони мають і недоліки: вимагають виконання в умовах стаціонару, участі анестезіолога, операційної сестри, ретельної психологічної підготовки вагітної та можуть призводити до важких ускладнень. Останнім часом для лікування ІЦН, попередження НВ і розвитку передчасних пологів застосовується неінвазивний акушерський розвантажуючий песарій (АП). Переваги: встановлення АП відбувається в амбулаторних умовах, не потребує спеціальної підготовки вагітної, крім загальноприйнятих методів обстеження, допомоги інших фахівців, менше психологічно травмує вагітну. Спектр дії АП полягає у частковому перерозподілі внутрішньоматкового тиску на передню стінку матки внаслідок вентраль-но-косого положення АП, фізіологічній сакралізації ШМ завдяки фіксації у зміщеному центральному отворі АП, замикання ШМ стінками центрального отвору АП, збереження слизової пробки. За даними літератури, застосування АП у вагітних з ІЦН виявилось ефективним щодо перебігу вагітності, попередженню НВ, розвитку передчасних пологів, завершення вагітності нормальними пологами і народження живих доношених дітей. Ці дані дали нам підстави до застосування АП для профілактики розвитку передчасних пологів у жінок з багатоплідною вагітністю. Метою нашого дослідження був пошук нових ефективних методів збереження і пролонгації багатоплідної вагітності до оптимального терміну для народження живих доношених дітей. Ми спостерігали 15 вагітних двійнею жінок віком 28-34р. на базі Тернопільського обласного перинатального центру протягом 2013-15р. Всі жінки спостерігались в жіночій консультації, пройшли повне клінічне, лабораторне, інструментальне обстеження і були консультовані іншими спеціалістами. Відхилень від норми не було виявлено. При бімануальному дослідженні, УЗД матки і ШМ змін не встановлено. Враховуючи наявність багатоплідної вагітності (двійня), жінкам було запропоновано спосіб неінвазивної профілактики виникнення передчасних пологів шляхом введення акушерського розвантажуючого песарію «Юнона» одноразового застосування («Симург», Беларусь). АП вводили у терміні вагітності 15-16 тижнів при I-II ст. чистоти піхви. Вагітні перебували під постійним спостереженням акушерів-гінекологів жіночої консультації. Результатом дослідження є те, що всі жінки (15) доносили вагітність і були направлені у пологове відділення для родорозрішення у терміні 37 тижнів. У 2-ох випадках при тазовому передлежанні I-го плода був виконаний кесарів розтин. 13 інших вагітних народили живих доношених дітей через природні пологові шляхи. Маса новонароджених становила 2600-4200 з оцінкою по шкалі Апгар 8-9 балів. Ускладнень у перебігу пологів, післяпологового періоду не спостерігалось. Отже, простий метод введення акушерського розвантажуючого песарію, що не викликає негативного впливу на перебіг вагітності та стан плода і сприяє попередженню НВ чи виникнення передчасних пологів, дозволяє застосовувати його у жінок з багатоплідною вагітністю з профілактичною метою. Отримані 100 % позитивні результати потребують подальших досліджень з метою ширшого застосування АП у жінок із загрозою переривання вагітності, НВ і передчасних пологів.

*Франчук Уляна*

**ПРОГНОЗУВАННЯ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ІНФЕКЦІЇ ПЛОДА НА ОСНОВІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ОБСТЕЖЕНЬ**

Кафедра акушерства та гінекології №1  
Науковий керівник д-р. мед. наук, проф. Л.М. Маланчук  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Внутрішньоутробні інфекції (ВУІ), незважаючи на успіхи сучасної діагностики, залишаються складними для антинатальної діагностики. Це пов'язано з поліетіологічністю патології, відсутністю чіткого взаємозв'язку між клінічними проявами інфекції у матері і ступенем ураження плода, багатofакторним впливом інфекційного агента на плід.

**Метою дослідження** було визначити стан плода при ВУІ на основі кількісних та якісних ультразвукових параметрів.

**Матеріали і методи.** Проведено ультразвукову діагностику (УЗД) плода у 40 вагітних жінок в терміні гестації 26-36 тижнів, що перебували в ТОКПЦ «Мати та дитина».

**Результати та обговорення.** При обстеженні вагітних виявлені зміни плацентарної тканини: підвищення ехогенності плаценти у 22,4 %, гіперплазія плаценти – у 65,2 %, наявність кальцифікатів – у 12,4 % жінок. При дослідженні навколоплідної рідини визначено, що у жінок з ВУІ у 64 % спостерігалось багатоводдя, а в 13,7 % - маловоддя. У 22,3 % рівень навколоплідної рідини знаходився в межах норми.

**Висновок.** Таким чином, встановлено диференційні ультразвукові критерії ВУІ: гіперплазія плаценти та неоднорідна ехогенність її, багатоводдя, маловоддя.

*Хоптяна О., Горобчук О.*

**РЕЗУЛЬТАТИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ЖІНОК З СИНДРОМОМ СКЛЕРОПОЛІКІСТОЗУ ЯЄЧНИКІВ**

Кафедра акушерства та гінекологія 1  
Наукові керівники: О.О. Процепко, А.В. Старовер  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Вступ:** Численні дослідження сучасної гінекології традиційно присвячені симптомокомплексу, який включає полікістоз яєчників, порушення менструального циклу, гірсутизм. Однак проблема склеропополікістозу яєчників (СПКЯ) залишається досить актуальною, що обумовлено його значною поширеністю і провідним клінічним проявом – безпліддям. Серед причин ендокринної безплідності жінок синдром склеропополікістозних яєчників займає провідне місце (3-11% за даними Т.Я.Пшеничкової, 1991). Протягом декількох десятиліть існують і дотепер зберігаються протиріччя, що стосуються лікування СПКЯ.

**Мета:** Визначення результатів хірургічного лікування склеропополікістозу яєчників у жінок репродуктивного віку.

**Матеріали та методи:** Робота проводилась на базі ВМКПБ №1 та ЦРЛ м. Вінниці. Проаналізовано 24 історій хвороб жінок із склеропополікістозом яєчників. Було проведено інтерв'ю з жінками в пізньому післяопераційному періоді через місяць, три, півроку та через рік з метою визначення репродуктивного результату та інших клінічних проявів лікування. Критерії, які брались до уваги: нормалізація менструального циклу та зникнення скарг, настання овуляції (спонтанної, індукованої), репродуктивні наслідки

**Висновки:** В результаті проведеного аналізу виявлено, що серед 24 опитуваних жінок після проведеного лапароскопічного втручання у 18 настала вагітність, 2 з яких закінчились викиднями. У 19 жінок спостерігалась нормалізація менструального циклу. У 20 жінок була наявна овуляція ( у 14 спонтанна, 6 індукована ). Згідно аналізу літератури та власних даних, лапароскопія – сучасний і оптимальний метод лікування склеропополікістозу яєчників по поєднанні ефективності та малоінвазивності. Репродуктивний результат залежить від тривалості захворювання, супутніх ендокринних патологій і відсутності інших факторів безпліддя.



*Хміль Марія, Нестеренко Надія, Хміль Анна*

## **КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ДИСПЛАЗІЇ ШИЙКИ МАТКИ НА ТЛІ ПАПІЛОМАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ**

Кафедра акушерства та гінекології

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С. В. Хміль  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Вивчення питання діагностики та лікування дисплазії шийки матки на тлі папіломавірусної інфекції незмінно залишається актуальним в структурі гінекологічної захворюваності. Це зумовлено високою частотою злоякісних уражень шийки матки, що сягає 65-85% випадків ракового переродження. Тому існує необхідність лікування дисплазії шийки матки на фоні папілома вірусних уражень, що дозволить підвищити якість життя пацієнток та запобігти розвитку злоякісних новоутворень.

Мета роботи: підвищити ефективність лікування та діагностики дисплазії шийки матки у жінок на тлі папіломавірусної інфекції шляхом розробки адекватних патогенетично обґрунтованих методів лікування дисплазії шийки матки.

У обстеження включено 126 жінок, з яких 30 – здорові, що сформували контрольну групу, а решта 96 – з дисплазією шийки матки, які були поділені на дві групи.

Для діагностики дисплазії та папіломавірусної інфекції використовували кольпоскопічне дослідження за методикою Василевської Л. М., використовуючи відеокольпоскоп «Сканер-200» із звичайними світлофільтрами, при збільшенні 8-12-20 разів, та фронтальній відстані від об'єкта 210-240 мм. При кольпоскопії шийки матки визначали локалізацію і характер процесу. Для виявлення більш чіткої кольпоскопічної картини проводили розширену кольпоскопію з використанням 3 % розчину оцтової кислоти і розчину люголя (проба Шіллера) це дозволяло нам більш ефективно визначити локалізацію патологічного процесу для проведення більш точної лазерної деструкції, а також, при кольпоскопії, оцінювали колір слизової оболонки шийки матки, стан судинного малюнку, поверхність і рівень багатошарового плоского епітелію, стик багатошарового плоского і циліндричного епітелію (локалізація і характер), наявність і форма залоз, тип епітелію. Особливо звертали увагу на папіломатозні утворення, які локалізувалися в різних ділянках шийки матки та піхви.

Проводилось цитологічне дослідження мазків у пацієнток з першим – другим ступенем частоти піхвового вмісту. У пацієнток, які мали на шийці матки папіломатозні зміни та йод- негативні ділянки, де за допомогою цитологічного та кольпоскопічного методів дослідження було діагностовано дисплазію шийки матки, ознаки вірусного ураження під контролем відеокольпоскопа проводили біопсію тканин шийки матки, (як мінімум дві ділянки).

Під час аналізу клінічних проявів різних патологічних процесів у піхві, асоційованих з ПВІ, не виявлено специфічних симптомів цього захворювання. За нашими даними, на перший план виступає симптоматика сексуально-трансмисивних захворювань статевих органів. Тривалість захворювання на ПВІ коливалась від 4 місяців до 10 років. Проте ці дані відносні, бо переважно хворі перебували під наглядом гінеколога несистематично.

Підсумовуючи, необхідно підкреслити, що на ПВІ хворіють переважно молоді жінки активного репродуктивного віку. У більшості хворих виділяють ранній початок статевого життя, велику кількість статевих партнерів, сексуально-трансмисивні захворювання, куріння, використання внутрішньо маткових та гормональних контрацептивів. Всі ці фактори становлять теоретичний і практичний інтерес, що дає можливість проводити низку профілактичних заходів з обмеження поширеності ПВІ, що сприятиме значному зменшенню кількості ракових процесів вульви та ШМ.

*Червань Ірина ,Бородай Інна*

**ПАТОЛОГІЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ДІВЧАТ З ПОРУШЕННЯМ СТАНОВЛЕННЯ  
МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ В ПУБЕРТАТНОМУ ВІЦІ**

Кафедра акушерства та гінекології №1  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. М.О. Щербина  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

Порушення становлення менструальної функції у дівчаток-підлітків досить поширена проблема, яка потребує своєчасної уваги та корекції.

**Мета:** Вивчити особливості перебігу вагітності та пологів у жінок із порушенням становлення менструальної функції в пубертатному віці.

**Матеріали і методи:** Оцінювали перебіг вагітності та пологів 160 жінок, у віці 18-32 роки. I групи (основну) склали 80 жінок з порушенням менструальної функції в пубертатному віці (у 46 дівчат-пізні настання менархе, 21- олігоменорея, 13-дисфункціональні маткові кровотечі (ДМК)).II групи (порівняння) склали 80 жінок без порушень

Середній вік менархе в I та II групи-15,6±1,2 й 12,5±0,9 років, відповідно. У дівчат I групи в порівнянні з II групою в 3 рази частіше зустрічалися соматичні захворювання. В структурі гінекологічних захворювань в I групи переважали ерозія шийки матки-25(31,2%), синдром полікістозних яєчників-16(20%), запальні захворювання статевих органів-10(12,5%), в групі порівняння-5(6,2 %),4(5%),3(3,7%), відповідно.

В I групі виявлена погроза переривання вагітності у 24 (19,2%) жінок, найчастіше з ДМК, а погроза передчасних пологів у 22 (27,5%). У 8(10%) жінок перша вагітність закінчилася мимовільним абортom. Плацентарна недостатність(ПН) в I групі була у 53 (42,4%) вагітних, в II- зустрічалася в 2,7 разів рідше.

У зв'язку з недостатньою зрілістю шийки матки в I групі проведено 29 операцій кесаревого розтину, в II-8. Відповідно у 49 % і 10 % породіль цих груп пологи були ускладненими (передчасний розрив плодових оболонок у 13(16,2 %), слабкість пологової діяльності у 7(8,7%), кровотечі у 3(3,7%)). Таким чином, несприятливий перебіг вагітності й пологів частіше зустрічається у дівчат з порушенням становлення менструальної функції в пубертатному віці.

*Шкільна Оксана*

**ВПЛИВ ТРИВОЖНОСТІ ЗА ДИТИНУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ НА ПСИХО-ЕМОЦІЙНИЙ РОЗВИТОК  
ДИТИНИ В НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ**

Кафедра акушерства і гінекології 2  
Науковий керівник: доц. Т.В. Супрунова  
Вінницький національний медичний університет  
імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:**Накопичені в літературі дані свідчать про те, що поведінка матері під час вагітності, її емоційні стреси служать причиною виникнення різних форм дитячої патології,відставання в розумовому розвитку та інших патологічних станів.

**Метою** нашого дослідження було вивчення впливу тривожності за дитину під час вагітності на психо-емоційний розвиток дитини в неонатальному періоді.

**Матеріали і методи :**У дослідженні взяли участь 35 пар «мати-дитина». Вік жінок - від 19 до 32 років (середній вік - 23,5±3,1 років). В терміні вагітності від 30 до 40 тижнів вони за добровільною згодою проходили психологічне обстеження в умовах відділення патології вагітних консультації м. Вінниці. Застосовувалася методика І.В. Добрякова «Тест відносин вагітної».

**Результати:**Пологи у всіх жінок пройшли на 38-40 тижнях вагітності. Діти були оглянуті після народження на 4-5 добу, потім у віці одного місяця. У першу групу увійшли жінки, відповіді яких відповідали тривожного типу: «Я постійно прислухаюся до рухів майбутньої дитини, без вагомих на те підстав, турбуюся про стан його здоров'я». Дану відповідь обрали 15 жінок, які увійшли у першу (основну) групу, яку ми визначили як групу «тривожних» матерів. Другу групу (порівняння) склали 20 жінок, відповіді яких відповідали оптимальному типу відношення до вагітності.

**Висновки:**Тривожні переживання вагітної жінки істотно впливають на розвиток дитини перших місяців життя. Діти матерів з високим рівнем тривоги характеризуються в неонатальному періоді, емоційною нестійкістю, порушенням якості сну, мають більш низькі бали при оцінці психомоторного розвитку. У цих дітей відмічається порушення комунікативних функцій у вигляді неповноцінного «комплексу поживлення».

*Юренкова Христина, Говіка Світлана, Дичко Ірина*

### **ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ПРИ МАКРОСОМІЇ ПЛОДА**

Науковий керівник: О.П. Колосінська  
Чортківський державний медичний коледж  
м. Чортків, Україна

За останні 70 років частота виявлення макросомії плода зросла у 4-8 разів на фоні суттєвого погіршення навколишнього середовища, високих показників захворюваності людей.

Гуртківці проаналізували медичну документацію 22 породіль, які народили дітей з масою понад 4000 г та 22 – які народили малюків з масою до 4000 г.

Частота макросомії плода у Чортківському районі коливалася від 5,8 % у 2011 р. до 7,2 % у 2014 р. Серед матерів, що народили великих дітей, переважна більшість жінок (59,1 %) була віком до 20 і старше 30 років проти 40,9 % у контрольній групі.

Вивчення анамнезу показало, що генетично зумовлений фактор народження великих дітей складав 31,8 %, частота макросомії плода збільшувалась із зростанням кількості пологів.

Відмічено зв'язок між масою плода при народженні та клінічним перебігом вагітності: зростала частота невиношування вагітності, ранніх та пізніх гестозів, багатоводдя, патології фетоплацентарного комплексу. В основній групі частота загрози передчасних пологів переважала частоту загрози аборту більш, ніж у 2 рази, у контрольній спостерігалась зворотня тенденція.

В пологах частіше виникали слабкість пологової діяльності, передчасне злиття вод, клінічно вузький таз, акушерські кровотечі та травматизм.

Цікавим виявився і той факт, що серед новонароджених з макросомією переважали хлопчики. Гуртківці виявили і певні сезонні закономірності: більшість крупних плодів були народжені у I півріччі – 52,1 % проти 47,9 %.

Проаналізувавши отримані дані, дійшли до висновку, що необхідно покращити санітарно-освітню роботу по раціоналізації харчування жінок з моменту I звернення до жіночої консультації. Вагітним з групи ризику щодо макросомії слід поєднувати дієту з щоденним виконанням комплексу фізичних вправ.

*Якимчук Юлія*

### **ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ КОНСЕРВАТИВНИХ І ОПЕРАТИВНИХ МЕТОДИК ЛІКУВАННЯ ТРУБНОЇ ВАГІТНОСТІ**

Кафедра акушерства та гінекології ФПО  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. А.Ю. Франчук  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я Горбачевського МОЗ України».  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність** . За статистику у 10-15% жінок гінекологічного відділення діагностують позаматкову вагітність. Для того щоб уникнути ускладнень, потрібно вибрати оптимальний метод лікування.

**Метою нашого** дослідження була оцінка ефективності різних методів оперативного та консервативного лікування позаматкової вагітності.

**Матеріали і методи.** Нами проведено ретроспективне вивчення результатів лікування 224 хворих з позаматковою вагітністю за період з 2010 по 2014 рік у гінекологічному відділенні Тернопільської міської клінічної лікарні №2. Всіх обстежених пацієнток в залежності від методу лікування було розподілено на 3 групи. До I групи увійшли 114 (50,4%) хворих, яким проведено оперативне лікування (тубектомія) лапаротомним доступом. До II групи віднесено 52 (23,0%) хворих, яким проведено оперативне лікування (консервативне видалення плідного яйця) лапароскопічним доступом. До III групи ввійшло 58 (25,6%) хворих, у яких застосували консервативне лікування ПВ метотрексатом.

**Результати.** Для оцінки віддалених результатів лікування позаматкової вагітності ми проводили метросальпінгографію через 1-6 місяців після лікування. У 72 хворих із 114 (63,2%) першої групи при обстеженні прохідності маткових труб діагностувалась трубно-перитонеальне непліддя. В другій групі хворих відсоток непрохідних маткових труб, як оперованої (в якій знаходилося плідне яйце) так і не оперованої, коливався від 30 до 44%. Тоді як у 3-й групі хворих результати були найкращі – у 83% прохідність маткової труби, де була позаматкова вагітність, відновлювалась повністю, що дозволяло зберегти репродуктивну функцію жінки у майбутньому.

**Висновки.** Запропонована схема лікування виявила переваги хірургічної лапароскопії порівняно з лапаротомією при позаматковій вагітності. Метод консервативного лікування прогресуючої трубної вагітності з використанням метотрексату забезпечує ефективну резорбцію плідного яйця при незначних побічних ефектах.

*Ярославіцька Світлана, Ярославіцький Роман*

**ВПЛИВ МІОМИ МАТКИ НА РЕПРОДУКТИВНУ ФУНКЦІЮ**

Кафедра акушерства і гінекології №1  
Науковий керівник: д-р. мед. наук, проф. С.В. Хміль  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

В останні десятиріччя спостерігається тенденція до росту захворювання на міому матки (ММ) у жінок молодшого віку, а також до реалізації жінками фертильної функції у більш зрілому віці у зв'язку з підвищенням соціальної активності жінок та орієнтацією на самореалізацію не лише в сім'ї, але й у професійній сфері.

За даними різних авторів встановлено, що 80 % жінок у віці 30-40 р. мають високий ризик захворювання на ММ, нерідко її виявляють у 20-30 річних і молодших пацієнток. Тому „помолодшання гіперпластичних процесів репродуктивної системи та проблема репродуктивного здоров'я жінки постають як одні з найактуальніших у акушерстві та гінекології, враховуючи низьку народжуваність та високу смертність населення.

Метою дослідження було вивчення впливу ММ на репродуктивну функцію. У більшості обстежуваних міома мала безсимптомний перебіг, однак у 40 % пацієнток були скарги, що є клінічними проявами ускладнень захворювання. ММ діагностовано у 10 % безплідних жінок, однак насправді лише 5 % безплідності були пов'язані з несприятливим впливом пухлини. В проспективній групі жінок із безплідністю, причина якої не встановлена, у 12 % діагностовано ММ ( в анамнезі не було проведено втручань з цього приводу ), 25 % жінок не хворіли міомою і 42 % пацієнток зроблено лапароскопічну міомектомію. Було встановлено деякі патологічні механізми розвитку безплідності, викликані ММ: дистопія шийки матки, що утруднює потрапляння сперми у цервікальний канал ( 15 % обстежуваних), деформація порожнини матки, що впливає на транспорт і рух сперми ( 20 % ), зміни скоротливої активності матки, що впливають на транспорт ембріона та його імплантацію ( 15 % ), пошкодження ендометрію і неможливість імплантації в атрофовану чи судиннозмінену ділянку субмукозного міоматозного вузла ( 28 % ).

Таким чином вплив ММ на репродуктивну функцію потребує подальшого вивчення та удосконалення методів діагностики, адже захворювання є однією з причин безпліддя у жінок фертильного віку. Результати досліджень створюють нові перспективи для вивчення цієї патології.

*Ярославіцька Світлана, Ярославіцький Роман*

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ПРИ МІОМИ МАТКИ**

Кафедра акушерства і гінекології №1  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.В. Хміль  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

До цього часу окремі аспекти патогенезу міоми матки ( ММ ) залишаються не уточненими і є предметом наукових досліджень. ММ діагностують у 2,7 – 12,6 % вагітних жінок. Часто це пояснюють високим рівнем статевих гормонів під час вагітності, що сприяє швидкому розвитку пухлини. Такий ріст відбувається лише в першому триместрі і міоми, які діагностуються, є переважно великих розмірів, а симптоми, зумовлені паталогічним впливом захворювання, виникають у пізніші терміни вагітності. Це є важливою проблемою акушерства та гінекології і потребує детального вивчення, перегляду підходів до діагностики, лікування та ведення пологів. До групи обстежених увійшло 66 вагітних, яких було розформовано на дві підгрупи. До першої ( дослідна ) увійшли 32 вагітні з діагностованою ММ ( середній вік становив  $27 \pm 8,5$  ), другу групу ( контрольна ) склали 34 здорові вагітні, без ММ ( середній вік  $27 \pm 7,7$  ).

Аналіз віку, соматичного та акушерського анамнезу дав можливість зробити порівняння між обома підгрупами. Вивчення даних соматичного статусу обстежуваних наочних відмінностей не виявило. Дізнаючись акушерсько-гінекологічний анамнез, встановлено кількість першородячих жінок: 1 підгрупа - 38,7 %, 2 - 41,2 %. Екстрагенітальну патологію виявлено у 30,7 % жінок першої підгрупи та у 28,7 % контрольної. Аналізуючи перебіг вагітності, фізіологічне протікання спостерігали у 74,2 % жінок контрольної підгрупи та лише у 32,4 % дослідної. Було зареєстровано одне ускладнення вагітності у 35,3 % пацієнток - перша підгрупа, 12,6 % - друга підгрупа. Більше двох ускладнень виявили в 14,2 % жінок контрольної підгрупи, а в дослідній цей показник становив 39,7 %. Фетоплацентарна недостатність ( ФПН ) і як наслідок синдром затримки розвитку плода ( СЗРП ) зустрічалась з практично однаковою частотою відповідно: дослідна підгрупа - 30,5 % ( ФПН ) та 11,6 % ( СЗРП ), контрольна - 29,7 % ( ФПН ), 9,7 % ( СЗРП ). Частота гестозу становила: дослідна група — 21,6 %, контрольна — 20,5 %. Неправильне передлежання плаценти діагностовано у 2,9 % жінок контрольної підгрупи, тоді як у дослідній — 9,3 %. Загроза передчасних пологів у дослідній підгрупі становила 27 % та 17 % у контрольній.

Однакова частота розвитку гестозу, ФПН, СЗРП у досліджуваних групах дає можливість стверджувати, що ММ не впливає на частоту їх розвитку. Однак у вагітних з ММ передлежання плаценти та загроза передчасних пологів зустрічається значно частіше.

*Lawrediana Bontie, Precious Enyichukwu, Sydorenko Oksana*

**ASSESSING THE EFFECTS OF IMMUNIZATION DURING PREGNANCY  
IN COMMUNITY OR LOCALITY IN GHANA**

Department of emergency medicine  
Scientific supervisor; Oksana Sydorenko  
SHEI "I. Ya. Horbachevskyi Ternopil State Medical University  
of MPH of Ukraine"  
Ternopil, Ukraine

**BACKGROUND OF STUDY:** The concept of maternal immunization to protect the mother against vaccine-preventable disease and the neonate against illness for the first 3-6 months of life is one that is simple, straightforward and safe.

**AIM OF STUDY:** Is to protect the mother and baby against different diseases during the first few months of life until the baby can get vaccinated about also to educate pregnant women on exposures during pregnancy and breastfeeding through observational research studies.

**METHOD OF STUDY:** The methodology employed in this project work was based on several statistical methods. First, this group decided to use primary data by developing questionnaire containing all information about the effects of immunization during pregnancy given to women who had given birth before. Web source was use to assess correlate the data, for the validity of the primary data. Secondary data was also collected from the municipal health directorate in the "BRONG AHAFO REGION, GHANA". The data covered 5 years records of the health direction about immunization during pregnancy. Lastly, verbal communication was departmental heads at the gynecological department was consulted as a source of secondary data.

**RESULT:** The data collected was carefully assessed using statistical analysis. Finding, the data shows 91 % of pregnant women who completed their vaccines dose TDaP (Tetanus, Diphtheria and Pertussis) and other infectious disease never had any infection as well as their babies. 9 % of the pregnant women who had not finished completing their vaccines (dose), out of the 9 % of the pregnant women who never completed the recommended dose, 3 % of them had babies that were infected with different infections. 5 % of the babies never had any infection, 1 % of the women had babies born with infections.

**CONCLUSION:** The research shows imparable importance of immunization during pregnancy. According to the result vaccination at pregnancy is the most effective way since the mother and baby are both insured and save from post infection. **RECOMMENDATION:** We will therefor recommend that it should be encouraged since is most effective way to prevent earlier disease during childhood. The method is cost effective and has great results as more than 90 % of the pregnant women who were vaccinated during pregnancy never had any complication.

*Nwachukwu Blessing Chidinma, Oksana Sydorenko*

**COMPARATIVE MANAGEMENT OF UTERINE FIBROID IN WOMEN IN NIGERIA**

Department of emergency medicine  
Scientific supervisor; Oksana Sydorenko  
International nursing school  
SHEI "I. Ya. Horbachevskyi Ternopil State Medical University  
of MPH of Ukraine"  
Ternopil, ukraine

**BACKGROUND OF STUDY:** Women between the ages 29- 50 has been discovered to be at risk for uterine fibroid with no known cause of it and some without knowledge of its existence. It has been of dire need to find a preventive solution to its cause. Certain methodology used in the surgical removal of uterine fibroid is to be discussed, its effectiveness, its validity, its rate of usage, side effects to the individual and opinions on which is suitable for a woman and at which stage of her life.

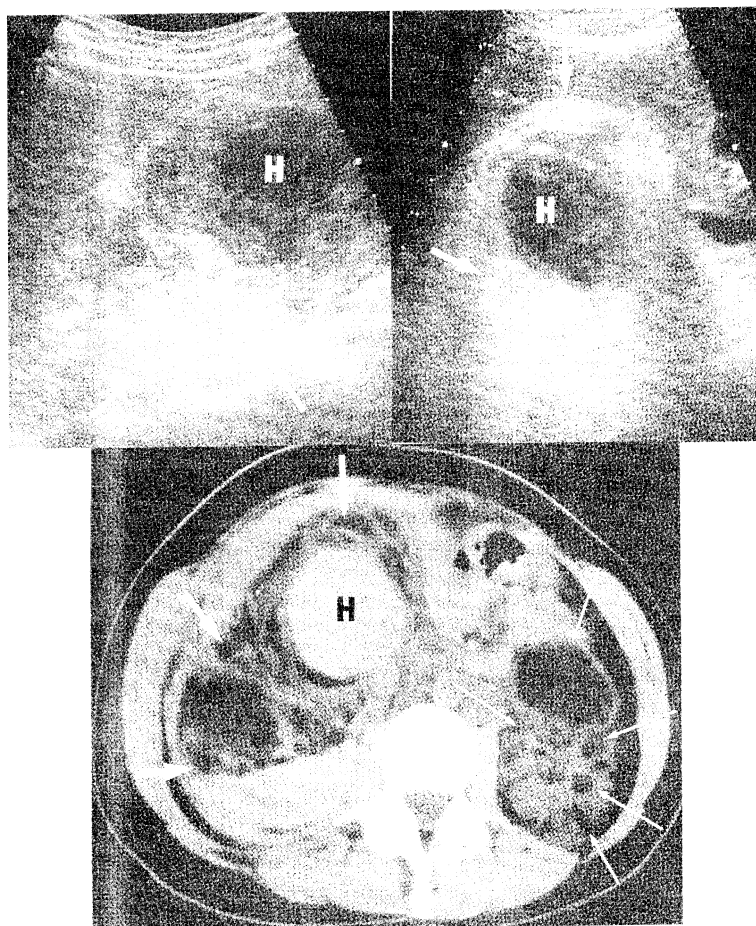
**OBJECTIVE OF STUDY:** the objective is aimed at evaluating the incidence and age distribution, promote early detection, know and teach risk factors, reduce or eradicate complications and create awareness of methods of management for Uterine fibroid.

**METHOD OF STUDY:** Data were analyzed using simple frequencies and comparative percentages to determine knowledge basis on uterine fibroid, its effect, treatment and their views.

**RESULT:** In a total of 40 women survey for the analysis of percentage, 40 % of the respondent have knowledge on uterine fibroid and 55 % do not. 60 % support the procedure of using myomectomy and 40 % support the procedure of hysterectomy. It was totaled to 60 % who have knowledge on the effect of uterine fibroid in a woman's body. This survey reveals one or two main and necessary procedures used in tackling uterine fibroid and also alternative methods used to avoid its reoccurring.

**CONCLUSION:** This survey reveals one or two main and necessary procedures used in tackling uterine fibroid and also alternative methods used to avoid its reoccurring. It also reveals that there is no in-depth publicity of knowledge as regards uterine fibroid to women in Nigeria which is not encouraging especially to the reproductive system of a woman and for her to also make future decisions without any unknown complications.

# Секція: Онкологія та радіаційна медицина





Бондаренко Віра

**«ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТРАЦИКЛИНОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ПОДТИПА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЕРВОЙ ЛИНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА: МЕТА-АНАЛИЗ ДАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ»**

Кафедра онкології та медичної радіології  
Науковий керівник: доц. О.І. Асєєв  
ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України"  
м. Дніпропетровськ, Україна

Рак молочной железы (РМЖ) занимает особое место в онкологии с точки зрения частоты, особенностей эпидемиологии, широкого спектра методов лечения. Несмотря на успехи новых методов противоопухолевого лечения, химиотерапия (ХТ) остается одним из основных и наиболее эффективных методов. Антрациклины в лечении метастатического РМЖ используются уже более 40 лет и имеют доказанную эффективность. Современные подходы к персонализации лечения РМЖ ставят задачу определения эффективности антрациклин-содержащих схем ХТ в зависимости от ИГХ подтипа опухоли.

**Цель работы.** Оценить эффективность химиотерапии антрациклин-содержащими схемами в зависимости от ИГХ подтипа в первой линии лечения метастатического РМЖ на основании мета-анализа данных клинических исследований.

**Материалы и методы.** Был проведен мета-анализ доступных результатов многочисленных клинических исследований. Поиск литературы по запросам: эпирубицин и доксорубицин. Получено 9080 ссылок, проанализированы данные более 20 исследований. В мета-анализ были включены данные более 1100 пациенток с МРМЖ, оценивались показатели общей и безрецидивной выживаемости согласно опубликованным результатам исследований. Эпирубицин и доксорубицин в большинстве случаев применялись в составе полихимиотерапии. Наиболее частыми комбинациями были: с 5-фторурацилом и циклофосфамидом (FAC, FEC); с циклофосфамидом (EC, AC) и одновременным или последующим применением таксанов.

**Результаты.** Ряд исследований показал, что доксорубицин и эпирубицин имеют одинаковую эффективность, при меньшей токсичности последнего. Проведенный мета-анализ позволил установить, что ИГХ подтип опухоли имеет как прогностическое, так и предиктивное значение у пациенток с МРМЖ, получавших в первой линии метастатического процесса антрациклин-содержащие схемы ХТ. Так, при Люминальном А и Б относительный риск (HR) развития рецидива в течение 12 месяцев 1,43 раза меньше (95 % ДИ 1,3-1,8), относительный риск (HR) смерти в 1,73 раза меньше (95 % ДИ 1,5-2,8), чем при тройном негативном типе опухоли. У пациенток с HER2-положительными опухолями результаты ХТ, в комбинации с трастузумабом, достоверно не отличаются от люминальных типов опухоли.

**Выводы:** антрациклины, вместе с таксанами, остаются препаратами выбора при лечении МРМЖ, при этом их эффективность достоверно отличается в зависимости от ИГХ подтипа опухоли.

Голотюк Володимир, Маліборська Світлана

**СУЧАСНИЙ МЕТОД ПРОГНОЗУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ**

Кафедра онкології  
Науковий керівник: доц.В.В Голотюк  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
м.Івано-Франківськ, Україна

**Актуальність теми.** Упродовж останніх років колоректальний рак займає 3-тю сходинку за частотою серед усіх онкологічних захворювань у найбільш розвинених країнах. Хірургічний метод є провідним у лікуванні колоректального раку. Проте, незадовільні віддалені результати та високі показники рецидивування змушують вдаватись до комбінованого методу антибластомної терапії. Ключовим компонентом останнього є передопераційна променева терапія (ППТ), ефективність якої багато в чому залежить від рівня радіочутливості пухлини.

**Мета дослідження:** вдосконалити прогнозування рівня радіочутливості пухлин у людей з КРР за допомогою біомаркерів окисного пошкодження ДНК 8-охоG та 8-охоdGu.

**Об'єкт і методи.** Нами охарактеризовані критерії рівня чутливості пухлин до ППТ за допомогою біомаркерів 8-охоG та 8-охоdGu. Рівень останніх визначали в зразках сечі 26 пацієнтів (11 чоловіків і 15 жінок, вік 62 ± 1,8 років) з аденокарциномою прямої кишки стадії T2-4N0M0 до початку і через одну добу після першого сеансу ППТ. Загальна фокальна доза ППТ становила 36-39 Гр. Ефективність ППТ оцінювали за рівнем лікувального патоморфозу в гістопрепаратах операційного матеріалу пухлин.

**Результати.** В ході дослідження продемонстровано, що високий рівень радіочутливості пухлини пов'язаний із низьким рівнем добової екскреції 8-охоG з сечею до лікування – менше 0,5 нМ/доба·кг маси тіла, і зростанням рівня показника 8-охоG в сечі хворого через добу після початку ППТ на 50% і більше відносно вихідного рівня.

**Висновок.** Результати проведених досліджень дозволяють виділити нові прогностичні критерії, комплексне дослідження яких характеризує рівень радіочутливості КРР. Враховуючи, що основою терапевтичного ефекту ППТ є окисне пошкодження біологічних макромолекул продуктами радіолізу води, закономірно, що параметри маркерів окисдативного пошкодження ДНК, інтенсивність якого суттєво зростає внаслідок опромінення, можуть корелювати з рівнем лікувального ефекту.



Гоцко Оксана

**МОЖЛИВОСТІ ТА РОЛЬ СПЕКТРОФОТОМЕТРІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ПІГМЕНТНИХ УТВОРІВ ШКІРИ**

Кафедра онкології, променевої діагностики і терапії та радіаційної медицини

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. І.Й. Галайчук

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Факти пізньої діагностики меланоми можна пояснити недооцінкою ознак, які характерні для фонових захворювань та присутні на початкових стадіях розвитку пухлини, труднощами проведення диференційної діагностики з іншими пігментними меланоцитарними утворами, відсутністю онкологічної настороженості як у лікарів, так і в пацієнтів. Тому, важливою умовою покращення якості лікування меланоми шкіри є своєчасне виявлення її на ранніх стадіях та поглиблене обстеження пігментних передмеланомних утворів шкіри.

**Мета дослідження:** показати можливості дистанційного спектрофотометричного аналізу (СФМ) в диференційній діагностиці пігментних утворів шкіри.

**Матеріали і методи.** СФМ аналіз проведено на діагностичному етапі перед хірургічним втручанням у 36 пацієнтів, з них 20 жінок та 16 чоловіків. Середній вік пацієнтів  $42,0 \pm 12,0$  років. Фотографії пігментних утворів шкіри отримували за допомогою цифрових фотокамер, iPhone та через Інтернет у режимі телемедичних консультацій. Зображення пухлин оцінювали візуально за правилом ABCD, після чого виконувався СФМ цих же цифрових зображень за допомогою комп'ютерної програми Image-J, у якій отримували гістограми червоного (R), зеленого (G), синього (B) кольорів. Далі, в програмі Microsoft Excel створювались RGB-спектрофотограми в шкалі сірого кольору. Оцінювали криві графіків R-G-B кольорів відносно осі абсцис (в одиницях шкали сірого кольору) і осі ординат (висота амплітуди в %), – ці критерії брались за основу диференційної діагностики між злоякісними і доброякісними пігментними пухлинами шкіри. Дані дистанційного СФМ аналізу були співставлені з результатами післяопераційного морфологічного дослідження пухлин.

**Результати.** У 25 пацієнтів гістологічно було діагностовано невуси, з них у 11 – пограничний невус, у 8 – внутрішньодермальний, у 6 – диспластичний.

Меланома була морфологічно підтверджена у 11 хворих: I-й рівень інвазії за Кларком (меланома *in situ*) встановлено у двох, II рівень інвазії – у 3 (T1), III рівень інвазії – у 4 (T2), IV рівень інвазії – у 2 (T3) хворих.

Проведено співставлення результатів гістологічного дослідження 25 невусів з графіками R-G-B кольорів, що були отримані при спектрофотометричному аналізі цифрових зображень пігментних пухлин напередодні операції. Встановлено, що у 22 випадках (88,0 %) максимальна амплітуда (80,0 % по осі ординат) між графіком червоного та зелено-синього кольорів знаходилась у діапазоні від 165 до 188 одиниць шкали градації сірого кольору по осі абсцис.

У 10 з 11 випадків гістологічно підтвердженої меланоми шкіри максимальна амплітуда червоного (R) кольору була в діапазоні 100 до 140 одиниць шкали сірого кольору (на осі абсцис), при цьому R-графік починав свій підйом з осі абсцис в діапазоні 10-40 од.

При оцінці кривих R-G-B кольорів у випадках диспластичних невусів, встановлено специфічні графіки червоного кольору з двома амплітудними підйомами.

Таким чином, методика спектрофотометричної діагностики з використанням цифрових зображень пігментних пухлин шкіри відображає характерні особливості графіків R-G-B кольорів для злоякісних і доброякісних пігментних пухлин шкіри. На основі графічного аналізу зображень розроблено нові спектрофотометричні критерії диференційної діагностики пігментних пухлин шкіри.

*Грех Віталій*

**ІНТРАОПЕРАЦІЙНА ЦИТОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА КРАЇВ РЕЗЕКЦІЇ У ХВОРИХ  
НА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ**

Кафедра онкології, променевої діагностики і терапії та радіаційної медицини  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. І.І. Галайчук  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Основним методом лікування раку цієї локалізації є хірургічний, в т.ч. сфінктерозбережні резекції прямої кишки.

**Мета роботи.** Оцінити «чистоту» країв резекції прямої кишки цитоморфологічними методами діагностики.

**Матеріал і методи дослідження.** Проаналізовано результати лікування 29 хворих на рак прямої кишки (РПК), які отримали спеціальне лікування в облонкодиспансері з 2011 по 2015 роки. Чоловіків було – 18, жінок – 11. Вік хворих: від 37 до 82 років. У 5 (17,2 %) було діагностовано I стадію, у 18 (62,1 %) – II, у 4 (13,8 %) - III, у 2 (6,9 %) – IV. Всього було виконано 29 операцій, з них резекція прямої кишки – 18, черевно-промежинних екстирпацій – 11. Комбіновані методи лікування (променеву та хіміотерапію) отримало 20 хворих (69,0 %).

Інтраопераційно на видаленому макропрепараті скальпелем проводили поверхневу (скарифікаційну) біопсію слизової та підслизової оболонки кишки на віддалі 2 см від пухлини та по лінії проксимального і дистального країв резекції. Мікропрепарати фарбували за Романовським і розглядали під світлооптичним мікроскопом “Olympus”, результат цитологічного дослідження отримували через 25-30 хвилин. Макропрепарат пухлини та краї резекції надсилались для патогістологічного аналізу.

**Результати.** У 2-х пацієнтів (6,9 %) цитологічно було виявлено злоякісні клітини в слизовій і підслизовій оболонках по краях резекції, однак гістологічно краї резекції були неуражені. Даних пацієнтів було віднесено до групи ризику і в подальшому вони підлягали обов'язковому методичному ректороманоскопічному контролю з «brush»-біопсією слизової лінії анастомозу. Трирічне виживання пацієнтів склало 62,0 %, 11 хворих (38,0 %) померло внаслідок прогресування хвороби.

**Висновок.** Отримані дані свідчать про доцільність проведення інтраопераційної цитологічної діагностики слизової і підслизової паратуморальної ділянки та країв резекції у хворих на РПК для виділення пацієнтів з ризиком рецидиву захворювання та для корекції післяопераційної діагностики і лікування.

*Костюченко Євгеній, Медведєв Михайло*

**АНАЛІЗ СТАНУ ЗАХВОРЮВАНOSTІ Й СМЕРТНОСТІ ВІД ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ  
В УКРАЇНІ ТА АВСТРАЛІЇ**

Кафедра онкології  
Науковий керівник: канд. мед. наук І.М. Мотузюк  
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця  
м. Київ, Україна

**Актуальність.** Порівняння та обмін досвіду різних країн у боротьбі з тими чи іншими захворюваннями є важливим для зниження рівнів захворюваності і смертності.

**Мета.** Оцінка та порівняльний аналіз сучасного стану і тенденцій захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень (MN) в Україні (UA) та Австралії (AU), визначення основних локалізацій захворюваності та смертності в цих країнах.

**Матеріали і методи.** Обробка та аналіз статистичних даних за період з 2005 по 2010 роки. Дані були отримані в Національному канцер-реєстрі UA і в Австралійському інституті охорони здоров'я і соціального забезпечення.

**Результати.** Захворюваність на рак в UA і AU зростає, але темпи зростання сповільнилися в останні роки. Рівень смертності від раку в UA падає, але в той же час темпи спаду також знижується, що вказує на невтішну тенденцію, яка може призвести до зростання вже за кілька років. В AU смертність також падала протягом деякого періоду, але на 2010 рік було зареєстровано її зростання.

Провідні локалізації раку за темпами зростання захворюваності і смертності в обох країнах – простата, молочна залоза, товста кишка. MN бронхів і легенів та рак шлунку характеризуються спадом захворюваності і смертності.

**Висновки.** Незважаючи на абсолютну несхожість країн за кліматом, населенням, економічним станом, соціальними факторами і т.д., ми показали цілий ряд спільних тенденцій з приводу захворюваності і смертності на рак. Якщо ці тенденції збережуться, то через кілька років в UA ми можемо спостерігати ту ж картину, яка зараз перебуває в AU. Перше місце за темпами зростання захворюваності та смертності в UA і AU займає рак простати. Ця локалізація вимагає більшої уваги, очевидно, необхідні додаткові дослідження у цій галузі.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Костюченко Євгеній, Медведєв Михайло*

### **ЛІПОФІЛІНГ ЯК СУЧАСНА ТЕХНІКА РЕКОНСТРУКЦІЇ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

Кафедра онкології

Науковий керівник: канд. мед. наук І.М. Мотузюк  
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця  
м. Київ, Україна

**Актуальність.** Ліпофілінг – це мініінвазивна аутологічна трансплантаційна техніка, що включає ліпосакцію, подальшу обробку жирової тканини і ліпоін'єкцію, з метою відновлення об'єму, форми, дефектів, асиметрії молочної залози (МЗ) після онкохірургічних втручачь з приводу раку МЗ. На сьогодні дискутуються питання безпеки даної процедури, ефективності, можливості використання після радіотерапії, особливості техніки виконання.

**Мета.** Дослідити сучасні відомості про досвід використання ліпофілінгу у світі.

**Матеріали і методи.** Огляд зарубіжної літератури останніх років з даної тематики.

**Результати.** Уперше збільшення МЗ з використанням трансплантації жирової тканини люмбальної ділянки до дефекту МЗ виконав німецький хірург Czerny у 1895 році. А з активним розвитком ліпосакції у 1980-х ліпофілінг почав активно використовуватися у багатьох країнах – Італії, Франції, Швеції, США та ін.

У більшості випадків ліпофілінг використовується для локального покращення дефектів МЗ, асиметрії, проте деякі лікарі застосовують декілька сесій ліпофілінгу для повної реконструкції МЗ.

Довготривалі спостереження пацієнтів з метою дослідження безпеки ліпофілінгу показали відносно низьку частоту ускладнень: за результатами різних дослідників вона складає від 0,01 % до 12,7 %. Основними ускладненнями є ліпонекроз, кальцифікація, утворення кіст, інфікування, недостатня або надмірна корекція, рідше – ушкодження імплантів МЗ, пневмоторакс, інтраваскулярне введення з емболією.

**Висновки.** Ефективність ліпофілінгу та рівень розвитку ускладнень великою мірою залежить від протоколу його проведення в тій чи іншій установі. У цілому, ліпофілінг здається безпечною і ефективною технікою, проте є необхідність у більшій кількості довготривалих досліджень у цій галузі.

*Кривокульський Богдан*

### **СПОСІБ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ВЕНОЗНИХ ТРОМБІВ В СУДИНАХ МАЛОГО ТАЗУ У ХВОРИХ НА РАК ТІЛА МАТКИ**

Кафедра онкології

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. І.В. Жулкевич  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Покращення результатів лікування онкологічних хворих полягає в проведенні не лише адекватної тромбoproфілактики, а також своєчасного виявлення порушень згортальної системи крові в пацієнтів у яких планується проведення оперативних втручачь.

**Мета дослідження:** Вивчити особливості системи гемостазу у хворих з пухлинними захворюваннями на рак тіла матки, яким проводилось оперативне лікування.

**Матеріали і методи:** Проведено аналіз стану системи гемостазу у 70 оперованих хворих з приводу раку тіла матки. Середній вік хворих 60,65±1,02 роки. Оперативне втручання виконували під загальним знеболенням, всім пацієнтам проводили комплексну профілактику венозних тромбоемболітичних ускладнень. Активізація пацієнтів здійснювалась на 2 добу після операції.

**Результати:** Встановлено - до операції час зсідання в тесті протромбінів час подовжений у 58 % хворих, а АЧТЧ скорочено у – 32 % хворих. У 24 % пацієнтів показник Д-димеру в плазмі крові перевищував норму до операції. Підвищення Д-димеру спостерігалось у 58 % хворих після операції на 1-5 добу, на 8-добу підвищений рівень Д- димеру відмічався у 42 % хворих. У 10 хворих при оперативному втручанні проводилось інтраопераційне визначення Д-димеру за розробленою нами методикою (патент №90383). Розроблена нами методика дозволяє: передбачити і виявити локалізацію тромбу в судинах малого тазу, провести адекватну тромбектомію з підтвердженням рівня кореляції Д-димеру до наявності тромбів, що дає можливість провести корекцію лікування та попередити виникнення тромботичних ускладнень в онкогінекологічних хворих. При виконанні операції, проводиться детальна ревізія пересічених кукс судин, на предмет визначення локалізації тромботичних мас в судинах малого тазу, з проведенням тромбектомії та визначенням рівня Д-димеру в плазмі крові під час оперативного втручання.

**Висновки:** Підвищений рівень Д-димеру спостерігався у 58 % хворих після операції на 1-5 добу, на 8-добу - у 42 % хворих. Розроблений спосіб дозволяє виявити та підтвердити локалізацію тромбу, провести адекватну тромбектомію з підтвердженням рівня кореляції Д-димеру до наявності тромбів, а також гістологічне підтвердження тромбозу, що дає можливість провести корекцію лікування та попередити виникнення тромботичних ускладнень у хворих на рак тіла матки.

*Лавренчук Олексій*

**РАДИКАЛЬНА ЛАПАРОСКОПІЧНА НЕФРЕКТОМІЯ В ПОРІВНЯННІ З ОПЕРАЦІЄЮ ВІДКРИТИМ ДОСТУПОМ ПРИ РАКУ НИРКИ**

Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії  
Науковий керівник: д-р мед. наук, доц. О.Г. Костюк  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Рак нирки займає 10-е місце за рівнем захворюваності серед злоякісних новоутворень. Малоінвазивні операції мають ряд переваг, проте на даний момент ще не отримано даних рандомізованих контрольованих досліджень, що дозволяють порівняти лапароскопічні та відкриті методи радикальної нефректомії.

**Мета:** Метою нашого дослідження є порівняльний аналіз операцій радикальної нефректомії при лікуванні раку нирки, виконаних традиційним та лапароскопічним доступом.

**Матеріали і методи:** Проведено ретроспективний аналіз 60 історій хвороб, пацієнтів, яким була виконана радикальна нефректомія відкритим доступом у ВОКОД протягом 2014 р. Проведено порівняння отриманих результатів з даними вітчизняних та закордонних досліджень радикальної лапароскопічної нефректомії (РЛН).

**Результати:** Серед проаналізованих історій хвороб було: 34 (57 %) жінок та 26 (43 %) чоловіків. У 38 (63 %) пацієнтів був рак лівої нирки, а у 22 (37 %) – правої. Пацієнтів з 1 стадією було 20 (33 %), з 2ст. – 24 (40 %), з 3ст. – 12 (20 %), з 4ст. – 4 (7 %). Середня тривалість операції відкритим доступом становила 90 хв., лапароскопічним – 120хв. Середня тривалість стаціонарного лікування після «відкритої» операції склала 8,9 дні, після РЛН – 7,6 дні. Середня потреба в дрениванні черевної порожнини склала для відкритої нефректомії 3,2 доби, для РЛН – 1,5 доби. Активізація пацієнта після відкритої нефректомії була можлива на 2-3 добу, після РЛН – на 1 добу. Після нефректомії відкритим доступом наркотичні анальгетики призначались в середньому на 1,5 дні, після РЛН – 1 день. Для виконання нефректомії відкритим доступом проводиться розріз довжиною 15±5 см., для РЛН – 10±1 см. При проведенні відкритої нефректомії інтраопераційна крововтрата склала в середньому 350 мл., а при РЛН – 210 мл.

**Висновки:** Використання лапароскопічного доступу дозволяє: прискорити відновлення в післяопераційному періоді, зменшити потребу в післяопераційному знеболенні та в стаціонарному лікуванні.

*Левашова Альона, Кебашвілі Саломе*

**ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ РІВНЯ VEGF У ХВОРИХ РАКОМ ЛЕГЕНЬ**

Кафедра онкології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.І. Старіков  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

**Актуальність.** Рак легенів займає перше місце в структурі захворюваності та смертності серед злоякісних новоутворень у чоловіків.

**Мета.** Визначити рівень експресії VEGF (фактор росту ендотелію судин) у хворих немієлоклітинним раком легень (НМРЛ) до та після операції.

**Матеріал та методи.** Було обстежено 17 хворих НМРЛ, що знаходилися на лікуванні в торакальному відділенні Харківського обласного клінічного онкологічного центру. Клінічно пацієнти були розділені на дві групи: перша – хворі, у яких за даними гістологічного дослідження в представлених препаратах метастазів в регіонарні лімфовузли не виявили – 7(41,2 %); друга – хворі з метастазами у регіонарні лімфовузли – 10(58,8 %). Для визначення вихідного рівня VEGF у хворих НМРЛ забір крові проводили перед операцією, а для дослідження його динаміки в післяопераційному періоді – на 14 добу та через 1 місяць і більше після операції.

**Результати.** В першій групі отримали наступні результати: доопераційна медіана значень склала - 212,8 пг/мл (норма до 182 пг/мл), через 2 тижні після операції - 632 пг/мл, через місяць і більше - 149,3 пг/мл. В другій групі отримали результати: до операції - 343 пг/мл, через 2 тижні - 560 пг/мл, через місяць і більше - 283,7 пг/мл.

**Висновки.** VEGF у хворих НМРЛ має діагностичне значення навіть при нерозповсюдженному процесі. Доцільно проводити контроль рівня маркера через місяць та більше після операції або іншого спеціального лікування. VEGF може підвищуватися на ранніх стадіях НМРЛ, що може слугувати додатковим тестом діагностики. Також його можна використовувати в якості маркера радикальності проведеного спеціального лікування.

*Ожиганов Андрій*

**ЗАСТОСУВАННЯ НОВОГО ФІЛЬТРАЦІЙНОГО МЕТОДУ ДІАГНОСТИКИ ДЛЯ УТОЧНЕННЯ ЕТІОЛОГІЇ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВИПОТУ**

Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії.  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. А.А. Ткач  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

Метою нашого дослідження було оцінити діагностичну результативність нового фільтраційного способу (ФС) для диференційної діагностики при синдромі плеврального випоту.

Для досягнення основної мети було проаналізовано і узагальнено дані про стан діагностики у 135 хворих з СПВ, які знаходились на лікуванні в онкоторакальній клініці Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру (ВОКОД) протягом 2006-2007 років. Основне завдання нового ФС – це шляхом збагачення цитологічного матеріалу підвищити точність диференційної діагностики СПВ. Спосіб реалізується шляхом включення в систему для торакоцентезу фільтру від пристрою для переливання крові, на якому накопичується клітинний матеріал, що використовується для цитологічного дослідження.

Аналізуючи результати морфологічної верифікації пухлинної етіології ПВ при цитологічному дослідженні мазків-відбитків отриманих за допомогою, запропонованого нами нововведення (ФС), ми повідомляємо, що у 70 (85.4%) з 82 пацієнтів було верифіковане злоякісне походження випоту. Слід відмітити, що у 4 пацієнтів пухлинне ураження плеври було виключено і випіт був розцінений як парапухлинний. Із 39 хворих з неспецифічним плевритом правильний діагноз за результатами цитологічного дослідження фільтрату був встановлений у 33 (84.6%) пацієнтів. При цитологічному дослідженні матеріалу отриманого за допомогою ФС, мікобактерії туберкульозу були знайдені у 9 (64,3%) хворих із 14 з діагнозом специфічного плевриту.

Запропонований новий фільтраційний спосіб отримання клітинного матеріалу для цитологічної діагностики при СПВ у більшості випадків дозволяє досягти верифікації етіології ПВ з першого сеансу торакоцентезу. Рівень діагностичної результативності нового фільтраційного способу з цитологічним дослідженням при СПВ складає 83%. Даний спосіб є простим та доступним у використанні і може бути застосований для термінової діагностики плевритів, в тому числі і поза спеціалізованими закладами.

*Перевізник Богдана*

**ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПРЕНАТАЛЬНОГО УЗД-СКРИНІНГУ СИНДРОМУ ДАУНА**

Кафедра онкології, променевої діагностики і терапії та радіаційної медицини  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. І.М. Леськів  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Згідно з даними ВООЗ, кожне 700-те немовля у світі народжується із синдромом Дауна. Статистичний аналіз свідчить про наявність тенденції до зростання частоти даної патології. У зв'язку з цим визначення ефективних методів виявлення даної патології у пренатальному періоді є актуальним.

**Мета.** Встановити ехомаркери УЗД-діагностики синдрому Дауна з метою покращення результативності ідентифікації даного генетичного захворювання у пренатальному періоді розвитку.

**Матеріали і методи.** Проведений огляд наукових статей та видань щодо методів УЗД-скринінгу хромосомних аномалій. Основна увага зверталася на особливості виявлення трисомії 21.

**Результати.** Сформовано чіткі анатомо-морфологічні критерії ідентифікації синдрому Дауна за допомогою апарату УЗД у пренатальному періоді.

1. Розширення комірцевого простору (товщина підшкірного накопичення рідини позаду шиї, котра має тенденцію трансформуватися у потовщену шийну складку або кісткову гігromу).

2. Збільшення лобно-верхньощелепного кута.

3. Відсутність носової кістки (свідчить про збільшення ризику хромосомних захворювань у 146 разів).

4. Трикуспідальна регургітація (наявна у 55-65 % випадків синдрому Дауна).

5. Аномальний кровотік у венозній протоці та печінковій артерії (дані ознаки у комбінації з дилатацією комірцевого простору являються важливим критерієм ідентифікації трисомії 21).

**Висновок.** Відповідно до визначених критеріїв, УЗД-діагностика надає змогу проводити пренатальну оцінку ймовірності розвитку синдрому Дауна, що має значну діагностичну цінність.

*Самбор Анастасія*

### **РАННІ ТА ПІЗНІ УСКЛАДНЕННЯ ДІАТЕРМОКОНІЗАЦІЇ ШИЙКИ МАТКИ**

Кафедра онкології, променевої діагностики і терапії та радіаційної медицини

Науковий керівник: проф. І.Й. Галайчук

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

м. Тернопіль, Україна

**Мета роботи:** Встановити частоту ранніх та пізніх ускладнень після діатермоконізації шийки матки.

**Завдання дослідження:** Проаналізувати амбулаторні карти пацієнок, у яких проводилась діатермоконізація шийки матки в 2012-2014 роках. Виявити ускладнення та розділити їх на ранні і пізні, відносно термінів діагностування.

**Об'єкт дослідження:** Амбулаторні карти пацієнок, у яких проводилась діатермоконізація шийки матки з приводу ерозованого ектропіона, множинних наботієвих кіст з деформацією шийки матки, різного ступеню дисплазії та раку *in situ*.

**Матеріали дослідження:** Проаналізовано 583 амбулаторні карти. При аналізі було виявлено 94 ускладнення (16,1 %), з них 57 ранніх (9,8 %) та 37 (6,3 %) пізніх ускладнень. Серед ранніх ускладнень було виявлено: кровотечі з-під струпа у 6 (1,0 %) пацієнок, місцеві запальні процеси у 48 (8,2 %) жінок, ендометрити у 3 (0,5 %) жінок. Пізні ускладнення: стриктура та атрезія цервікального каналу у 6 (1,0 %) жінок, дисфункція яєчників у 17 (2,9 %) пацієнок, ендометріоз шийки та матки у 12 (2,1 %), фіброміома матки у 2 (0,3 %) жінок.

**Результати досліджень:** Було встановлено, що ускладнення після діатермоконізації склали 16,1 %. Ранні ускладнення (9,8 %) зустрічаються частіше ніж пізні (6,3 %). Серед ранніх ускладнень найчастіше зустрічаються місцеві запальні процеси (8,2 %), серед пізніх - дисфункція яєчників (2,9 %).

**Перспективи:** Подальші дослідження допоможуть виявити причини виникнення ускладнень при проведенні діатермоконізації та запобігти їх виникненню.

*Твердохліб І.*

### **ВПЛИВ ЙОДУ НА РОЗВИТОК РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

Кафедра фізіології

Науковий керівник: асист. Л.С. Сторожук

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

м. Івано-Франківськ, Україна

**Актуальність теми:** Рак молочної залози займає перше місце в структурі онкологічної захворюваності та онкологічної смертності жінок в Україні. Щороку на рак грудей хворіє 16 тисяч українок, від чого помирає майже 7,5 тисяч українських жінок. Щорічна світова статистика реєструє понад 650 тис. нових випадків захворювання.

**Мета роботи:** Обґрунтувати положення, що йод може бути одним із факторів виникнення раку молочної залози, а також бути використаним для запобігання і профілактики цього захворювання.

**Матеріали і методи:** В ході дослідження були використані вітчизняні та зарубіжні матеріали наукового характеру, електронні джерела інформації. Застосовано методи пошуку, аналізу, синтезу та узагальнення наукової інформації.

**Результати дослідження** свідчать про те, що існує залежність між кількістю йоду, яка надходить в організм людини і підвищеним ризиком розвитку раку молочної залози.

За даними літературних досліджень було встановлено, що лікування жінок з доброякісними захворюваннями молочної залози препаратами йоду викликає значне двостороннє зменшення розміру грудей та зменшення симптомів захворювання. Ескін і співробітники показали зменшення пухлини молочної залози у щурів після лікування йодом. Деякі дослідники виявили, що дієтичні добавки з морської водорості (багаті йодом) пов'язані з інгібуванням і затримкою в розвитку раку молочної залози у щурів.

Гент та ін. повідомили, що 70% жінок що мали доброякісні ущільнення молочної залози відмічали клінічне поліпшення в їх захворюванні після вживання перорально йодиду натрію.

Також існує статистична кореляція між вмістом йоду в раціоні, захворюваннями щитовидної залози і раком молочної залози (Канн та ін.)

Японські жінки, які мають найвищий рівень споживання йоду (4-10 мг / добу), мають найнижчий рівень смертності від раку молочної залози у світі.

**Висновок:** Аналіз отриманих літературних даних вказує, що йод відіграє важливу роль у запобіганні розвитку ракових захворювань молочної залози, і може активно використовуватися для їх профілактики.

*Туманова Олена, Загурська Ольга*

**СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ СКРИНІНГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ**

Кафедра онкології, променевої діагностики і терапії та радіаційної медицини

Науковий керівник: канд. мед. наук Н.О. Загурська

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

м. Тернопіль, Україна

Рак грудної залози (РГЗ) посідає перше місце в структурі злоякісних хвороб у жінок. Рання діагностика хвороби покращує виживання, значно зменшує витрати на протипухлинне лікування.

**Мета дослідження.** Аналіз мамограм з реєстрацією в оціночній системі BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System). Рекомендації щодо результатів дослідження.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано архів плівкових мамограм 60 пацієнток Тернопільського обласного онкологічного диспансеру. Вік обстежених 45-60 років. Аналіз одночасно супроводжувався поділом мамограм на 3 групи – з низьким та високим ризиком хвороби, а також ті, в яких виявлені ознаки свідчили про високу вірогідність злоякісного новоутворення. Отримані дані класифікували відповідно до однієї з категорій BI-RADS.

**Результати і обговорення.** Із числа проаналізованих мамограм в категорію 1 потрапило 5 обстежених (вік пацієнток 45-47 років) в яких не виявили порушення архітекτονіки грудних залоз. Негативний результат може перекопати жінок, що жодних відхилень від норми у них не виявлено і рекомендується проведення скринінгового мамографічного обстеження через 2 роки. Однак враховуючи вік, гормональний статус жінки необхідно рекомендувати моніторинг абсолютно безпечним і доступним ультразвуковим методом.

Категорія 2. Діагностовано фіброаденоми на 24 мамограмах, з них – 4 кальциновані; фіброзно-кістозні зміни 17 випадків; судинна кальцинація – 5. Вік обстежених 45-55 років. Результати таких обстежень необхідно повідомити жінкам, як відхилення від норми яке потребує подальшого діагностичного обстеження, в т.ч. ультразвукового, можливо з пункційною біопсією. Рекомендується ретельний моніторинг результату, щоб перекопатися в його стабільності.

Решта мамограм на яких було діагностовано 2 випадки голчастого об'ємного утвору, 7 – злоякісні поліморфні мікрокальцинати на фоні дифузних фіброзних змін та фіброаденоматозу були віднесені в категорію 5. Вік обстежених 47 – 60 років. Виявлені зміни свідчать про високу вірогідність (більше 95 %) злоякісного утворення. Верифікація, скоріше всього, підтверджена біопсією з цитологічним та морфологічним висновком.

*Угляр Тетяна, Копча Юлія*

**ДЕНСИТОМЕТРИЧНИЙ МОНІТОРИНГ СТАНУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА НЕХОДЖКІНСЬКІ ЛІМФОМИ**

Кафедра онкології, променевої діагностики і терапії та радіаційної медицини

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. І.В. Жулкевич

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Відомим фактом є зміни мінеральної щільності кісткової тканини (КТ) у хворих на солідні пухлини, гострі та хронічні лейкози. Однак, вкрай мало досліджень присвячених спостереженню за динамікою змін мінеральної щільності КТ у хворих на неходжкінські лімфоми (НХЛ). Проте за даними поодиноких досліджень зміни мінеральної щільності КТ спостерігаються у 30-35% таких хворих.

**Мета.** Вивчити динаміку змін КТ в хворих на НХЛ на хіміотерапевтичному етапі лікування.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз змін стану мінеральної щільності КТ методом вимірювання щільності (в одиницях Хаунсфілда) в трабекулярній частині хребців грудного та поперекового відділів хребта на комп'ютерних томограмах на етапах діагностики захворювання та після завершення хіміотерапевтичного (4-6 курсів поліхіміотерапії) лікування. Кількість обстежених хворих - 36, з них чоловіків - 12, жінок – 24. Діагноз НХЛ був встановлений згідно національних критеріїв діагностики з обов'язковою імуногістохімічною верифікацією.

**Результати.** На основі даних аналізу комп'ютерних томограм і вимірювань щільності трабекулярної частини хребців грудного та поперекового відділів хребта у вищевказані терміни встановлено негативну динаміку змін КТ у обстежених хворих. Зміни щільності КТ на етапі діагностики захворювання проявлялися зниженням щільності трабекулярної частини хребців у 30 % чоловіків і 40 % жінок. Зареєстровані зміни частіше і більшою мірою виявлялися у жінок, глибина зниження щільності КТ хребців у жінок була достовірно вище в порівняно з чоловіками. Після завершення хіміотерапевтичного етапу у всіх обстежених хворих спостерігалось подальше зниження показників щільності КТ, проте темпи виявленого зниження були різні в статевих групах.

**Висновки:** 1) Встановлений факт зниження денситометричної щільності КТ хребців грудного та поперекового відділів хребта хворих на НХЛ вимагає системи моніторингу стану КТ на всіх етапах ведення хворих. 2) Зниження денситометричної щільності трабекулярної частини хребців в хворих на НХЛ відбувається з неоднаковими темпами у чоловіків і жінок на хіміотерапевтичному етапі лікування. 3) Перспективою подальших досліджень є виявлення причин змін денситометричної щільності КТ у хворих на НХЛ і основних факторів, що до неї призводять, а також корекція терапії супроводу за рахунок включення в неї модифікаторів стану КТ.

*Яворська Юлія*

**ФРАКТАЛЬНІ ТА ТОПОЛОГІЧНІ ПАРАМЕТРИ УРАЖЕННЯ КІСТКОВОЇ ТКНИНИ В ХВОРИХ НА ЛІМФОМУ ХОДЖКІНА**

Кафедра онкології, променевої діагностики і терапії та радіаційної медицини  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. І.В. Жулкевич  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м.Тернопіль, Україна

**Вступ.** Відомо, що мінеральна щільність кісткової тканини (КТ) лише частково відображає її механічні властивості, саме тому необхідно оцінювати структурні параметри КТ для комплексної характеристики її стану. Зокрема, трабекулярна частина (ТЧ) має фрактальні характеристики, які відображають складність її структури та можуть бути маркером структурної перебудови.

**Мета.** Проаналізувати зміни фрактальних параметрів ТЧКТ хребців грудного відділу хребта та їх топологічні властивості (зв'язаність трабекул, число Ейлера) в пацієнтів з лімфомою Ходжкіна після отримання поліхіміотерапевтичного лікування.

**Матеріали і методи.** Використано комп'ютерні томограми 39 пацієнтів з середнім віком  $35,85 \pm 2,23$  роки (19 жінок та 20 чоловіків) з ЛХ до та після ПХТ з наступною програмною обробкою зображень в ТЧКТ отримано значення фрактальних розмірностей (ФР), зв'язаності трабекул (Connectivity) після терапії.

**Результати.** На етапі діагностики ЛХ достовірне зменшення ФР відбулося в чоловіків з III стадією захворювання, порівняно з II ст. Після проведення ПХТ в чоловіків з В-симптомами та в жінок без інтоксикаційної симптоматики (А) спостерігалось зменшення значення ФР, що відповідає зменшенню галуження трабекулярної структури. Достовірно зменшились показники зв'язаності трабекул в групі жінок з В-симптомами, в чоловіків з В-симптомами відбулося достовірне зростання числа Ейлера та втрата зв'язаності трабекул грудного відділу.

**Висновки.** В чоловіків, окрім ПХТ, визначальними факторами, які сприяють значній структурній перебудові ТЧКТ у вигляді зменшення галуження трабекул та їх зв'язаності є стадія розповсюдження ЛХ (ст.III) та наявність В-сиптомів; в жінок тільки проведення ПХТ сприяло появі структурних змін ТЧКТ. Враховуючи доступність методу оцінки топологічних показників та ФР, їх варто застосовувати в якості маркера структурної перебудови КТ в хворих з ЛХ.

*Яцишин Л., Шимчук Ю.*

**ЗАСТОСУВАННЯ ПОПЕРЕДНИКА ОКСИДУ АЗОТУ В ПРОГРАМІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ**

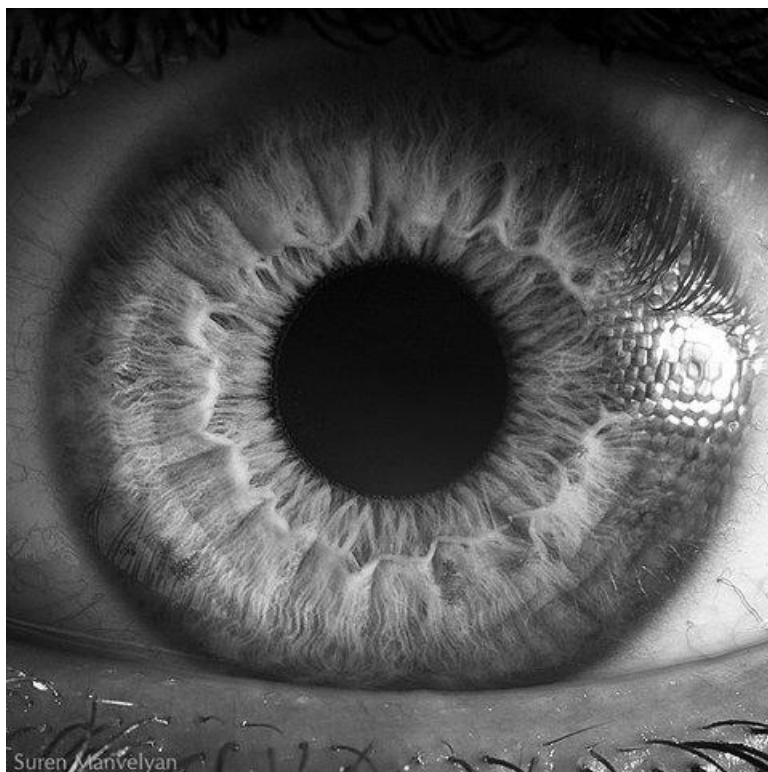
Кафедра онкології  
Науковий керівник: доц. В.В. Голотюк  
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»  
м. Івано-Франківськ, Україна

Метою даного дослідження є визначення ефективності неоад'ювантного курсу хемопроменевої терапії (НХПТ) із застосуванням препаратів фторафур і попередника синтезу оксиду азоту тівортіну з метою полірадіомодифікації у хворих на рак прямої кишки (РПК) на основі об'єктивних показників лікувального патоморфозу. Проведено порівняльний аналіз якісних і кількісних патоморфологічних змін у пухлинах 47 хворих на РПК II-III стадій, розподілених на 3 групи, в т.ч., які отримали курс середньофракційної дистанційної гамматерапії сумарною дозою 36-39 Гр з наступним хірургічним лікуванням через 4-6 тижнів; у комбінації її з пероральним прийомом фторафур; після курсу гамма-опромінення на фоні полірадіомодифікації фторафуром і тівортіном. Об'єктом дослідження були гістопрепарати з операційного матеріалу хворих. При оцінці показників ефективності лікування з'ясовано, що з використанням хемо- і полірадіомодифікації в більшості зразків частка життєздатного епітеліального компоненту пухлин була істотно нижчою, ніж при суто променевої терапії ( $p = 0,046$ ), а додаткове введення хворим попередників оксиду азоту потенціувало антибластомний ефект ( $p = 0,029$ ). Зокрема, через 4-5 тижнів після закінчення курсу суто променевої терапії площа залишкової ракової паренхіми в центральних і периферичних відділах пухлин складала відповідно  $28,36 \pm 1,93$  % і  $11,76 \pm 1,37$  %, після променевої терапії на фоні хеморадіомодифікації фторафуром  $-22,63 \pm 2,54$  % і  $8,86 \pm 0,72$  %, а після полірадіомодифікації відсоток життєздатної ракової паренхіми вдалося знизити в середньому до  $14,76 \pm 2,61$  % і  $5,12 \pm 0,68$  %. Отже, НХПТ з полірадіомодифікацією із застосуванням перорального антиметаболіту і попередника NO дозволяє досягнути глибших морфоструктурних змін у тканині РПК у порівнянні з традиційною ПТ.





**Секція:  
Офтальмологія,  
стоматологія,  
ЛОР-патологія**





*Безлоповцев Артем*

### **СТАН ПАРАДОНТА ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ**

Кафедра первинної медико-санітарної допомоги загальної практики сімейної медицини  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Н.І. Корильчук  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

У всіх країнах світу відмічено стрімкий ріст захворюваності населення на цукровий діабет. З метою покращення якості життя таких хворих необхідна допомога всіх спеціалістів медицини, в тому числі й стоматологів.

Нами обстежено 38 хворих на цукровий діабет 2 типу. Проведена санація порожнини рота. Вік обстежених від 40 до 50 років. Зі скарг хворих у 21,1 % наявне відчуття розпирання в яснах, у 31,6 % підвищена чутливість до холодних і гарячих подразників, в 10,5% сильна кровоточивість. При санації в 15,8% виявлена рихлість ясеневих сосочків, у 26,3 % гіперемія з ціанотичним відтінком ясенного краю, у 47,4 % множинний карієс з різними формами і локалізацією, в 21,1 % в процес втягнута верхня й нижня щелепа одночасно. У 31,6 % відмічається рухомість зубів, у 79,0 % відмічено низьку якість гігієнічних процедур. Так, 57,9 % зубну пасту вживають будь-яку, 52,7 % зубна щітка неналежної якості, 31,6 % зуби чистять раз на добу, 26,3 % чистять зуби двічі, 84,2 % не користуються ополіскувачами. При обстеженні виявлено, що 21,1 % необхідна термінова санація порожнини рота з ліквідацією вогнищ одонтогенної інфекції, 10,5 % необхідне хірургічне і 42,1 % ортопедичне лікування. При аналізі амбулаторних карт нами встановлено, що вираженість запальних змін залежала від рівня гліколізованого гемоглобіну. Більш виражені проблеми пародонту виявлені в осіб, яким властиве порушення лікування ЦД (порушення дієти, припинення приймання цукрознижуючих середників, неконтрольованість рівня глікемії).

Отже, при лікуванні цукрового діабету слід не ігнорувати колегіальність, а акцентувати увагу на якості гігієнічних процедур ротової порожнини з активною санацією вогнищ запалення та взаємоконтролю рівня глікемії.

*Білозецький Іван*

### **ВПЛИВ АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА ПЕРЕБІГ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ**

Кафедра стоматології  
Науковий керівник: д-р. мед. наук, проф. І.П. Мазур  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

На сьогодні не викликає сумнівів взаємозв'язок між ревматоїдним артритом (РА) і генералізованим пародонтитом (ГП). Системні імунізапальні порушення з активацією прозапальних цитокінів, зокрема ФНП-альфа та ІЛ-6 впливають й на інші органи і системи, в тому числі й пародонт. Результатом неконтролюємих даних патологічних змін є прогресування як саме РА так й ГП

**Мета.** Метою даної роботи було встановити взаємозв'язок між активністю запального процесу та станом пародонту у пацієнтів з РА.

**Методи дослідження.** Було обстежено 105 пацієнтів з РА I-III ступеня активності віком від 49 до 68 років. Обстеження пацієнтів проводилося за традиційною методикою і включало збір анамнезу, огляд, пальпацію органів і тканин рота, 32 перкусію зубів, інструментальне обстеження, ортопантомографію. Ступінь активності РА визначався за показником DAS28, а також враховували рівень і позитивність за ревматоїдним фактором (РФ) та антитілами до циклічного цитрулінового пептиду (АТ ДО ЦЦП) і концентрацію ФНП-альфа в крові і слині.

**Результати та обговорення.** Оцінка поширеності ГП пацієнтів різного віку свідчила про суттєвий вплив віку ( $\chi^2 = 29,61$ ,  $p < 0,05$ ), жіночої статі, наявності менопаузи ( $OR = 5,17$ ,  $\chi^2 = 4,91$ ,  $p = 0,0267$ ) на ступінь важкості ГП при РА. За параметрами активності РА вірогідно значущими констатовані: наявність АТ до ЦЦП ( $OR = 4,69$ ,  $\chi^2 = 4,75$ ,  $p = 0,0293$ ), серопозитивність за РФ ( $OR = 4,29$ ,  $\chi^2 = 4,75$ ,  $p = 0,0178$ ). Поряд із тим встановлений сильний зв'язок між рівнем ФНП-альфа слини ( $rbs = 0,74$ ,  $t = 8,28$ ,  $p < 0,01$ ), крові ( $t = 3,21$ ,  $p = 0,0021$ ) і серопозитивністю РА.

**Висновок:** Прогресування ГП має несприятливий перебіг у пацієнтів з активним РА. Вагомими чинниками важкості ГП в даній популяції пацієнтів є наявність АТ до ЦЦП і РФ, що збільшує ризик несприятливого перебігу в 3,9 ( $RR = 3,93$ ) і в 2,5 рази ( $RR = 2,54$ ) відповідно. Таким чином, за умов надання стоматологічної допомоги хворим на РА необхідно брати до уваги ступінь активності даного захворювання і співпрацювати із ревматологами в напрямку контролю перебігу РА.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Дмитрів Вікторія*

### **НЕДОСТАТНІСТЬ ФУНКЦІЇ СЛІЗНИХ ЗАЛОЗ ТА НАЯВНІСТЬ СИНДРОМУ «СУХОГО ОКА» У СТУДЕНТІВ IV І V КУРСІВ ІФНМУ**

Кафедра оториноларингології та офтальмології з курсом хірургії голови та шиї  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. М.Д. Вершиніна, асист. Н.Ю. Крицун  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
м. Івано-Франківськ, Україна

**Мета дослідження:** дослідити сльозопродукцію, оцінити функцію слізних залоз та стан слізної плівки у студентів IV і V курсів ІФНМУ.

**Матеріали та методи:** обстежено 68 студентів (136 очей) IV і V курсів ІФНМУ, віком від 19 до 23 років, з них 25 хлопців і 43 дівчини.

Дослідження синдрому «сухого ока» проводилось таким чином: проведення тестів Ширмера -1, Ширмера -2, флюоресцеїнового тесту Норна, вивчення суб'єктивних та об'єктивних ознак, які притаманні синдрому «сухого ока» шляхом анкетування та за даними огляду.

**Результати:** за даними тесту Ширмер - 1: 54,41 % (74 ока) – здорові, 45,59 % (62 ока) – виявлений синдром «сухого ока». Серед них змочування тестової стрічки менше 5мм за 5хв. – 41,94 % (26 очей) (важкий ступінь), 5-10мм за 5хв. – 25,80 % (16 очей) (середній ступінь), 10-15мм за 5 хв. – 32,26 % (20очей)(легкий ступінь). Тест Ширмера-2 показав: 60,29 % (82 ока) – здорові, 39,71 % (54 ока) – мають синдром «сухого ока». За даними тесту Норна: час розриву слізної плівки : >20 ± 2с виявлений у 57,35 % (78 очей), <14 ± 2с – у 42,65 % (58 очей). За даними анкетування: відчуття печії в оці відчувають 39,62 % студентів, на нестерпність до яскравого світла скаржаться 66,03 %, сльозотеча спостерігається у 49,06 %, дискомфорт у кондиціонованому приміщенні – 33,96 %, при довготривалій роботі за комп'ютером спостерігають 92,45 % студентів.

**Висновок:** на підставі проведеного дослідження встановлено, що у 45,59 % студентів IV і V курсів ІФНМУ наявний синдром «сухого ока». Факторами ризику, які мають вплив на формування даного синдрому є тривала робота за комп'ютером, надмірне зорове навантаження, часте перебування в кондиціонованих приміщеннях.

*Довганіч Олександр*

### **СКТ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ**

Кафедра терапевтичної стоматології  
Науковий керівник: В.І. Герелюк  
ДВНЗ Івано-Франківський національний медичний університет  
м. Івано-Франківськ, Україна.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності комплексного лікування хворих на ГП за допомогою синглетно-кисневої терапії.

**Матеріали і методи дослідження.** Обстежено 140 хворих на ГП віком від 25 до 44 років. Обстежено та проліковано 140 хворих на генералізований пародонтит I-II ступенів розвитку. Усі хворі були розподілені на 4 групи. Хворим I групи (20 осіб) проводили тільки базову терапію. Хворим II групи (35 осіб) лікування доповнювали синглетно-кисневою терапією всередину за схемою, кожних 6 міс по 12 сеансів. Пацієнтам III групи (35 осіб) проводили базову і СК терапію, застосуванням інгаляцій за схемою, кожних 6 міс по 12 сеансів. Пацієнтам IV групи (50 осіб) (основна група) до схеми комплексного лікування вводили базову терапію та СКТ інгаляції і всередину. Група порівняння - 15 осіб із клінічно інтактним пародонтом.

**Результати дослідження.** Результати дослідження показали достовірну різницю між показниками індексного оцінювання стану тканин пародонта у хворих різних груп до і після проведеного лікування. При проведенні дослідження нами встановлено, що показники індексу гігієни достовірно не відрізнялися у хворих всіх груп до лікування.

Показники пародонтального індексу у хворих всіх груп не відрізнялися достовірно перед лікуванням, а через 3, 6 і 12 місяців після лікування були достовірно кращими від показників до лікування у хворих всіх груп.

Аналіз показників індексу РМА показав, що через 3, 6 і 12 місяців після лікування вони були достовірно кращими від показників до лікування у хворих всіх груп.

Показники індексу кровоточивості ясен у хворих всіх груп не відрізнялися достовірно перед лікуванням, а через 3, 6 і 12 місяців після лікування були достовірно кращими від показників до лікування.

**Висновки.** Отримані результати вказують на високу ефективність синглетно-кисневої терапії при комплексному лікуванні пацієнтів із генералізованим пародонтитом, яка позитивно впливає на обмін речовин у тканинах пародонту, зменшує кровоточивість ясен і запальний процес в тканинах пародонту.

*Карпа Оксана*

**ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «КАНДИБІОТИК» ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ХРОНІЧНИМ СЕРЕДНІМ ОТИТОМ**

Кафедра: цикл хірургічних дисциплін  
Науковий керівник: канд. мед. наук. П. С. Мазур  
Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського  
м. Кременець, Україна

**Актуальність.** Протягом останнього часу мікрофлора, виділена із середнього вуха при його запаленні, набула значної резистентності до традиційних препаратів. При цьому, виділені мікроорганізми потребують застосування не лише антибіотиків, але й інших протизапальних засобів. Саме тому у лікуванні хворих на хронічний середній отит велике значення мають комбіновані препарати.

**Мета.** Метою нашого дослідження є вивчення ефективності препарату «Кандибіотик», який ми використовували не лише в пацієнтів із хронічним середнім отитом, але й у хворих, які перенесли оперативні втручання на середньому вусі. Це комбінований препарат для зовнішнього застосування з протимікробними, протизапальними та місцево анестезуючими властивостями. Його фармакологічна дія зумовлена властивостями хлорамфеніколу, клотримазолу, беклометазону дипропіонату та лідокаїну, що входять до його складу. Має широкий протимікробний діапазон: діє бактериостатично щодо широкого спектру грам-позитивних та грам-негативних бактерій, ефективно впливає також на анаеробну флору

**Матеріали і методи.** Ми застосували «Кандибіотик» при лікуванні 36 хворих на хронічний гнійний середній отит. Лікування полягало в наступному: після очищення зовнішнього слухового проходу від гнійних виділень, проводилося введення 3 крапель даного препарату. Такі маніпуляції проводили двічі на добу. На курс лікування знадобилось (14+0,5) введень препарату. Із 36 пацієнтів добрий результат отримано у 25 (69 %), у 11 (31 %) – покращення. Будь-яких побічних явищ при місцевому застосуванні не спостерігалось.

**Висновок.** Отже, з нашого дослідження випливає, що комбінований препарат «Кандибіотик» має позитивний вплив на результат лікування пацієнтів із хронічним середнім гнійним отитом, тому ми рекомендуємо використовувати його при даній патології.

*Кирилюк Анастасія*

**ОЦІНКА ІНТЕНСИВНОСТІ КАРІЄСУ У 6 РІЧНИХ ДІТЕЙ**

Кафедра сестринська справа  
Науковий керівник: В.М. Косенко  
Житомирський інститут медсестринства  
м. Житомир, Україна

**Актуальність теми:** Карієс є основною причиною передчасної втрати зубів і тому це найбільш досліджувана стоматологічна патологія. Серед дитячого населення ураження зубів карієсом досягає 99,8 %.

**Мета дослідження** - встановити інтенсивність карієсу зубів у 6 річних дітей.

**Матеріали та методи дослідження:** Нами було проаналізовано медичну документацію 51 учня Житомирського екологічного ліцею № 24 (основна група) та пацієнтів Житомирської дитячої стоматологічної поліклініки (контрольна група). Оцінку інтенсивності карієсу зубів проводили за індексом КГВ + кп. У дослідженні безпосередньо та в різних комбінаціях використані наступні методи: бібліосемантичний, системного аналізу та логічного узагальнення, статистичний, математичного аналізу.

**Результати дослідження та їх обговорення:** Встановлено, що інтенсивність карієсу у 6 річних дітей основної групи відповідала значенню –  $5,2 \pm 0,05$ , в контрольній –  $6,7 \pm 0,04$  ( $p < 0,01$ ). Каріозний процес, як правило, вражав незрілі глибокі фісури та характеризувався гострим перебігом (тверді тканини були м'які, світлі). В порівнянні з європейськими цілями збереження й зміцнення стоматологічного здоров'я, реалізація яких запланована до 2020 р. середнє значення індексу КГВ + кп у 6 річних не повинно перевищувати 2,0.

**Висновок:** високі показники інтенсивності карієсу вказують на недостатньо проведену профілактичну роботу. Значну увагу слід приділяти первинній профілактиці, а саме: гігієнічному вихованню та навчанню; нормалізації харчування; диспансерному спостереженню; місцевому застосуванню фтористих та мінералізуючих препаратів.

*Кривенко Людмила*

**ПРОЯВИ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ПОРОЖНИНІ РОТА ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АЛЕРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ**

Кафедра стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицевої хірургії та імплантології  
Науковий керівник: д-р. мед. наук, проф. Р.С. Назарян  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

Одними з найбільш розповсюджених захворювань дитячого віку є алергічні захворювання. При цьому прояви алергії у порожнині рота доволі різноманітні.

**Метою** дослідження було - виявлення змін слизової оболонки порожнини рота та кайми губ у дітей з алергічною патологією.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 45 дітей з такими алергічними захворюваннями, як бронхіальна астма, atopічний дерматит, алергічний риніт.

**Результати дослідження.** У результаті обстеження було виявлено різноманітні патологічні зміни у порожнині рота дітей, хворих на алергію. Найбільш розповсюдженою патологією виявився хейліт. У 17,8 % дітей був встановлений atopічний хейліт, у 15,6 % було виявлено ексфолювативний хейліт, у 13,3 % обстежених діагностували ангулярний хейліт. Також було виявлено сухість слизової оболонки порожнини рота серед 24,4 % дітей та серед 15,6 % дітей було діагностовано десквамативний глосит. У 17,8 % обстежених дітей виявлено хронічні тріщини губ, у 26,7 % дітей - набряклість язика з відбитками зубів.

**Висновки.** Виявлені численні зміни слизової оболонки порожнини рота дітей, хворих на алергію. Дані зміни можуть бути пов'язані з медикаментозною терапією, яка широко застосовується серед даного контингенту дітей, а також із зменшенням швидкості слиновиділення, зниженням місцевого імунітету порожнини рота, місцевим погіршенням гемодинаміки, як це зазначено у літературі. Розроблення системи заходів, направлених на корекцію виявлених патологічних змін, є перспективним та потребує подальшого детального вивчення.

*Литвинова Виктория*

**ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНАХ РОГОВИЦЫ**

Кафедра офтальмології  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.А. Тарануха  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

**Актуальность.** На данном этапе развития медицины использование мягких контактных линз ассоциируется не только с целью коррекции аномалий рефракции, но и с их назначением в качестве лечебных. В настоящее время лечебные мягкие контактные линзы (ЛМКЛ) применяются для поддержания роговицы в увлажненном состоянии, защиты эпителия роговицы, купирования болевого синдрома, создания условий для роста эпителия, стабилизации слезной пленки и депонирования лекарственных средств.

**Цель:** выявить эффективность применения лечебной контактной линзы в комплексной терапии при проникающих ранах роговицы.

**Материалы и методы.** В течение двух месяцев под наблюдением находилось 6 человек после первичной хирургической обработки проникающих ран роговицы, которым в послеоперационном периоде проводилось антибактериальное, противовоспалительное лечение, применялись корнеопротекторы. У всех пациентов наблюдался выраженный роговичный синдром, с целью купирования которого, а также для облегчения состояния пациентов и пролонгации терапевтического воздействия вводимых местно лекарственных средств были назначены силикон-гидрогелевые ЛМКЛ на 30-дневный период непрерывного ношения.

**Результаты.** По результатам исследований было выявлено, что у лиц, которые применяли ЛМКЛ на фоне проведения послеоперационного лечения проникающих ран роговицы было зафиксировано улучшения качества жизни за счет снижения выраженности корнеального синдрома. Также отмечалось повышение остроты зрения и значительное уменьшение сроков выздоровления до  $28 \pm 2$  дней с более нежным рубцеванием, когда без применения ЛМКЛ он составлял 1,5 месяца  $\pm$  5дней.

**Вывод.** Проанализировав полученные данные, установлено, что при применении ЛМКЛ улучшается показатель качества жизни, а также значительно сокращается период рубцевания проникающей раны роговицы (после первичной хирургической обработки). На основании этого можно рекомендовать применение ЛМКЛ в проведении терапии данной патологии.

*Маркевич Соломія*

**ПРИРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ ЕМАЛІ ЗУБІВ НА ТЛІ ГЕНЕТИЧНИХ ВІДХИЛЕНЬ  
ПРЕНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗУ.**

Кафедра медичної біології  
Науковий керівник: доц. О.І. Грималюк  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
Імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Природжені вади емалі зубів виникають внаслідок спадкового порушення функціонування ектодермальних клітинних структур, що беруть участь у формуванні емалі. Характерним є ураження як молочних, так і постійних зубів.

В основі природжених вад розвитку емалі лежить недосконалий амелогенез (amelogenesis imperfecta), важке порушення розвитку та утворення емалі, що характеризується системним порушенням структури та мінералізації молочних і постійних зубів, змінами кольору і наступною частковою або повною втратою емалевого покриву.

На підставі даних деяких досліджень спадкові захворювання емалі ділять на три групи:

- 1) спадкова гіоплазія емалі, викликана порушенням матриксу емалі;
- 2) спадкова гіоплазія емалі, обумовлена порушенням дозрівання емалі;
- 3) спадкова гіоплазія емалі, пов'язана з гіпокальцифікацією.

Кожна з трьох груп має свої різновиди та спадкові механізми ураження емалі.

Окремо вирізняють таке захворювання як дисплазія Капдепона (синдром Стентона-Капдепона). Це захворювання має аутосомно-домінантний тип успадкування. Вказаний синдром виявляється у половини дітей, незалежно від статі, якщо один з батьків гетерозиготний. Особливістю даної патології є те, що відбувається швидке зколювання зубної емалі, на поверхні зубів можна лише спостерігати її окремі ділянки.

Отже, природжені вади емалі зубів є генетичним відхиленням пренатального онтогенезу, які в майбутньому значно погіршують якість життя людей, призводять до їх соціальної дезадаптації в колективі та потребують постійного лікування.

*Махлинець Наталія*

**ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОДОНТОГЕННІ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ НА ФОНІ НАРКОМАНІЇ**

Кафедра хірургічної стоматології  
Науковий керівник: д-р мед. наук., проф. В.П. Пюрик  
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»  
м. Івано-Франківськ, Україна

Проблема лікування та реабілітації хворих на одонтогенні гнійно-запальні процеси на фоні наркотичної залежності є актуальною, тому що супроводжується високим процентом ускладнень, частота яких з кожним роком зростає.

**Мета:** підвищення ефективності лікування хворих на гнійно-запальні процеси щелепних кісток на фоні наркоманії при використанні імунорегуючої та ранозагоюючої терапії.

**Матеріали і методи:** Обстежено 33 хворих на одонтогенні гнійно-запальні процеси щелепних кісток на фоні наркоманії. Хворих поділено на 2 групи: I група (16 хворих), яким проводили базову терапію, II група (17 хворих), яким на фоні базової терапії використовували імунomodulatory (імунофан 50 мкг - 1 мл, 1 раз на добу дом'язево, протягом 10 днів) і ранозагоюючий препарат (кверцетин 1 раз на добу аплікацію гелем на уражену ділянку шкіри). Усім хворим проводили операцію секвестректомію.

**Результати** імунограм всіх пацієнтів до лікування вказували на вторинний імунодефіцит. Після проведеного лікування показники клітинного імунітету у групі хворих, яким вводили імунофан, підвищились, що корелювало із клінічною картиною. Пацієнтам, яким при лікуванні використовували кверцетин, рани загоїлись швидше, ніж у інших хворих.

**Висновки:** У хворих на одонтогенні гнійно-запальні процеси щелепних кісток на фоні наркоманії наявний вторинний імунодефіцит. Поєднане застосування імунорегуючої (імунофан) та ранозагоюючої (кверцетин) терапії підвищує ефективність лікування цього контингенту хворих, стабілізує патологічні процеси і забезпечує тривалу ремісію.



## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Михайловська Ольга, Юринець Микола*

### **УРАЖЕННЯ ЛОР-ОРГАНІВ ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ**

Кафедра оториноларингології

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. К.А. Лобко  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** за даними ООН з 1981 року від СНІДу у світі загинуло 30 млн. людей і приблизно така ж кількість людей зараз інфіковані ВІЛ-інфекцією. Станом на 01.07.2013 р. у МОЗ на обліку знаходилося 134302 ВІЛ-позитивних громадян України, у тому числі 27181 хворих на СНІД. Найчастіше, одразу розпізнати ВІЛ-інфекцію не так легко, адже вона перебігає під масками багатьох інших хвороб, частими бувають прови у вигляді ураження ЛОР-органів.

**Мета:** вивчити поширеність ВІЛ/СНІДу серед населення Вінницької області та дослідити особливості ураження ЛОР-органів при цьому захворюванні.

**Матеріали та методи:** статистичні дані Вінницького обласного центру по боротьбі та профілактиці СНІДу, історії хвороб ЛОР-відділення ВОКЛ ім. М.І. Пирогова.

**Результати:** шляхом обробки та порівняння даних статистичного відділу Вінницького обласного центру з боротьби та профілактики СНІДу з'ясовано, що від СНІДу померло у 2013 р. - 86 пацієнтів, у 2014 р. - 80 пацієнтів. За 2014 р. було зареєстровано 3 випадки смертності від ВІЛ та СНІД із ураженням ЛОР-органів. У однієї хворої був гострий отит, мастоїдит, отогенний гнійний менінгоцефаліт, у двох інших хворих - гострий полісинусит, риногенний гнійний менінгоцефаліт, який мав затяжний перебіг та важко піддавався лікуванню, в тому числі оперативному.

**Висновки:** Лор-патологія при ВІЛ та СНІД, особливо рецидивуюча і та, яка важко піддається лікуванню є статистично значимою для верифікації діагнозу СНІД. Тому такі хворі потребують лікування у ЛОР-спеціаліста, в тому числі, при потребі, оперативного.

*Орішко Анастасія*

### **КЛІНІЧНЕ ВИВЧЕННЯ ВИКОРИСТАННЯ БЕЗКЛАПТЕВОЇ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ**

Кафедра стоматології інституту післядипломної освіти

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. М.М. Рожко  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
м. Івано-Франківськ, Україна

На сучасному етапі розвитку дентальної імплантації акценти спрямовані на скорочення тривалості лікування та малоінвазивність хірургічного втручання. В літературі було виділено багато переваг безклаптевого методу. Кокранівський огляд зробив висновок на основі двох рандомізованих контрольованих досліджень, що безклаптева імплантація можлива, однак, вимагає використання хірургічних навігаційних шаблонів. Доступність конусно-променевої томографії та можливість виготовлення хірургічних шаблонів надає актуальності даному дослідженню.

**Мета:** Оцінити клінічні та рентгенологічні параметри після безклаптевого встановлення імплантатів для оцінки раннього впливу.

**Матеріали і методи:** Було обстежено, 10 пацієнтів I групи (встановлення імплантатів з відкиданням слизово-окістного клаптя), 10 пацієнтів II групи (встановлення імплантатів без відкидання клаптя). Клінічні параметри, такі як modified plaque index (mPLI), modified sulcus bleeding index (mBI), probing pocket depth (PD) визначали на 12 тиждень. Рівень резорбції кісткової тканини визначали на прицільних знімках через 3 місяці.

**Результати:** В даному дослідженні середній показник втрати кісткової тканини склав  $0,25 \pm 0,20$  мм та  $0,48 \pm 0,15$  мм в I та II групі відповідно, ( $p < 0,05$ ). Середній показник PD був статистично значуще вищий в I групі ( $3,63 \pm 0,9$  mm vs.  $2,54 \pm 0,6$ ). Імплантати встановлені з відкиданням клаптя показали вищий середній показник mPLI та mBI. Дане дослідження вказує на переваги безклаптевого методу для зменшення ранньої резорбції. Максимальна резорбція, що спостерігалась становила 0,95 мм в I групі, проте біля 3 імплантатів II групи резорбція взагалі не відбулася.

**Висновки:** Дане дослідження вказує на переваги безклаптевого методу для збереження маргінального краю кістки, зменшення ранньої резорбції та клінічних проявів. Рекомендований більший розмір вибірки та віддалені результати для підтвердження висновків даного дослідження.

*Орищак Остап*

**ГЕМОМІКРОЦИРКУЛЯТОРНЕ РУСЛО ПРИ СЕНСОНЕВРАЛЬНІЙ ПРИГЛУХОВАТОСТІ**

Кафедра оториноларингології з курсом хірургії голови та шиї  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.І. Попович  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
м. Івано-Франківськ, Україна

За даними ВООЗ, 5-8 % населення страждають від зниження слуху, з них сенсоневральна приглухуватість (СНП) складає 65-93 % випадків. СНП – це поліетіологічне захворювання, у патогенезі розвитку якого судинні порушення займають одне з основних місць.

Артеріальна гіпертензія (АГ) - частий супутник даної патології, що призводить до порушення гемомікроциркуляторного русла (ГМЦР), спазму, механічного пошкодження стінок судинної частини завитка. Метою нашого дослідження було вивчити стан ГМЦР кон'юнктиви ока та даних тональної порогової аудіометрії у хворих з гострою та хронічною СНП судинного ґенезу.

В ході дослідження було обстежено 79 хворих віком від 35 до 65 років з СНП судинного ґенезу. Обстежених було розділено на II групи. До I групи (23 пацієнтів) увійшли хворі з гострою СНП, яка виникла на фоні АГ (гіпертонічний криз) та вертебро-базилярної недостатності з тривалістю захворювання від 5 днів до 1 місяця. До II групи (44 пацієнтів) увійшли хворі з хронічною СНП з тривалістю захворювання більше 2-3 років.

Контрольна група включала - 12 практично здорових людей. За даними проведених досліджень встановлено, що у хворих з гострою СНП зміни у ГМЦР та стану слухової функції носять зворотній характер, про що свідчили дані аудіометрії та мікроскопії кон'юнктиви ока. У цій групі пацієнтів знизився поріг сприйняття звуків на 15-20 дБ.; зменшився кон'юнктивальний індекс. У групі хворих з хронічною СНП позитивної динаміки як у ГМЦР так і з боку слухової функції після проведеного лікування практично не відмічалось. Кон'юнктивальний індекс не змінився.

Також в ході дослідження з'ясовано, що прогресуючий характер АГ призводить до погіршення функціональних і морфологічних показників стану ГМЦР, що впливає на стан слухового аналізатора.

Своєчасна і правильна корекція АГ попередить виникнення глибоких структурно-морфологічних змін ГМЦР та слухового аналізатора. За станом ГМЦР кон'юнктиви ока можна оцінити ефективність проведеного лікування СНП.

*Питак Тетяна*

**ЗМІНИ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ТА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ**

Кафедра оториноларингології, офтальмології та нейрохірургії  
Науковий керівник: доц. І.В. Мальована  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Мета роботи:** Вивчити стан мінеральної щільності кісткової тканини у хворих на гострий та хронічний гнійний середній отит.

**Об'єкт дослідження:** Хворі на гострий та хронічний отит (35)

**Методи дослідження:**

Загальноклінічні: загальний огляд, отоскопія та дослідження слухової функції.

Біохімічні: загальний білок, кальцій, фосфор, лужна фосфатаза.

Денситометрія.

**Для обробки отриманих результатів використовувались:**

Показники: ВМС (насиченість хребця мінеральними речовинами) та площа хребця (А). Мінеральна щільність кісткової тканин оцінювалась за показником Z–стандартним відхиленням фактичної мінеральної щільності від відповідного середньовікового значення.

**Результати досліджень:**

У 17 (48,62 %) хворих на гострий гнійний середній отит порушень мінеральної щільності кісткової тканини не було виявлено. У цій групі переважали пацієнти із стертою клінічною картиною захворювання. Яскраво виражена клінічна симптоматика із значною гноетечею з вуха у пацієнтів з виявленими порушеннями. При хронічному гнійному середньому отиті у 7 пацієнтів (20,02 %) змін мінеральної щільності кісткової тканини не виявлено. Остеопенія I ступеня зареєстрована у 6 (15,6 %) осіб із загостренням хронічного гнійного середнього отиту. Остеопенія II ступеня виявлена у 2 обстежених (5,72 %). Остеопенія III ступеня у 3 осіб (8,58 %) цієї групи.

**Висновки:**

Отримані дані свідчать про більш виражені порушення у насиченні кісткової тканини кальцієм у хворих на хронічний гнійний середній отит, ніж у хворих з гострим процесом захворювання.

Переважає остеопатія при хронічному гнійному середньому отиті відповідає більш тяжкому і тривалому перебігу захворювання.

*Погорелюк Тарас*

**ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗУБНЫХ ЗАЧАТКОВ В ПРОЦЕССЕ УДАЛЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ**

Кафедра дитячої стоматології  
ДЗ "Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України"  
м. Дніпропетровськ. Україна

В последнее время, в детской хирургической стоматологии, стала актуальной проблема повреждения зачатков постоянных зубов. В процессе удаления молочных зубов по показаниям, (осложненный кариес, периодонтит молочного зуба, периостит, острый и хронический остеомиелит челюсти у детей), а также ревизии и кюретаже лунки удаленного молочного зуба, частым осложнением может быть повреждение зачатка постоянного зуба находящегося под лункой или по соседству с удаленным зубом.

В зависимости от группы удаляемого зуба, (моляр верхней или нижней челюсти, клык или резец), различны и повреждения зачатков. Например, при удалении нижних временных моляров, щипцами или элеватором, давление корней зуба на эластичную межзубную перегородку может передаться на зачаток постоянного зуба и вызвать его повреждение или непроизвольное удаление.

Если при удалении верхних временных моляров, применяя корневые или коронковые щипцы, щетки накладываются не по продольной оси зуба, а перпендикулярно, это может привести к травме соседнего здорового постоянного или молочного зуба.

Противопоказано применение угловых элеваторов при удалении отдельных корней молочных зубов. Это связано с тем, что боковое давление, оказываемое на корень зуба, передается на стенку альвеолы молочного зуба, что может привести к ее отлому, повреждениям нижестоящего зубного зачатка, явлениям альвеолита.

При удалении временных однокорневых зубов противопоказана люксация, так как она может привести к отлому альвеолярной перегородки, корня удаляемого зуба, и дальнейшему повреждению зачатка постоянного зуба.

Таким образом, детский стоматолог-хирург всегда должен учитывать анатомо-физиологические особенности удаления временных зубов на разных этапах их развития, дабы избежать повреждения зачатков постоянных зубов.

*Попеску Дойница*

**ВПЛИВ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ НА СТАН ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ДІТЕЙ**

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології  
Науковий керівник: канд. мед. наук О.І. Годованець  
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
м. Чернівці, Україна

**Актуальність:** На сьогоднішній день вміст мінеральних елементів у різних тканинах людського організму, включаючи зуби, досліджується достатньо широко. Існує понад 40 мінеральних елементів, які беруть участь у процесі мінералізації твердих тканин зубів, найважливішими з яких є кальцій, фтор, фосфор. Включення макро- та мікроелементів у структуру твердих тканин зубів змінюють їх властивості. Резистентність тканин до розвитку каріозного процесу визначається не вмістом мінеральних елементів, а оптимальним співвідношенням їх концентрацій у твердих тканинах зубів.

**Мета:** визначити вплив мікроелементів (Cu, Zn і Fe) на стан твердих тканин здорових та каріозноуражених зубів у дітей 12-ти років.

**Матеріали і методи:** Для дослідження було використано 17 ( 7 - здорових і 10 - каріозних) молочних молярів видалених в періоді фізіологічної зміни. Вміст мікроелементів визначали методом анатомо-абсорбційної спектрофотометрії (широко застосовується при вивченні будови і складу різних сполук для якісного і кількісного аналізу речовин ).

**Результати дослідження:** Визначення мікроелементного складу твердих тканин молочних молярів показало, що в інтактних зубах вміст досліджуваних показників був такий: Cu –  $9,6 \pm 0,72$  мкг/г золи, Fe- $687,1 \text{ мкг} \pm 23,5 \text{ мкг/г}$  золи, Zn- $123,7 \pm 6,8$  мкг/г золи. У зубах уражених каріозним процесом знижувалася кількість Cu на 30% та Fe 37 %, а концентрація Zn навпаки підвищилась на 36 %.

**Висновки:** на підставі результатів нашого дослідження можна сказати, що на фоні зміни співвідношення мікроелементного складу в твердих тканинах зуба (зниження концентрації Cu та Fe та підвищення Zn) у дітей знижується резистентність тканин до ураження каріозним процесом.

*Присяжнюк Олена, Козуб Юлія, Чикита Анна*

**СТУПІНЬ ІНФОРМОВАНІСТІ НАСЕЛЕННЯ М. ТЕРНОПІЛЬ ПРО ПРАВИЛА ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА**

Кафедра терапевтичної стоматології  
Науковий керівник: доц. С.І. Бойцанюк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

На сьогодні день проблема профілактики стоматологічних захворювань залишається надалі актуальною, оскільки за результатами численних досліджень встановлено, що інтенсивність стоматологічних захворювань зростає. Так за даними ВООЗ у всьому світі 60-90 % дітей шкільного віку і 99 % дорослого населення мають карієс. Тяжку форму пародонтиту діагностують у 40 % людей у віці 35-40 років, а у 30 % людей у віці 65-70 років відсутні природні зуби.

З метою визначення профілактичної обізнаності серед населення м. Тернополя шляхом анкетування було опитано 120 громадян міста Тернополя віком від 20 до 55 років.

За результатами проведеного опитування встановлено, що лише 50 % респондентів відвідують стоматолога 1 раз на рік, двічі на рік – 30 %. З метою профілактичних оглядів звертаються 30 % опитаних, та за потребою – 70 %. Нажаль, серед зустрічається група людей, що бояться проходити огляд 14,5 % опитаних.

Слід також звернути увагу на проблему догляду за порожниною рота. Після кожного вживання їжі чистять зуби лише 2,6 % опитаних. Двічі на добу 67,8 %. Один раз на протязі дня – 24,7 % опитаних. Та, нажаль, 4,9 % респондентів прибігають до цієї процедури лише за необхідністю. Додаткові засоби догляду за ротовою порожниною застосовують лише 16,0 % опитаних, хоча за необхідні вважають 27,8 %, що є досить низьким показником.

Отримані результати вказують на низький рівень профілактичних знань у громадян м. Тернополя. Для покращення ситуації запропоновано збільшити кількість бесід, лекцій та уроків-здоров'я на тему «Профілактика стоматологічних захворювань».

*Сороченко Наталія*

**СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ ІЗ ДИСТРОФІЧНИМ СПАДКОВИМ БУЛЬОЗНИМ ЕПІДЕРМОЛІЗОМ**

Кафедра стоматології дитячого віку  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Н.О. Савичук  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика  
м. Київ, Україна

Мета дослідження – вивчення особливостей стоматологічного статусу дітей із дистрофічною формою спадкового бульозного епідермолізу.

Було проведено стоматологічне обстеження 6 дітей віком 3-17 років із дистрофічним спадковим бульозним епідермолізом. Для оцінки стану твердих тканин зубів використовували індекси інтенсивності карієсу кп, кп+КПВ, КПВ; для оцінки гігієни порожнини рота- індекс Федорова–Володкіної; для оцінки стану тканин пародонту – індекс РМА.

Протягом дослідження встановлено, що розповсюдженість карієсу серед обстежених становила 100 %, інтенсивність карієсу – кп –  $8,0 \pm 1,5$ , кп+КПВ –  $7,5 \pm 2,0$ , КПВ –  $7,0 \pm 2,0$ , гігієна порожнини рота -  $3,3 \pm 0,5$ , показник індексу РМА -  $63 \pm 7,5$  %.

Серед особливостей стоматологічного статусу відмічалися кисла рН ротової рідини (<6,0), мікростомія (<30 мм), множинні ерозії слизової оболонки порожнини рота, анкілоглосія, наявність вестибулярної облітерації присінку ротової порожнини за рахунок щічних та лабіальних спайок, атрофія піднебінних валиків, депапільація сосочків спинки язика, скупченість зубів з дефіцитом місця в зубній дузі, дистальний прикус (II клас за Енглем).

Отримані дані свідчать про те, що особливостями стоматологічного статусу дітей віком 3-17 років із дистрофічною формою спадкового бульозного епідермолізу є погана гігієна порожнини рота, висока розповсюдженість та інтенсивність карієсу тимчасових та постійних зубів, тяжкий ступінь ураження тканин пародонту та слизової оболонки порожнини рота, обтяженість хірургічною та ортодонтичною патологією. Це вказує на необхідність розробки та впровадження протоколів надання профілактичної та лікувальної стоматологічної допомоги дітям з дистрофічною формою спадкового бульозного епідермолізу.

*Турчин Соломія*

**СТАН ПРОТЕІНАЗО-ІНГІБІТОРНОЇ СИСТЕМИ КРОЛІВ З НЕПРОНИКАЮЧИМИ ПОРАНЕННЯМИ РОГІВКИ**

Кафедра оториноларингології, офтальмології та нейрохірургії  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. М.В. Турчин  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Метою дослідження було вивчити динаміку показників протеїназо-інгібіторної системи у кролів з механічною непроникаючою травмою рогівки. Дослідження проведені на 50 кролях породи "Шиншила" з дотриманням правил біоетики. Модель пошкодження рогівки відтворювалася на обох очах під місцевою епібульбарною анестезією 0,5% розчином алкаїну і ретробульбарною анестезією 2% розчином лідокаїну. Тварин розділили на п'ять груп: контрольна - інтактні тварини; дослідні: I - термін спостереження 3 доби після травми; II - 7 днів після травми; III - 14 днів після травми; IV - 21 доба після травми. Визначення загальної протеолітичної активності плазми крові проводили за лізисом азоальбуміну, азоказеїну і азоколу за набором реактивів "Simko Ltd". Вміст  $\alpha$ 2-макроглобуліну ( $\alpha$ 2-МГ) визначали методом Веремеєнко К.Н.

На 3-ю добу нами зафіксовано достовірне збільшення лізису азоальбуміну, азоказеїну і азоколу в плазмі крові відповідно на 39, 45 та 57 % щодо контролю. На 7-у добу встановлено деяке зменшення загальної протеолітичної активності по відношенню до дрібнодисперсних, крупнодисперсних білків і до колагену. На 14-у добу зафіксовано виразне збільшення лізису азоальбуміну, азоказеїну і азоколу відповідно на 45, 59 і 77 % щодо контролю. На 21-у добу загальна протеолітична активність зменшилася, але продовжувала достовірно перевищувати контрольні показники на 49 %, 83 % і в 2,3 раза.

На 3-ю добу експерименту вміст інгібітора протеолізу –  $\alpha$ 2-МГ збільшився на 32 % щодо контролю. На 7-у добу показник збільшився на 7 % порівняно з 3-ю добою, на 14-у добу зафіксовано зменшення вмісту  $\alpha$ 2-МГ на 55 % в порівнянні з тваринами групи II. Щодо рівня контрольних тварин вміст  $\alpha$ 2-МГ при цьому був меншим на 36 %. На 21-у добу вміст  $\alpha$ 2-МГ трохи підвищився і склав (1,88  $\pm$  0,09) г / л, що на 25 % менше відносно контрольної групи.

Висновок: непроникаюча травма рогівки в ранні терміни спостереження супроводжується підвищенням протеолітичної активності на тлі збільшення вмісту  $\alpha$ 2-МГ, що вказує на посилення антипротеолітичного потенціалу для стримування розвитку деструкції. На 14-у і 21-у доби встановлено зростання протеолітичної активності на тлі зниження вмісту  $\alpha$ 2-МГ, що свідчить про виснаження захисного інгібіторного резерву.

*Тюріна Олена, Регалюк Валентина*

**ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ПРИ СИМПТОМАТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ КОН'ЮНКТИВІТІВ**

Кафедра клінічної фармації  
Науковий керівник: д-р мед. наук О.Є Самогальська  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Міжнародний досвід використання фармацевтичної опіки (ФО) в різних нозологіях свідчить про доцільність її застосування і в офтальмології при симптоматичному лікуванні кон'юнктивітів. В ФО симптоматичного лікування кон'юнктивітів виділяють загрозливі симптоми, які потребують звернення до лікаря. «Загрозливі симптоми», які дозволяють запідозрити у хворого серйозне захворювання: біль в оці; поява хворобливих відчуттів в оці при зоровій роботі (читання, робота з комп'ютером і ін.); поява болючості при пальпації закритих очей; поєднання симптомів кон'юнктивіту з підвищенням температури вище 38°C, з зниженням гостроти зору, з головним болем; поява світлобоязні; посилена слъозотеча; рясне слизисто-гнійне (гнійне) виділення з ока.

Пацієнтам необхідно дотримуватись наступних рекомендацій: при збереженні симптомів кон'юнктивітів впродовж 2-х днів обов'язково слід проконсультуватися у лікаря-офтальмолога, при виникненні симптомів кон'юнктивіту в одному оці не торкатися здорового ока немитими руками, при виникненні симптомів кон'юнктивіту у одного з членів сім'ї виключити користування загальним милом, загальним рушником. До припинення виділень користуватися індивідуальним рушником, який необхідно щодня міняти. За наявності виділень слід користуватися окремою подушкою і щодня міняти наволочку. Людям, що знаходилися у контакті з хворим на кон'юнктивіт, з профілактичною метою рекомендується протягом 2-3 днів закапувати в очі 20-30% розчин сульфацилу-натрію. При використанні очних крапель пацієнтами, що користуються контактними лінзами, лінзи обов'язково слід знімати.

Вчасне виявлення загрозливих симптомів та скерування до лікаря для встановлення оптимальної схеми лікування дозволять значно підвищити ефективність фармакоterapiї і знизити частоту виникнення побічних реакцій.

*Семак Лілія, Ханас Марія*

**КЛІНІЧНА ОЦІНКА КОМБІНОВАНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ РЕЙНКЕ - ГАЙЕКА**

Кафедра оториноларингології, офтальмології та нейрохірургії  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. А.П. Ковалик  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Хвороба Рейнке – Гайека (хронічний набряково – поліпозний ларингіт) становить 5,5-7,7 % від усіх захворювань горла, що приводять до стійких порушень голосу. Спостерігається тенденція до зростання частоти захворюваності на дану патологію.

Метою нашого дослідження було розробити схему консервативного лікування хворих на хронічний набряково – поліпозний ларингіт в комбінації з хірургічним втручанням та зробити аналіз ефективності даного методу.

У дослідженні брали участь 37 пацієнтів віком від 34 до 68 років з хворобою Рейнке - Гайека. Із них осіб чоловічої статі 23, жіночої - 14. Усі пацієнти були курцями з тривалим стажем. Для виконання поставленого завдання здійснювали загально клінічне обстеження хворих, орофарингоскопію, пряму та непряму ларингоскопію, мікроларингоскопію.

Хворі при лікуванні були розподілені на дві групи: в I-й (17 пацієнтів) проведено лише хірургічне видалення поліпів; в II-й (20) – окрім хірургічного видалення поліпів в голосову складку відразу після проведеної операції вводили по 0,5 мл діпроспану. При одночасному видаленні поліпів з обох голосових складок використовували 1 мл препарату. Всім пацієнтам препарат вводили одноразово.

Відмічено, що ніяких ускладнень під час та після оперативного втручання не було, на другу добу після операції реактивні явища в гортані мінімальні. У пацієнтів I групи загоєння поопераційної рани, а також відновлення голосової функції гортані наступало значно повільніше. Протягом 1 – 2 тижнів в більшості прооперованих хворих залишались реактивні явища в гортані – незначна набряклість, пастозність країв голосових складок, не повністю відновлювалась голосова функція. І лише через 1- 1,5 міс ларингоскопічна картина приходила до норми. У пацієнтів II-ї групи голос покращувався вже на 3 –4 добу після операції, а через 10 – 12 днів голос ставав звучним і чистим, ларингоскопічна картина практично поверталась до норми. Із 37 хворих, які були оперовані з приводу поліпів гортані, у віддалений період (через 1 – 3 роки) обстежено 33 (із них 15 пацієнтів I-ї і 18 II-ї групи). Рецидив захворювання наступив у 9 (60 %) I-ї групи і у 1 (5,5 %) – II-ї.

Отже, комбіноване лікування (хірургічне видалення поліпів і ендоларингеальне введення в основу голосової складки діпроспану) виявилось більш ефективне ніж лише хірургічне лікування хронічного набряково - поліпозного ларингіту. Рекомендовано застосування діпроспану в клінічній практиці для лікування хвороби Рейнке – Гайека.

*Шатковська Богдана*

**ФУРОСЕМІД ЯК ПРИЧИНА ПОРУШЕННЯ СЛУХУ У ДІТЕЙ**

Кафедра оториноларингології з курсом хірургії голови і шиї  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.І. Попович  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
м. Івано-Франківськ, Україна

**Актуальність теми.** Поступ медичної науки у сучасному світі надзвичайно стрімкий. Нові клінічні дослідження, нові досягнення медицини – швидко змінюються. Тому актуальність принципу «*primum non nocere*» зростає з кожним роком. У своїй роботі я дослідила порушення слуху у дітей, матері яких приймали фуросемід. Адже діти – це наше майбутнє, майбутнє України, бо зі стану здоров'я нашої малечі надалі буде формуватися здоров'я нашої нації.

**Мета.** Метою даної роботи є дослідити зв'язок між прийомом вагітною з патологією вагітності фуросеміду з наступним народженням немовлят з патологією слуху. Адже, якщо знати причину – то легко запобігти виникненню порушень слуху.

**Матеріали та методи.** Фуросемід – петлевий діуретик, який застосовується при набряках різного ґенезу (ГХ, печінкові, ниркові набряки). А патологія вагітності у більшості випадків супроводжується набряками. Для виявлення ототоксичності фуросеміду було досліджено наукові публікації про ототоксичні препарати, їх дію на організм дорослої людини, вагітної жінки і плода. Також на базі Консультативної поліклініки Івано-Франківської обласної клінічної дитячої лікарні було проведено аналіз аудіограм та статистичних даних по наявності прийому фуросеміду вагітними і подальшим порушенням слуху у дітей. Для дослідження було вибрано м. Івано-Франківськ та Калуський район Івано-Франківської області для порівняння кількості дітей з порушенням слуху та прийомом петлевих діуретиків матерями під час вагітності.

**Висновки.** Було підтверджено ототоксичність фуросеміду під час прийому вагітними з патологією вагітності у дітей, і приблизно 9 % матерів з патологією вагітності приймали фуросемід. Петлеві діуретики викликають різні ступені порушення слуху.

*Чубій Ірина*

**НОВІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ НА ЕКОЛОГІЧНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ**

Кафедра терапевтичної стоматології  
Науковий керівник: д-р мед.наук, проф. М.М. Рожко  
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»  
м. Івано-Франківськ, Україна

**Актуальність** проблеми пов'язана не тільки із високим відсотком поширеності захворювання серед населення та великою кількістю підприємств хімічної промисловості, але й недостатньо ефективними методами терапії.

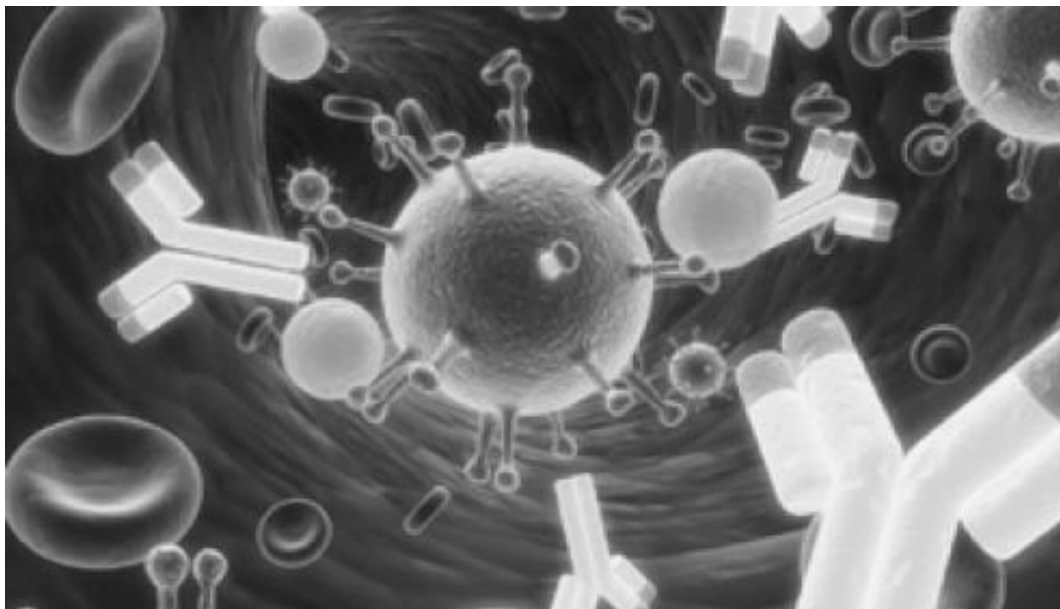
**Мета:** підвищення ефективності лікування хворих на генералізований пародонтит (ГП), які проживають на екологічно забруднених територіях, шляхом використання кверцетину та лазерного опромінення.

**Матеріали і методи:** 45 хворих на ГП, яким проводили лікування загальноприйнятною схемою. Хворим III групи (45 осіб) призначали ранозагоюючий препарат кверцетин (реєстраційне посвідчення №UA /0119/01/01) 1г, 1 раз на день аплікацію гелем, який активують лазерним опроміненням, протягом 5 днів.

**Результати.** Після завершення лікування через 3,6 місяців у всіх хворих відбувається значне зменшення кровотечі, усунення набряку й нормалізація кольору ясен, що підтверджується достовірним зниженням РМА та індексу кровоточивості сосочків у порівнянні з показниками до лікування. Найістотніша різниця показників зареєстрована в групі хворих, яким застосовували кверцетин, який активували лазерним опроміненням. У результаті лікування через 3,6 місяців у пацієнтів даної групи ІГ у середньому при всіх ступенях важкості ГП знизився на 51 %, РМА – на 77 %, РВІ – на 86 %, РІ – на 45 %, глибина ПК – на 37 % ( $P < 0,001$ ). У групі порівняння, де застосовували традиційну методику лікування, ІГ за Федоровим-Володкіною знизився на 36 %, РМА – на 76 %, РВІ – на 55 %, РІ – на 38 %, глибина ПК – на 35 % ( $P < 0,001$ ). Включення кверцетину та лазерного опромінення підвищує активність ферментів та неферментативної ланки АОЗ, сприяє ліквідації запального процесу в тканинах пародонту, знижує рівень ПОЛ, підвищує АОС (каталази, СОД, SH-груп), що приводить до тривалої та стійкої ремісії. Показники рентгенологічного та ехоостеометричного дослідження кісткової структури щелеп у більшості хворих через 3, 6 міс після лікування вказували на стабілізацію патологічних змін у тканинах пародонта процесу в кістковій структурі, однак більш виражені зміни були у хворих II групи.

**Висновки:** Використання лазерного опромінення та кверцетину у комплексному лікуванні хворих на ГП які проживають на екологічно забруднених територіях Прикарпаття, позитивно впливає на стан тканин пародонту, систему антиоксидантного захисту, що в свою чергу призводить до стійкості процесу.

# **Секція: Клінічна імунологія та алергологія**







*Городецький Володимир, Ярославський Роман, Ярославівська Світлана*

**ВИВЧЕННЯ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ МОНТЕЛУКАСТУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПЕРСИСТУЮЧУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ**

Кафедра загального догляду за хворими  
Науковий керівник: канд. мед. наук., доц. В. Є. Городецький  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Досягнення та підтримування контролю над бронхіальною астмою (БА) є головною метою лікування захворювання. Проте, існує невеликий перелік діагностичних показників, що надають повні дані саме про суб'єктивну оцінку клінічного стану в динаміці лікування та можливості регулярно переоцінювати об'єм терапії в залежності від досягнутих результатів.

Один з таких критеріїв, що орієнтований тільки на пацієнта, є оцінка контролю над хворобою. Для дослідження хворих на БА запропоновано близько 20 спеціальних опитувальників. З них найвідоміші: Asthma Control Questionnaire (ACQ), Asthma Control Test (ACT), Attitudes Asthma Questionnaire, Asthma Quality of Life Questionnaire, короткий опитувальник AQ-20 та ін. Важливою умовою їхнього використання є дотримання правил його адаптації до мови респондента. Кожен з опитувальників володіє певною специфічністю, різною величиною та складністю проведення, об'ємом отриманої інформації, тощо. Проте, без сумніву, це є достовірніший метод оцінки контролю над хворобою порівняно від індивідуального сприйняття лікарів чи, зрештою, самих пацієнтів, що базується на сприйнятті вираженості несистематизованих симптомів. І саме застосування опитувальників дає можливість максимально об'єктивно, реалістично відтворити суб'єктивну оцінку рівня контролю.

Метою дослідження було оцінити ефективність застосування блокатора лейкотрієнових рецепторів монтелукасту в комплексному лікуванні хворих на персистуючу БА.

Дослідження проводилось в пульмонологічному відділенні КЗ ТОР «ТУЛ». У 90 пацієнтів було проведено оцінку контролю над БА персистуючого перебігу при стандартній терапії та при застосуванні блокатора лейкотрієнових рецепторів монтелукасту. Використано опитувальник з контролю астми (Asthma Control Questionnaire), адаптований для україномовних респондентів. Пацієнтам було запропоновано відповісти на шість запитань, в кожному випадку пропонувалось оцінити свою відповідь за шкалою цифр – від 0 (добрий контроль) до 6 (поганий контроль). Отримані відповіді було опрацьовано за допомогою програми для статистичної обробки SPSS (v. 17.0).

При лікуванні монтелукастом дані опитування засвідчили значно рідше виникнення нападів бронхіальної астми під час сну ( $p=0,02$ ), пацієнти значно рідше відзначали обмеження повсякденної активності ( $p=0,01$ ), рідше турбувала задихка, пов'язана із БА ( $p=0,02$ ), рідше виникали свистячі хрипи ( $p=0,04$ ), а також рідше виникала потреба використовувати інгалятори із бронходилататорами короткої дії ( $p=0,01$ ).

Таким чином, лікування монтелукастом дозволяє досягнути суттєво кращого контролю бронхіальної астми. Враховуючи простоту та доступність, застосування опитувальників повинно носити систематичний характер. Результати дослідження відкривають нові можливості в лікуванні хворих на бронхіальну астму.

*Кучеренко В.*

**ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ КРІОГЛОБУЛІНЕМІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ НСV-ІНФЕКЦІЮ**

Кафедра загального догляду за хворими  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. І. Я. Господарський  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Спектр позапечінкових проявів HBV- і HCV-інфекцій надзвичайно широкий і зачіпає практично всі органи і системи. На сьогодні вважається доведеною роль цих вірусів як тригерних факторів у формуванні лімфопроліферативних, аутоімунних, імунокомплексних та онкозахворювань. Достатньо добре вивченим є вплив HBV- і HCV-інфекцій на формування патології нирок, суглобів, судин. Одним з недостатньо вивчених аспектів залишається їх зв'язок зі захворюваннями крові.

Якщо при гепатиті В основна роль у розвитку позапечінкових проявів належить циркулюючим імунним комплексам, то у випадку HCV-інфекції цю функцію виконують кріоглобуліни. Але якщо вірус В є виключно гепатотропним і неспроможний самостійно уражати клітини крові, то лімфотропність HCV сприяє такому впливу. А тому наявність гемопатій при хронічному гепатиті С (ХГС) може бути обумовлена як безпосереднім впливом вірусу на клітини крові, так і опосередкованими ефектами, пов'язаними з кріоглобулінемією чи дисбалансом цитокінів.

З цієї метою нами було обстежено 139 хворих на ХГС. Тривалість гепатиту у них була від 1 до 8 років. У дослідження не включали пацієнтів з супутньою HBV-інфекцією, ураженням печінки алкогольної етіології, а також з симптомами цирозу печінки. Маркери HCV визначали імуноферментним методом, HCV-РНК – у полімеразній ланцюговій реакції. Для встановлення вмісту кріоглобулінів використовувалась методика, принцип якої полягає у вираховуванні різниці оптичних щільностей розчину сироватки крові у веронал-мединаловому буфері (рН=8,6) при 4 °С та 37 °С. Типи кріоглобулінів визначали за методикою гістерезисних кривих оптичної щільності.

У двох третин хворих на ХГС виявлені гематологічні розлади – прості чи комбіновані цитопенії. Гематологічні розлади у хворих з супутньою КГЕ зустрічаються у 1,5-3 рази частіше, ніж без неї ( $P < 0,05$ ). Встановлений тісний зв'язок між наявністю кріопатії 3-го типу і розвитком анемії і лейкопенії (індекси кореляції склали відповідно 0,68 і 0,84). Наявність кріопатії 2-го типу не асоціюється зі збільшенням частоти розвитку цитопеній. Не виявлено даних, які свідчили б на користь безпосереднього впливу вірусу гепатиту С на розвиток гематологічних розладів за рахунок його лімфотропності.

*Піскарьова Анастасія, Літвинов Ігор*

**ВИЗНАЧЕННЯ СПЕЦИФІЧНИХ АЛЕРГЕН-КОМПОНЕНТІВ БЕРЕЗИ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ СПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ**

Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В. Д. Бабаджан  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

**Актуальність.** Сенсibilізація до пилку рослин приводить до появи клінічних проявів полінозу. Сучасні тест-системи дозволяють встановити наявність як специфічних (мажорних), так і перехресно-активних (мінорних) алерген компонентів.

**Мета.** Підкреслити важливість виділення мажорних та мінорних алергенів для підвищення ефективності алергенспецифічної імунотерапії.

**Матеріали та методи.** В дослідженні прийняло участь 107 пацієнтів (середній вік 31+4 роки), що проходили обстеження на базі алергологічного відділення Харківської міської клінічної лікарні №27. Всі хворі мали поліноз у анамнезі. Наявність сенсibilізації до пилку берези визначали за допомогою прік-тестів, а в разі їх позитивності визначали sIgE до рекомбінантних алерген-компонентів пилку берези (rBet v1, rBet v2, rBet v4, rBet v6). Імунологічне обстеження проводили методом непрямой імуофлуоресценції на аналізаторі ImmunoCAP 250(Швеція). Хворим, що мали підвищені рівні rBet v1 призначали сублінгвальні водно-гліцеринові краплі – весняну суміш ранню (Севафарма), що містила мажорні алерген-компоненти до пилку дерев (берези, граба, ліщини, ясеня, верби) за стандартною схемою.

**Отримані результати.** При оцінці результатів визначення концентрації sIgE до алерген-компонентів пилку берези нами показано, що більш ніж у 96 (89,7 %) пацієнтів вміст sIgE до rBet v1 перевищував поріг cut-off 0,35 кЕ/л визначений для метода. У той же час значимий рівень sIgE до мінорних алергенів пилку берези зустрічався рідко: в 13 (12 %) пацієнтів виявлені sIgE до rBet v2, в 5 (4,7 %) - до rBet v4, в 19 (17,8 %) -до rBet v6. Між значенням концентрації sIgE до rBet v1 і позитивними прік-тестами до цільних екстрактів алергенів берези, вільхи, ліщини мала місце статистично значуща сильна кореляція ( $r = 0,90; 0,83; 0,68$ , відповідно;  $p < 0,01$ ) і середня кореляція по відношенню до вмісту антитіл до алергенів дуба ( $r = 0,50; p < 0,01$ ).

Після 1-го курсу АСІТ у 40 (37,4 %) хворих спостерігали зменшення ступеня вираженості симптомів при контакті з алергеном, у 37 (34,6 %) пацієнтів відзначено зниження позитивності прік-тестів з алергенами берези, вільхи, ліщини, дуба, а також рівня sIgE до rBet v1, були відсутні антитіла до rBet v2.

**Висновки.** Таким чином ефективність алергенспецифічної імунотерапії залежить від виділення мажорного алергену та відсутності мінорних білків.

*Семак Лілія, Бакалець Олена*

**СКАРИФІКАЦІЙНІ ТЕСИ У ДІАГНОСТИЦІ ХРОНІЧНИХ АЛЕРГІЧНИХ ДЕРМАТОЗІВ**

Кафедра функціональної діагностики і клінічної патофізіології  
Науковий керівник: канд.мед.наук Бакалець О.В.  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Специфічна діагностика алергічних захворювань включає в себе комплекс методів, які спрямовані на виявлення причинного алергену (групи алергенів). Метою нашої роботи було вивчити діагностичну цінність скарифікаційних шкірних тестів (СШТ) при хронічних алергічних дерматозах (АД). СШТ проводили зі стандартними серійними алергенами, що відносяться до групи епідермальних, побутових, харчових і пилкових, за методикою А.Д. Адо. Розчин стандартного алергену містить 10000 одиниць білкового азоту (PNU) в 1 мл.

Обстежено 25 чоловіків і 61 жінок віком 23-50 років. 63 особи мали хронічну рецидивну ідіопатичну кропив'янку, 23 – інші хронічні алергодерматози. Тривалість захворювання коливалась від 1 міс. до 10 років – (28,9±6,5) міс. У 30 % пацієнтів були позитивними результати шкірних тестів: у 5,8 % – з епідермальними алергенами, у 8,6 % – з побутовими, у 15,6 % – з харчовими. Слід зауважити, що в цих пацієнтів було одночасно діагностовано підвищений рівень IgE. Принцип постановки шкірних тестів полягає в тому, що нанесений на шкіру причинний алерген вступає у взаємодію з антиген-презентуючими клітинами і Т-лімфоцитами, макрофаги і клітини Лангерганса (внутрієпідермальні макрофаги, антигенпрезентуючі клітини) - це дендритні клітини, розташовані в ростковому шарі епідермісу, що мають кістковомозкове (моноцитарне) походження і є різновидом макрофагів. Вони здатні мігрувати з епідермісу в дерму і регіонарні лімфатичні вузли, беручи участь, таким чином, у формуванні імунних реакцій. За наявності сенсibilізації результатом цієї взаємодії є вивільнення медіаторів алергії та розвиток місцевої алергічної реакції. Отже, шкірні тести зі стандартними серійними алергенами дають позитивний результат майже у третини хворих з хронічним алергічним процесом шкіри, перебіг якого реалізується переважно за IgE-залежним типом алергічної реакції.

*Степанова Галина*

**СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПОШИРЕНOSTІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ**

Кафедра внутрішньої медицини №3  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доцент Л. П. Боднар  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Поширеність бронхіальної астми (БА) у розвинутих країнах світу сягає 18% населення. Астма є одним із найпоширеніших хронічних захворювань.

**Мета й методи дослідження.** Мета цього повідомлення – показати ступінь поширеності і суспільної в ажливості захворюваності на БА в світі та в Україні.

**Результати.** На початку століття первинна захворюваність на БА у світі, в Україні та в окремих областях зростала. Останнім часом з'явилися ознаки стабілізації й навіть зменшення первинної захворюваності на БА (в Україні в 2002 р. – 2,54 випадка первинної захворюваності на 10 тис. населення, у 2011 – 3,7 випадка, у 2013 – 2,9 випадка). Деякі науковці вважають, що «зростання поширеності» БА, яке спостерігалось з 1970-х років, спричинювало головним чином підвищення якості діагностики.

Офіційна українська статистика говорить про 0,43% хворих на БА серед усього населення України (є інформація про те, що офіційні дані через недостатній рівень діагностування занижено).

Крім фізичних страждань, БА також створює негативний вплив на нервову систему та психіку хворих. Це зменшує якість їхнього життя навіть у період ремісії. Під час опитування хворих на БА близько третини повідомили, що протягом останнього року вони були госпіталізовані.

**Висновки:**

1. БА є проблемою світового масштабу.
2. Захворювання суттєво впливає на якість життя та добробут мільйонів (а в Україні – сотень тисяч) людей.
3. Великий рівень госпіталізації хворих на БА завдає державам світу суттєвих економічних втрат.

Перспективи подальших розвідок у цьому напрямку полягають у вивченні поширеності БА в окремих регіонах, порівнянні цих даних, з'ясуванні екологічних, економічних, соціальних, географічних чинників впливу на захворюваність на БА.

*Adejola Emmanuel, Oksana Sysorenko*

**HIV/AIDS EDUCATION AMONG PEERS, YOUTHS AND ADULTS IN NIGERIA**

Department of emergency medicine  
Scientific supervisor: Oksana Sydorenko  
International nursing school  
SHEI "I.Ya. Gorbachevskij Ternopil State Medical University  
of MPH of Ukraine "  
Ternopil, Ukraine

**Background of study:** HIV is a sexually transmitted infection that can be acquired through various means such as sexual intercourse with an infected person and so on, to prevent it the society must be aware of this virus. The lack of HIV awareness or education makes the youth vulnerable to this virus which appears to be the leading cause of Aids. HIV awareness and education is very important aspect of the youth welfare and health programs, therefore there is need to teach the youth and adults the causes, and ways of transmission and prevention.

**Aim of study:** This study was conducted to evaluate the sets of individuals that are at risk of contracting this virus, the r of avoiding stigmatization against those who are victims and most importantly to discover and teach ways of preventing being affected by this virus (HIV).

**Methods of study:** this study was conducted among Nigerian students in Ternopil State Medical University and students in Nigeria and a total of 100 questionnaires were collected and analyzed using percentages in respects to the knowledge of HI, prevention and ways of transmission.

**Result:** according to the data collected from Nigerian students in Ukraine 98% had total knowledge on ways of transmission and prevention of HIV while 2% didn't have total knowledge but knew the basic ways of prevention. And the data collected from students in Nigeria shows 70% had total knowledge, 25% had basic knowledge while 5% had no knowledge at all.

**Conclusion:** according to the finding there are still a few numbers of people who need to be educated or aware of the dangers of HIV, its transmission and prevention. Therefore HIV education or awareness programs should be held in schools, workplaces, churches, hospitals and so on so both the teens, youths and adults can be aware of ways to prevent being infected and to stop transmission from one person to another out of ignorance thereby limiting the number of people that die from AIDS yearly.

*Чорнопищук Роман, Думанецький Віталій, Болінська Євгенія*

**ПОКАЗНИК МОРФОМЕТРИЧНОГО АНАЛІЗУ НЕЙТРОФІЛЬНИХ ГРАНУЛОЦИТІВ ЯК ОБ'ЄКТИВНИЙ КРИТЕРІЙ ЇХ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ**

Кафедра загальної хірургії

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. М. І. Бурковський  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

Імунна система – це система, яка здатна контролювати сталість клітинного та гуморального складу організму, захищаючи його від різноманітних патогенних впливів. Не зважаючи на усю її складність та багатогранність, найважливішим механізмом, що забезпечує стан імунного гомеостазу, є процес фагоцитозу. З-поміж клітин, здатних до фагоцитозу, пріоритетне місце займають поліморфноядерні нейтрофільні гранулоцити (НГ), які миттєво реагують на різноманітні сторонні впливи. Тому дослідження стану фагоцитозу має важливе значення у комплексній діагностичній програмі різноманітних патологічних станів, а правильне їх трактування – це запорука ефективного лікування та запобігання можливих ускладнень. Одним із сучасних методів дослідження є комп'ютерний морфометричний аналіз, який дозволяє просто, швидко та точно оцінити структурні зміни клітин з подальшим трактуванням їх функціональної активності. Існуючі розбіжності в доступній літературі про діагностичні можливості показників морфометричного дослідження нейтрофільних гранулоцитів зумовило проведення подібного дослідження.

Метою дослідження стало вивчення кореляційного зв'язку між показником, що відображає морфометричні зміни нейтрофільних гранулоцитів та загальноприйнятими лабораторними показниками оцінки функціональної активності цих клітин у периферичній крові.

Для досягнення поставленої мети було залучено 84 хворих (33 чоловіки та 51 жінка), яким виконувалось імунологічне дослідження крові з визначенням фагоцитарної активності нейтрофільних лейкоцитів (фагоцитарного показника (ФП) та фагоцитарного індексу (ФІ)), базальної та індукованої метаболічної активності нейтрофільних лейкоцитів в реакції відновлення нітротетразолієвого синього (НСТ-спонтанного та НСТ-стимульованого), показника індексу стимуляції (ІС).

Паралельно усім пацієнтам проводили визначення морфометричного показника фактору форми нейтрофільних гранулоцитів (ФФНГ). Для виконання дослідження використовували мазки крові, зафарбовані за Романовським-Гімзою, світловий мікроскоп "МИКМЕД – 2" з MEDICAL IMAGE VIEW STATION і комп'ютерним аналізатором зображення UNHSCSA ImageTool v.3.0, а також спеціальну комп'ютерну програму, розроблену фірмою "Ева" (Україна), "Factor M".

Результати дослідження. За результатами проведеного статистичного аналізу між показником ФФНГ та результатами дослідження неспецифічної клітинної ланки імунітету, з-поміж останніх корелятивна залежність була встановлена лише з даними НСТ-тесту (визначався сильний зворотній кореляційний зв'язок між показниками ФФНГ та НСТ-спонтанним ( $r = -0,81$ ;  $p \leq 0,05$ )).

Взагалі, НСТ-тест відображає ступінь активації кисневозалежних механізмів бактерицидності фагоцитуючих клітин. Проте, саме НСТ-спонтанний відображає ступінь функціональної активності фагоцитуючих клітин і їх здатність до кілінгу.

Висновки. Сильний непрямий кореляційний зв'язок показника неспецифічного імунологічного захисту крові НСТ-спонтанного з показником фактору форми нейтрофільних гранулоцитів свідчить про здатність останнього відображати активність фагоцитозу.

Визначення показника фактору форми нейтрофільних гранулоцитів як маркера активності фагоцитозу може мати клінічне значення для діагностики патологічних процесів, при яких відбувається стимуляція ефекторної ланки імунітету.

# **Секція: Медицина надзвичайних ситуацій**





*Близнюк Руслан*

**ВПЛИВ ПОЛІТРАВМИ НА ПОРУШЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЦИТОЛІЗУ І ХОЛЕСТАЗУ В УМОВАХ СУПУТНЬОГО ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
Науковий керівник: д-р мед наук, проф. А.А. Гудима  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Останніми роками відмічається чітка тенденція до збільшення частоти хронічних гепатитів і цирозів печінки, їх появи в осіб працездатного віку. Аналогічно зростає травматизм, який в цього контингенту населення став основною причиною смертності, випередивши серцево-судинні та онкологічні захворювання. Все це робить високою ймовірність травмування осіб із супутніми хронічними захворюваннями печінки, яка може модифікувати патогенез як травматичної хвороби, так і основного захворювання, що вимагає спеціального дослідження.

Мета роботи – з'ясувати динаміку показників цитолізу і холестазу в динаміці раннього періоду політравми на тлі хронічного гепатиту.

Експерименти виконані на нелінійних білих щурах масою 180-200 г. У першій дослідній групі моделювали хронічний гепатит за методом Siegers C.P. et al. (1982) із застосуванням тетрахлорметану та етанолу протягом чотирьох тижнів. У другій – замість токсичних агентів вводили фізіологічний розчин в еквівалентній дозі. Після розвитку хронічного гепатиту тваринам моделювали політравму за методом Секели Т.Я та Гудими А.А. (2008). Тварин виводили з експерименту в умовах знечуження через 1, 3 і 7 діб після нанесення травми. У сироватці крові піддослідних тварин визначали активність цитолітичних ферментів аспартат- і аланінамінотрансфераз (АсАТ, АлАТ) і лужної фосфатази (ЛФ) – маркера процесів холестазу в печінці. Контрольну групу склали інтактні тварини. Результати досліджень піддавали статистичному аналізу. Для оцінки достовірності відмінностей застосовували непараметричні критерії.

Дослідження показали, що під впливом політравми у сироватці крові істотно збільшується активність АлАТ і АсАТ, яка поступово зростає з 1 до 7 діб. На тлі супутнього хронічного гепатиту показник вже у контролі істотно був більшим і перевищував в усі терміни спостереження в посттравматичному періоді.

Активність ЛФ в умовах політравми через 1 і 3 доби ставала статистично достовірно більшою, ніж у контролі, проте через 7 діб поверталася до контрольного рівня. На тлі супутнього хронічного гепатиту показник перевищував рівень контролю і ставав істотно більшим в усі терміни посттравматичного періоду, порівняно із тваринами без хронічного гепатиту.

Отримані результати свідчать про те, що хронічний гепатит посилює явища цитолізу і холестазу в умовах періоду ранніх проявів травматичної хвороби, що слід враховувати в діагностиці і лікуванні травмованих осіб із супутніх хронічних гепатитом.

*Гула Марія*

**СУЧАСНІ ГЕМОСТАТИЧНІ ЗАСОБИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ У ВІЙНІ НА СХОДІ УКРАЇНИ**

Кафедра медицини катастроф та безпеки життєдіяльності  
Науковий керівник: д-р мед наук, проф. В.С. Тарасюк  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Широке використання Росією на Сході України вогнепальної зброї, боєприпасів вибухової дії призвело до ураження особового складу. Аналіз військових медиків довів, що в подібних ситуаціях потрібні надійні засоби зупинки кровотечі та навички, якими повинен володіти кожен.

**Мета:** Аналіз гемостатичних засобів, що використовуються в екстрених ситуаціях у цивільних та воєнних закладах, досягнення максимального ефекту в зупинці кровотечі, надійності у використанні, доступності придбання.

**Матеріали та методи:** Проведено аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури, звітних даних про використання гемостатичних засобів у зоні АТО, а також приватних розмов із волонтерами, лікарями, що побували на майдані м. Києва, зоні АТО.

**Результати та обговорення:** Контактні гемостатики, здатні формувати псевдозгусток і зупиняти кровотечу. В основі гемостатиків лежить хітозан або коалін. Вони не сенсibiliзують організм, не дають побічних реакцій організму, використовують на полі бою. На основі хітозану виробляють лікарський засіб целокс у вигляді гранул, аплікаторів, бинтів, стрічок, які просякнуті цією речовиною. Також використовують ізраїльський компресійний бандаж.

В країнах учасників НАТО широко використовують джгут САТ (турнікет) для зупинки артеріальної кровотечі, особливо із магістральних судин.

**Висновок:** Сучасні гемостатичні засоби, що входять в комплект аптечки НАТО, використовують для надання допомоги пораненим в зоні АТО і зарекомендували себе як надійні лікарські засоби.



*Гудима Анастасія*

**ДИНАМІКА ЛІТОГЕННИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЖОВЧІ В УМОВАХ ТЯЖКОЇ ТРАВМИ РІЗНОГО ПОХОДЖЕННЯ В ПЕРІОД РАННІХ ПРОЯВІВ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. А.А. Гудима  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Травматизм належить до актуальних проблем сучасної медицини. В умовах тяжкої травми розвивається травматична хвороба, яка супроводжується розвитком поліорганної дисфункції і недостатності. Не виключення становить і печінка. Розвиток її недостатності протікає поетапно й супроводжується порушенням її основних функцій, зокрема жовчоутворювальної і жовчовидільної. В цих умовах поза увагою дослідників залишаються літогенні властивості жовчі, які в подальшому можуть істотно вплинути на якість життя постраждалого.

Мета роботи: з'ясувати особливості літогенних властивостей жовчі в динаміці періоду ранніх проявів травматичної хвороби на тлі тяжкої травми різного походження.

Експерименти виконані на нелінійних білих щурах-самцях масою 160-200 г. Тяжку механічну травму моделювали шляхом нанесення дозованих ударів по черепу та довгих трубчастих кістках із досягненням закритого перелому. В окремі групи увійшли тварини, яким моделювали комбіновані механічні і термічні травми або додатково викликало зовнішню крововтрату. Оцінку функціонального стану печінки проводили через 1, 3 і 7 діб після травми шляхом визначення її жовчоутворювальної функції. За співвідношенням "загальні жовчні кислоти / холестерол" встановлювали індекс літогенності жовчі. Тварин умертвляли методом тотального кровопускання із серця. Усі експерименти із нанесення травм та виведення із експерименту проводили в умовах тіопентало-натрієвого знечуження.

Дослідження показали, що, незалежно від виду травми, з 1 до 7 діб суттєво знижувалося холато-холестеролове співвідношення, що свідчило про збільшення літогенних властивостей жовчі. Ступінь його порушення зростав із збільшенням тяжкості травми (поєднані механічні пошкодження, комбінована травма, травма із додатковою крововтратою). В основі виявлених порушень лежало зменшення вмісту в жовчі загальних жовчних кислот на тлі збільшення або незмінного вмісту при тяжкій травматичній холестеролу.

В основі виявлених порушень, очевидно, лежить суттєве порушення кишково-печінкового кругообігу жовчних кислот, зменшення їх синтезу, що призводить до накопичення холестеролу в жовчній міцелі. Це робить останню нестабільною і може сприяти утворенню конкрементів.

Таким чином, спільним механізмом для тяжкої травми різного походження є збільшення літогенних властивостей жовчі, яке пропорційне ступеню печінкової дисфункції. Отримані результати слід враховувати при розробці лікувальних програм постраждалим із травматичною хворобою.

*Максимів Роман*

**ДО ПРОБЛЕМИ ЗАСТОСУВАННЯ ТУРНИКЕТІВ В УМОВАХ ТИМЧАСОВОЇ ЗУПИНКИ ЗОВНІШНЬОЇ КРОВОТЕЧІ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. А.А. Гудима  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

На сучасному етапі турнікети набули широкого застосування. Процес їх впровадження в медичну практику є дуже тривалим, початок його датується ще XVII ст. Спочатку турнікети застосовувались лише в умовах ампутації кінцівок, однак сьогодні безумовним показанням до накладання турнікету є масивна кровотеча в умовах бойових дій. Проте, незважаючи на тривалу історію їх застосування, проблема ускладнень, що виникають в умовах накладання різних видів турнікетів залишається актуальною і сьогодні.

Мета роботи: аналіз літературних даних, що стосуються проблеми застосування турнікетів в умовах тимчасової зупинки зовнішньої кровотечі.

Під час дослідження проаналізовані дані звіту, складеного Національною Адміністрацією Безпеки Дорожнього Транспорту США у 2014 році, в якому йдеться про ефективність застосування турнікетів та гемостатичних пов'язок для контролю зовнішньої кровотечі на догоспітальному етапі, а також дані стосовно застосування турнікетів у конфліктах в Іраку та Афганістані.

Аналіз даних показав, що турнікети є безумовним методом вибору для порятунку життів пацієнтів із кровотечею кінцівок. Проте дуже мало наявної інформації стосовно тривалості накладання турнікету в умовах домедичної допомоги в очікуванні доправлення до лікарні, перш ніж почнуть виникати ускладнення типу ішемія-реперфузія.

Отримані результати свідчать про те, що проблема ішемічно-реперфузійних порушень, що виникають в умовах застосування турнікетів потребує подальшого дослідження.

*Кащак Тетяна*

**ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОЇ ПЕРОКСИДАЦІЇ В УМОВАХ КОМБІНОВАНОЇ ТРАВМИ В ПІЗНІЙ ПЕРІОД ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
Науковий керівник: д-р мед наук, проф. А.А. Гудима  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Комбінована механічна і термічна травма належить до тяжких ушкоджень, які за рахунок взаємного обтяження нерідко закінчуються летально. Тому поглиблене вивчення патогенезу такої травми належить до актуальних проблем сучасної теоретичної і практичної медицини. В патогенезі тяжкої травми акцент ведеться на період ранніх проявів травматичної хвороби – до 3-7 діб, коли формуються основні причинно-наслідкові взаємозв'язки, які визначають подальший перебіг травматичної хвороби. Однак пізній період вивчений недостатньо, немає даних про динаміку в цей період процесів ліпідної пероксидації, які належать до патогномонічних ознак тяжкої травми.

Мета роботи з'ясувати патогенетичну роль процесів ліпідної пероксидації в період пізніх проявів комбінованої травми.

Експерименти виконано на нелінійних білих щурах-самцях масою 180-200 г. В умовах тіопенталонатрієвого знечулення в першій дослідній групі моделювали скелетну травму шляхом нанесення дозованого удару по кожному стегну, який викликав їх закритий перелом. У другій дослідній групі моделювали опік III А-Б ступеня 10-11 % площі поверхні шкіри шляхом прикладання мідної пластинки, попередньо зануреної в киплячу воду, на 20 с до депільованої поверхні шкіри спинки тварини. У третій дослідній групі обидва цих впливи поєднували. Контрольною стала група інтактних тварин. Тварин виводили з експерименту через 14, 21 і 28 діб посттравматичного періоду. У тканині печінки визначали вміст ТБК-активних продуктів пер оксидного окиснення ліпідів (ПОЛ).

Дослідження показали, що в динаміці пізнього періоду травматичної хвороби продовжує залишатися підвищеною інтенсивність процесів ліпідної пероксидації. В умовах скелетної травми вміст ТБК-активних продуктів ПОЛ збільшувався з 14 доби 21 доби із наступним зниженням до 28 доби до рівня контрольної групи. В умовах термічного опіку шкіри цей показник був найбільший через 14 діб і поступово знижувався до 28 доби, не досягаючи рівня контролю. В умовах комбінованої травми показник наростав до 21 доби і знижувався до 28 доби на досягаючи контролю. Через 14 діб показник найбільший в умова термічного опіку, починаючи із 21 доби він більший на тлі комбінованої травми.

Таким чином, в патогенезі комбінованої травми значне місце відводиться інтенсифікації процесів ліпідної пероксидації. Чітко прослідковується вплив кожної травми зокрема. До 28 діб вміст у тканині печінки ТБК-активних продуктів ПОЛ нормалізується тільки в умовах самої скелетної травм і явно переважає на тлі комбінованої травми.

*Серватович Ангеліна*

**ВПЛИВ ФІТОЗАСОБУ НА ДИНАМІКУ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОЇ ПЕРОКСИДАЦІЇ В УМОВАХ КРАНІОСКЕЛЕТНОЇ ТРАВМИ В ПІЗНІЙ ПЕРІОД ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
Науковий керівник: д-р мед наук, проф. А.А. Гудима  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Поєднана скелетна і черепно-мозкова травма належать до найчастіших причин смерті. Найбільша вірогідність загибелі існує в момент самої травми та в її гострий період. У подальшому за рахунок формування поліорганної дисфункції і недостатності, зокрема імунної системи виникає ризик повторної загибелі, пік якої припадає на 14 добу. В подальшому відмічається посилення відновних процесів, технології яких дотепер недостатньо вивчені. У зв'язку з цим становить інтерес застосування фітозасобів, які нетоксичні і належать до еволюційно сформованих чинників саногенезу.

Мета роботи з'ясувати особливості динаміки показників ліпідної пероксидації в умовах краніоскелетної травми в пізній період травматичної хвороби під впливом фітозасобу.

Експерименти виконано на нелінійних білих щурах-самцях. В умовах тіопенталонатрієвого знечулення в першій дослідній групі моделювали краніоскелетну скелетну травму шляхом нанесення дозованих ударів по черепу і кожному стегну. У другій дослідній групі починаючи із 14 доби додатково внутрішньошлунково вводили екстракт рослинного походження. Його ефективність оцінювали за вмістом у тканині печінки ТБК-активних продуктів пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ).

Дослідження показали, що в динаміці пізнього періоду краніоскелетної травми продовжує залишатися підвищеним вміст ТБК-активних продуктів ПОЛ у тканині печінки, який поступово знижувався до 35 доби, не досягаючи рівня контролю. Під впливом фітозасобу починаючи із 21 доби вміст цих продуктів істотно знижувався у порівнянні із групою без фітотерапії. Через 28-35 діб показник досягав рівня контрольної групи.

Таким чином, в умовах краніоскелетної травми слідовою реакцією пізнього періоду травматичної хвороби є підвищений рівень процесів ліпідної пероксидації. Розроблений фітозасіб сприяє посиленню процесів саногенезу, які проявляється істотним зниженням активності ліпопероксидації та її нормалізації через 28-35 діб.

*Кучабський Степан*

**ПАТОГЕННА РОЛЬ КРОВОВТРАТИ У ПРОЯВАХ ПЕЧІНКОВОЇ ДИСФУНКЦІЇХ В УМОВАХ ТЯЖКОЇ  
ТРАВМИ РІЗНОГО ПОХОДЖЕННЯ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. А.А. Гудима  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Одною з основних проблем сучасного травматизму є збільшення частки множинних і поєднаних уражень. Нерідко вони супроводжуються масивною крововтратою. Остання, як свідчать дані літератури, суттєво модифікує перебіг травматичної хвороби, значно збільшуючи її тяжкість. Гіповолемічний шок і розвиток системної гіпоксії є основними причинами формування поліорганної дисфункції і недостатності.

Мета роботи встановити особливості розвитку печінкової дисфункції в умовах тяжкої травми, ускладненої масивною крововтратою.

Експерименти виконані на нелінійних білих щурах-самцях масою 160-200 г. Тяжку механічну травму моделювали шляхом нанесення дозованих ударів по черепу та кістках обох стегон з досягненням закритого перелому. В окремій експериментальній групі додатково викликали кровотечу зі стегової вени (20-25 % ОЦК). Оцінку функціонального стану печінки проводили через 1, 3 і 7 діб після травми шляхом визначення її жовчоутворювальної і жовчовидільної функцій. Тварин умертвляли методом тотального кровопускання із серця. Усі експерименти із нанесення травм та виведення із експерименту проводили в умовах тіопентало-натрієвого знечулення.

Дослідження показали, що черепно-мозкова, скелетна і краніоскелетна травми супроводжуються істотним зниженням показників жовчоутворювальної функції печінки. У жовчі статистично достовірно знижувався вміст загальних жовчних кислот та прямого білірубину. Порушення наростають з 1 до 7 діб посттравматичного періоду. Через 1 добу відмічається значне посилення жовчовиділення, яке до 7 доби стає нижчим від рівня інтактних тварин. Найбільші порушення виникають на тлі поєднаної краніоскелетної травми.

В умовах додаткової крововтрати показники досягають мінімального рівня через 1 добу й залишаються на такому ж до 7 доби незалежно від виду механічної травми. Відсутнім стає феномен гіперхолії, який мав місце у групі тварин без додаткової крововтрати через 1 добу посттравматичного періоду.

Отримані результати свідчать про те, що додаткова крововтрата супроводжується більшими порушеннями функціонального стану печінки, які виникають вже у гострий період травматичної хвороби – протягом 1 доби посттравматичного періоду. Отже крововтрата є вагомим чинником розвитку поліорганної дисфункції і недостатності, який слід враховувати в розробці засобів боротьби із травматичним шоком та комплексної терапії періоду ранніх проявів травматичної хвороби.

*Черномазюк Юлія*

**ДОСЛІДЖЕННЯ МОЖЛИВОСТЕЙ ФУНКЦІОНУВАННЯ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УМОВАХ  
ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

Кафедра медицини невідкладних станів  
Науковий керівник: канд. фарм. наук, доц. Є.Є. Євстратьєв  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

**Актуальність.** Стан і рівень матеріально-технічної бази комунальних аптек з правом аптечного виробництва лікарських засобів (ЛЗ) у Львівській області у перші роки незалежності був одним із найвищих серед інших областей України.

**Мета.** Вивчення стану матеріально-технічної бази аптечних закладів і їх можливостей з аптечного виготовлення в умовах ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій (НС).

Об'єктами досліджень були міжлікарняні та лікарняні аптеки м. Львова.

**Метод дослідження:** безпосереднє обстеження міжлікарняних та лікарняних аптечних закладів м. Львова з правом екстемпорального виготовлення за спеціально складеною програмою і вкопіюванням необхідних даних з паспортів аптечних закладів.

В результаті проведеного дослідження виявлено, що усі аптечні заклади забезпечені виробничими приміщеннями для виробництва ЛЗ. Проте, окремі виробничі приміщення не відповідають вимогам ліцензійних умов. В усіх обстежених нами аптеках фасувальні кімнати не обладнані шлюзами. Лише 71,3 % аптечних закладів мають окремі контрольні-маркувальні кімнати, в 28,7 % аптек вони суміщені з іншими виробничими приміщеннями. Практично в усіх аптеках (95,2 %) асептичні блоки обладнані шлюзами. У 1 аптеці такий шлюз відсутній. Приміщення для отримання води для ін'єкцій та стерилізації ЛЗ суміщені в 85,7 % обстежених нами аптек. Лише 28,7 % аптек обладнані окремим кабінетом провізора-аналітика. Виявлено, що переважна більшість аптек використовує для виробництва ЛЗ значну кількість приладів і пристроїв, терміни експлуатації яких закінчилися і вони підлягають списанню з обліку.

**Висновки.** Результати обстеження показують, що ні один аптечний заклад не оснащений автономними джерелами підтримки життєдіяльності аптечного закладу.

*Максимів Роман, Гудима Анастасія, Годя Ілліана, Оренчук Ігор*

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ШВИДКОГО ВІДНОВЛЕННЯ ОБ'ЄМУ ПЛАЗМОВТРАТИ В УМОВАХ ТЯЖКОЇ  
МЕХАНІЧНОЇ ТРАВМИ, УСКЛАДНЕНОЇ МАСИВНОЮ КРОВОТЕЧЕЮ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. А.А. Гудима  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

В сучасній травматології важливим об'єктом для дослідження є гострий період травми – протягом перших 2-х діб. В цей період закладаються основні причинно-наслідкові взаємозв'язки, які визначають подальший перебіг травматичної хвороби. Особливо це має важливе значення під час ведення бойових дій, адже понад 60 % смертей на полі бою сталися внаслідок зовнішньої кровотечі із магістральних кровоносних судин кінцівок. Тому вже на рівні санітарного інструктора сучасною військово-медичною доктриною передбачено застосування плазмозамінників, здатних насамперед забезпечити об'єм втраченої крові. Однак об'ємно-часові характеристики плазмовведення дотепер вивчені недостатньо.

Мета роботи: встановити особливості перебігу гіповолемічного шоку в умовах швидкого відновлення об'єму плазмовтрати на тлі тяжкої механічної травми, ускладненої масивною зовнішньою кровотечею.

Експерименти виконані на нелінійних білих щурах-самцях масою 200-220 г. Тяжку механічну травму моделювали шляхом нанесення дозованого удару по черевній порожнині та стегну із досягненням тупої травми живота та закритого перелому стегна. В усіх дослідних групах додатково викликали кровотечу зі стегової вени величиною 20-25 % від об'єму циркулюючої крові (об'єм крововтрати кожній тварині визначали індивідуально). В окремій дослідній групі у вену непошкодженого стегна шляхом венесекції через 3 хв після нанесення травм вводили аналогічний за об'ємом крововтрати об'єм плазмозамінника «Гекотон» (Юрія-Фарм, Україна), у якому найкраще збалансований до властивостей плазми кристалоїд і колоїд. Протягом цього часу кровотеча із суміжного стегна припинялася. Об'єм плазмозаміни становив від 2,4 до 3,0 мл, що відповідало приблизно 1 л для людини. Тривалість введення цього об'єму займала 1 хв. Усі експерименти виконувалися в умовах тіопентало-натрієвого знечулення.

Результати показали, що на тлі швидкого відновлення об'єму втраченої плазми візуально покращувалося мікроциркуляторне русло – у рані наповнювалися дрібні судини, проте відразу повторно виникала кровотеча не тільки із місця пошкодження стегової вени, але із мікросудин ран на стегні, яка тривалий час не припинялася. Через 24 год близько половини тварин, яким швидко відповлювали об'єм втраченої плазми гинули внаслідок посилення кровотечі із пошкоджених внутрішніх органів, про що свідчило наявність цільної крові у черевній порожнині, а також масивна гематома в ділянці перелому стегна, яка поширювалася на передню черевну стінку.

Отримані результати свідчать про те, що швидке переливання плазмозамінників (протягом 1 хв), здатних стабілізувати об'єм циркулюючої плазми і підвищувати артеріальний тиск, очевидно, супроводжується вимиванням тромбів із затрамбованих судин мікроциркуляторного русла і стегової вени. В цих умовах також, ймовірно, має місце й зниження зсідальних властивостей крові. Можна передбачити й розвиток реперфузійного синдрому, адже у тканинах, які зазнали гіпоксичної атаки, після відновлення кровопостачання утворюються активні форми кисню, які розповсюджуються кровоносним руслом і здійснюють системний патогенний вплив.

Отже, питання відновлення плазмовтрати в екстремальних умовах вимагає своєї подальшої розробки з позиції об'єму відновлення і тривалості введення, що стане предметом наших подальших досліджень.

*Piotr Kimla*

**FIRST AID SKILLS OF UKRAINIAN SOCIETY**

Department of philosophy and social sciences  
Research supervisor: Ph.D. Taras Kadobnyj  
SHEI "I.Ya. Gorbachevskij Ternopil State Medical University  
of MPH of Ukraine "  
Ternopil, Ukraine

**Intruduction:** It takes an ambulance to the victim about 10 minutes in the city and 20 minutes in rural areas. In the case of cardiac arrest within about 3-5 minutes the irreversible changes in the brain. Therefore it is important that as many people have knowledge about basic life support.

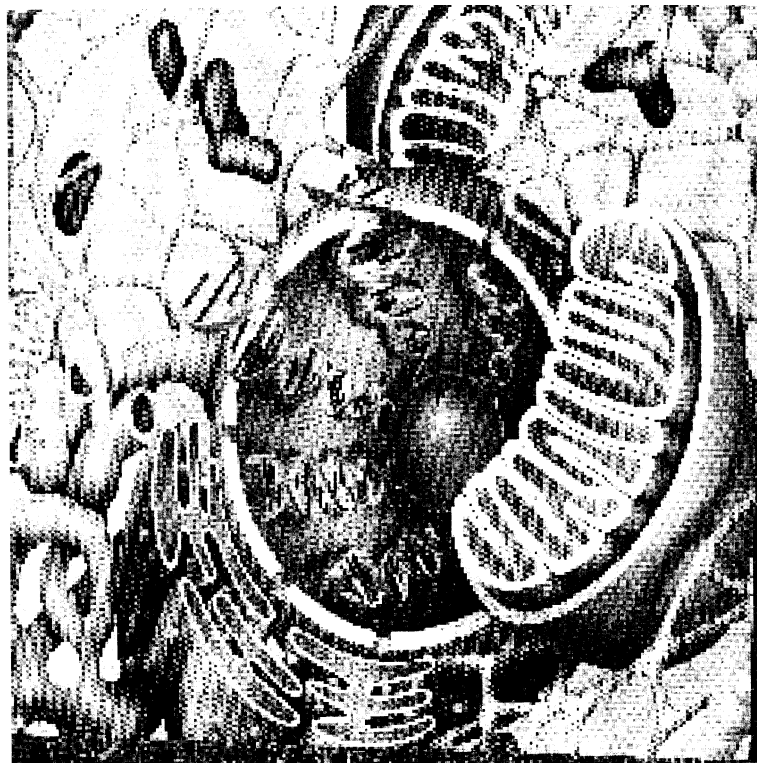
**Aim:** The aim of this study was to assess the knowledge Ukrainian society as distinguish personality related with medicine, in Basic Live Support.

**Material and methods.** A group of people related and no related with medicine in age 15 and more. The control group consisted of 30 people after the first aid course according to European Resuscctaion countil rules form 2010 .

**Results:** The purpose of the survey is to check the level of knowledge of the respondents about first aid. It includes questions on the education of first aid, access to learning first aid, as well as awareness of the need for its granting . Surveys will be divided among the various groups to identify groups most and least educated. The distinction that will be used are the following criteria: gender, age, education. In order to verify the effectiveness of the training you will be asked about previously held first aid courses, and the awareness of the respondents about their level of knowledge. Survey respondents will be divided into least and most educated. The reason for the division is to check the level of knowledge about the first aid. Personnel save lives in extreme conditions without the participation of specialized medical equipment. Questions about first aid immediately focus on the diagnosis and effective response to the most common life-threatening factors, eg. Heart attack, airway obstruction or cardiac arrest.

**Conclusions:** In the present situation, it is very important to teach the citizens basis of first aid. The survey questions allows us to obtain a fair assessment of the knowledge of the respondents.

# **Секція: Експериментальна медицина**





*Алексєвич К., Рицк О., Штробля О.*

**ДОСЛІДЖЕННЯ СТУПЕНЯ ЦИТОЛІЗУ КАРДІОЦИТІВ ЗА УМОВ УРАЖЕННЯ МІОКАРДУ  
ТОКСИЧНИМИ ДОЗАМИ АДРЕНАЛІНУ**

Кафедра медичної біохімії  
Науковий керівник: доц. П.Г. Лихацький, проф. Л.С. Фіра  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Як відомо, пусковим механізмом для метаболічних змін при серцево-судинних захворюваннях є різного роду стресогенні фактори, які ініціюють підвищення рівня ендогенних катехоламінів в організмі. Саме тому інтенсивно досліджується динаміка метаболічних процесів та кореляція біохімічних показників за умови вищезгаданих патологічних станів.

Метою даного дослідження є вивчення динаміки активності маркерних ферментів міокарду за умов розвитку гострого ураження міокарду підвищеними дозами адреналіну.

Експерименти виконано на білих щурах-самцях масою 180-200 г. Гостре адреналінове пошкодження міокарда спричиняли шляхом одноразового внутрішньом'язового уведення 0,18% розчину адреналіну гідротартрату в дозі 0,5 мг/кг. Евтаназію проводили з використанням тіопенталу натрію на 3-тю, 24-ту і 48-му годину після його введення.

Проведено визначення активності ферментів цитолізу – креатинфосфокінази і лактатдегідрогенази в сироватці та міокарді уражених та інтактних тварин. У всі терміни дослідження відмічалось зростання активності ЛДГ у сироватці крові після ураження міокарду адреналіном. Даний показник збільшився у порівнянні з контролем на 116 % на 3-тій годині, на 138 % на 24-тій годині і на 269 % на 48-мій годині після введення кардіотоксину. Щодо активності даного ферменту у міокарді, то його величина зменшувалась.

При дослідженні активності креатинфосфокінази виявлено її збільшення у сироватці крові через 3 години після ураження у порівнянні з контролем у 2,5 рази. Найбільшого значення даний показник набуває у терміні 24 години після ураження і є більшим від контролю у 2,7 рази. Паралельно проводилося дослідження активності даного ферменту в міокарді, де відмічається обернений процес - зниження у 2 рази на 3 годині та в 2,7 рази на 24 годині дослідження, на 48 годині даний показник нижчий від контролю у 2,3 рази.

Таким чином, така динаміка активності досліджуваних ферментів підтверджує посилення мембранодеструктивних процесів із виходом даних внутрішньоклітинних ензимних білків у кров.

*Амплеєв С., Гарбузова В., Розуменко І.*

**ВПЛИВ T134967G ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ANKH НА РОЗВИТОК ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО  
СИНДРОМУ В ОСІБ, ЩО КУРЯТЬ І НЕ КУРЯТЬ**

Кафедра фізіології і патофізіології СумДУ  
Науковий керівник - д-р.біол. наук, проф. В.Ю. Гарбузова  
СумДУ, медичний інститут  
м. Суми, Україна

ANKH – трансмембранний білок - регулятор транспорту неорганічного пірофосфату (PPi) із клітини в позаклітинне середовище. Відомо, що мутації в гені ANKH призводять до масивної ектопічної кальцифікації судинної стінки через дефіцит PPi в позаклітинному просторі.

Метою роботи був аналіз впливу T134967G поліморфізму гена ANKH на розвиток гострого коронарного синдрому (ГКС) в осіб, що курять і не курять.

У роботі було використано венозну кров 118 хворих з ГКС і 110 здорових пацієнтів. Визначення T134967G поліморфізму гена ANKH проводили за методом полімеразної ланцюгової реакції.

Співвідношення гомозигот за основним алелем Т/Т і осіб з генотипом Т/Г+Г/Г у осіб контрольної групи, що не курили, становило 69,1% і 30,9 %, а у хворих із ГКС – 51,6 % і 48,4 % відповідно. Таким чином, у осіб, що не курять, носіїв мінорного алеля (Т/Г+Г/Г), ризик виникнення ГКС достовірно вищий (P=0,031). У курців не виявлено статистично значимого зв'язку між поліморфними варіантами гена ANKH і розвитком ГКС (P=0,463). У гомозигот з генотипом Т/Т у контрольній групі курців було 24,3 %, а тих, що не курять – 75,7 %. Серед хворих із ГКС дане співвідношення складало: 46,8 % і 53,2 %.

Отже, у курців, гомозигот за основним алелем, ГКС виникає достовірно частіше, ніж у тих, що не курять (P=0,006). Частота генотипів за T134967G поліморфізмом у курців і тих, що не курять, у кожній з груп порівняння: у контролі (P=0,486) і у хворих із ГКС (P=0,816) достовірно не відрізнялася.

У носіїв мінорного алеля (Т/Г+Г/Г), що не курять, існує достовірний зв'язок T134967G поліморфізму гена ANKH із розвитком ГКС. У курців, гомозигот за основним алелем, ГКС виникає достовірно частіше, ніж у тих, що не курять.



*Антоняк Богдана*

**МЕТАБОЛІЧНИЙ ВПЛИВ ПІОГЛІТАЗОНУ НА ВУГЛЕВОДНИЙ ОБМІН У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ НА ТЛІ ЗАМІСНОЇ ТЕРАПІЇ**

Кафедра Ендокринології

Науковий керівник: асист. Х. А. Москва

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

**Актуальність.** Останніми роками стало відомо, що при гіпотиреозі розвивається інсулінорезистентність. Також часто фіксують такі стани, як порушення толерантності до глюкози, порушення рівнів глюкози натще, підвищення рівня глікованого гемоглобіну при гіпотиреозі. Саме тому виник інтерес до інсулінових сенситаїзерів, які підвищують чутливість тканин до інсуліну у хворих на гіпотиреоз з інсулінорезистентністю.

**Мета.** З'ясувати вплив піоглітазону на вуглеводний обмін та інсулінорезистентність у хворих на гіпотиреоз.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилось 32 пацієнти, серед яких 26 жінок і 6 чоловіків. Хворих було розділено на 2 групи: I група (15 осіб) протягом 3 місяців перебувала на замісній терапії левотироксином, II група (17 осіб) протягом 3 місяців приймала комбіновану терапію левотироксину з піоглітазоном. У пацієнтів визначали концентрації тиреотропного гормону (ТТГ), вільного тироксину (вТ4), глюкози натще, інсуліну та глікованого гемоглобіну (HbA1c); обчислювали індекс НОМА-IR

**Результати.** У I-й групі на тлі монотерапії зафіксовано зниження концентрації ТТГ (від  $40,21 \pm 3,18$  до  $3,52 \pm 0,28$  мМО/л,  $p < 0,001$ ), вТ4 на початку дослідження визначався на рівні  $1,89 \pm 0,07$  нг/дл, після проведеного лікування вірогідно підвищився до  $3,14 \pm 0,06$  нг/дл ( $p < 0,05$ ). З боку вуглеводного обміну, при порівнянні вихідних та кінцевих даних, вірогідних змін не було виявлено по жодному з показників. У II-й групі в результаті комбінованої терапії вірогідно знизився ТТГ від  $39,54 \pm 3,02$  до  $3,57 \pm 0,15$  мМО/л ( $p < 0,001$ ), рівень вТ4 підвищився від  $1,95 \pm 0,06$  нг/дл до  $3,32 \pm 0,08$  нг/дл ( $p < 0,05$ ). У I та II групах концентрація HbA1c не перевищувала норму та зміни були недостовірними. Рівні глюкози коливалися у рамках норми, проте у II-й групі вірогідно знизилися у порівнянні з початковими (від  $6,15 \pm 0,09$  до  $5,91 \pm 0,08$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ). При аналізі рівнів інсуліну помічено вірогідні зміни у II-й групі при порівнянні початкових ( $15,94 \pm 0,57$  мМО/л) та кінцевих ( $12,80 \pm 0,35$  мМО/л) даних ( $p < 0,05$ ). Вірогідні зміни помічено також у II групі при порівнянні індексів НОМАIR до початку лікування ( $4,29 \pm 0,16$  ум.од.) та на тлі комбінації піоглітазону з левотироксином ( $3,64 \pm 0,08$  ум.од.,  $p < 0,05$ ). Порівнюючи дані I-ї та II-ї груп після лікування помічено вірогідні відмінності в рівнях інсуліну (I гр. –  $15,13 \pm 0,41$ , II гр. –  $12,80 \pm 0,35$  мМО/л,  $p < 0,05$ ) та НОМА-IR (I гр. –  $4,09 \pm 0,1$ , II гр. –  $3,64 \pm 0,08$  ум.од.,  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Додаткове призначення піоглітазону до монотерапії левотироксином хворим на гіпотиреоз із наявною інсулінорезистентністю супроводжувалося зниженням рівня глюкози та інсуліну натще. Наслідком цих змін було відповідне зниження індексу НОМА-IR, який є маркером інсулінорезистентності.

*Аралова Виктория, Суходольская Елена, Кулиш Роман, Лоскутов Александр.*

**ИННЕРВАЦИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА**

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Л.В. Измайлова

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

В литературе имеются немногочисленные работы, посвященные изучению нервного аппарата клапанов сердца человека и животных. Исследование посвящено изучению особенностей расположения нервных элементов и взаимоотношений их с окружающими тканевыми структурами клапанов.

Исследование проведено на 15 тотальных препаратах неизмененных атриовентрикулярных клапанов сердец людей зрелого возраста. Фиксация препаратов клапанов осуществлялась 10% раствором нейтрального формалина. Импрегнация сердечных клапанов производилась азотнокислым серебром. Структура клапанов изучалась как на тотальных препаратах, так и на срезах, окрашенных гематоксилином-эозином.

При исследовании атриовентрикулярных клапанов сердца человека установлено, что нервные волокна проникают в створки атриовентрикулярных клапанов сердца человека со стороны их основания, сопровождая волокна поперечнополосатой мускулатуры и кровеносные сосуды. Ближе к основаниям створок в составе нервных стволиков обнаружены миелиновые и безмиелиновые нервные волокна. Нередко безмиелиновые нервные волокна пересекают кровеносные капилляры в различных направлениях. Основная часть сплетений лежит ближе к желудочной поверхности створок клапанов. По направлению к свободному краю створок встречаются, в основном, отдельные безмиелиновые волокна.

Сравнительно тонкие безмиелиновые нервные волокна образуют подэндотелиальные сплетения предсердной и желудочковой поверхности створок.

Таким образом, проведенные исследования показали, что в створках атриовентрикулярных клапанов сердца человека располагается сравнительно большое количество нервных элементов. В клапаны сердец людей проникают нервные стволики различной толщины, состоящие из миелиновых и безмиелиновых нервных волокон. У основания створок многочисленные нервные волокна образуют сплетения вокруг мышечных элементов и кровеносных сосудов; имеются также подэндотелиальные сплетения у предсердной и желудочковой поверхностей створок.

*Бакса Тетяна, Мацьків Тетяна*

**ЕФЕКТ СУБСТРАТУ ДЛЯ NO-СИНТАЗИ L-АРГІНІНУ ПРИ УРАЖЕННІ ПЕЧІНКИ АЛІЛОВИМ СПИРТОМ**

Кафедра медичної біохімії  
Науковий керівник: доц. Т.Я. Ярошенко  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Некрозогенне ураження печінки аліловим спиртом (АС) супроводжується суттєвим пригніченням функціонального стану ендотеліальної NO синтази (eNOS) в капілярах печінки і активацією індукцибельної NO синтази (iNOS), що призводить до гіперпродукції NO в гепатоцитах, який в надмірній кількості може проявляти цитотоксичну дію. Метою роботи було дослідити, який з цих двох патогенетичних механізмів більшою мірою визначає ступінь некротичного ураження печінки аліловим спиртом (АС). Ми використали препарат, який здатний підвищувати концентрацію NO в тканинах – L-аргінін (субстрат для NO-синтази).

Досліди проведені на лабораторних щурах, яким за 14 днів до призначення АС у дозі 30 мг·кг<sup>-1</sup>, внутрішньоочередово вводили L-аргінін в дозі 0,2 г·кг<sup>-1</sup>.

L-аргінін достовірно (на 33 % (P<0,05)) знижував показники активності маркерів цитолізу гепатоцитів – аланін- і аспартатамінотрансферази – попередньо підвищені внаслідок дії гепатотоксину. Одноразове введення L-аргінину ураженим АС тваринам призводило до підвищення активності КТ в печінці порівняно з тваринами, яким донатор не вводили. Після двохразового застосування L-аргінину показники активності КТ поліпшувалися достовірно тільки в печінці (приблизно на 20 %).

Отже, отримані у цій роботі результати свідчать, що застосування субстрату для NOS L-аргінину при ураженні печінки АС призводить до поліпшення ряду досліджуваних нами параметрів. Очевидно, що покращання функціонального стану eNOS в капілярах печінки за допомогою L-аргінину сприяє посиленню мікроциркуляції в органі, і, як наслідок, поліпшує метаболічні процеси та частково запобігає некрозу.

*Бандрівський Михайло, Мацьків Тетяна, Мацько Артем*

**ВПЛИВ ІНГІБІТОРА СИНТАЗИ ОКСИДУ АЗОТУ НА ГЕПАТОТОКСИЧНІСТЬ АЛІЛОВОГО СПИРТУ**

Кафедра медичної біохімії  
Науковий керівник: доц. Т.Я. Ярошенко  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Інтоксикація аліловим спиртом (АС) призводить до некротичного ураження печінки. Відомо, що оксид азоту (NO) є важливим медіатором гепатотоксичності багатьох хімічних агентів. Зокрема гепатотоксичність ацетамінофену та тетрахлоретану пов'язується з підвищеною експресією індукцибельної NO синтази. Метою нашої роботи було дослідити захисну дію інгібітора NO синтази (NOS) – L-NAME – при інтоксикації АС.

Досліди проведені на щурах лінії Вістар, розділених на 3 групи: I – інтактні тварини; II – щурі, яким вводили АС у дозі 30 мкл/кг; III – тварини, яким за 30 хв перед ін'єкцією алілового спирту внутрішньочередово вводили L-NAME у дозі 10 мг/кг. Через добу в плазмі крові визначали активність АлТ і АСТ.

Отруєння АС призвело до підвищення в плазмі крові активності АлТ з 0,62±0,05 мкмоль/л\*год у інтактних тварин до 2,33±0,14 мкмоль/л\*год, активність АСТ – відповідно з 0,38±0,02 до 1,92±0,10 мкмоль/л\*год. Застосування L-NAME викликало незначне, але достовірне, зниження цитолізу гепатоцитів. Активність АлТ у III групи щурів становила 2,05±0,11, а АСТ – 1,60±0,10 мкмоль/л\*год.

Таким чином, застосування інгібітора NOS L-NAME при інтоксикації АС частково запобігає некрозу гепатоцитів. Оскільки L-NAME є неселективним інгібітором, то з отриманих результатів не можна зробити висновку, який саме NO (утворений iNOS чи cNOS) втягується в патологічний процес. Для висвітлення цього питання необхідні дослідження з використанням селективних інгібіторів NOS.

*Бандрівський Михайло, Мацько Артем*

**ВПЛИВ СТАНУ ТРИВОЖНОСТІ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН АВТОНОМНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

Кафедра нормальної фізіології  
Науковий керівник - доцент І.Я. Папінко  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Важливою умовою, що визначає ефективність навчального процесу, є високий рівень розумової і фізичної працездатності студентів, а також їх навчально-трудова активність, які зумовлені багатьма зовнішніми й внутрішніми чинниками. Серед них важливе місце відіграє стан реактивної та особистісної тривожності.

Метою нашої роботи було дослідити вплив тривожності на функціональний стан автономної нервової системи.

Нами було обстежено 50 студентів віком 17-20 років, які навчаються на 2 і 3 курсах ТДМУ ім. І. Я. Горбачевського.

Стан тривожності оцінювали за тестом Спілберга, в результаті опитування нами було виділено 2 групи. Контрольна група складалася з 25 осіб, у яких був низький та середній рівень тривожності, дослідна – з 25 студентів з підвищеним рівнем тривожності. Для оцінки стану автономної нервової системи використовували математичний аналіз серцевого ритму.

Нами встановлено, що у студентів контрольної групи загальна потужність спектра (TP) складала  $6466,58 \pm 2672,26$  мс<sup>2</sup>, хвилі високої частоти (HF) -  $2801,83 \pm 1107,89$  мс<sup>2</sup>, низької частоти (LF) -  $1608,25 \pm 642,24$  мс<sup>2</sup>, дуже низької частоти (VLF) -  $2056,67 \pm 973,28$  мс<sup>2</sup>, %HF -  $43,85 \pm 7,38$ , %LF -  $25,13 \pm 3,79$ , %VLF -  $31,03 \pm 3,84$ . В осіб дослідної групи показники були такими: TP -  $3417,58 \pm 1310,43$  мс<sup>2</sup>, HF -  $938,83 \pm 719,59$  мс<sup>2</sup>, LF -  $1349,16 \pm 630,79$  мс<sup>2</sup>, VLF -  $1129,58 \pm 356,74$  мс<sup>2</sup>, %HF -  $24,47 \pm 9,24$ , %LF -  $38,66 \pm 7,74$ , %VLF -  $36,88 \pm 7,53$ .

Отже, при низькому рівні тривожності автономна рівновага забезпечується в основному за рахунок парасимпатичної нервової системи. У студентів із високим рівнем тривожності, регуляція серцевого ритму характеризується зниженням активності парасимпатичної та збільшенням симпатичної нервової системи при посленні впливу гуморальних чинників, що вказує на зниження адаптаційних можливостей організму та зменшення рівня функціональних резервів в таких осіб.

*Бідованець Тарас, Суслowa Наталія*

**БІОІМПЕДАНСНИЙ АНАЛІЗ СКЛАДУ ТІЛА ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ ЖИРОВОГО ОБМІНУ**

Кафедра функціональної діагностики і клінічної патофізіології  
Науковий керівник: Н.О. Суслowa  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Проблема порушення жирового обміну, надлишкова вага та ожиріння стали пандемією сучасного суспільства і лежать в основі розвитку неінфекційних захворювань. Це спонукає до виявлення осіб групи ризику з метою розробки індивідуальної моделі харчування та стилю життя.

Метою нашої роботи є аналіз складу тіла пацієнтів з надлишковою вагою та порушенням ліпідного обміну, з урахуванням незалежних змінних, виявлення зв'язку між умістом жиру в організмі (у відсотках) та окружністю талії, тяжкістю перебігу цукрового діабету 2-го типу, віку, статі.

Були обстежені 25 пацієнтів з індексом маси тіла понад 25 кг/м<sup>2</sup>, дисліпідемією, гіперхолестеринемією. Проведено вимірювання маси тіла, зросту, окружності талії та стегон, розраховано індекс маси тіла, відношення окружності талії до окружності стегон, відсоток жирової тканини в організмі, рівень вісцерального жиру, кількість м'язової маси, води, метаболічний вік пацієнта з використанням біоімпедансного аналізатора TANITA.

Уміст жирової тканини (у відсотках) в організмі корелює з окружністю талії, не залежить від віку, статі, від ступеня порушення цукрового діабету 2-го типу в пацієнтів з надмірною масою тіла/ожирінням. Встановлено первинний розвиток дисфункції жирової тканини, що проявляється в надлишку жирової тканини та інсулінорезистентності, на фоні якої маніфестує цукровий діабет.

*Боб О., Мялюк О., Марущак М.*

**ДИНАМІКА ВМІСТУ АЛЬДЕГІДО- ТА КЕТОНОПОХІДНИХ НЕЙТРАЛЬНОГО /ОМБ370НМ/ І ОСНОВНОГО /ОМБ430НМ/ ХАРАКТЕРУ В ПЛАЗМІ КРОВІ ЩУРІВ З АЛІМЕНТАРНИМ ОЖИРІННЯМ**

Кафедра функціональної діагностики та клінічної патофізіології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, доц. М.І. Марущак  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Як відомо, активні форми кисню зумовлюють не лише пероксидацію ліпідів, але й окиснювальну модифікацію білків (ОМБ). Ініціація білкової пероксидації є важливою ланкою токсичного пошкодження клітин через інактивацію цитоплазматичних ферментів та мембранних іонних pomp з наступним запуском різноманітних механізмів руйнування клітин. Крім того, визначення продуктів деструкції білків є більш надійним маркером пошкодження тканин, ніж аналіз ліпопереокиснення, оскільки вони більш стабільні порівняно з тими, які утворюються в процесі ліпідної пероксидації.

Зважаючи на це, ми вирішили дослідити ці процеси у плазмі крові здорових щурів і тварин з аліментарним ожирінням. Про ступінь ОМБ судили за вмістом альдегідо- та кетоніохідних білків нейтрального /ОМБ370нм/ та основного /ОМБ430нм/ характеру. Аліментарне ожиріння викликали у 6 щурів-самців гіперкалорійною дієтою із застосуванням глутамату натрію. Контролем служила кров 6 щурів.

У тварин зі змодельованим аліментарним ожирінням показники ОМБ зазнали виражених. Найвищий віст альдегідо- і кетоніохідних нейтрального та основного характеру відмічено через 28 діб, що відповідно у 2,4 і 2,2 рази перевищувало контрольні значення ( $p < 0,05$ ) та у 1,6 й 1,3 рази – дані через 14-ть днів експерименту ( $p < 0,05$ ).

Отже, за умови дієт-індукованого ожиріння спостерігається активація вільнорадикальних процесів, зокрема, інтенсифікація окисної модифікації білків нейтрального та основного характеру ( $p < 0,05$ ).

*Бончик Тетяна*

**ФУЛЕРЕНИ С60 ПОСИЛЮЮТЬ ВИКЛИКАНИЙ ТОЛУОЛОМ ОКСИДАТИВНИЙ ТА НІТРООКСИДАТИВНИЙ СТРЕС**

Кафедра медичної біохімії  
Науковий керівник - д-р мед. наук, проф. М.М. Корда  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
Тернопіль, Україна

Наночастки і наноматеріали набувають характеру нового глобального антропогенного чинника, який може характеризуватись потенційною небезпекою для здоров'я населення. Тому постає питання про необхідність фундаментального розуміння токсикологічних властивостей карбонових наночастинок при їх попаданні в організм разом з «класичними» хімічними токсикантами.

Метою даної роботи було дослідити вплив фулеренів С60 на здатність відомого хімічного токсиканту толуолу викликати оксидативний стрес у сироватці крові і печінці експериментальних щурів.

Тваринам інтраперитонеально вводили суспензію фулеренів (60 мг/кг), толуол (0,5 мл/кг) і толуол з розчиненими в ньому фулеренами. Через 3, 6, 24 і 72 год тварин виводили з експерименту під тіопенталовим наркозом. У сироватці крові визначали рівень ТБК-активних продуктів (ТБК-АП), окиснено-модифікованих білків (ОМБ), активність каталази (КТ), вміст відновленого глутатіону (GSH), церулоплазміну (ЦП), загальну антиоксидну активність (ЗАА), у печінці активність супероксиддисмутази (СОД).

Встановлено, що введення шурам толуолу призводило до достовірного зростання вмісту ТБК-активних продуктів у сироватці крові у 2,3 рази, ОМБ у 1,4 рази, КТ – 1,7 рази, ЦП – 1,2 рази максимум на 6 год після ін'єкції порівняно з інтактними тваринами. Відповідно активність СОД у печінці, вміст GSH та ЗАА зменшувалися у всі терміни дослідження. Найбільшою мірою явища оксидативного стресу проявилися в щурів, яким вводили фулерени, розведені в толуолі.

Отже, здатність хімічного токсиканту толуолу викликати оксидативний стрес достовірно зростає при його введенні в організм разом з карбоновими наночастинами фулеренами С60.

*Василець Юрій*

**ВПЛИВ НАДЛИШКУ ГОРМОНІВ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ НА ВМІСТ ВІДНОВЛЕНОГО ГЛУТАТІОНУ В ОРГАНАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН**

Кафедра біологічної та загальної хімії  
Науковий керівник - канд. мед. наук, доц. О.І. Штатко, канд. біол. наук, асист. В.М. Нечипорук  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Тиреотоксикоз (гіпертиреоз) – синдром, обумовлений надлишком тиреоїдних гормонів (ТГ) в організмі. Найчастіше (80%) його причиною є дифузний зоб, поширеність якого становить 1-2 випадки на кожних 1000 чоловік. Токсичні ефекти надлишку ТГ поділяють на ядерні (повільні) та неядерні (швидкі). До останніх відносять підвищення утилізації клітиною кисню (в т.ч. розвиток оксидативного стресу) та порушення трансмембранного переносу. Відновлений глутатіон (GSH) та залежні від нього ензими є потужним захистом клітини від дії перекисних та інших токсичних сполук. Крім того GSH забезпечує транспорт через мембрани значної кількості амінокислот. Вплив надлишку ТГ на статус GSH досліджувався різними авторами, розбіжність отриманих даних зумовила наш інтерес до цієї проблеми.

**Мета:** Дослідити вплив надлишку ТГ на вміст GSH у внутрішніх органах тварин та пов'язаний з ним транспорт амінокислот.

**Матеріали та методи.** Досліди проведені на лабораторних щурах-самцях з масою тіла 180-250 грамів. Тваринам першої групи (n=14) моделювали тиреотоксикоз шляхом внутрішньошлункового введення L-тироксину (200 мг/кг 1 р/добу) протягом всього часу експерименту. Щурі контрольної групи (n=12) отримували розчинник (1% крохмальну суспензію) в адекватних об'ємах. Половину тварин виводили з досліду на 14-ий день, решту – на 21-ий.

**Результати.** На 14-у добу у тварин з тиреотоксикозом рівень GSH вірогідно зменшувався у всіх органах: в печінці на 18 %, в нирках, серці і мозку, відповідно, на 19, 13 і 15 % порівняно з інтактними тваринами. З подовженням терміну досліду до 21-ї доби згадані зміни поглиблювались: вміст GSH знизився на 25% - в печінці, 27% - в нирках, 19% - в серці та 21% - в мозку. Натомість рівень вільних амінокислот в сироватці на 14-у добу зростав на 11%, а на 21-у добу вірогідно збільшився на 22%.

**Висновки:** Наші дослідження виявили, що зменшення рівня GSH у внутрішніх органах дослідних тварин та збільшення рівню вільних амінокислот в крові, викликані введенням надлишку ТГ, зростають залежно від тривалості експерименту. Отже, порушення GSH – залежного транспорту амінокислот може бути ще однією ланкою патогенезу тиреотоксикозу та його ускладнень.

*Вівчар Зоряна*

**МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СТРУКТУРНИХ КОМПОНЕНТІВ СЕРЦЯ В РАННІ ТЕРМІНИ ПРИ ТЯЖКІЙ ТА КОМБІНОВАНІЙ ТРАВМІ**

Кафедра медичної біохімії  
Науковий керівник: проф. С.Р. Підручна  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Збільшення кількості травм в усьому світі залишається однією з актуальних соціально-економічних проблем сучасності. Гинуть переважно молоді люди і працездатного віку. Особливу небезпеку становлять комбіновані травми, де поєднуються опіки і скальповані рани. Комбінація цих видів уражень, їх вплив на стан внутрішніх органів вивчені недостатньо. Відомо, що 3 доба є тим критичним періодом, у якому вибір лікувальної тактики відіграє вирішальну роль у подальшому перебігу травматичної хвороби та реабілітації хворого. Тому дослідження мікроструктури серця на 3 добу в умовах експериментальної політравми є безумовно доцільним.

**Мета.** Дослідити морфологічні зміни структури серця на 3 добу в умовах політравми з механічним дефектом та опіком шкіри.

**Матеріали і методи.** В ході експерименту дослідних тварин було поділено на 4 групи. У першій моделювали тяжку скелетну травму, у 2-ій до неї додавали скальповану рану, а у 3-ій – опік. Четверта група була контрольною. На 3 добу проводили забір шматочків серця, виготовляли гістологічні препарати і досліджували структурні зміни.

**Результати.** В той час як у тварин 1 дослідної групи було виявлено виражене кровонаповнення судин артеріального типу в епікарді та розширення і повнокров'я судин венозного типу, помірний периваскулярний набряк і поодинокі діapedезні крововиливи, а у тварин 2 дослідної групи перивазальна строма була різко розрихленою набряком, який поширювався також і на міжклітинні простори, дезінтегруючи м'язовий пласт, то у тяжкотравмованих обпечених тварин 3 дослідної групи строма була помірно вираженою, розрихлена, окремі її судини дещо розширювались, були нерівномірно кровонаповненими, мав місце виражений периваскулярний набряк, в окремих тварин в товщі міокарда виявлялись вогнищеві дистрофічно-некротичні зміни.

**Висновок.** В умовах політравми спостерігалось розрихлення строми міокарда, периваскулярні набряки, поодинокі крововиливи, набухання і десквамація ендотеліоцитів повнокровних гемокапілярів. Це має принципове значення для розробки діагностичних та лікувальних стратегій.

*Галанджій М.*

### **ЗМІНИ СТРУКТУРНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕЧІНКИ ЩУРІВ ІЗ КОМБІНОВАНИМ ДЕФІЦИТОМ ЙОДУ ТА МІДІ**

Кафедра фізіології, патоморфології та судової медицини  
Наукові керівники: д-р мед. наук, проф. Н.М. Воронич-Семченко,  
канд. мед. наук, доц. М.М. Багрій  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність дослідження зумовлена здатністю печінки накопичувати мідь та значною поширеністю йододефіциту на території України.

Мета роботи полягала у дослідженні особливостей структурної організації печінки щурів із комбінованим дефіцитом йоду та міді.

Дослідження проведено на 10 щурах масою 120-180 г, яких утримували на йододефіцитній дієті (Martinez-Galan J.R., 1997). Для обмеження поступлення йоду тваринам додатково вводили мерказоліл (Чарнош С.М., 2007). Дефіцит міді моделювали шляхом щоденного додавання до питної води комплексону d-пеніциламіну (купреніл, "Polfa") у дозі 100 мг на 100 г маси тіла протягом 21-го дня (Masahiko Yamamoto et al., 1990). Структурні особливості печінки тварин вивчали за допомогою світлооптичної мікроскопії. Препарати забарвлювали гематоксиліном і еозином. Шляхом морфометрії визначали площу й периметр гепатоцитів та їх ядер, ядерно-цитоплазматичний індекс. Для порівняння аналогічні дослідження проведені на 10 інтактних тваринах (контрольна група).

У результаті дослідження встановлено, що структура печінкової часточки за умов мікроелементозу різко порушена за рахунок балкової дисконфлексії. У гепатоцитах спостерігали дистрофічні зміни. Привертає увагу наявність у багатьох із них великої кількості дрібних і середнього розміру прозорих вакуолей і, як наслідок, деформація ядер. Результати морфометричного аналізу підтверджують зменшення середньої площі та периметра гепатоцитів на 28,3% ( $p < 0,01$ ) та на 17,9% ( $p < 0,05$ ), середнього периметра ядра гепатоцитів на 23,4% ( $p < 0,05$ ) щодо даних у тварин контрольної групи. Центральні вени розширені та повнокровні.

Таким чином, у тварин із комбінованим дефіцитом йоду та міді у тканині печінки розвиваються дистрофічні зміни.

*Гданський Сергій, Лойко Ігор, Герасимюк Назар.*

### **УЛЬТРАСТРУКТУРНА РЕОРГАНІЗАЦІЯ ЕЛЕМЕНТІВ НЕФРОНА ПРИ ПОЄДНАНІЙ ТРАВМІ ГРУДНОЇ КЛІТКИ І СТЕГНА В ЕКСПЕРИМЕНТІ**

Кафедра загальної та малоінвазивної хірургії  
Науковий керівник: проф. І.Є. Герасимюк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
Тернопіль, Україна

**Актуальність:** Поєднана травма грудної клітки і стегна супроводжується вираженими і стійкими ультраструктурними змінами зі сторони гемомікроциркуляторного русла нирок.

**Мета дослідження:** встановити особливості ультраструктурних змін в елементах нефрона при поєднаній травмі грудної клітки і стегна.

**Матеріал і методи.** Експеримент проведено на 18 безпородних білих лабораторних щурах-самцях, розділених на контрольну і експериментальну групи, яким через 1, 3, 7, 14 і 28 діб посттравматичного періоду проводили електронномікроскопічне дослідження тканини нирок.

**Результати:** В експерименті на білих щурах після нанесення поєднаної травми грудної клітки і стегна із застосуванням електронної мікроскопії було встановлено дистрофічні зміни в подоцитах клубочків і епітеліоцитах канальців, які розвиваються на тлі дисфункціональної перебудови елементів гемомікроциркуляторного русла вже в ранні терміни. (на 1-шу добу) після нанесення травми. Дистрофічні зміни в клітинах паренхіми нирок зберігаються і навіть дещо прогресують до 14-ї доби спостереження, що відбувається на тлі порушеної гемомікроциркуляції. І лише з 14-ї доби починають проявлятися регенераторні процеси, які однак, повністю не завершувалися навіть у 28-денний термін.

#### **Висновки:**

1. Ультраструктурні зміни дистрофічного характеру в елементах нефрона виникають в ранні терміни.
2. Збільшення кількості білкових включень в цитоплазмі епітеліоцитів канальців може свідчити про порушення фільтраційно-резорбційної функції нефронів з альбумінурією.
3. Повного відновлення ультраструктурної організації елементів нефрона не відбувається навіть у віддалені терміни посттравматичного періоду (до 28 діб).

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Глушак Павлина, Міщанчук Віктор*

### **СТАН ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ЛЮДИНИ ЗА РОЗВИТКУ ЙОДОДЕФІЦИТНОГО ВУЗЛОВОГО КОЛОЇДНОГО ЗОБУ**

Кафедра загальної хімії  
Науковий керівник: д-р біол. наук Г.І. Фальфушинська  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Йододефіцитні захворювання відносяться до числа найбільш поширених неінфекційних захворювань людини. Недостача йоду призводить до розладів репродуктивної системи, кретинізму, ендемічного зобу, причому останній займає чільне місце з-поміж йододефіцитної патології. Позаяк, одним з найбільш універсальних механізмів розвитку патологічних станів є надмірне утворення вільних радикалів та ініціація окисного стресу, метою нашої роботи було дослідити стан системи антиоксидантного захисту у взаємозв'язку із субклітинним розподілом йоду у тканині щитоподібної залози людини.

Матеріалом для досліджень були післяопераційні препарати часток щитоподібної залози 25 хворих, оперованих з приводу одностороннього йододефіцитного вузлового колоїдного зоба на базі хірургічного відділення міської клінічної лікарні швидкої допомоги м. Тернополя. Відбирали тканину вузла, паранодулярної (навколовузловамакроскопічно незмінена тканина) та контрлатеральної (не уражена вузлом тканина) частки щитоподібної залози.

У пацієнтів за утворення вузла у тканині щитоподібної залози порушується органіфікація йоду та зростає вміст неорганічного йоду на 46 та 32 %, відповідно у вузлі та паранодулярній тканині порівняно з тканиною контрлатеральної частки. Останнє відбувається на тлі активації системи антиоксидантного захисту (зокрема супероксиддисмутази на 81 %, каталази на 99 % та глутатіонтрансферази на 212 %), збільшення вмісту металотіонеїнів та рівня ушкодження ДНК ( $r > 0,51$ ,  $p < 0,01$ ). У паранодулярній тканині діапазон варіабельності показників, у порівнянні з паренхімою протилежної частки менший, ніж у вузлі.

За результатами побудови класифікаційного дерева було визначено чільні біохімічні показники, які відображають небезпеку вузлоутворення та поглиблення патоморфологічних змін у зобно-зміненій тканині щитоподібної залози. Утворення вузла відбувається на тлі послаблення здатності залози органіфікувати йод (загальна характеристика частки залози ураженої вузлом) та збільшення рівня оксирадикалів (специфічна характеристика вузла). Останнє стає пусковим механізмом активації системи антиоксидантного захисту, що підтверджується результатами обрахунку індексу оксидативного стресу (ІОС = 8,3% та 56,1% у паранодулярній тканині та вузлі відповідно порівняно з тканиною контрлатеральної частки).

*Гошовська Надія, Шалько Оксана, Свєреда Ганна*

### **ПОРІВНЯННЯ ЗМІН ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ЩУРІВ ПІД ВПЛИВОМ АДРЕНОБЛОКАТОРІВ РІЗНИХ ГРУП**

Кафедра нормальної фізіології  
Науковий керівник: канд. біол. наук, доц. С.М. Ковальчук, канд. мед. наук, доц. Л.В. Паніна  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

$\alpha$  - та  $\beta$ -адреноблокатори – препарати, які широко застосовуються у клінічній практиці з метою модифікації адреноміметичних впливів та оптимізації фону пристосувальних реакцій, мають виражений вплив на діяльність серцево-судинної системи.

Мета роботи: з'ясування та порівняння змін показників варіабельності серцевого ритму (ВСР) щурів під впливом  $\alpha 1$ -адреноблокатора ( $\alpha 1$ -АБ) та неселективного  $\beta$  –адреноблокатора ( $\beta$ -АБ).

Дослідження проводили на статеві зрілих щурах-самцях масою 180-200 г. Щурам 1-ої дослідної групи вводили  $\alpha 1$ -АБ (діюча речовина доксазозин) у дозі 10 мг/кг, 2-ої дослідної групи –  $\beta$  - АБ (пропранолол) у дозі 5 мг/кг. Параметри ВСР вимірювали через 30 хв і 24 год після введення препарату.

У щурів 1-ої дослідної групи через 30 хв після введення  $\alpha 1$ -АБ зафіксовано підвищення ЧСС на фоні зниження статистичних і спектральних параметрів ВСР з наступним поверненням їх до вихідного рівня через 24 год. У щурів 2-гої дослідної групи при дії  $\beta$  -АБ спостерігається зниження ЧСС через 30 хв після введення і утримання його вище вихідного рівня через 24 год. Спектральні та статистичні показники зростали через 30 хв, а через 24 год міра їх збільшення була вірогідно вищою відносно попереднього терміну. Потужність спектру в діапазоні низьких частот (LF) зростала через 30 хв і незначно знижувалася через 24 год, утримуючись на високому рівні відносно контролю.

Встановлено, що попереднє введення селективного  $\alpha 1$ -АБ призводить до зниження впливу парасимпатичної нервової системи у межах значень, вірогідно вищих відносно контролю, проте через 24 год після введення препарату спостерігається тенденція до відновлення активності регуляторних систем. Введення неселективного  $\beta$ -АБ спричиняє підвищення впливу парасимпатичної нервової системи та підтримання симпатовагусної рівноваги.

*Грибова І., Гарбузова В., Обухова О.*

**ЧАСТОТА АЛЕЛЬНИХ ВАРІАНТІВ ГЕНА ЕКТОНУКЛЕОТИД  
ПІРОФОСФОТАЗА/ФОСФОДІЕСТЕРАЗА 1 (ENPP1) ЗА ПОЛІМОРФІЗМОМ K121Q У ПАЦІЄНТІВ НА  
ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З РІЗНИМ ІНДЕКСОМ МАСИ ТІЛА**

Кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології, СумДУ  
Науковий керівник: д-р біол. наук, проф. В.Ю. Гарбузова  
СумДУ, наукова лабораторія молекулярно-генетичних досліджень  
м. Суми, Україна

**Вступ.** Відомо, що підвищений індекс маси тіла (ІМТ) є одним із факторів ризику у виникненні цукрового діабету 2 типу (ЦД 2 типу). Серед генетичних чинників важливе значення у розвитку даного захворювання займає ген ектонуклеотид пірофосфатаза/фосфодіестераза 1 (ENPP1), фермент, який каталізує гідроліз 5' фосфодієфірних зв'язків у структурі аденінових нуклеотидів. Доведений зв'язок поліморфізму четвертого екзону K121Q (rs1044498) з ЦД 2 типу у багатьох популяціях світу.

**Мета** дослідження – вивчити частоту алельних варіантів гена ENPP1 за поліморфізмом K121Q у хворих на цукровий діабет 2 типу різних за ІМТ.

**Матеріали і методи дослідження.** У дослідженні була використана венозна кров 163 хворих на ЦД та 110 практично здорових донорів. K121Q поліморфізм гена ENPP1 вивчали методом полімеразної ланцюгової реакції з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів.

**Результати.** Середній показник ІМТ у контрольній групі становив  $27,1 \pm 0,4$  кг/м<sup>2</sup>, а у дослідній –  $29,5 \pm 0,4$  кг/м<sup>2</sup>. Співвідношення генотипів KK і KQ+QQ у осіб з ІМТ < 25 кг/м<sup>2</sup> у дослідній групі складало – 77,3 і 22,7%, у контрольній – 81,3 і 18,7% відповідно ( $P=0,721$ ). У осіб з ІМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup> розподіл генотипів у дослідній групі склав 63,1 і 39,1%, а в контрольній групі – 73,1 і 26,9% відповідно ( $P=0,134$ ). При порівнянні частоти алельних варіантів гена ENPP1 за поліморфізмом K121Q між двома групами з нормальним та підвищеним ІМТ отримали, що у осіб контрольної групи з генотипом K/K співвідношення пацієнтів з ІМТ < 25 кг/м<sup>2</sup> і з ІМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup> становило 31,3 і 68,7%, у групі хворих на ЦД – 16 і 84% відповідно ( $P=0,013$ ). У носіїв мінорного алелю KQ+QQ у контрольній групі співвідношення осіб з ІМТ < 25 кг/м<sup>2</sup> і з ІМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup> становило 22,2 і 77,8%, а у групі хворих на ЦД – 8,8 та 91,2% відповідно, достовірної різниці не виявлено ( $P=0,088$ ).

**Висновки.** У групі пацієнтів з генотипом K/K існує зв'язок між розвитком цукрового діабету 2 типу та ІМТ: у осіб з ІМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup> ЦД розвивається частіше.

*Гринчишин Оксана*

**ВПЛИВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ НА ТРАНСПОРТУВАЛЬНІ ФУНКЦІЇ ЕРИТРОЦИТІВ ЗА УМОВ  
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДІАБЕТУ**

Кафедра біологічної хімії  
Науковий керівник: канд. хім. наук, асист. Н.М. Гринчишин  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

**Актуальність.** На сьогоднішній день до кінця не з'ясованими залишаються механізми пошкоджувальної дії хронічної гіперглікемії. Важливу роль в цьому процесі відіграють вільні радикали, які є причиною оксидативного стресу за умов цукрового діабету.

**Мета дослідження.** Дослідити зміни активності натрій-транспортуючих систем еритроцита за умов стрептозотоцин-індукованої гіперглікемії у щурів та за впливу дарбуфелону.

**Матеріали та методи досліджень.** Робота виконана на 24 білих щурах, масою 150 – 180 г, які були розподілені на 3 групи: перша група (n=8) - контрольні щури; друга група (n=8) – тварини зі стрептозотоциновим діабетом (концентрація глюкози в крові – 15 – 21 ммоль/л); третя група (n=8) – щури, яким додатково вводили дарбуфелон на тлі експериментальної гіперглікемії. Швидкість Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>-котранспорту та Na<sup>+</sup>/Li<sup>+</sup>-протитранспорту в еритроцитах щурів вивчали за методом Canessa M.L., 1994. Статистичну обробку даних проводили з використанням програми Microsoft Excell.

**Результати досліджень.** Отримані результати стверджують, що за умов експериментального діабету концентрація Na<sup>+</sup> та K<sup>+</sup> в плазмі крові була на рівні контрольних значень. В еритроцитах концентрація Na<sup>+</sup> збільшилась на 21,3 % ( $p \leq 0,05$ ), швидкість Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>-котранспорту знизилась на 19,5 % ( $p \leq 0,05$ ), а швидкість Na<sup>+</sup>/Li<sup>+</sup>-протитранспорту зросла на 26,8 % ( $p \leq 0,05$ ). Введення дарбуфелону призводило до повернення вказаних параметрів до меж фізіологічного діапазону.

**Висновки.** Блокування дарбуфелоном синтезу ендогенних простагландинів свідчить про зниження проявів оксидативного стресу при експериментальному діабеті та нормалізації функціональної активності еритроцитів.



*Данилів В., Бойко Л., Вашкеба-Бітлер Е.*

**ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ЩУРІВ, ОДНОЧАСНО УРАЖЕНИХ  
КАРБОФОСОМ ТА ТЕТРАХЛОРЕТАНОМ**

Кафедра медичної біохімії  
Науковий керівник: доц. П.Г. Лихацький, проф. Л.С.Фіра  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м.Тернопіль Україна

Внаслідок інтенсивного розвитку хімічної промисловості та сільського господарства, де використовують фосфорорганічні сполуки та хлоровані вуглеводні, можуть виникати професійні захворювання, що супроводжуються токсичними отруєннями організму у людей, зайнятих у даній сфері.

Метою даного дослідження було дослідити показники вуглеводного обміну в органах щурів після одночасного їх ураження тетрахлорметаном та карбофосом.

Досліди проведені на білих щурах масою тіла 175-200 г. Карбофос вводили щоденно внутрішньошлунково у вигляді водного розчину з розрахунку 20 мг/кг маси тіла тварини. Тетрахлорметан вводили внутрішньочеревно, дворазово у вигляді 50% олійного розчину у дозі 1,0 мл/кг маси тварини.

Встановлено, що після ураження щурів карбофосом та тетрахлорметаном збільшується вміст глюкози у сироватці крові, печінці та міокарді щурів протягом всього експерименту. Під кінець експерименту на 30-ту добу ураження карбофосом і 4-ту добу після введення тетрахлорметану вміст глюкози у сироватці крові збільшився в 1,8 раза, у печінці в 1,7 раза, у міокарді в 1,2 раза. На 7-у добу отруєння СС14 та 30-ти денному введенні карбофосу вміст глюкози у сироватці крові зазнав ще більшого підвищення (в 2,4 раза), у печінці в 2 рази, у міокарді на 1,4 раза.

Після тридцятиденного введення карбофосу та 4 добу отруєння СС14 досліджуваний показник у печінці уражених щурів зменшився на 44,4%, у міокарді на 9,5% відносно інтактного контролю. На тридцяту та сьому добу введення токсинів вміст глікогену максимально знизився у порівнянні з попередніми термінами дослідження - у печінці на 47,7%, у міокарді на 13% відносно норми.

Отже, одним із механізмів токсичної дії карбофосу та тетрахлорметану можна вважати негативний його вплив на показники вуглеводного обміну, що призводить до збільшення вмісту глюкози в органах за рахунок зниження вмісту депонованого у печінці та серці глікогену, який необхідний як енергетичний субстрат в умовах енергодефіциту.

*Демкович Андрій*

**ІМУНОПАТОГЕНЕТИЧНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСАХ  
В ПАРОДОНТАЛЬНИХ ТКАНИНАХ**

Кафедра Ортопедичної стоматології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Ю.І. Бондаренко  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

При пародонтиті імунна відповідь на мікроорганізми ротової порожнини реалізується нестандартним чином: на тлі зниження бактерицидного потенціалу нейтрофільних лейкоцитів, поліклональної активності В-лімфоцитів, високого рівня антибактеріальних антитіл і порушення функції Т-лімфоцитів розвивається хронічний запальний процес з деструкцією періодонта і кісткової тканини, розростанням грануляцій, що відображає порушення проліферативних процесів, дисбаланс в продукції цитокінів та розвиток енергії та/або апоптозу.

Одну з провідних ролей в ініціації та розвитку запальних реакцій відіграють макрофаги. Вони забезпечують фагоцитоз, виділяють цитокіни, лізосомальні ферменти, здійснюють презентацію Т-лімфоцитами антигенів мікробів, виконують регулюючий вплив на Т- і В-лімфоцити. При активації дані клітини продукують вільні радикали, активні форми кисню, цитокіни, хемокіни та інші медіатори запалення, запускають вроджену і адаптивну імунну відповідь. Однак, у людей старших вікових груп істотно змінюється Т-залежна ланка імунітету зі зменшенням субпопуляцій Т-лімфоцитів. Відзначається загальна тенденція до наростання вмісту імуноглобулінів, особливо IgA. Однозначно збільшується концентрація про- та антизапальних факторів, до яких відносяться INF- $\gamma$ , ІЛ-10, ІЛ-5, ІЛ-8, ІЛ-12.

Тобто можна вважати, що в таких хворих має місце гіперергічна імунна відповідь з цитокіновою дисфункцією, яка може призводити до пошкодження здорових тканин пародонта, погіршення репаративних процесів, проникності та мікроциркуляції судин. Врахування усіх цих патогенетичних чинників передбачає адекватний вибір та комплексний підхід до призначення лікарських засобів для лікування запальних реакцій в тканинах пародонта.

Данилюк Любомир, Прокопишин Галина, Пастушина Ірина

**ЩО ТЕРНОПОЛЯНИ ЗНАЮТЬ ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії  
 Науковий керівник: проф. С. І. Корнага  
 ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
 імені І. Я. Гробачевського МОЗ України»  
 м. Тернопіль, Україна

**Актуальність теми.** Щороку на туберкульоз захворюють 8-9 мільйонів осіб і 2-3 мільйони помирають від ускладнень цього захворювання. Прийнято вважати, що туберкульоз – це захворювання малозабезпечених людей, які проживають в умовах антисанітарії. Насправді від цієї хвороби не застрахований ніхто – нею хворіють люди абсолютно будь-якого віку та соціального статусу в суспільстві. П'ять фактів, які варто знати про туберкульоз: 1. туберкульоз – інфекційне захворювання, на яке хворіють незалежно від статі, віку, національної приналежності та соціального положення; 2. збудник захворювання – мікобактерія туберкульозу – надзвичайно стійкий і, потрапляючи в навколишнє середовище, залишається небезпечним до 12 місяців; 3. зараження найчастіше відбувається під час спілкування з людиною, яка має відкриту форму захворювання, при вдиханні мікобактерій туберкульозу з дрібними краплями мокроти та слини, та при вживанні продуктів від хворої на туберкульоз худоби; 4. зараження може відбуватися також, коли мікобактерії потрапляють в організм з пилом, через предмети вжитку, посуд та постіль, папери, недопалки хворого на туберкульоз у відкритій формі тощо; 5. захворювання розвивається, коли у людини знижений імунітет внаслідок тривалого стресу, депресії, виразкової хвороби, цукрового діабету, захворювань щитовидної залози, травм, а також недостатнього харчування, поганих житлових умов, виснаження праці тощо.

**Метою роботи** було визначити рівень обізнаності тернополян з проблеми туберкульозу.

**Матеріали і методи.** Опрацьовано 608 анкет, які були заповнені тернополянами 24 березня 2015 року. В анкетах були наступні питання щодо туберкульозу – міф чи правда: 1.Туберкульоз передається при розмові, кашлі, чханні. 2. Лікування туберкульозу в Україні безкоштовне. 3. Туберкульоз виліковний. 4. Туберкульоз передається при потисненні руки. 5. Туберкульоз – це хвороба соціально незахищених верств. 6. Захворівши туберкульозом можна прожити повноцінне життя. 7. Проба Манту, флюорографія – методи діагностики туберкульозу.

**Результати.** В анкетуванні взяли участь 608 тернополян, з яких 330 (54,28 %) – жінки, 278 (45,72 %) – особи чоловічої статі. Вік анкетованих був 18-76 років: 18-29 років – 286 (47,04 %), 30-39 – 70 (11,51 %), 40-49 – 49 (8,06 %), 50-59 – 67 (11,02 %), 60-69 – 90 (14,80 %) та 70 і більше – 46 (7,57 %). Результати анкетування представлені в таблиці.

Таблиця. Рівень знань жителів м. Тернополя про туберкульоз (%)

Вік	1		2		3		4		5		6		7	
	правда	міф	правда	міф	правда	міф	правда	міф	правда	міф	правда	міф	правда	Міф
18-26 n=286	83,57	16,43	31,82	68,18	85,66	14,34	25,17	74,83	39,16	60,84	56,29	43,71	95,10	4,90
30-39 n=70	88,57	11,43	35,71	64,29	77,14	22,86	28,28	75,72	34,28	65,72	60,0	40,0	94,28	5,72
40-49 n=49	91,83	8,17	30,61	69,39	69,39	30,61	28,57	71,43	30,61	69,39	53,06	46,93	97,95	2,05
50-59 n=67	95,52	4,48	35,82	64,18	80,59	19,41	34,32	65,68	47,76	52,24	49,25	50,75	95,52	4,48
60-69 n=90	91,11	8,89	25,55	74,45	83,33	16,64	40,0	60,0	53,33	46,67	58,88	41,12	93,33	6,67
70+ n=46	89,13	10,87	43,47	56,53	80,43	19,57	47,82	52,18	41,30	58,70	50,0	50,0	93,47	5,53

Як видно з таблиці, загалом тернополяни досить добре орієнтуються в шляхах поширення туберкульозу, методах виявлення і в тому, що туберкульоз лікується. Проте, що лікування в Україні безкоштовне 2/3 опитаних не вірять. Половина анкетованих вважає, що навіть захворівши на туберкульоз, можна вести повноцінне життя. Хоча більшість анкетованих молодшої вікової групи не думають, що частіше на туберкульоз хворіють соціально-дезадаптовані наші співгромадяни, проте з віком їхня думка – змінюється.

**Висновки.** Люди повинні знати, що туберкульоз у більшості випадків — це виліковна хвороба; що хворий, який приймає протитуберкульозні препарати, призначені кваліфікованим лікарем, незабаром перестає бути джерелом інфекції (у середньому через 1,5-2 міс від початку лікування); що хворі на туберкульоз потребують допомоги й підтримки суспільства.

*Демчишин Ярослав*

**ГОСТРИЙ АЛКОГОЛЬНИЙ ГЕПАТИТ:  
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ПАТОЛОГІЇ У ЩУРІВ**

Кафедра патофізіології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, доц. Н.А. Рикало, ас. І.В. Романенко  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
Вінниця, Україна

Алкогольний гепатит є актуальною медичною проблемою через наявність великої кількості ускладнень та зміну функціонального стану печінки. Гострий алкогольний гепатит (ГАГ) – це гостре токсичне ураження печінки, що розвивається внаслідок прийому надмірної дози алкоголю, яка перевищує метаболічні можливості гепатоцитів. У доступній нам літературі відсутні адекватні моделі ГАГ.

Метою нашої роботи була розробка власної моделі ГАГ, визначення летальної (DCL) та сублетальної дози (LD50) 40% етанолу на організм щурів. Відтворення експериментальної моделі ГАГ здійснювалось на 42 лабораторних білих щурах-самцях масою 120-130г. Експеримент проводився у дві серії. В першій серії експерименту тварини були поділеними на 4 дослідницькі групи (по 6 щурів кожна), які отримували наступні дози 40% етанолу – група №1 – 10 мл/кг, група №2 – 15мл/кг, група №3 – 20мл/кг, група №4 – 25 мл/кг. У другій серії, відповідно, 18 щурів (3 групи по 6 щурів) – група №1, №2, №3, що отримували етанол аналогічно до 1 серії експерименту. Для підтвердження ГАГ спектр біохімічних досліджень сироватки включав визначення показників: аланінамінотрансфераза, аспартатамінотрансфераза, гамаглутамілтрансфераза, лужна фосфатаза, лактатдегідрогеназа, загальний білок, загальний білірубін. Після проведення першої серії експерименту, усі тварини з 4-ї групи загинули. Серед тварин 1-ї піддослідної групи загинуло 33,3%, серед 2-ї – 50%, серед 3-ї – 50%. DCL становить 40% етанол у дозі 25 мл/кг. Після проведення другої серії експерименту – летальність серед групи №3 становила 50%, серед групи №1 і №2 – 0. Тварини з 3-ї групи вибували з експерименту на 2, 3, 4 добу.

Отже, LD50 етанолу становила 20 мл/кг. Експериментальна модель потребує додаткових патоморфологічних досліджень, для уточнення пато- і морфогенезу ГАГ. Отримані результати можна використовувати для доклінічних досліджень фармакологічних препаратів, які використовуються для лікування уражень печінки.

*Долик Наталія*

**ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ РЕКОМБІНАНТНОЇ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗИ НА СТАН ПРООКСИДАНТНО-Антиоксидантної системи у нирках щурів при гострому панкреатиті**

Кафедра медичної біохімії  
Науковий керівник: канд. біол. наук О.З. Яремчук  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Мета дослідження** - вивчення впливу препарату рекомбінантної супероксиддисмутازی на стан прооксидантно-антиоксидантної системи у нирках щурів при гострому панкреатиті (ГП) (1-ша, 2-га, 7-ма доби). Піддослідних тварин розділили на 3 групи: 1— несправжньо оперовані тварини; 2 — тварини з ГП, який моделювали за методом С.О. Шалімова; 3 — тварини з ГП, яким вводили внутрішньоочеревинно рексод (0,05 мг/кг).

Встановлено, що у сироватці крові тварин з ГП спостерігалось підвищення активності  $\alpha$ -амілази (у 5,9, 7,3 та 9,5 разів) концентрації креатиніну (на 17, 15 та 47 %), сечовини (на 32, 18 та 41 %), МСМ1 (у 2,0; 2,1 та 2,4 раза), МСМ2 (у 1,6; 2,0 та 1,9 раза), порівняно з контролем. Ці зміни супроводжувались підвищенням вмісту продуктів ліпопероксидації у нирках: ГПЛ (на 22, 74 та 113 %), ТБК-АП (на 63, 51, та 117 %). Встановлено зниження активності СОД (на 27, 27 і 55 %), КАТ (на 29, 35 і 55 %) відповідно на 1-шу, 2-гу та 7-му доби дослідю.

Встановлено, що перехоплювач супероксиданіон-радикалу препарат рексод сприяв зниженню активності  $\alpha$ -амілази (на 18, 31 та 27 %), концентрації МСМ1 (на 41, 40 та 22 %) та МСМ2 (на 27, 38 та 21 %), креатиніну та сечовини відповідно на 1-шу, 2-гу та 7-му доби експерименту, порівняно з аналогічними показниками групи тварин з ГП. Встановлено активацію ферментів антиоксидантного захисту: СОД (на 30 та 84 % відповідно на 1-шу та 7-му доби), КАТ (на 28, 21 та 62 %) та вміст G-SH (на 16, 28 та 42 %) зменшення вмісту ГПЛ (на 16, 26 та 41 %) і ТБК-АП (на 24, 24 та 12 %) відповідно до термінів дослідю.

Отже, препарат рекомбінантної супероксиддисмутازی проявляє нефропротекторний ефект при гострому панкреатиті, зменшує прояви оксидативного стресу, відновлює активність компонентів антиоксидантної системи у нирках.

*Дубас В., Сич Н., Гвозд М.*

### **ВИВЧЕННЯ ШЛЯХІВ ОБМІНУ L-АРГІНІНУ У КРОВІ ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ДО ТА ПІСЛЯ ГЕМОДІАЛІЗУ.**

Кафедра біологічної хімії

Науковий керівник: канд. біол. н., доц. О.П Хаврона, канд. біол. н., асист. Л.П. Білецька

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Львів, Україна

**Актуальність.** За умов розвитку хронічної ниркової недостатності (ХНН) в організмі поступово наростає хронічна інтоксикація. Це, в свою чергу, веде до розвитку порушень у більшості ланок обміну речовин, у тому числі в системі L-аргінін–нітрогену-оксид–аргіназа, що відіграє важливу роль у регуляції судинного тонуусу, діяльності імунної, нервової, видільної та інших систем. Тому зміни в цій системі суттєво відображаються на стані організму та характері перебігу захворювань.

**Мета.** Визначити вміст L-аргінину, NO та активність аргінази у крові хворих з ХНН до та після проведення гемодіалізу.

**Матеріали та методи.** Для дослідження використовувалася кров 12 жінок, хворих на ХНН віком 52±4 роки, які проходять лікування у Львівській обласній клінічній лікарні. У крові хворих до та після діалізу визначали вміст L-аргінину за методом Храмова В.А., Петрової Л.М. (1980), активність аргінази за методом Geyer J., Dabich D. (1974), рівень NO за методом Green L.C., David A.V. (1982). Одержані результати статистично опрацьовані за допомогою комп'ютерних програм за t-критерієм Стьюдента.

**Результати досліджень.** Отримано такі зміни досліджуваних показників: зниження вмісту L-аргінину в крові хворих на 13,5%, зниження активності аргінази на 44%, зниження рівня NO на 12%.

**Висновки.** Отже, у всіх хворих з ХНН після проведення гемодіалізу достовірно настає депресія системи L-аргінін–нітрогену-оксид–аргіназа.

*Дуляк Ольга, Дорошак Андрій*

### **ВПЛИВ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ НА РОЗУМОВУ ДІЯЛЬНІСТЬ**

Кафедра терапії

Науковий керівник: Слободян Н.Є.

Чортківський державний медичний коледж

м. Чортків, Україна

Досить часто приходиться чути, що фізичні вправи, зокрема такі як ходьба, сприяють покращенню здатності до мислення.

Нами проведено дослідження на 45 добровольцях – студентах медичного коледжу. Вони були довільним чином розподілені на 3 групи по 15 чол. для дослідження після прогулянок на свіжому повітрі, ходьби в приміщенні та в стані спокою в приміщенні. Для оцінки творчих здібностей використовувалась адаптована частина тесту креативності Торренса «Завершення картинок», для оцінки логічного мислення досліджуваним пропонувалось розв'язати клінічну задачу з внутрішньої медицини.

Після проведених досліджень ми отримали результати, які демонструють, що креативність зросла після рухової активності в приміщенні на 16 %, а після прогулянки на свіжому повітрі – на 33 % у порівнянні з показником креативності, отриманим в результаті виконання тесту в стані спокою. На виконання ситуаційної задачі всі досліджувані використали близько 10 хв. Кількість помилок у задачі була приблизно однакова у всіх, статистично значимої різниці посічено не було.

Наші студенти продемонстрували підвищення креативності після прогулянок на свіжому повітрі у 2 раз вище, ніж після рухової активності у приміщенні. Але і вона корисна, оскільки також стимулює творчість. Поки ще не зовсім зрозуміло, чому ходьба збільшує креативність. Ми думаємо, що фізичні вправи впливають на покращення кровопостачання мозку. Для аналізу ж конкретної логічної задачі необхідна більша концентрація, сфокусованість, тому тут ходьба може дещо заважати.

Таким чином, всім, хто шукає натхнення, ми радимо вийти на вулицю і просто прогулятися пішки.

*Зарічна Ольга*

**ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОГО ГЕПАТИТА У ЩУРІВ НА ТЛІ  
МЕРКАЗОЛІЛ-ІНДУКОВАНОГО ГІПОТИРЕОЗУ**

Кафедра медичної біоетики і деонтології  
Науковий керівник: д-р біол. наук, проф. І.М Кліщ.  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м.Тернопіль, Україна

Проблема тиреоїдної патології є однією з провідних в охороні здоров'я в Україні, особливо після 1986 р., у зв'язку зі значною поширеністю, впливом на соматичний статус, репродуктивне здоров'я та інтелект населення.

При дефіциті тиреоїдних гормонів, які абсолютно необхідні для нормального функціонування практично кожної клітки, розвиваються важкі зміни всіх без виключення органів і систем, у тому числі гепатобіліарної системи

Метою нашої роботи стало визначення особливості гострого гепатита у щурів на тлі мерказоліл-індукованого гіпотиреозу.

Гіпотиреоз моделювали щоденним введенням рег ос за допомогою спеціального зонда фармакопейного тиреостатика мерказолілу («Здоров'я», Україна) у дозі 25 мг/кг протягом 21-ї доби на білих безпородних щурах самцях масою 180-200 г. Контроль здійснювали за рівнем тироксину, трийодтироніну і тиреотропного гормону, а також за масою тварин і їх руховою активністю. Токсичне ушкодження печінки моделювали одноразовим введенням рег ос за допомогою спеціального зонда гідроксиламіну солянокислого у дозі 400 мг/кг ваги у вигляді 20 % розчину на 22 добу.

Результати даного дослідження показали, що рівень Т3 у здорових щурів становив 6,27 пмоль/л, а у тварин, яким протягом 21-ого дня вводили тиреостатичний мерказоліл, був нижчим у 2 рази і складав 3,23 пмоль/л. Вміст Т4 відповідно становив 18,45 пмоль/л та 8,54 пмоль/л, тобто у 2,2 рази нижчий. Показник ТТГ у нормі становив 1,75 пмоль/л.

Дані результати свідчать про розвиток у тварин вираженого гіпотиреозу за умов мерказоліл-індукованого гіпотиреозу.

*Калюжка Владислав, Маркевич Микита*

**ФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ СПАСТИЧНОГО СТАНУ М'ЯЗІВ ТА ЇХНЬОЇ РИГІДНОСТІ**

Кафедра нормальної фізіології  
Науковий керівник: канд. біол. н. доц. Л.В. Чернобай  
Харківський національний медичний університет  
м.Харків, Україна

Одним із головних порушень рухової активності є спастичний стан м'язів та їхньої ригідності, які виникають в результаті порушення супраспинальних регуляторних впливів. Фізіологічний механізм цих порушень - підвищення тону м'язів, що забезпечується на спинальному рівні сегментарними пропріоцептивними рефlekсами: міотатичними, рефlekсами розтягування. Ці рефlekси виникають у відповідь на розтягнення м'язових волокон і слугують механізмом зворотного зв'язку для підтримки постійної довжини м'язів, їхнього тону.

Аферентна частина дуги цих рефlekсів починається від пропріорецепторів м'язів. Через спинальний ганглії аферентація надходить до передніх рогів спинного мозку, альфа-1-мотонейронам і гамма-мотонейронам. Активність перших регулюється спинним мозком сегментарною аферентацією від м'язових веретен, низхідними пірамідними впливами. У першому випадку виникає мимовільне, у другому - довільне скорочення м'язів. Гамма-мотонейрони входять до структури сегментарних гамма-петель -рефлекторних дуг, що забезпечують тонус м'язів. Активність гамма-мотонейронів знаходиться під центральним контролем низхідних шляхів у складі пірамідного, ретикуло-, вестибулоспинальних шляхів. Низхідна супрасегментарна активація гамма-мотонейронів обумовлює скорочення інтрафузальних м'язових волокон, що знижує поріг збудливості рецепторів розтягування з активацією альфа-1-мотонейронів і мимовільним збільшенням тону м'язів. Розгальмовування рефlekсів призводить до спастичності м'язів. Ригідність виникає як результат незбалансованості низхідних кіркових впливів від супресорних та полегшуючих зон мозку.

Основним симптомом спастичності є підвищення (порівняно з нормою) опору м'язів розтягуванню. У ригідних ж м'язах підвищений тонус присутній завжди.

*Каримова Зарина; Полозов Станислав*

### **ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ОСНОВАНИЙ ШИФФА В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ КРЫС ПОД ДЕЙСТВИЕМ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ**

Кафедра патологической физиологии имени Д.Е. Альперна  
Научный руководитель: д-р. мед. наук, проф. О.В. Николаева; канд. мед. наук И.А. Сухлост  
Харьковский национальный медицинский университет  
г. Харьков, Украина

На современном этапе развития технологий и техники остро стоит вопрос о качестве и безопасности окружающей среды. Человек ежедневно находится в зоне влияния разнообразных антропогенных факторов, среди которых весомое место занимает электромагнитное излучение (ЭМИ). Линии электропередач, мобильные телефоны, персональные компьютеры – это лишь небольшой перечень источников электромагнитного загрязнения атмосферы. Влияние ЭМИ на живые организмы исследуется многими учеными всего мира

**Цель работы.** Изучение влияния ЭМИ (800-950 МГц) на уровень оснований Шиффа в головном мозге пятимесячных крыс.

**Материалы и методы.** Для проведения данного исследования было взято 12 пятимесячных крыс женского пола, которые были разделены на две группы по 6 крыс в каждой, соответственно, контрольную (1 гр.) и основную (2 гр.). В гомогенате головного мозга (ГМ) крыс спектрофотометрически был определен показатель концентрации оснований Шиффа (ОШ).

**Результаты и их обсуждение.** Результаты исследования показали увеличение концентрации ОШ в гомогенате ГМ крыс у 2 гр. ( $2,3 \pm 0,4$  ммоль/л) относительно 1 гр. ( $1,4 \pm 0,07$  ммоль/л) на 64% ( $p < 0,001$ ). Данные изменения могут свидетельствовать о повышении в ткани ГМ окисленных форм амид содержащих органических соединений, являющихся пептидными либо белковыми структурами. Это свидетельствует о негативном влиянии ЭМИ на головной мозг, поскольку, подобные окислительные повреждения данных веществ могут приводить к значительным нарушениям, как их структуры, так и регуляторной функции

**Выводы.** Результаты исследования показали наличие патологического воздействия ЭМИ (800-950 МГц) на головной мозг крыс, которое проявляется увеличением концентрации ОШ, свидетельствующим об образовании свободных радикалов, одним из проявлений которого является активация окислительной модификации амид содержащих соединений.

*Касюк Л., Парцей Х., Олексин М., Литвинюк Н., Слободян З.*

### **ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ЩУРІВ ПІД ВПЛИВОМ ЕНЕРГЕТИЧНИХ НАПОЇВ**

Кафедра біологічної та медичної хімії імені Г.О. Бабенка  
Науковий керівник: д-р біол. наук, проф. Ерстенюк Г. М.  
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»  
м. Івано-Франківськ, Україна

Порівняно недавно на ринку безалкогольних напоїв з'явилися так звані «енергетики», що набирають все більшої популярності серед молоді. Оскільки у всіх цих напоях знаходяться кофеїн, вітаміни і легкозасвоювані вуглеводи, то за даними літератури вони зумовлюють тонізуючий ефект. Згідно з дослідженнями австралійських медиків, популярні енергетичні напої можуть стати причиною інсульту або інфаркту. При вживанні напою, кров стає гущішою, що спричинює проблеми з серцево-судинною системою. У доступній науковій літературі недостатньо висвітлені дані стосовно впливу енергетичних напоїв на гематологічні показники. Виходячи з того, що клітини крові одними з перших реагують на поступлення різного роду харчових продуктів, лікарських речовин тощо, важливим є дослідження гематологічних показників за умов впливу енергетичних напоїв.

**Матеріали і методи:** дослідження було проведено на білих лабораторних щурах лінії Вістар, які перебували у віварії за відповідних умов освітлення, температурного режиму та стандартного раціону. Піддослідні тварини були розділені на дві групи: 1-а група – самці, які отримували енергетичний напій протягом місяця; 2-а група - самці, які отримували питну воду (контрольна група). Вивчення параметрів гемограми: визначення числа еритроцитів, рівня загального гемоглобіну, гематокритного числа, середнього вмісту гемоглобіну в еритроциті та середній об'єм еритроциту проводили за допомогою гематологічного аналізатора «Micro CC-20 Plus». Одержані цифрові дані статистично обраховували з використанням програми STATISTICA з урахуванням критерію t Стьюдента.

**Результати дослідження.** У результаті проведених досліджень нами встановлено, що в крові щурів, які споживали енергетичний напій зменшується загальна кількість еритроцитів та показник гематокриту, відповідно до:  $6,01 \pm 0,96 \cdot 10^{12}/л$  та  $29,20 \pm 4,23\%$  при  $7,23 \pm 0,76 \cdot 10^{12}/л$  та  $38 \pm 3,42\%$  у контрольній групі ( $p < 0,05$ ). При цьому середній об'єм еритроцитів і вміст гемоглобіну в еритроциті у цей період досліджень збільшується відповідно до:  $54,59 \pm 1,49$  фл та  $16,96 \pm 1,31$  пг при  $53,43 \pm 1,34$  фл та  $15,56 \pm 0,74$  пг ( $p < 0,05$ ) в інтактних тварин. У той же час знижувався рівень загального гемоглобіну до:  $95,43 \pm 6,27$  г/л при  $113 \pm 9,13$  г/л ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з контрольними тваринами. Такі дані можуть вказувати на порушення процесів кровотворення у цих тварин або на гемоліз еритроцитів чи порушення синтезу гемоглобіну.

**Висновок:** отримані результати вказують на необхідність поглибленого дослідження впливу енергетичних напоїв на клітини крові, зокрема метаболічні процеси, які підтримують функціонування цих клітин.

*Кислов А., Огнева Л., Сиренко В.*

**ФОРМИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ КУЛЬТУРЫ СОВРЕМЕННЫХ УКРАИНЦЕВ В ГЕРОНТОЛОГИИ**

Кафедра патологической физиологии им. Д.О.Альперна  
Научный руководитель: канд. мед. наук, асист. Л.Г. Огнева  
Харьковский национальный медицинский университет  
г. Харьков, Украина

Изучение социальных, и в частности, поведенческих установок пожилого человека имеет особую значимость для процесса его социальной адаптации.

В основе профессиональной врачебной этики лежит принцип доброжелательности и милосердия по отношению к пожилым людям и старикам. Данная идеальная норма отношения человека к человеку, изначально ориентированная на любовь, заботу, помощь, поддержку, непосредственно связана с практическим отношением врача к больному человеку, которое должно выстраиваться независимо от его расовой, этнической, национальной принадлежности, возрастных характеристик, социального, экономического и иного положения. Эта специфическая способность любить любого пациента в профессиональной врачебной сфере является реальным критерием и для выбора профессии, и для определения меры врачебного искусства. "Где любовь к людям, — писал Гиппократ, — там любовь и к своему искусству".

В современной отечественной медицинской культуре сохраняется преобладание моральных и социальных норм, таких как милосердие, сострадание и забота о больных, создание благоприятных условий для сохранения и восстановления здоровья человека, трансформации моральных ценностей в профессиональной медицинской культуре, ценности жизни и здоровья в других формах медицинской культуры. Эти и многие другие этические и культурологические проблемы определяют направление дальнейшего развития отечественной медицинской культуры. Чтобы рассматривать долголетие как достижение человеческой цивилизации, социального прогресса и успехов в медицине, необходимо на людей пожилого возраста смотреть как на особую группу, вносящую определенный вклад в общество, а не как на обузу, приносящую ему издержки.

*Кібець Юлія*

**ВИВЧЕННЯ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ МЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ВІРТУАЛЬНОМУ ПРОСТОРІ.**

Кафедра медичної фізики діагностичного та лікувального обладнання  
Науковий керівник: канд. фіз.-мат. наук, доц. В.Д. Дідух  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Подальший розвиток медичної науки і освіти зумовлений новими ідеями, підходами до поставлених, обумовлених вимогами часу, завдань перед медичними установами, навчальними закладами.

Променеві методи діагностики та лікування займають у сучасній медицині особливе місце, про що свідчить і те, що відсоток променевих досліджень в загальній діагностиці складає понад 70%. Тому-то виникла необхідність у підготовці фахівців для роботи з апаратами ультразвукової апаратури, комп'ютерними і магнітно-резонансними томографами, тепловізорами, лазерними установками.

Завдяки променевим дослідженням, лікарі (у переважній більшості випадків), можуть швидко і точно діагностувати причину захворювання і своєчасно провести лікування.

Розуміння фізичних основ променевих методів діагностики і лікування, а також принципів функціонування медичної апаратури сприяє якіснішому трактуванню отриманих результатів досліджень.

Так як ознайомлення студентів з сучасною медичною апаратурою наштовхується на значні труднощі: її розміри, вартість, то використання навчальних тренажерів в навчальному процесі, у значній мірі усовує їх.

Робота з навчальними тренажерами проводиться у таких режимах:

- Теоретичні відомості про приладу (установки).
- Фізичні основи його (її) функціонування.
- Сучасні прилади (установки).
- Будова приладу (установки).
- Принцип роботи приладу (установки).

Виконання студентами певних етапів роботи, а також перехід від одного запитання до іншого, здійснюється за допомогою комп'ютерної миші, що також здійснює повторний розгляд тих чи інших режимів роботи тренажера.

При завершенні роботи комп'ютер вказує на кількість зроблених при виконанні роботи користувачем тренажера помилок.

*Кліщ Микола*

**ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ РУХЛИВОСТІ НЕРВОВИХ ПРОЦЕСІВ У ШКОЛЯРІВ З  
СЛУХОВОЮ ДЕПРИВАЦІЄЮ**

Кафедра нормальної фізіології  
Науковий керівник: проф. С. Н. Вадзюк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

При депривації будь-яких аферентацій виникають умови нестандартного функціонування і, як результат, запуск адаптивно-компенсаторних механізмів нервової системи для відтворення адекватної взаємодії організму із зовнішнім середовищем. Зважаючи на це, метою роботи була комплексна оцінка функціональної рухливості нервових процесів (ФРН) у школярів з вродженою і набутою нейросенсорною приглухуватістю.

Для вивчення врівноваженості нервових процесів використовували методику "Реакція на рухомий об'єкт", з використанням ліцензійної комп'ютерної програми "Efecton Studio 2009" (тест "Каскадер"). У дітей контрольної групи молодшого шкільного віку середня величина ФРН становила  $(56,7 \pm 1,75)$ /хв, причому у хлопців цей показник був дещо вищим  $(58,67 \pm 2,36)$ /хв, ніж у дівчат  $(54,67 \pm 2,56)$ /хв. У подальшому у всіх вікових групах спостерігалось поступове підвищення ФРН аж до максимальної її величини  $(99,0 \pm 2,51)$  подразників за хвилину у школярів 15-17 річного віку. Зберігалась та ж статевая тенденція. У школярів молодшого шкільного віку з порушеннями слуху показник ФРН склав  $(38,33 \pm 1,45)$ /хв., що на 47,8 % менше, ніж у їх ровесників з групи контролю ( $p < 0,001$ ). Статеві особливості зберігали ту ж закономірність, що і у контролі. У подальшому досліджуваний показник зростав і у дітей середнього шкільного віку склав  $(65,33 \pm 1,78)$ /хв., а у школярів старшого шкільного віку відповідно  $(76,00 \pm 1,83)$ /хв. Однак, як і у випадку молодших школярів, ФРН була достовірно нижчою, ніж у контролі – для школярів середнього віку на 43 % ( $p < 0,001$ ), а старшого – на 30 % ( $p < 0,001$ ). Зберігались і статеві відмінності – у хлопців показники були вищими, ніж у дівчат.

Отже, сенсорна депривація, як недостаток аферентації, може викликати зниження швидкості виникнення, перебігу і післядії нервових процесів, що також залежить від віку школяра. Крім того у дітей зі слуховою депривацією частіше спостерігається затримка та дисгармонійність фізіологічного розвитку, у них також виявлено достовірну затримку часу проведення нервового імпульсу, що може погіршувати показники ФРНП.

*Ковальцова М., Огнева Л., Сиренко В, Голованова А.*

**МЕХАНІЗМ НАРУШЕНИЙ ЕНДОКРИННОЇ ЧАСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЇ ЖЕЛЕЗЫ У КРЫС ПРИ  
ГИПЕРКАЛОРИЙНОЇ ДІЄТЕ**

Кафедра патологической физиологии  
Научный руководитель: проф. А.В. Николаева  
Харьковский национальный медицинский университет  
г. Харьков, Украина

**Актуальность.** Важной проблемой современной панкреатологии являются функциональные нарушения поджелудочной железы (ПЖ), вызванные влиянием экзогенных патогенных факторов.

**Цель исследования.** Изучение морфофункциональных особенностей ПЖ у крыс при действии алиментарного фактора.

**Материалы и методы.** С помощью морфологических, морфо-метрических и биохимических методов изучено состояние эндокринной части ПЖ беременных крыс, получивших несбалансированное питание с повышенным содержанием нутриентов (1гр.) и находившихся на сбалансированном питании (2гр.).

**Результаты.** У 100% крыс 1-й гр. имеют место морфофункциональные изменения ПЖ: уменьшение относительной площади паренхимы на  $8,7\% \pm 0,8$ ,  $p < 0,001$  и увеличение площади стромы ПЖ на  $23,3\% \pm 2,1$ ,  $p < 0,001$  по сравнению с животными 2-й гр., воспалительная инфильтрация – у 40%, уменьшение средней площади островков Лангерганса (в 4 раза,  $p < 0,001$ ), уменьшение количества  $\alpha$ - и  $\beta$ -клеток на  $28\% \pm 0,3$ ,  $p < 0,001$  и  $27,3\% \pm 0,2$ ,  $p < 0,001$ , дегенеративные изменения цитоплазмы и ядер эндокриноцитов. При этом уровень инсулина сниженный на  $27\% \pm 2,1$  ( $p < 0,001$ ). Выявлено увеличение уровня кортикостерона на 36,4% ( $p < 0,001$ ), незэстерифицированных жирных кислот на 22,3% ( $p < 0,001$ ) и кетонových тел на 81,5% ( $p < 0,001$ ), что может свидетельствовать о состоянии инсулинорезистентности.

**Выводы:** У всех крыс 1-й гр. имеют место морфофункциональные изменения ПЖ. Функциональная перегрузка эндокриноцитов, приводит к повышению уровня инсулина в крови и возможному истощению ПЖ при длительной ее гиперфункции. Повышение уровня инсулина включает активность выработки контринсулярных гормонов, которые повреждают клеточные мембраны и активируют катаболические процессы.



*Ковальчук Анастасія, Сорока Ірина*

**ВПЛИВ СОРБЕНТУ «КАРБОЛАЙН» НА ПОКАЗНИКИ ПРОЦЕСІВ ЛІПОПЕРОКСИДАЦІЇ В ТВАРИН З ХРОНІЧНИМ ЕНДОТОКСИКОЗОМ**

Кафедра фармакології з клінічною фармакологією  
Науковий керівник: завідувач кафедри фармакології з клінічною фармакологією, проф. О.М. Олещук  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Метою нашого дослідження було встановлення особливостей впливу сорбенту «Карболайн» на активність процесів вільнорадикального окислення в біологічних субстратах тварин на фоні хронічного ендотоксикозу.

Стан пероксидного окислення ліпідів вивчали за концентрацією малонового диальдегіду (МДА) та дієнових кон'югатів (ДК) що є кінцевими продуктами вільнорадикального окислення. Рівень МДА та ДК в гомогенаті кори головного мозку вивчали спектрофотометрично.

Концентрація МДА у гомогенаті кори головного мозку інтактних щурів становила –  $(2,06 \pm 0,02)$ , у тварин із змодельованим ендотоксикозом –  $(3,44 \pm 0,09)$ , а у тварин із змодельованим ендотоксикозом на фоні введення «Карболайну» –  $(2,56 \pm 0,07)$ . Тобто, відмічається зниження концентрації МДА на 25,6 % ( $p < 0,001$ ) у порівнянні з аналогічним показником у групі тварин із змодельованим ендотоксикозом, де «Карболайн» не застосовували. Концентрація ДК у гомогенаті досліджуваного органу у щурів контрольної групи становила -  $(0,47 \pm 0,01)$ , у тварин із змодельованим ендотоксикозом –  $(0,69 \pm 0,01)$ , у тварин із змодельованим ендотоксикозом на фоні введення «Карболайну» –  $(0,57 \pm 0,02)$ ; тобто концентрація ДК за даних умов також достовірно знижувалась на 16,7 % відносно аналогічного показника у групі тварин без корекції ( $p < 0,001$ ).

Беручи до уваги результати проведеного дослідження можна стверджувати що застосування ентеросорбенту «Карболайн» при змодельованому хронічному ендотоксикозі сприяє нормалізації процесів вільнорадикального окиснення, зменшенню в крові концентрації токсичних продуктів перекисного окиснення ліпідів.

*Куценко Марія*

**ПЕРЕДСТАРТОВА ЛИХОМАНКА**

Кафедра нормальної фізіології  
Науковий керівник: доц. О.М. Тищенко  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

Метою моєї роботи було довідатися який передстартовий стан спортсмена призводить до перемоги на змаганнях.

За основу я взяла рівень психічної напруженості спортсмена, який визначається балансом процесів збудження і гальмування.

За ступенем переважного прояву цих процесів розрізняють чотири стана змагальної готовності спортсмена: 1. недостатнє збудження, 2. оптимальне збудження, 3. перезбудження, 4. гальмування внаслідок перезбудження.

Стан недостатнього збудження - млявість, недостатня зосередженість, неможливість спортсмена сконцентрувати увагу на майбутньому поєдинку.

Стан оптимального збудження - спортсмен відчуває готовність і бажання змагатися, здатний об'єктивно оцінювати свої дії, отримувати задоволення від своїх рухів і дій, відчувати впевненість у своїй підготовленості та досягненні запланованого результату.

Стан перезбудження - спортсмен надмірно збуджений, надмірно активний, дратівливий, часто втрачає самовладання, запальний, нетерпимий до оточуючих.

Стан гальмування внаслідок перезбудження - апатія, психічна та фізична млявість, невротичні реакції.

Опитавши спортсменів одного виду спорту - гімнастів, я віднесла кожного з них до одного із станів. Після чого зробила певні висновки.

Спортсмени, які перебували в стані оптимального збудження здобували перемогу, на відміну від спортсменів, які перебувають у трьох інших станах.

Спортсмен в стані оптимального збудження має такі показники: руки і ноги тремтять, на дотик холодні, риси обличчя загострюються, з'являється гарячковий рум'янець, втрачається апетит, спостерігається розлад діяльності шлунку, пульс, дихання і артеріальний тиск підвищені і нестійкі.

Отже, я визначила: найчастіше приходять до перемоги спортсмени, які перед стартом перебувають у стані оптимального збудження.

*Литвинюк Н., Слободян З., Парцей Х., Олексин М.*

**ПРОМІЖНІ МЕТАБОЛІТИ ЕНЕРГЕТИЧНОГО ОБМІНУ ЩУРІВ  
ЗА УМОВ ВПЛИВУ ЕНЕРГЕТИЧНИХ НАПОЇВ**

Кафедра біологічної та медичної хімії імені Г.О.Бабенка  
Науковий керівник: д-р біол. наук, проф. А.М. Ерстенюк  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
м.Івано-Франківськ, Україна

Останнім часом велику увагу привертають енергетичні напої. Вони з'явилися на ринку не так давно, проте набули значної популярності серед молоді. Молоді люди вживають енергетичні напої, мотивуючи тим, що в них з'являється приплив сил та енергії. Таку дію пояснює склад напоїв: глюкоза, кофеїн, таурин, теобромін, екстракт гуарани, карнітин, глюкоронolakтон, вітаміни та інші. У науковій літературі недостатньо інформації стосовно впливу енергетичних напоїв на метаболічні процеси в організмі людини. Виходячи з цього, важливими є дослідження вуглеводного обміну за умов впливу енергетичних напоїв.

Дослідження проводили на щурах лінії Вістар, масою 150-200г. Тварин розділили на чотири групи: 1-ша-дослідні тварини(самці), які отримували енерготонік; 2-а-дослідні тварини(самки), які отримували енерготонік; 3,4-а групи-інтактні тварини(самці та самки), які отримували питну воду. Забір матеріалу проводили під легким ефірним наркозом на 31-шу добу експерименту. Концентрацію глюкози визначали глюкозоксидазним методом; піровиноградної кислоти - за кількістю похідних 2,4 дифенілгідразу; молочної кислоти - за реакцією з параоксидифенілом. Активність ферменту лактатдегідрогенази визначали ензиматичним методом.

Проведеними дослідженнями встановлено, що на 31-шу добу, після вживання енергетичного напою у крові тварин спостерігались наступні зміни показників вуглеводного обміну, залежно від статі: у самців концентрація глюкози у плазмі крові знижувалась до  $4,67 \pm 0,61$  ммоль/л при  $4,83 \pm 1,24$  ммоль/л у контрольній групі; у самок спостерігалось зростання рівня глюкози до  $6,99 \pm 0,53$  ммоль/л при  $5,18 \pm 0,25$  ммоль/л в інтактних тварин. При цьому вміст лактату зростав: у самців у 2,96 рази, у самок у - 4,4 рази відносно контролю. Концентрація пірувату дещо знижувалась у самців - у 1,16 рази, а у самок - у 1,65 рази. Проведені дослідження дозволили встановити зростання активності ферменту лактатдегідрогенази у самців на 7% відносно контролю.

Експериментальні дані вказують на порушення процесів обміну вуглеводів у щурів, що отримували енергетичний напій, та обумовлюють необхідність подальшого дослідження.

*Максимів Роман*

**ДО ПРОБЛЕМИ ЗАСТОСУВАННЯ ТУРНИКЕТІВ  
В УМОВАХ ТИМЧАСОВОЇ ЗУПИНКИ ЗОВНІШНЬОЇ КРОВОТЕЧІ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
Науковий керівник: д-р мед наук, проф. А.А. Гудима  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

На сучасному етапі турнікети набули широкого застосування. Процес їх впровадження в медичну практику є дуже тривалим, початок його датується ще XVII ст. Спочатку турнікети застосовувались лише в умовах ампутації кінцівок, однак сьогодні безумовним показанням до накладання турнікету є масивна кровотеча в умовах бойових дій. Проте, незважаючи на тривалу історію їх застосування, проблема ускладнень, що виникають в умовах накладання різних видів турнікетів залишається актуальною і сьогодні.

Мета роботи: аналіз літературних даних, що стосуються проблеми застосування турнікетів в умовах тимчасової зупинки зовнішньої кровотечі.

Під час дослідження проаналізовані дані звіту, складеного Національною Адміністрацією Безпеки Дорожнього Транспорту США у 2014 році, в якому йдеться про ефективність застосування турнікетів та гемостатичних пов'язок для контролю зовнішніх кровотеч на догоспітальному етапі, а також дані стосовно застосування турнікетів у конфліктах в Іраку та Афганістані.

Аналіз даних показав, що турнікети є безумовним методом вибору для порятунку життів пацієнтів із кровотечею кінцівок. Проте дуже мало наявної інформації стосовно тривалості накладання турнікету в умовах домедичної допомоги в очікуванні доправлення до лікарні, перш ніж почнуть виникати ускладнення типу ішемія-реперфузія.

Отримані результати свідчать про те, що проблема ішемічно-реперфузійних порушень, що виникають в умовах застосування турнікетів потребує подальшого дослідження.

*Максимів Роман, Гудима Анастасія, Года Ілліана, Оренчук Ігор*

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ШВИДКОГО ВІДНОВЛЕННЯ ОБ'ЄМУ ПЛАЗМОВТРАТИ В УМОВАХ ТЯЖКОЇ  
МЕХАНІЧНОЇ ТРАВМИ, УСКЛАДНЕНОЇ МАСИВНОЮ КРОВОТЕЧЕЮ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
Науковий керівник: д-р мед наук, проф. А.А. Гудима  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

В сучасній травматології важливим об'єктом для дослідження є гострий період травми – протягом перших 2-х діб. В цей період закладаються основні причинно-наслідкові взаємозв'язки, які визначають подальший перебіг травматичної хвороби. Особливо це має важливе значення під час ведення бойових дій, адже понад 60 % смертей на полі бою сталися внаслідок зовнішньої кровотечі із магістральних кровоносних судин кінцівок. Тому вже на рівні санітарного інструктора сучасною військово-медичною доктриною передбачено застосування плазмозамінників, здатних насамперед забезпечити об'єм втраченої крові. Однак об'ємно-часові характеристики плазмовведення дотепер вивчені недостатньо.

Мета роботи: встановити особливості перебігу гіповолемічного шоку в умовах швидкого відновлення об'єму плазмовтрати на тлі тяжкої механічної травми, ускладненої масивною зовнішньою кровотечею.

Експерименти виконані на нелінійних білих щурах-самцях масою 200-220 г. Тяжку механічну травму моделювали шляхом нанесення дозованого удару по черевній порожнині та стегну із досягненням тупої травми живота та закритого перелому стегна. В усіх дослідних групах додатково викликали кровотечу зі стегнової вени величиною 20-25 % від об'єму циркулюючої крові (об'єм крововтрати кожній тварині визначали індивідуально). В окремій дослідній групі у вену непошкодженого стегна шляхом венесекції через 3 хв після нанесення травм вводили аналогічний за об'ємом крововтрати об'єм плазмозамінника «Гекотон» (Юрія-Фарм, Україна), у якому найкраще збалансований до властивостей плазми кристалоїд і колоїд. Протягом цього часу кровотеча із суміжного стегна припинялася. Об'єм плазмозаміни становив від 2,4 до 3,0 мл, що відповідало приблизно 1 л для людини. Тривалість введення цього об'єму займала 1 хв. Усі експерименти виконувалися в умовах тіопентало-натрієвого знечуження.

Результати показали, що на тлі швидкого відновлення об'єму втраченої плазми візуально покращувалося мікроциркуляторне русло – у рані наповнювалися дрібні судини, проте відразу повторно виникала кровотеча не тільки із місця пошкодження стегнової вени, але із мікросудин ран на стегні, яка тривалий час не припинялася. Через 24 год близько половини тварин, яким швидко відповлювали об'єм втраченої плазми гинули внаслідок посилення кровотечі із пошкоджених внутрішніх органів, про що свідчило наявність цільної крові у черевній порожнині, а також масивна гематома в ділянці перелому стегна, яка поширювалася на передню черевну стінку.

Отримані результати свідчать про те, що швидке переливання плазмозамінників (протягом 1 хв), здатних стабілізувати об'єм циркулюючої плазми і підвищувати артеріальний тиск, очевидно, супроводжується вимиванням тромбів із затрамбованих судин мікроциркуляторного русла і стегнової вени. В цих умовах також, ймовірно, має місце й зниження зсідальних властивостей крові. Можна передбачити й розвиток реперфузійного синдрому, адже у тканинах, які зазнали гіпоксичної атаки, після відновлення кровопостачання утворюються активні форми кисню, які розповсюджуються кровоносним руслом і здійснюють системний патогенний вплив.

Отже, питання відновлення плазмовтрати в екстремальних умовах вимагає своєї подальшої розробки з позиції об'єму відновлення і тривалості введення, що стане предметом наших подальших досліджень.

*Матлай Ольга*

**ДОСЛІДЖЕННЯ ЧАСТОТИ А1298С ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГІДРОФОЛАТ РЕДУКТАЗИ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ АТЕРОТРОМБОТИЧНИМ ІНСУЛЬТОМ**

Кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології  
Науковий керівник: д-р біол. наук В.Ю. Гарбузова  
Сумський державний університет. Медичний інститут  
м. Суми Україна

Гіпергомоцистеїнемія є доведеним фактором ризику розвитку ішемічного атеротромботичного інсульту (ІАТІ). Фермент метилентетрагідролат редуктаза (МТНFR) відіграє значну роль у модуляції рівня гомоцистеїну в плазмі крові. Два поліморфізми гена МТНFR С677Т та А1298С призводять до зниження ферментативної активності.

Метою нашого дослідження став аналіз зв'язку поліморфізму А1298С гена МТНFR з ішемічним атеротромботичним інсультом (ІАТІ) в осіб різної статі. Методи дослідження: виділення ДНК з клітин крові, PCR-RFLP, горизонтальний електрофорез ампліфікатів ДНК, статистичні методи аналізу з використанням пакету SPSS 17.0. Ішемічний характер інсульту встановлювався за даними анамнезу та клінічної картини хвороби, результатами КТ-дослідження головного мозку. Патогенетичний варіант інсульту визначали згідно з критеріями TOAST.

Дослідження проведено з використанням венозної крові 170 хворих з ІАТІ (42,4 % жінок і 57,6 % чоловіків) віком від 40 до 85 років (середній вік – 64,7±0,73 роки), контрольна група - 124 пацієнти. Результати дослідження були статистично достовірними та дали змогу виявити, що у хворих з ІАТІ співвідношення гомозигот за основним алелем (А/А), гетерозигот (А/С) і гомозигот за мінорним алелем (С/С) складає 42,4 %, 37,1 % і 20,6 %, а в контрольній групі – відповідно 46,0 %, 44,4 %, 9,7 % (P=0,039). Співвідношення варіантів даного поліморфізму у жінок та чоловіків хворих з ІАТІ, та практично здорових осіб було таким – серед жінок: А/А – 47,2 %, А/С – 34,7 %, С/С – 18,1 %, (в контрольній групі відповідно 46,7 %, 40,0 %, 13,3 %; P=0,744), серед чоловіків – 38,8 %, 38,8 %, 22,4 % (45,6 %, 46,8 %, 7,6 %; P=0,027). Цей висновок був підтверджений методом логістичної регресії. У гомозигот за мінорним алелем чоловічої статі ризик інсульту майже у 3,5 рази більший (P=0,016, OR=3,474), ніж у гомозигот за основним алелем та гетерозигот.

Отже, в українській популяції, чоловіки носії С/С- варіанту за А1298С поліморфізмом гена МТНFR мають у 3,5 рази більший ризик розвитку ІАТІ, ніж жінки.

*Мацько Артем, Бандрівський Михайло*

**ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СИСТЕМИ АНТИОКСИДНОГО ЗАХИСТУ У ЩУРІВ З ГОСТРИМ ГЕПАТИТОМ, ІНДУКОВАНИМ АЛІЛОВИМ СПИРТОМ**

Кафедра медичної біохімії  
Науковий керівник: канд. біол. наук, доц. Т.Я. Ярошенко  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Аліловий спирт (АС) – токсин, що викликає некроз печінки у щурів і мишей. Відомо, що оксид азоту (NO) є важливим медіатором гепатотоксичності багатьох хімічних агентів. Метою нашої роботи було дослідити вплив АС на функціональний стан антиоксидної системи печінки і плазми крові щурів уражених даним токсикантом.

Досліди проведені на 14 щурах лінії Вістар, розділених на 2 групи: I – інтактні тварини; II – щурі, яким вводили АС у дозі 30 мкл/кг (контроль). Як показали результати наших експериментів, ураження печінки АС супроводжується глибокими порушеннями антиоксидної системи.

Так, на 1-у добу після введення токсину активність одного з основних антиоксидних ферментів організму – каталази, що відповідає за знешкодження перекису водню і тим самим блокує ланцюг ліпопероксидації ще на стадії ініціації, зменшилася в печінці більше, ніж у 2 рази. Протягом наступних двох днів активність каталази зберігалася на пониженому рівні і на 3-у добу все ще залишалася достовірно нижчою (на 25 %) від рівня інтактних щурів. На відміну від печінки, в плазмі крові спостерігалася підвищення активності фермента після інтоксикації. Максимальна активність каталази в крові (142 %) була зареєстрована на 1-у добу експерименту. У наступному активність фермента дещо падала, але на 3-у добу залишалася все ще достовірно вищою від рівня здорових тварин. Відомо, що значна кількість каталази міститься в гепатоцитах. Можливо, що підвищення активності фермента в крові є результатом його посиленого виходу в кров внаслідок цитолізу гепатоцитів під впливом АС.

Отже, в патогенезі гепатотоксичної дії АС важливу роль відіграють порушення функціонування системи антиоксидного захисту. Під впливом даного гепатотоксину в тканині печінки пригнічується активність ферментативної антиоксидної системи.

**РОЗВИТОК ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМУ В ЩУРІВ ЗА УМОВ  
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ХОЛЕСТАЗУ**

Кафедра медичної біохімії

Науковий керівник: канд. біол. наук, доц. М.І. Куліцька  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Недостатність функції нирок, пов'язана з патологією печінки і жовчних шляхів, виникнення ряду ускладнень в інших органах та порушення при цьому обмінних процесів привертають усе більшу увагу клініцистів і вказують на необхідність глибшого вивчення патогенезу даних захворювань. На сьогодні в доступних нам наукових літературних джерелах недостатньо робіт, присвячених вивченню ниркових дисфункцій при хронічному холестазі, що потребує дослідження за умов експерименту.

**Мета роботи** – дослідити зміни біохімічних показників у щурів з експериментальним холестазом.

Експериментальний холестаз моделювали у 30 статевозрілих щурів-самців, накладаючи подвійну лігатуру на спільну жовчну протоку з наступним її пересіченням. Контролем слугували інтактні тварини. Евтаназію щурів здійснювали шляхом кровопускання за умов тіопенталового наркозу на 28 добу від початку досліджу. Всі маніпуляції з експериментальними тваринами проводили з урахуванням принципів біоетики.

Концентрацію загальних жовчних кислот, загального білірубіну, сечовини, електролітів (іонів Na<sup>+</sup> і K<sup>+</sup>), холестерину, активність аспартатамінотрансферази (АсАТ) і лужної фосфатази (ЛФ), вміст дієновихкон'югатів (ДК), ТБК-активних продуктів (ТБК-АП), активність каталази і супероксиддисмутази (СОД) визначали за загальноприйнятими біохімічними методиками. Кількісні показники обробляли статистично з використанням програми «Excel Microsoft». Достовірність різниці між показниками встановлювали із застосуванням t критерію Стьюдента.

**Результати досліджень** показали, що 28-добовий холестаз супроводжується тривалим порушенням зовнішньосекреторної функції печінки – процесу утворення і виділення жовчі. У сироватці крові піддослідних щурів спостерігали значне збільшення концентрації загальних жовчних кислот (у 73,1 раза) та загального білірубіну (в 17,8 раза). Достовірно зростала активність АлАТ (у 7,6 раза) та ЛФ (у 4,6 раза), що свідчило про вторинне залучення печінкової паренхіми в патологічний процес з тяжким його перебігом. За умов вираженої холемії нирки виводять з організму надлишок жовчних кислот – розвивається стійка холурія. Через 28 діб від початку моделювання холестазу в гомогенатах нирок піддослідних щурів активізуються процеси ПОЛ – спостерігали зростання рівня ДК і вмісту ТБК-АП, при цьому відмічали пригнічення антиоксидантного захисту органа – знижувалась активність каталази та СОД.

У тварин з експериментальним хронічним холестазом розвивається ренальна форма ниркової недостатності, що супроводжується збільшенням у сироватці крові концентрації сечовини (у 2,1 раза), загальних ліпідів та іонів калію. У сечі відмічають збільшення концентрації білка, зменшення питомої ваги сечі, концентрації сечовини та її мінімального кліренсу до 61 % відносно контролю.

*Михайлюк Ірина*

**ПОРУШЕННЯ БІЛОКСИНТЕЗУВАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ В УМОВАХ СКЕЛЕТНОЇ, ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТА ПОЄДНАНОЇ ТРАВМИ В ПЕРІОД РАННІХ ПРОЯВІВ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ**

Кафедра медицини катастроф і військової медицини  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф А.А. Гудима  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Одним із тяжких ускладнень тяжкої травми є розвиток поліорганної недостатності. Остання в період ранніх і пізніх проявів травматичної хвороби нерідко стає основною причиною смерті постраждалих. У зв'язку з цим раннє виявлення і профілактика поліорганної недостатності в умовах тяжкої травми належить до актуальних проблем сучасної теоретичної і практичної медицини. В сучасних умовах різко збільшилася частота поєднаних краніоскелетних уражень. Однак внесок кожної із цих травм у формування печінкової дисфункції вивчено недостатньо. Немає переконливих даних щодо динаміки її білоксинтезувальної функції, зокрема як індикатора раннього виявлення недостатності печінки.

Мета роботи – з'ясувати роль білоксинтезувальної функції печінки в патогенезі скелетної, черепно-мозкової і поєднаної травми в період ранніх проявів травматичної хвороби.

В експериментах на нелінійних білих щурах з дотриманням біотичних правил моделювали скелетну травму (перелом обох стегон), черепно-мозкову (дозований удар по черепу) та їх поєднували. Тварин виводили з експерименту через 1, 3 і 7 діб посттравматичного періоду, що відповідало раннім проявам травматичної хвороби. У сироватці крові визначали вміст загального білка.

Дослідження показали, що після скелетної травми вміст у сироватці крові загального білка знижувався у порівнянні із контрольною групою і через 1-3 доби був статистично достовірним. В умовах черепно-мозкової травми вміст білка теж знижувався у всі терміни спостереження, проте результат виявився неістотним порівняно із контрольною групою. Після поєднаної травми показник через 1 і 7 діб виявився істотно меншим, ніж у контролі.

Порівнюючи дослідні групи між собою, з'ясувалося, що через 1 і 7 діб вміст у сироватці крові загального білка в умовах самої скелетної і поєднаної травм виявився істотно меншим, ніж після самої черепно-мозкової травми. В цих умовах показник був найбільшим й через 3 доби посттравматичного періоду.

Аналіз динаміки досліджуваного показника виявив, що у всіх групах він досягав мінімального рівня через 1 добу і в подальшому зростав, проте це підвищення не було статистично значущим у порівнянні із попередніми термінами спостереження.

Таким чином, механічна травма різної локалізації супроводжується істотним зниженням вмісту загального білка в сироватці крові. Найбільші порушення виникають після самої скелетної і поєднаної травм через 1 добу, через 7 діб вони стають дещо меншими, проте істотно відрізняються від контрольної групи. Отже, вміст загального білка є чутливим індикатором тяжкості травми та розвитку гепатодепресії.

*Миц Ірина*

**ВПЛИВ ПРЕ- І ПОСТНАТАЛЬНОГО СТРЕСУ НА МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ТВАРИН РІЗНОЇ СТАТІ**

Кафедра патологічної фізіології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф О.В. Денефіль  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Стреси викликають патологію різних органів і систем. Небезпечними є пренатальні стреси та стреси, які перенесені в дитячому та пубертатному періоді розвитку.

Метою роботи було визначити вплив пре- і постнатального стресу на морфологічні зміни внутрішніх органів у щурів різної статі.

У досліді взяли тварин контрольної групи, щурів, які зазнали пренатального і постнатального стресу та їх комбінації. Для морфологічного дослідження забирали надниркові залози, тимус, щитоподібну залозу, яєчники, яєчка, серце, печінку, селезінку, слинні залози, тонку кишку, шлунок.

Після перенесеного стресу у надниркових залозах відмічено згладженість зон переходу. Спостерігається інволюція тимусу, його вакуольна дистрофія, руйнування тимоцитів і лімфоцитів, у щитоподібній залозі відмічено наявність пінистого колоїду. Яєчка втрачають чітке, впорядковане розташування клітин адлюмінального шару, судини перегородок розширені, кровонаповненні, потовщена капсула. У яєчниках відмічена потовщена тека, лімфоцитарна інфільтрація, полікістоз. У серці спостерігаються поодинокі некротично уражені кардіоміоцити. Печінка кровонаповнена, відмічена її лімфогістіоцитарна інфільтрація. У червоній пульпі зростає кількість лейкоцитів, нечітко видно тяжі Більрота. Відмічено зміни у слинних залозах. У кишківнику спостерігається набряк, зміна висоти і товщини ворсинок, зменшення глибини крипт, келихоподібні клітини переповнені слизом. У шлунку виявлено зменшення товщини слизової оболонки, зростання кількості мукоцитів.

**Висновки.** Отримані результати вказують на значне пошкодження внутрішніх органів у тварин, які зазнали пренатального та постнатального стресу, та їх комбінації.

*Мороз Тарас*

**ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ**

Кафедра нормальної фізіології  
Науковий керівник асист. Т.В. Кащак  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність проблеми.** Психологічні особливості копінг-поведінки становлять істотну передумову вироблення ефективних стратегій переживання стресу та становлення кваліфікованих фахових особистостей.

**Мета дослідження** полягає у діагностичній експлікації копінг-поведінки та тих чинників, що чинять вплив на додання стресів у студентів медичних ВУЗів.

**Матеріали і методи.** Дослідження проводилось на базі ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського» МОЗ України серед 17-18 річних студентів першого курсу спеціальності «Лікувальна справа». Серед 30 респондентів (15 хлопців та 15 дівчат) були застосовані дві методики: «Копінг поведінка в стресових ситуаціях» С. Нормана, Д.Ф. Ендлера, Д.А. Джеймса, М.І. Паркера в адаптованому варіанті Т.А. Крюкової, а також «Методика визначення індивідуальних копінг-стратегій» Е. Хайма.

Результати дослідження. Методика «Копінг-поведінка в стресових ситуаціях» С. Нормана, Д.Ф. Ендлера, Д.А. Джеймса, М.І. Паркера уможливила з'ясувати, що більшість респондентів вибрали копінг-стратегію, орієнтовану на соціальне відвертання (72,40%) та копінг, орієнтований на розв'язування завдань (66,42%).

Згідно з результатами методики визначення індивідуальних копінг-стратегій Е. Хайма, у 53,33% студентів вибірки спостерігаються відносно продуктивні копінг-стратегії, у 33,33% - продуктивні, та у 13,33% - непродуктивні. У групі досліджуваних виявилися такі кількісно-частотні показники копінг-стратегій: у сфері «когнітивні копінг-стратегії» варіант «проблемний аналіз» обрали 12 респондентів (6 чол.\6 жін.), у сфері «емоційні копінг-стратегії» надали пріоритет варіантові «оптимізм» 22 респонденти (11чол.\11жін.), та у сфері поведінкових копінг-стратегій вибрали «співпрацю» 6 учасників опитування (4 чол.\2 жін.).

**Висновок.** Переважна більшість вибірки студентів-медиків обирає націлені на соціальне відвертання копінг-стратегії, що пояснюється важкими умовами навчання й обсягом складного за змістом матеріалу, що молодих людей виснажує. Це являє собою від'ємний феномен і потребує подальшої діагностики та опрацювання методів додання стресів. Водночас показники копінг-стратегій, які націлені на конструктивне розв'язування проблеми, отримали у респондентів високі бали. З огляду на те, що більшість респондентів обрали продуктивні та відносно-продуктивні стратегії вирішення складних життєвих ситуацій, які в підсумку становлять 87%, що свідчить, про те, що студенти-медики із досліджуваної вибірки ефективно долають стресові ситуації та володіють перспективою опанування лікарською справою.

*Нароха Віолетта*

**СТРУКТУРНО-МЕТАБОЛІЧНІ ЗМІНИ МІОКАРДУ ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ**

Кафедра фармацевтичної, біологічної та токсикологічної хімії  
Науковий керівник: д-р мед.наук І.В. Ніженковська  
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця  
м. Київ, Україна

Доксорубіцин (ДОК) – препарат антрациклінового ряду, що використовуються в онкології, проте його токсична дія спричинює кардіоміопатію, що є зручною моделлю дослідження серцевої недостатності. Метою дослідження було оцінити структурні та метаболічні зміни міокарду щурів на тлі ДОК-індукованої кардіоміопатії.

Біохімічні дослідження показали перерозподіл жирнокислотного (ЖК) обміну міокарду в бік насичених ЖК: вміст насичених ЖК збільшився на 8,6% (пальмітинової на 16,4%, міристинової на 15,2%), ненасичених ЖК – зменшився на 5,9% (арахідонової на 15,2%, лінолевої на 21,8%), поліненасичених ЖК – зменшився на 16,8%. Збільшення синтезу пальмітинової кислоти, як джерела АТФ при β-окисненні, асоційовано із енергетичним дефіцитом. Встановлено різке падіння концентрації макроергічних аденіннуклеотидів (АТФ на 30,1%, АДФ на 16,1%), що було викликано роз'єднанням окисного фосфорилування в мітохондріях і, як наслідок, вільнорадикального окиснення протеїнів. Рівень окисної модифікації білків (ОМБ) достовірно зріс в 2,3 рази. Іншим чинником прогресуючої ОМБ були зміни антиоксидантних систем кардіоміоцитів. Вміст SH-груп, що виконують роль акцепторів електронів і нейтралізації вільних радикалів, зменшився на 29,8% (небілкових на 41,8%, білкових на 27,6%).

Метаболічні зміни міокарду підтверджено на ультраструктурному рівні. Встановлено, набряк цитоплазми кардіоміоцитів із зменшенням щільності скоротливих актин-міозинових фібрил, деформацію мітохондріальних і ядерних мембран із появою атипових ядерців, що свідчить про порушення компактизації хроматину, його фрагментації і окисненні ліпідних мембран.

ДОК-індукована кардіоміопатія характеризується розвитком оксидативного стресу міокарда, порушенням антиоксидантного та енергетичного профілю, що спричинює структурні зміни міокарда.

*Немеш Маріанна*

**ПРАВИЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ ТА ФІЗИЧНІ НАВАНТАЖЕННЯ – ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ СКЛАДУ ТІЛА ТА БОРТЬБИ З ОЖИРІННЯМ**

Кафедра фізіології та патофізіології  
Науковий керівник: д-р біол.наук , проф. В.П. Фекета  
ДВНЗ "Ужгородський національний університет"  
м. Ужгород, Україна

«Ми є те , що ми їмо», - ці слова повинні бути лозунгом для людини в сучасному суспільстві. За даними статистики ВООЗ 35 % людей віком від 20 і вище мають надмірну вагу, а 11% страждають ожирінням. В Україні за даними ВООЗ (2014 рік) 51,8% населення мають надмірну вагу, а 20,1 % страждають ожиріння.

Метою нашої роботи було обґрунтування можливості корекції надмірної ваги тіла та оптимізації його складу з допомогою індивідуальної підібраної програми харчування та рухової активності у жінок середнього віку.

До дослідження було залучено 24 жінок віком від 30 – 40 років, які протягом 2 місяців займалися фізичними навантаженнями за індивідуальною програмою. Окрім цього всім жінкам проводили корекцію харчового раціону. Вимірювання маси тіла, а також визначення таких параметрів як % вміст м'язів і жиру, води, ІМТ, показника вісцерального жиру і визначення біологічного віку здійснювали за допомогою аналізатора складу тіла TANITA BC-601. Отримані результати були опрацьовані методами варіаційної статистики при рівні значимості  $p < 0,05$ .

Протягом 2 місячної корекції ваги у жінок вага зменшилася в середньому на  $5,0 \pm 0,2$  кг, а ІМТ - на  $2.4 \pm 0,1$  кг/м<sup>2</sup>. Було встановлено , що із зменшенням % вмісту жиру в організмі , біологічний вік також зменшується. Це свідчить про покращення фізичного стану та метаболічних процесів в організмі жінки. Окрім цього, спостерігалось збільшення м'язової маси та % вмісту води в організмі. Зменшення показника вісцерального жиру прямо пропорційно залежало від зменшення ваги , об'єму талії та % вмісту жиру і також позитивно впливало на показник біологічного віку. Отримані результати свідчать про те, що фізичне навантаження та корекція харчового раціону є основною ланкою системи заходів у боротьбі з надмірною вагою та ожирінням. На наш погляд, це є важливим і для профілактики ряду захворювань серцево-судинної системи, що пов'язані із ожирінням.

*Нижник Галина, Тригуб Роман, Поліщук Ольга*

**СТАТЕВІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ПРИ МОДЕЛЮВАННІ ДИФУЗНОГО КАРДІОСКЛЕРОЗУ У ЩУРІВ**

Кафедра патологічної фізіології  
Науковий керівник: Г.С. Сатурська  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
Тернопіль

Порушення ритму серця супроводжує цілий ряд захворювань серцево-судинної системи. Особливої актуальності ця проблема набуває при ішемічній хворобі серця, адже у гострому періоді інфаркту міокарда аритмії реєструються у 95-100 % пацієнтів. Також аритмії є головною причиною раптової смерті при серцевій патології у 93 % випадків.

Метою дослідження було виявити основні порушення ритму на 1-шу і 30-ту добу моделювання дифузного кардіосклерозу у щурів залежно від віку та статі піддослідних тварин.

Дослідження провели на самцях і самках щурів (150-280 г). Для моделювання кардіосклеротичного процесу тваринам вводили розчин адреналіну гідротартрату у дозі 1,0 мг/кг внутрішньом'язово двічі з інтервалом у 7 діб, причому кожне введення поєднували з інтраперитонеальною ін'єкцією 5 % розчину кальцію глюконату в дозі 1,0 мл на 100 г маси тварини.

Результати експерименту показали, що впродовж перших 15 хвилин після проведення ін'єкції деякі тварини гинули у зв'язку з розвитком гострої лівошлуночкової недостатності або фатальних аритмій. На 30-ту добу після моделювання патології виявляли та ідентифікували вид порушення серцевого ритму за допомогою реєстрації ЕКГ, зокрема: фібриляцію передсердь, надшлуночкові та шлуночкові екстрасистолії, які частіше реєструвалися у молодих самців, ніж у самок. При аналізі частоти різних видів аритмій між групами старих тварин різної статі достовірної відмінності не було, проте, в цілому, у старих тварин порушення ритму спостерігалось частіше, ніж у статевозрілих.



*Носівець Дмитро*

**ПАТОЛОГІЯ КІСТКОВОЇ ТА ХРЯЦОВОЇ ТКАНИН НА ФОНІ ТИРЕОЇДНОЇ ДИСФУНКЦІЇ**

Кафедра фармакології та клінічної фармакології  
Науковий керівник д-р мед. наук, проф. В.Й. Мамчур  
ДЗ "Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України"  
м. Дніпропетровськ, Україна

Захворювання щитоподібної залози (ЩЗ) відносяться до актуальної проблеми сучасного суспільства у зв'язку з широким постійним поширенням даної патології та з пов'язаними з цими захворюваннями соматичними, репродуктивними та психічними розладами. Відомо, що за даними ВООЗ серед ендокринних порушень, захворювання ЩЗ займають друге місце після цукрового діабету.

**Мета** - обґрунтувати доцільність дослідження змін кісткової та хрящової тканин при патології ЩЗ на фоні фармакотерапії.

Негативний вплив гормональної дисфункції ЩЗ на функціональний стан органів та систем обумовлений ключовою роллю тиреоїдних гормонів в процесах метаболізму. Так відомий взаємозв'язок патології ЩЗ з розвитком ревматоїдного артриту та системного червоного вовчаку (Валеєва В. Ф. с соавт., 2011; Русанова О. А., 2014), цукрового діабету, серцево-судинної патології, розладами шлунково-кишкового тракту, енергетичного обміну, вегетативної нервової системи та дисбалансу статевих гормонів (Провоторов В. М. с соавт., 2002; Кудрявцева І. В., Долгалева А. А., 2010).

Відомо, що метаболічні порушення негативно впливають на стан кісткової та хрящової тканини, що обумовлює розвиток низки патологічних станів серед яких безумовно важливими є остеопороз та остеоартроз (ОА) (Поворознюк В., 2014; Дедух Н., 2014). Найбільш вживаною групою лікарських засобів при ОА є НПЗЗ. Але, до теперішнього часу не з'ясовано яку дію мають ці засоби на стан кісткової та хрящової тканин на тлі базової фармакотерапії патології ЩЗ. Саме тому при наявності у хворих з тиреоїдною дисфункцією супутнього ОА виникає низка питань раціонального та безпечного застосування НПЗЗ з урахуванням базової патогенетичної фармакотерапії та клінічних форм захворювання.

*Олійник Тетяна, Савосько Сергій.*

**РІВЕНЬ СТРУКТУРНИХ І МЕТАБОЛІЧНИХ ЗМІН КОРИ ВЕЛИКОГО МОЗКУ ПРИ ЛОКАЛЬНОМУ ГЕМОРАГІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ**

Кафедра гістології та ембріології  
Науковий керівник: член-кореспондент НАМН, д-р мед. наук, проф. Ю.Б. Чайковський  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,  
м. Київ, Україна

**Актуальність.** Геморагічний інсульт є актуальною медичною і нейронауковою проблемою. В фармакології розроблені декілька методів моделювання інсульту, серед яких основною є введення аутокрові в структури мозку. Для удосконалення моделі локального інсульту і оцінки структурно-метаболічних змін при крововиливі в мозок запропоновано модель аутогеморагічного інсульту у лінії щурів із спонтанною артеріальною гіпертензією.

**Мета дослідження.** Дослідити морфологічні та біохімічні зміни кори великого мозку при геморагічному інсульті з урахуванням фактору артеріальної гіпертензії.

**Матеріали та методи.** Експериментальні дослідження проведені на 60 щурах-самцях. Відтворення інсульту у тварин досягали механічним руйнуванням тканини внутрішньої капсули з подальшим введенням аутокрові. Через 10 діб після інсульту проведено гістологічну оцінку дистрофічних змін кори мозку і активності каталази, супероксиддисмутази, DT-діафрази, рівня малонового діальдегіду (MDA) і дієнових кон'югатів (DC).

**Результати.** Структурні та метаболічні зміни в корі головного мозку щурів були досліджені за різного ступеня геморагічного інсульту. Внутрішньомозковий крововилив, перифокальний набряк та ферментативна дисфункція збільшувалися при моделюванні інсульту у гіпертензивних щурів. Значну різницю біохімічних маркерів оксидативного стресу встановлено в порівнянні з групою із легкою формою інсульту (у WKY групі): зростала активність DT-діафрази на 64,1% ( $p < 0,05$ ), рівень MDA у 2,2 та 1,9 рази ( $p < 0,01$ ), DC у 1,5 і 1,9 разів ( $p < 0,01$ ) відповідно нормотензивних і гіпертензивних щурів. При інсульті знижувалась активність супероксиддисмутази і каталази на 10,9% і 16,2% ( $p < 0,05$ ) у нормотензивних щурів і на 32,7% і 69,4% ( $p < 0,05$ ) у гіпертензивних.

**Висновки.** На основі отриманих даних можна стверджувати, що артеріальна гіпертензія є обтяжуючим чинником розвитку геморагічного інсульту, в основі чого є порушення антиоксидантної системи і гіперпродукція ліпідних окиснених продуктів.

*Пилипович Наталія, Шалько Оксана, Пилипович Олена, Нестор Дмитро*

**ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ (ВСР) ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН ЗА УМОВ ВПЛИВУ ГІПОБАРИЧНОЇ ГІПОКСІЇ ПРИ ПОПЕРЕДНЬОМУ ЗАСТОСУВАННІ А1-АДРЕНОБЛОКАТОРА**

Кафедра нормальної фізіології  
Науковий керівник: С.М. Ковальчук., доцент Л.В. Паніна.  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

Розвиток адаптивних процесів залежить від вихідного функціонального стану організму, тому модифікація адренореактивних структур може суттєво вплинути на перебіг постстресових процесів. Одним з універсальних стресових чинників, що супроводжує багато фізіологічних і патологічних станів, є гіпоксія.

Тому метою даної роботи було дослідити зміни активності регуляторних систем на основі ВСР за умов гіпоксії при попередньому введенні  $\alpha 1$ -адреноблокатора ( $\alpha 1$ -АБ).

Дослідження проводили на щурах-самцях, масою 180-200 г, що утримувалися за стандартних умов віварію. Всіх тварин поділили на дві дослідні групи: I-шій групі вводили селективний  $\alpha 1$ -АБ (діюча речовина доксазозин) у дозі 5 мг/кг; II-гу – піддавали впливу гіпобаричної гіпоксії (умовна «висота» 6000 м впродовж 1 год) із попереднім застосуванням  $\alpha 1$ -АБ Показники ВСР реєстрували через 30 хв і 24 год після гіпоксії.

У I групі через 30 хв після введення  $\alpha 1$ -АБ спостерігали зниження статистичних показників та загальної потужності спектру (за рахунок середньочастотних (MF) і високочастотних (HF) хвиль) і MF/HF, що вказує на зменшення активності усіх регуляторних систем. Через добу спостерігалось відновлення досліджуваних показників до вихідного рівня.

У II групі через 30 хв після гіпоксії на фоні введення препарату спостерігалось більш виражене зниження, як статистичних, так і спектральних показників. У структурі спектру відмічено значне зниження частки HF (82 %), зростання (у 1,5 рази) симпато-вагусного показника, що загалом свідчить про переважання тону симпатичної нервової системи. Через добу відзначено зростання, щодо попереднього терміну, статистичних і спектральних показників, які, проте, залишилися нижчими вихідного рівня. Відмічено відновлення симпато-вагусної рівноваги.

Судячи з проведеного аналізу отриманих даних, ефект гіпоксичної експозиції на фоні введення  $\alpha 1$ -АБ виявляється зниженням активності регуляторних систем через 30 хв та неповним відновленням на другу добу постстресового періоду.

*Пилипчук Ірина, Манорик Оксана*

**ЗМІНИ ОКРЕМИХ ПОКАЗНИКІВ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ПЕЧІНКИ ТА НИРОК ЩУРІВ ЗА УМОВ ІНДУКОВАНОГО КОЛІТУ**

Кафедра біологічної хімії  
Науковий керівник: канд. біол. наук, доц. Ю.М. Федевич  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

**Актуальність.** Неспецифічний виразковий коліт (НВК) є патологією товстої кишки, що призводить до зниження рівня працездатності осіб молодого віку. Ймовірно, одним із факторів виникнення даної патології є стрес, який є невід'ємним чинником, що впливає на організм сучасної людини і активує у клітинах процеси пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ). Для протидії цим процесам функціонує антиоксидантна система (АОС).

**Мета.** Враховуючи системний вплив НВК на організм, метою було визначення рівня зміни ПОЛ та АОС в тканинах печінки і нирок в експерименті.

**Матеріали та методи.** Для досліджень було використано 20 безпородних щурів-самців, масою 180-220 г, яких утримували на стандартному раціоні віварію із дотриманням «Загальних етичних принципів експериментів на тваринах», ухвалених Першим національним конгресом з біоетики. Тварин розділили на 3 групи: 1 група – інтактні, 2 група - з нелікованим експериментальним НВК, модельованим за методом G.A.Muys (1997); 3 група - з експериментальним НВК, які отримали 10 мг/кг «Напроксену» за 1 год до моделювання коліту per os у вигляді суспензії. Отриману печінку та нирки промивали 0,9% розчином NaCl, гомогенізували у цьому ж розчині (1:9). У гомогенатах досліджуваних тканин визначали активність каталази (КАТ) за методом Корольок М.А. та спів. (1988) і ТБК-активних продуктів за методом Тимирбулатова Р.А., та спів. (1981). Отримані результати були оброблені за статистичним t-критерієм Ст'юдента.

**Результати.** Встановлено, що концентрація ТБК-вмісних продуктів у тканині печінки контрольних щурів становить  $304,61 \pm 60,44$  мкмоль/мл, у тварин з НВК -  $518,91 \pm 85,13$  мкмоль/мл, з НВК при застосуванні напроксену -  $285,07 \pm 25,34$  мкмоль/мл. Активність КАТ у тканині печінки контрольних щурів становить  $1,092 \pm 0,28$  мкмоль  $H_2O_2$ /хв\*мг білка, у тварин з НВК -  $1,647 \pm 0,39$  мкмоль  $H_2O_2$ /хв\*мг білка, з НВК при застосуванні напроксену -  $1,208$  мкмоль  $H_2O_2$ /хв\*мг білка.

Концентрація ТБК-вмісних продуктів у тканині нирки контрольних щурів становить  $273,8 \pm 42,11$  мкмоль/мл, у тварин з НВК –  $461,2 \pm 51,59$  мкмоль/мл, з НВК при застосуванні напроксену -  $444,9 \pm 21,15$  мкмоль/мл. Активність КАТ у тканині нирки контрольних щурів становить  $0,776 \pm 0,12$  мкмоль  $H_2O_2$ /хв\*мг білка, у тварин з НВК -  $1,428 \pm 0,08$  мкмоль  $H_2O_2$ /хв\*мг білка, з НВК при застосуванні напроксену -  $1,271$  мкмоль  $H_2O_2$ /хв\*мг білка.

**Висновки.** У тварин з НВК спостерігалась активація процесів ПОЛ у тканинах печінки і нирок та зростання активності каталази. Отримані результати свідчать, що при НВК активуються процеси, які пов'язані з порушенням цілісності мембран клітин досліджуваних тканин.

*Полозов С., Стоянова Ю.*

**ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА УРОВЕНЬ АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ В  
ТКАНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС**

Кафедра патологической физиологии имени Д.Е. Альперна  
Научный руководитель: канд. мед. наук И.А. Сухлдост  
Харьковский национальный медицинский университет  
г. Харьков, Украина

**Актуальность.** В современном обществе наиболее распространенными источниками электромагнитного излучения (ЭМИ) являются электроприборы и средства коммуникаций с частотой (800-950 МГц). Не смотря на то, что данный вид излучения считается безвредным для окружающей среды в виду отсутствия ионизирующей способности, до сих пор остается открытым вопрос о его безопасности для живых организмов. Учитывая вышесказанное, целью нашей работы явилось изучение влияния ЭМИ (800-950 МГц) на состояние уровня активности каталазы в тканях головного мозга.

**Материалы и методы.** Для проведения данной экспериментальной работы было взято 12 трехмесячных крыс, которые были разделены на 2 группы по 6 крыс, соответственно, основную (1 гр.) и контрольную (2 гр.). Активность каталазы в гомогенате головного мозга (ГМ) была определена по методу Королюка.

**Результаты и их обсуждение.** Полученные данные свидетельствуют о повышении активности каталазы в гомогенате ГМ у крыс 1-й гр. ( $0,6 \pm 0,02$  мккат/мл) относительно 2 гр. ( $0,46 \pm 0,05$  мккат/мл) на 30,4% ( $p < 0,001$ ). Это косвенно свидетельствует о повышении продукции свободных перекисных соединений в результате воздействия ЭМИ на организм животных, что может приводить к функциональным и структурным нарушениям ГМ.

**Вывод.** Повышение активности каталазы в гомогенате ГМ свидетельствует о негативном влиянии ЭМИ (800-950 МГц) на состояние антиоксидантной системы животных. Данные изменения указывают на активацию процессов адаптации к индуцированному окислительному стрессу.

*Полозов С., Каримова Э., Илюха С., Скибина К*

**ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА УРОВЕНЬ МОЛЕКУЛ СРЕДНЕЙ МАССЫ В  
СЫВОРОТКЕ КРОВИ У КРЫС**

Кафедра патологической физиологии имени Д.Е. Альперна  
Научный руководитель: канд. мед. наук И.А. Сухлдост  
Харьковский национальный медицинский университет  
г. Харьков, Украина

**Актуальность.** На сегодняшний день электромагнитное загрязнение окружающей среды является неотъемлемой частью повседневной жизни любого человека. Отсутствие достоверной информации о влиянии электромагнитного излучения (ЭМИ) на живые организмы, а также невозможность его восприятия в обычных условиях делает этот вид загрязнения особенно опасным и непредсказуемым.

Электромагнитное загрязнение биосферы является возможной причиной развития в живых организмах окислительного стресса. Следуя из вышесказанного, целью нашей работы являлось изучение влияния ЭМИ частотой 800-950 МГц на состояние окислительных процессов у крыс на основании оценки показателей молекул средней массы (МСМ).

**Материалы и методы.** Проведено изучение влияния ЭМИ на 12 крыс 3-месячного возраста популяции Вистар, разделённых на две группы по 6 животных в каждой: основную (1 гр.) и контрольную (2 гр.). МСМ в сыворотке крови определялись спектрофотометрическим методом.

**Результаты.** У крыс 1-й гр. установлено повышение (на 19,8%,  $p < 0,001$ ) концентрации МСМ в сыворотке крови ( $0,127 \pm 0,008$  у.е.) в сравнении с группой контроля ( $0,106 \pm 0,014$  у.е.). Указанные изменения свидетельствуют о негативном влиянии ЭМИ белковые и пептидные соединения сыворотки крови, поскольку последние претерпевают окислительную модификацию. Следствие этого могут активироваться процессы угнетения биосинтеза белка, что чревато подавлением активности ферментов.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют об активации окислительных процессов в организме крыс под воздействием ЭМИ частотой 800-950 МГц. Увеличение показателей в сыворотке крови МСМ отражают отрицательное воздействие ЭМИ на живой организм, которое проявляется активацией процессов свободнорадикального окисления.

*Похваленная Валерия, Полозов С., Каримова З.*

**ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ В НАДПОЧЕЧНИКАХ ПЯТИМЕСЯЧНЫХ КРЫС В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ЧАСТОТОЙ 800-950 МГц**

Кафедра патологічної фізіології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.В. Николаева  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

**Актуальность:** В настоящее время вопрос о негативном влиянии электромагнитного излучения (ЭМИ) на организм человека остается открытым. По мнению многих ученых, данный вид воздействия на организм может привести к изменению активности антиоксидантных систем в тканях и органах, что в свою очередь может отражать повышение уровня процессов свободнорадикального окисления. Вероятно, подобные изменения могут иметь место в эндокринной системе, в частности, в надпочечниках, что может привести к функциональным нарушениям в них.

**Цель:** Учитывая вышесказанное, целью нашей работы явилось изучение воздействия ЭМИ частотой 800-950 МГц на состояние уровня концентрации супероксиддисмутазы (СОД) в ткани надпочечников.

**Материалы и методы:** Для проведения данной экспериментальной работы было взято 12 пятимесячных крыс, которые были разделены на 2 группы по 6 крыс, соответственно, основную (1 гр.) и контрольную (2 гр.). Концентрация СОД в гомогенате надпочечников была определена спектрофотометрическим методом.

**Результаты:** Полученные данные указали на повышение активности СОД у 2 гр. ( $30,42 \pm 1,06$  мкмоль/мл) относительно 1 гр. ( $25,58 \pm 1,1$  мкмоль/мл) на 18% ( $p < 0,001$ ). Повышение концентрации СОД в ткани надпочечников может указывать на вероятное увеличение образования супероксид анион радикала кислорода, который вступает в реакцию с эндогенной водой, образованной в дыхательной цепи митохондрий, с ее трансформацией в перекись водорода, которая, в свою очередь, может вступать в реакции окисления липидов.

**Вывод:** Таким образом, результаты исследования показали наличие патологического воздействия ЭМИ частой 800-950 МГц на надпочечники подопытных животных, которое характеризуется повышением концентрации в ткани исследуемого органа одного из основных антиоксидантных ферментов, СОД. Данные изменения указывают на активацию адаптационных процессов в клетках, в ответ на повышение образования активных форм кислорода, в результате воздействия ЭМИ.

*Розуменко І., Гарбузова В., Амплеев С.*

**ВПЛИВ Т134967G ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ANKH НА РОЗВИТОК ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ В ОСІБ, ЩО КУРЯТЬ І НЕ КУРЯТЬ**

Кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології  
Сумський державний університет  
м. Суми, Україна

ANKH – трансмембранний білок - регулятор транспорту неорганічного пірофосфату (PPi) із клітини в позаклітинне середовище. Відомо, що мутації в гені ANKH призводять до масивної ектопічної кальцифікації судинної стінки через дефіцит PPi в позаклітинному просторі.

Метою роботи був аналіз впливу Т134967G поліморфізму гена ANKH на розвиток гострого коронарного синдрому (ГКС) в осіб, що курять і не курять.

У роботі було використано венозну кров 118 хворих з ГКС і 110 здорових пацієнтів. Визначення Т134967G поліморфізму гена ANKH проводили за методом полімеразної ланцюгової реакції.

Співвідношення гомозигот за основним алелем Т/Т і осіб з генотипом Т/Г+Г/Г у осіб контрольної групи, що не курили, становило 69,1% і 30,9%, а у хворих із ГКС – 51,6% і 48,4% відповідно. Таким чином, у осіб, що не курять, носіїв мінорного алеля (Т/Г+Г/Г), ризик виникнення ГКС достовірно вищий ( $P=0,031$ ). У курців не виявлено статистично значимого зв'язку між поліморфними варіантами гена ANKH і розвитком ГКС ( $P=0,463$ ). У гомозигот з генотипом Т/Т у контрольній групі курців було 24,3%, а тих, що не курять – 75,7%. Серед хворих із ГКС дане співвідношення складало: 46,8% і 53,2%. Отже, у курців, гомозигот за основним алелем, ГКС виникає достовірно частіше, ніж у тих, що не курять ( $P=0,006$ ). Частота генотипів за Т134967G поліморфізмом у курців і тих, що не курять, у кожній з груп порівняння: у контролі ( $P=0,486$ ) і у хворих із ГКС ( $P=0,816$ ) достовірно не відрізнялася.

У носіїв мінорного алеля (Т/Г+Г/Г), що не курять, існує достовірний зв'язок Т134967G поліморфізму гена ANKH із розвитком ГКС. У курців, гомозигот за основним алелем, ГКС виникає достовірно частіше, ніж у тих, що не курять.

*Романів Світлана*

**ПОКАЗНИКИ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ОРГАНІЗМУ У КРОЛІВ З ХІМІЧНИМ ОПІКОМ РОГІВКИ НА ТЛІ МЕРКАЗОЛІЛ-ІНДУКОВАНОГО ГІПОТИРЕОЗУ**

Кафедра клініко-лабораторної діагностики  
Науковий керівник: д-р.біол.наук., проф. І.М. Кліщ  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Опіки очей є важким пошкодженням органа зору, найчастіше це опікова травма рогівки, спричинена лугами. При пригніченні функції ЩЗ показано пригнічення неспецифічних факторів захисту, таких як бактерицидна, комплементарна і лізосомальна активність. Підтверджено зниження функціональної активності нейтрофілів ПК у хворих на гіпотиреоз. Гіпотиреоз у кролів викликали уведенням мерказолілу в дозі 10 мг/кг протягом 60-ти діб. Хімічний опік рогівки моделювали шляхом аплікації на рогівку експериментальних тварин фільтрувального паперу діаметром 5 мм, змоченого у 1 N р-ні NaOH протягом 30 с. Функціональну активність нейтрофілів оцінювали за допомогою спонтанного НСТ-тесту (сНСТ-тест). Для визначення функціонального резерву нейтрофілів використовували індукований НСТ-тест (іНСТ-тест). Розраховували також показник резерву (ПР) за формулою  $iНСТ/сНСТ$ , а також коефіцієнт метаболічної активації нейтрофілів (Какт) за формулою:  $iНСТ - сНСТ/iНСТ$  [1].

В усі терміни спостереження значення як сНСТ-тесту, так і іНСТ-тесту були нижчими порівняно з тваринами, у яких запальний процес перебігав без зміни гормонального фону. Найбільш значне зниження показників НСТ-тесту мало місце на 14-у добу, що становив 89% і 85% відповідно, що супроводжувалося зменшенням ПР до  $(1,51 \pm 0,05)$  і Какт до  $(0,33 \pm 0,02)$ . Рівень лізоциму у сироватці крові кролів після опікової травми рогівки на тлі гіпотиреозу різко знизився на 74 %, порівняно з нормою.

Отже, перебіг опікової травми рогівки на тлі гіпотиреозу супроводжується пригніченням біоцидності нейтрофілів і зниженням їх фагоцитарної активності, а також зменшенням концентрації лізоциму у сироватці крові.

*Савченко Інна*

**ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ ЗАЛЕЖНО ВІД ЧАСТОТИ ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ С-1562Т ГЕНА MMP-9**

Кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф О.В. Атаман  
Сумський державний університет  
Суми, Україна

**Мета.** Вивчити частоту алельних варіантів гена MMP-9 за С-1562Т поліморфізмом у жінок з лейоміомою матки, перебіг якої супроводжується порушенням менструальної функції у вигляді альгодисменореї (больового синдрому під час менструації).

**Матеріали і методи.** У роботі використано венозну кров 108 жінок хворих на лейоміому матки і 84 жінок без цієї пухлини. Визначення С-1562Т поліморфізму гена MMP-9 проводили за допомогою методу полімеразної ланцюгової реакції з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів. Ампліфікати одержаного фрагменту гена MMP-9 після рестрикції розділяли в 2,5% агарозному гелі, що містив 10 мкг/мл бромистого етидію. Горизонтальний електрофорез (0,1А; 140V) проводили протягом 35 хв. Візуалізацію ДНК після електрофорезу здійснювали за допомогою транслюмінатора («Біоком»). Статистичний аналіз проводили з використанням програми SPSS-17.

**Обговорення результатів.** Поділ пацієнток за наявністю або відсутністю в анамнезі альгодисменореї в репродуктивному віці вказав на відсутність істотної відмінності в розподілі частот алельних варіантів С-1562Т поліморфізму гена MMP-9 між хворими на ЛМ і пацієнтками контрольної групи серед жінок що мали порушення менструації больового характеру ( $P=0,925$ ) та пацієнток без альгодисменореї ( $P=0,352$ ). В основній групі частота гомозигот за мінорним алелем (ТТ) була більшою серед жінок без больового синдрому під час менструації. Тоді як в контрольній групі відсоток носіїв ТТ генотипу був вищим серед жінок з альгодисменореєю.

**Висновки.** Результати виконаних нами досліджень показали, що не існує зв'язку між поліморфізмом С-1562Т гена MMP-9 і розвитком лейоміоми матки перебіг якої супроводжується альгодисменореєю.

Савчук З.

**АКТИВНІСТЬ ЛІЗОСОМАЛЬНИХ ФЕРМЕНТІВ У КРОЛІВ З ХІМІЧНИМ ОПІКОМ РОГІВКИ**

Кафедра клініко-лабораторної діагностики  
 Науковий керівник: проф. І.М. Кліщ  
 ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
 імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
 м. Тернопіль, Україна

Досліди проведені на статевозрілих кролях масою тіла 2,5–3 кг. Гіпотироз моделювали введенням через зонд мерказолілу у дозі 10 мг/кг протягом 60-ти днів. Опікову травму викликали аплікацією на рогівку фільтрувального паперу діаметром 5 мм, змоченого у 1 N розчині NaOH протягом 30 секунд. Маніпуляції проводили під епібульбарною анестезією 0,5 % розчином алкаїну та ретробульбарною анестезією 2 % розчином лідокаїну. Активність катепсину D (КТД) в гомогенаті рогівки визначали методом Дингла, активність кислій фосфатази (КФ) визначали за методом Bodansky. Нанесення хімічного опіку рогівки евіроїдним тваринам призвело до вірогідного зростання КТД в 1,8 раза на 7-у добу, що можна пояснити більш масивною міграцією нейтрофілів у вогнище ураження. До 21-ї доби протезна активність знижувалась і склала 139 % від рівня інтактних тварин. На 7-у добу після нанесення опікової травми тваринам з гіпотирозом активність КТД також зростала, однак була нижчою на 30 % від аналогічного рівня у тварин з нормальною функцією щитоподібної залози, перевищуючи в 1,5 раза показник інтактних тварин. До 21-ї доби протеазна активність знизилась на 8 % від 7-ї доби, тоді як у групі евіроїдних тварин ми відмітили суттєве зниження активності КТД – на 29 %. Аналогічні зміни нами відмічено у динаміці КФ. В евіроїдних тварин з хімічним опіком рогівки ензимна активність складала 168 і 138 % у досліджувані нами терміни відносно інтактних тварин. У кролів з гіпотирозом нанесення опікової травми супроводжувалось значно меншими змінами активності фермента. Зокрема, на 7-у добу вона складала 121 % від норми, що на 39 % менше, ніж в евіроїдних тварин, а до 21-ї доби активність КФ становила 111 % від рівня здорових тварин (на 24 % менше від показника тварин з нормальною функцією щитоподібної залози).

Отримані результати дозволяють констатувати, що на тлі зниженої продукції тироїдних гормонів катаболічні процеси суттєво пригнічуються.

*Сатурська Уляна, Перевізник Богдана*

**РІВЕНЬ ПРОЗАПАЛЬНИХ ГА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ БІЛИХ ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЮ ДИЛАТАЦІЙНОЮ КАРДІОМІОПАТІЄЮ**

Кафедра патологічної фізіології  
 Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Н.Я. Потіха  
 ДВНЗ „Тернопільський державний медичний університет  
 імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
 м. Тернопіль, Україна

**Мета дослідження:** дослідити закономірності змін концентрації цитокінів у сироватці крові щурів з експериментальною дилатаційною кардіоміопатією (ДКМП), яку моделювали шляхом внутрішньоочеревинного введення тваринам доксорубіцину у кардіотоксичній дозі 5,0 мг/кг маси тіла тварини один раз на тиждень упродовж 28 діб. Цитокіновий [профіль визначали методом ІФА за концентрацією у сироватці крові інтерлейкінів: 1(3, 6, 10 і фактора некрозу пухлин-а (ПЧПР-а).

Експерименти виконано на 19 нелінійних білих щурах масою 150-200 г. Встановлено, що у тварин з ДКМП на 28-му добу експерименту спостерігалось вірогідне зростання концентрації прозапальних цитокінів ІЬ-Ір, ІЬ-6, ТЛР-а при відносно незмінному рівні протизапального цитокіну ІЬ-10. Зокрема, концентрація ІЬ-1І3 у сироватці крові тварин групи контролю становила 1,25±0,32 пг/мл, у щурів з ДКМП на 28-му добу експерименту - 2,11±0,23 пг/мл, тобто, вона зросла на 68,79 % (р<0,05). Рівень ІЬ-6 у сироватці крові тварин контрольної групи складає 8,76±0,5 пг/мл, у щурів з ДКМП на 28-му добу експерименту він був вищим на 13,92 % (р<0,05) і становив 9,98±0,17 пг/мл. Концентрація ПЯР-а у сироватці крові щурів з ДКМП на 28-му добу експерименту збільшилася на 68,99 % (р<0,002), порівняно із контрольною величиною, і становила 2,18±0,17 пг/мл. Рівень протизапального цитокіну ІЬ-10 у сироватці крові білих щурів з ДКМП на 28-му добу експерименту вірогідно не змінювався.

Отже, при експериментальній ДКМП спостерігається надлишкова експресія прозапальних цитокінів при незміненому рівні протизапального, що сприяє активації апоптозу, колагенутворення, формуванню міокардіальної дисфункції.

## Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених

Сойка Марія, Рондяк Ірина, Калька Іван

### ЩО ТЕРНОПОЛЯНКИ ЗНАЮТЬ ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ?

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії

Науковий керівник: проф. С. І. Корнага

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Гробачевського МОЗ України»

м. Тернопіль, Україна

**Актуальність теми:** 24 березня відзначається Всесвітній день боротьби з туберкульозом. Епідемію туберкульозу в Україні офіційно оголошено з 1995 року, коли почали відмічати стрімке збільшення захворюваності та смертності від цієї хвороби. Щорічно в Україні реєструють приблизно 40 тисяч нових випадків туберкульозу та випадків з повторним лікуванням. Туберкульоз - це інфекційне захворювання, що викликається специфічними збудниками (мікобактеріями) і характеризується переважним ураженням легень, але можливе ураження і всіх інших органів людини.

**Мета:** виявити рівень обізнаності жителів міста Тернополя про туберкульоз.

**Матеріали та методи:** опрацьовано анкети 330 осіб жіночої статі, які відповідали на різні запитання про туберкульоз. Міф чи правда: 1. Туберкульоз передається при розмові, кашлі, чханні. 2. Лікування туберкульозу в Україні безкоштовне. 3. Туберкульоз виліковний. 4. Туберкульоз передається при потисненні руки. 5. Туберкульоз – це хвороба соціально незахищених верств. 6. Захворівши туберкульозом можна прожити повноцінне життя. 7. Проба Манту, флюорографія – методи діагностики туберкульозу.

**Результати.** Жінки, які взяли участь в анкетуванні були віком від 18 до 74 років: 18-29 років – 145 осіб (43,94 %), 30-39 – 41 особа (12,42 %), 40-49 – 23 (6,97 %), 50-59 – 45 (13,64 %), 60-69 – 49 (14,85 %) та 70 і старші – 27 (8,18 %); середній вік становив (28 ± 3, 26) років. Дані про те, як тернополянки відповідали на запитання представлені в таблиці.

Таблиця. Результати анкетування тернополянок в залежності від віку (%).

Вік	Запитання													
	1		2		3		4		5		6		7	
	правда	міф	правда	міф	правда	міф	правда	міф	правда	міф	правда	міф	правда	Міф
18-26 n=145	87,59	12,41	35,86	64,14	85,52	14,48	21,38	78,62	44,14	55,86	63,45	36,55	96,55	3,45
30-39 n=41	90,24	9,76	26,83	73,17	68,29	31,71	17,07	82,93	36,59	63,41	65,85	34,15	95,12	4,88
40-49 n=23	95,65	4,35	26,09	73,91	73,91	26,09	26,09	73,91	30,43	69,57	65,22	34,78	95,65	4,35
50-59 n=45	95,56	4,44	31,11	68,89	86,67	13,33	40,0	60,0	51,11	48,89	48,89	51,11	95,56	4,44
60-69 n=49	89,80	10,20	24,49	75,51	79,59	20,41	44,90	55,10	53,06	46,94	57,14	42,86	93,88	6,12
70+ n=27	85,19	14,81	62,96	37,04	66,67	33,33	51,85	48,15	40,74	59,26	55,56	44,44	92,59	7,41

Як видно з таблиці, жінки добре знають, що туберкульоз передається повітряно-крапельно-пиловим шляхом та методами його виявлення є флюорографічне обстеження та проба Манту. Більшість з них вірить, що туберкульоз виліковний і, навіть захворівши, можна прожити повноцінне життя. Хоча з останнім твердженням більше згодні особи молодого і середнього віку. Цікавим було 4-те запитання, де думки тернополянок змінювалися з набуттям «життєвого досвіду». Чомусь особи середнього і похилого віку були впевнені, що захворювання передається ще і при потисненні руки. Досить значна частина жінок не вірить у безкоштовне лікування цієї недуги і, відповідаючи на 5-те запитання, думки у різних вікових групах також розійшлися. Більшість жінок до 50-ти років згодні, що туберкульоз – це хвороба соціально незахищених верств, а старші – не зовсім погоджуються з цим твердженням.

**Висновки.** Жінки міста досить непогано орієнтуються в питаннях про туберкульоз, хоча недостатньо інформовані про те, хто частіше хворіє на цю недугу і лікування туберкульозу є безкоштовним.

*Табас П. С., Боднарчук Н. Я., Стецюк І.О.*

### **ВПЛИВ ЯКОСТІ СНУ ТА ТРИВОЖНОСТІ НА СЕРЦЕВИЙ РИТМ**

Кафедра Нормальної фізіології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С. Н. Вадзюк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
Тернопіль, Україна

Питання щодо адаптації студентів гостро постає в умовах сучасного навчального процесу. Більшість нервово-психічних і психосоматичних розладів, які виникають у студентів, є результатом порушення процесу адаптації до умов навчання. Порушення адаптації може проявлятися різноманітними психосоматичними розладами, найбільш небезпечними з яких є розлади серцево-судинної системи.

**Мета роботи.** Дослідити стан серцевого ритму у осіб із різною якістю сну та різним рівнем особистісної та ситуаційної тривожності.

Методика дослідження. У дослідженні брали участь студенти II курсу ТДМУ ім. І. Я. Горбачевського віком 18 – 20 років. Обстежено 118 студентів обох статей. У обстежуваних, за допомогою приладу «ВНС-Мікро» записувалися ритмограми та кардіоінтервалографії за методом Р. М. Баєвського. Визначення якості сну проводили за допомогою опитувальника, що є аналогом Пітсбурзького опитувальника для визначення рівня якості сну (PSQI). Рівень тривожності оцінювали за допомогою опитувальника Спілберга.

За результатами кардіоінтервалографії та ритмографії встановлено, що у осіб із низькою якістю сну відбувається зростання співвідношення LF/HF, зменшення HF і VLF, поряд із зростанням LF. Це свідчить про переважання у них симпатичної регуляції серцевого ритму, порівняно із особами з високою якістю сну. У осіб із низькою якістю сну спостерігається зменшення адаптаційних можливостей серцево-судинної системи. При високому рівні особистісної та ситуаційної тривожності у обстежуваних відмічається збільшення проявів симпатичних впливів на серцевий ритм. Особи, в яких виявлений високий рівень особистісної та ситуаційної тривожності, мають менші адаптаційні резерви та гірший стан серцево-судинної системи.

*Татарчук Людмила, Юрчишин Оксана, Сивик Марта, Собчук Олександр*

### **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ ЕРИТРОЦИТАРНИМИ ГРУПАМИ КРОВІ В СИСТЕМІ АВ0 ТА ТИПАМИ ТЕМПЕРАМЕНТУ**

Кафедра нормальної фізіології  
Науковий керівник: професор С.Н. Вадзюк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м.Тернопіль, Україна

Відомо, що існують взаємозв'язки між типами темпераменту та групами крові, які до сьогоднішнього дня до кінця не вивчені. Ще лікар Гіппократ виділив 4 типи темпераменту і дана класифікація існує і донині.

У Празі лікар Я.Янський, який за фахом був психіатром, шукаючи причину психічних захворювань в особливостях крові, виявив у людей 4 групи крові.

Метою дослідження було встановити взаємозв'язки між групами крові в системі АВ0 та типами темпераменту.

Проводили анкетування серед студентів медичного факультету віком від 18-25р., загальною кількістю 100 чол. Групи крові не визначали, брали дані із станції переливання крові.

Використовували «Тест на визначення темпераменту», що складався з 4 частин, у кожній по 20 тверджень, що характеризують певний тип. Підрахувавши загальну кількість позитивних відповідей (А). Надалі рахували кількість позитивних відповідей окремо в кожній частині (А1,А2,А3,А4). Обчислювали: холерик–(А1/А)х100%; сангвінік–(А2/А)х100%; флегматик–(А3/А)х100%; меланхолік–(А4/А)х100%. При отриманні результату 40% та вище вважалося, що даний темп темпераменту був домінуючим.

При аналізі отриманих даних виявлено, що серед обстежених студентів 37% осіб з 0(I)αβ групу крові, 33%-А(II)β, та по 15%-В(III)α і АВ(IV) групи. У відсотковому співвідношенні між типами темпераментів: серед студентів з 0(I)αβ групою крові меланхоліки складали 5,5%; холерики–27,03 %, флегматики–32,43% та сангвініки–35,14%. З А(II)β групою – меланхоліки – 0%, холерики-39,40%, флегматики–45,45%, сангвініки–15,15%. Із В(III)α групою – меланхоліки–3,33%, холерики–6,67%, флегматики–33,33%, сангвініки–46,67%. А з АВ(IV) групою крові досліджувані типи відповідно дорівнювали 6,67%, 13,33%, 33,33%, та 46,67%.

Отже, проведене дослідження та отримані дані свідчать, що серед опитуваних осіб з 0(I)αβ групою крові найбільше виявилось сангвініків 35,14%, з А(II)β групою крові – флегматиків 45,45%, а у обстежених з В(III)α та АВ(IV) групами крові домінували сангвініки, які становили 46,67%.



*Токар Маріанна, Стрільчук Денис, Карапутна Ірина*

**ВПЛИВ ГІПОТИРЕОЗУ НА РОЗВИТОК ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ  
ГОСТРІЙ ХІРУРГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ КИШЕЧНИКА**

Кафедра патологічна фізіологія  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. М.Р. Герасимчук  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
м. Івано-Франківськ, Україна

**Актуальність.** Гостра кишкова непрохідність (ГКН) є однією з найактуальніших і найскладніших у невідкладній абдомінальній хірургії. Частота ГКН серед іншої хірургічної патології сягає 9,4–27,1%, а летальність при цьому коливається 4–30%. Досить часто цьому сприяє супутня патологія, яка може маскувати основні симптоми, наприклад, гіпотиреоз.

**Метою** нашої роботи було встановити роль ендогенної інтоксикації та антиоксидантного захисту на розвиток ГКН при гіпотиреозі.

**Матеріали і методи.** У дослідженні використано 74 самці щурів лінії Вістар масою 200-230 г. Тварин розподілено на 5 груп: I – інтактна; II – контрольна; III – з експериментальним гіпотиреозом (пероральне введення протягом 1 місяця Мерказолілу (1-methyl-2-mercapto-imidazole), "Здоров'я", Україна); IV – експериментальна гостра тонкокишкова непрохідність під загальним знечуленням кетаміном (40 мг/кг); V – з моделлю гіпотиреозу та ГКН.

Визначали рівень маркерів ендогенної інтоксикації (EI): молекул середньої маси (МСМ) у сироватці крові та гомогенатах легень та печінки, а також активність каталази (КТ) і лактату (ЛТ) крові.

Статистичний аналіз проводили за допомогою програми "Statistica 7".

Результати дослідження. В умовах ГКН та гіпотиреозу в експерименті відмічено зростання маркерів EI – МСМ, як в крові так і в органах-мішенях, що вказувало на порушення дезінтоксикаційних бар'єрів. При цьому рівень ЛТ у III групі достовірно зріс у 5,41 рази, IV – 6,7 рази, V – 4,8 рази. Визначено зниження антиоксидантного захисту за показниками каталазної активності, у III групі на 58,41% ( $p < 0,05$ ), у IV – 1,5 рази ( $p < 0,05$ ), а у V – 2,7 рази ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Встановлено, що при гіпотиреозі та ГКН чи їхній поєднаній патології відбувається розвиток функціональних порушень у детоксикаційній роботі печінки і легень. Виявлено достовірну дисоціацію показників антиоксидантного захисту та маркерів EI у крові та органах-мішенях. Визначено зниження системи антиоксидантного захисту внаслідок порушення бар'єрних функцій легень та печінки, які є основними органами детоксикації в організмі. Гіпотиреоз погіршує перебіг ГКН частково приховуючи справжній рівень EI під маскою уявного зменшення ендотоксемії.

*Турченко Валентин*

**ЛЕЙКОТРИЄНИ, ЇХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ**

Кафедра патофізіології  
Науковий керівник: асист. О.М. Мордвінова  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Бронхіальна астма (БА) є актуальною медико-соціальною проблемою. Згідно даних ВООЗ, на цю патологію страждає близько 300 млн людей.

**Мета:** Оцінити патогенетичну роль лейкотрієнів у розвитку і перебігу бронхіальної астми, розглянути основні принципи патогенетичної терапії БА, направленої на блокування виділення цих БАР.

**Результати:** Лейкотрієни – це група ліпідних високоактивних речовин, в організмі людини синтезуються з каскаду арахідонової кислоти за участю 5-ліпооксигенази. Утворюється лейкотрієн А<sub>4</sub> (ЛТА<sub>4</sub>), який перетворюється в лейкотрієн В<sub>4</sub> (ЛТВ<sub>4</sub>) або, з'єднуючись з глутатионом – в лейкотрієн С<sub>4</sub> (ЛТС<sub>4</sub>). Далі перетворюється на ЛТД<sub>4</sub> і потім – в ЛТЕ<sub>4</sub>, який піддається подальшому метаболізму. У даний час ідентифіковані: ЛТА<sub>4</sub>, ЛТВ<sub>4</sub>, ЛТС<sub>4</sub>, ЛТД<sub>4</sub>, ЛТЕ<sub>4</sub>, ЛТФ<sub>4</sub>. Серед них виділяють 2 підгрупи лейкотрієнів: до першої відносять ЛТС<sub>4</sub>, ЛТД<sub>4</sub>, ЛТЕ<sub>4</sub> і ЛТФ<sub>4</sub> (цистеїн-лейкотрієни). До другої відносять ЛТВ<sub>4</sub>, містить дигідрокси кислоту.

Виділяють три основних типи рецепторів лейкотрієнів:

«Пептидні лейкотрієни» модулюють специфічні рецептори, сполучені з G-білком. Їх позначають CysLT-R. В даний час виділяють 2 типи CysLT. Взаємодія лейкотрієнів з рецепторами 1 типу (CysLT1) визначає спектр їхніх основних ефектів (бронхоспазм). Зв'язування ЛТ з рецепторами 2 типу (CysLT2) змінює тонус судин.

Одним із напрямків патогенетичної терапії БА є блокування рецепторів ЛТ.

В даний час розроблені і використовуються антагоністи CysL-R1: монтелукаст, зафирлукаст і пранлукаст. В експериментах створені блокатори 5-ЛОГ-активуючого протеїну і рецепторів ЛТВ<sub>4</sub>.

**Висновки:** Лейкотрієни відіграють ключову роль в патогенезі БА, викликаючи не лише сильну і тривалу бронхоконстрикцію, а й приймаючи участь в збільшенні судинної проникності, гіперсекреції слизу, активації лейкоцитів. Тому, важливим напрямком патогенетичної терапії та контролю БА є вивчення інгібіторів синтезу лейкотрієнів та антагоністів їх рецепторів.

*Турченко Валентин*

**ЛЕЙКОТРИЄНИ. БІОХІМІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ. ПРИНЦИПИ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.**

Кафедра патофізіології

Науковий керівник: доц. М.А. Березняк

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Лейкотрієни – важливі біологічно активні речовини, які приймають участь в багатьох патологічних процесах запального та алергічного ґенезу.

**Мета:** Дати характеристику біохімічним властивостям лейкотрієнів, лекотрієнових рецепторів та розглянути основні принципи патогенетичної терапії, направленої на блокування виділення цих БАР.

**Матеріали та методи:**

**Результати:** Лейкотрієни – це група ліпідних високоактивних речовин, що утворюються в організмі з арахідонової кислоти. Лейкотрієни здійснюють функцію природних біологічних регуляторів. Вони поділяються на 6 типів, саме: А, В, С, D, Е, F.

В даний час ідентифіковані: ЛТА4, ЛТВ4, ЛТС4, ЛТD4, ЛТЕ4, ЛТF4. Серед них виділяють 2 підгрупи лейкотрієнів: до першої відносять ЛТС4, ЛТD4, ЛТЕ4 і ЛТF4 (цистеїн-лейкотрієни), вони містять в бічному ланцюзі пептидні залишки. До другої відносять ЛТВ4, містить дигідроксикислоту.

В організмі людини лейкотрієни синтезуються з каскаду арахідонової кислоти. Як тільки 5-ліпоксигеназа перетворить арахідонову кислоту в лейкотрієни, вона руйнується і інактивується. Утворюється лейкотрієн А4 (ЛТА4), який перетворюється в лейкотрієн В4 (ЛТВ4) або, з'єднуючись з глутатіоном, - в лейкотрієн С4 (ЛТС4). ЛТС4 далі за допомогою g-глутамілтрансферази перетворюється на ЛТD4 і потім - в ЛТЕ4, який піддається подальшому метаболізму.

**Основні ефекти:**

1.ЛТВ4 - хемотаксис, ексудація плазми, скорочення паренхіми легень, участь в імунних реакціях.

2.ЛТС4, ЛТD4, ЛТЕ4 – бронхоконстрикція. Також ці лейкотрієни здатні підвищувати тонус гладких м'язів ШКТ, опосередковувати ексудацію плазми і скорочення паренхіми легенів.

Виділяють три основних типи рецепторів лейкотрієнів:

«Пептидні лейкотрієни» модулюють специфічні рецептори, сполучені з G-білком. Їх позначають CysLT-R. В даний час виділяють 2 типи CysLT. Взаємодія лейкотрієнів з рецепторами 1 типу (CysLT1) визначає спектр їхніх основних ефектів (бронхоспазм). Зв'язування ЛТ з рецепторами 2 типу (CysLT2) змінює тонус і проникність судин.

Лейкотрієн В4 модулює інший тип рецепторів - BLT1- і BLT2-рецептори (інша назва LTB4-рецептори).

Патогенетична терапія направлена в основному на блокування рецепторів лейкотрієнів.

В даний час розроблені і використовуються антагоністи CysL-R1: монтелукаст, зафирлукаст і пранлукаст. У хворих із середньотяжким і важким перебігом захворювання антагоністи CysLT-R1 використовують в якості додаткової терапії в комбінації з інгаляційними глюкокортикоїдами з метою зменшення дози ІГКС і досягнення повного контролю астми.

Створені інгібітори біосинтезу лейкотрієнів, які знижують активність ферменту 5-ЛОГ: zileuton (бронходилатція).

В експериментах створені блокатори 5-ЛОГ-активуючого протеїну і рецепторів ЛТВ4.

**Висновки:** Дослідження властивостей лейкотрієнів є перспективними, адже дають змогу більш глибоко осягнути проблеми таких патологій як запалення, алергія, а також можливість створення препаратів нового покоління для лікування їх.

*Удуг Аліна*

**АНТИОКСИДАНТНО-ПРООКСИДАНТНИЙ БАЛАНС ТКАНИН ПЕЧІНКИ І ЛЕГЕНЬ В ДИНАМІЦІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ПОЛІТРАВМИ**

Кафедра фізичної реабілітації, здоров'я людини та фізичного виховання  
Науковий керівник: д-р.мед.наук, А.А. Гудима, канд.мед.наук. Д.В. Козак  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
Тернопіль, Україна

**Актуальність.** На сьогоднішній день встановлено, що найбільші відхилення в системі ПОЛ - антиоксидантного захисту виникають в період максимальних проявів системної відповіді організму на запалення. Враховуючи те, що визначення прооксидантно-антиоксидантного співвідношення у паренхіматозних органах може стати важливим критерієм розвитку поліорганної дисфункції і недостатності нами був оцінений прооксидантно-антиоксидантний баланс у тканинах печінки і легень в динаміці політравми.

**Мета.** Визначення прооксидантно-антиоксидантного співвідношення у паренхіматозних органах.

**Результати досліджень.** В динаміці травми в досліджуваних органах відмічались коливальні відхилення величини АПІ, яким характерна певна закономірність: значне зниження величини через 3 доби, збільшення через 14 діб і повторного зниження через 21-28 діб. Можна припустити, що виявлені відхилення є наслідком складних процесів компенсації і адаптації організму в умовах травми, які слід враховувати при виборі індивідуальних програм терапії та реабілітації при травматичній хворобі.

**Висновки.** Отримані результати свідчать про те, що у нормі вищий антиоксидантний резерв відмічається у тканині печінки, а менший – у тканині легень. Цей феномен очевидно, пов'язаний із високим метаболізмом даного органу, підвищеним обміном кисню, розвитком макрофагальної системи, що сприяє утворенню активних форм кисню.

Таким чином, печінка володіє вищим антиоксидантним резервом, ніж легені в нормі. В умовах травми в гострий період, період ранніх і пізніх проявів травматичної хвороби резерв антиоксидантів продовжує залишатися більшим у печінці, ніж у легенях.

*Яворська Аліна*

**ЗМІНИ ЦИРКАДІАННИХ ХРОНОРИТМІВ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ В БІЛИХ ЩУРІВ ЗА УМОВ НІТРАТНОГО ОТРУЄННЯ**

Кафедра фармацевтичної ботаніки та фармакогнозії  
Науковий керівник: канд.мед.наук В.В. Степанчук  
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
м. Чернівці, Україна

**Мета роботи** – дослідження особливостей циркадіанних змін імунологічної реактивності організму за дії одного з пріоритетних забруднювачів довкілля – нітратів.

Дослідження виконані на 96 статевозрілих нелінійних білих щурах-самцях масою тіла 0,20-0,25 кг. Проведено дві серії експериментів: I серія – визначення показників циркадіанних ритмів вмісту імуноглобулінів IgA, IgG, IgM у сироватці крові в інтактних щурів; II серія – визначення показників циркадіанних ритмів вмісту імуноглобулінів у сироватці крові в умовах впливу натрію нітрату.

За результатами проведених досліджень встановлено, що показники кількості антитіл, що вивчалися, в інтактних щурів впродовж доби періодично змінюються.

Так, максимальне значення вмісту імуноглобулінів класів IgA та IgM у сироватці крові реєстрували о 12.00 (в цей часовий відрізок він досягав відповідно 0,58±0,031 та 1,36±0,101 г/л), а кількість IgG – о 16.00 (3,81±0,151 г/л).

Батифаза хроноритмів антитіл IgA та IgG припадала на 04.00 й складала відповідно 0,47±0,044 та 3,14±0,142 г/л, а IgM – на 24.00 (1,18±0,124 г/л).

Мезор циркадіанних ритмів IgA досягав 0,53±0,020 г/л з амплітудою коливань 10,5%, IgM – 1,29±0,036 г/л (7,3%), IgG – 3,51±0,092 г/л (7,9%).

Внаслідок уведення щурам водного розчину натрію нітрату акрофази кількості імуноглобулінів IgA та IgM перемістилися з денного періоду доби на нічний. Середньодобовий рівень IgA склав 0,37±0,019 г/л ( $p < 0,001$  порівняно з групою інтактних щурів), амплітуда коливань – 16,2%; IgM – 0,52±0,033 г/л ( $p < 0,001$ ), амплітуда – 22,8%.

Найвищий рівень вмісту IgG при нітратному отруєнні виявлено о 24.00 – 4,22±0,119 г/л, батифаза перемістилася на 08.00 й складала 3,06±0,144 г/л. Мезор добових коливань кількості цих антитіл досягав 3,84±0,106 г/л ( $p < 0,05$  порівняно з контролем), амплітуда – 18,0%.

Таким чином, аналіз циркадіанних хроноритмів показників імунного статусу щурів виявив імуносупресивну дію натрію нітрату, що супроводжується ознаками десинхронозу.

Яремишин Мар'яна

**МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СТРУКТУРНИХ КОМПОНЕНТІВ НИРОК В РАННІ ТЕРМІНИ ПРИ ТЯЖКІЙ ТА КОМБІНОВАНІЙ ТРАВМІ**

Кафедра медичної біохімії

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.Р. Підручна  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Швидкий розвиток науки на техніки тісно пов'язаний з низкою важливих соціально-економічних питань, у тому числі й питання про зростання рівня травматизму у світі. Незважаючи на покращення умов праці та безпеки транспортних засобів, а також вдосконалення систем догляду за пацієнтами, складні травми є головною причиною смерті людей працездатного віку. Особливо небезпечними є множинні і комбіновані травми, які відзначаються особливою важкістю клінічних проявів, що супроводжуються розладом життєво важливих функцій організму, складністю діагностики та лікування, великим відсотком інвалідності та високою летальністю. Обрання вірної схеми лікування є важливим на 3-тю добу посттравматичного періоду, адже вона є критичною. У подальшому правильність вибору буде впливати на перебіг травматичної хвороби, а також дозволить попередити можливі ускладнення, такі як стрес-реакції і запальні відповіді. Вивчення морфологічних змін нирок при тяжкій травмі дозволить розширити уявлення і розуміння патогенезу травматичної хвороби, а також це створить передумови для надійного прогнозування тяжкості стану й оцінки важкості перебігу хвороби.

**Мета.** Дослідити морфологічні зміни структури нирок на 3 добу в умовах політравми з механічним дефектом та опіком шкіри.

**Матеріали і методи.** В ході експерименту дослідних тварин було поділено на 4 групи. У першій моделювали тяжку скелетну травму, у 2-ій додатково на депільованій поверхні шкіри відтворювали скальповану рану, а у 3-ій – опік. Четверта група була контрольною. На 3 добу проводили забір шматочків нирок, виготовляли гістологічні препарати і досліджували структурні зміни.

**Результати.** У тварин I дослідної групи на третю добу після травми було виявлено розширення судини клубочкового шару нирок та їх повнокрів'я, в просвітах спостерігався серозний та серозно-геморагічний ексудат, окремі клубочки були зморщеними, колабованими. У тварин II дослідної групи судини венозного русла дещо розширювались, були повнокровними, візуалізувались дрібні периваскулярні точкові крововиливи. Переважна більшість вивідних каналців були розширеними, проте просвіти їх були вільними від ексудату. В петлях Генле і прямих каналцях ми спостерігали виражений набряк епітелію, а тяжкообпечених щурів III дослідної групи в дистальних каналцях мали місце гіаліново-крапельна та гідропічна білкова дистрофія, еозинофілія цитоплазми а також слабкий зв'язок пошкодженого епітелію із базальною мембраною. Велика кількість епітеліоцитів не містили ядер, що свідчить про наявність дистрофічно-некротичних змін. В судинах мозкового шару також спостерігалось повнокрів'я та периваскулярний набряк, який поєднувався із незначною периваскулярною лімфо-гістіоцитарною інфільтрацією.

**Висновок.** Нанесення тяжкої комбінованої травми експериментальним тваринам супроводжується морфологічною на гістологічною змінами структури нирок, а саме периваскулярними точковими крововиливами, повнокрів'ям та периваскулярний набряком, еозинофілією цитоплазми, дистрофічно-некротичними змінами, спостерігається виражений набряк епітелію в петлях Генле і прямих каналцях, некроз нефротелію.

Яриш Юлія

**ЗАЛЕЖНІСТЬ УСПІШНОСТІ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ВІД СИЛИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

Кафедра патологічної фізіології

Науковий керівник: проф. О. В. Денефіль  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Сила нервової системи – одна з основних властивостей нервової системи, що відображає межу працездатності клітин кори головного мозку, тобто їх здатність витримувати, не переходячи в гальмівний стан, дуже сильне або тривале збудження. Використання теплінг-тесту для визначення сили нервової системи досить широко застосовується у психології. Кожна людина має індивідуальний, властивий лише їй темп дій швидкість реакцій, що є одним з показників того, як людина може звикати до своєї професії і як ця звичка може впливати на швидкість переробки інформації.

Метою нашої роботи було з'ясувати залежність між психомоторною рухливістю та успішністю навчання студентів.

Було обстежено 57 студентів ТДМУ ім. І. Я. Горбачевського (20 хлопців і 37 дівчат) за допомогою теплінг-тесту. За результатами дослідження обстежуваних було розділено на 4 групи: з сильною нервовою системою, нервовою системою середньої сили, середньо-слабкою та слабкою нервовими системами.

Сильна нервова система виявилася у 29,82 % студентів (за правою рукою) і 33,33 % (за лівою рукою), середньої сили нервова система була відповідно у 45,61 % студентів і 36,84 %, середньо-слабка – у 12,28 % і 15,79 %, слабка – у 12,28 % і 14,03 %.

У результаті проведених нами досліджень було виявлено, що у студентів з сильною нервовою системою та нервовою системою середньої сили успішність є вищою, ніж у студентів з середньо-слабкою та слабкою нервовими системами.

Отже, виявлено пряму залежність між успішністю студентів і силою їх нервової системи.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

Яцунський Тарас, Гвоздецький Андрій, Куліковський Богдан, Горбань Людмила, Кравець Оксана

### **Рівень знання про туберкульоз чоловіків-тернополян**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії

Науковий керівник: проф. С. І. Корнага

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І. Я. Гробачевського МОЗ України»

м. Тернопіль, України

**Актуальність.** Туберкульоз займає особливе місце серед соціальних і медичних проблем людства. Туберкульоз не ліквідований в жодній країні світу. Починаючи з 90-х років ХХ сторіччя помітно зростає розповсюдженість туберкульозу у всьому світі, в тому числі і на Україні. Третина населення Земної кулі інфікована мікобактерією туберкульозу. З 1995 року в Україні зареєстрована епідемія туберкульозу. Небезпека сучасної епідемії полягає в тому, що можливо зараження збудником туберкульозу, який стійкий до протитуберкульозних препаратів, і поєднання туберкульозу з ВІЛ-інфекцією (СНІДом).

**Метою роботи** було виявити рівень знань про туберкульоз жителів м. Тернополя чоловічої статі.

**Матеріали і методи.** Опрацьовано 278 анкет, які заповнили, відповідаючи на запитання про туберкульоз чоловіки-тернополяни. Запитання були такими – правда чи міф: 1. Туберкульоз передається при розмові, кашлі, чханні. 2. Лікування туберкульозу в Україні безкоштовне. 3. Туберкульоз виліковний. 4. Туберкульоз передається при потисненні руки. 5. Туберкульоз – це хвороба соціально незахищених верств. 6. Захворівши туберкульозом можна прожити повноцінне життя. 7. Проба Манту, флюорографія – методи діагностики туберкульозу.

**Результати.** В анкетуванні взяли участь 278 тернополян віком від 18 до 76 років. По віковій структурі вони розподілилися таким чином: 18-29 років – 141 (50,72 %), 30-39 – 29 (10,43 %), 40-49 – 26 (9,35 %), 50-59 – 22 (7,91 %), 60-69 – 41 (14,75 %) та 70 і більше – 19 (6,84 %); середній вік чоловіків становив  $(35,5 \pm 2,79)$  років. Результати анкетування тернополян представлені в таблиці.

Таблиця. Що тернополяни-чоловіки знають про туберкульоз (%)

Вік	Запитання													
	1		2		3		4		5		6		7	
	правд а	міф	правд а	міф	правд а	міф	правд а	міф	правд а	міф	правд а	міф	правд а	міф
18- 29 n=141	79,43	20,57	27,66	72,34	85,82	14,18	29,08	70,92	34,04	65,96	48,94	51,06	93,62	6,38
30- 39 n=29	86,21	13,79	48,28	51,72	89,66	10,34	34,48	65,52	31,03	68,97	51,72	48,28	93,10	6,90
40- 49 n=26	88,46	11,54	34,62	65,38	65,38	34,62	30,77	69,23	30,77	69,23	42,31	57,69	100	-
50- 59 n=22	95,45	4,55	45,45	54,55	68,18	31,82	22,73	77,27	40,91	59,09	50,0	50,0	95,45	4,55
60- 69 n=41	92,68	7,32	26,83	73,17	87,80	12,20	34,15	65,85	53,66	46,34	60,98	39,02	92,68	7,32
70+ n=19	94,74	5,26	15,79	84,21	100	-	42,11	57,89	42,11	57,89	42,11	57,89	94,74	5,26

З таблиці видно, що чоловіки добре орієнтуються в шляхах інфікування мікобактерією туберкульозу, методах виявлення захворювання та в тому, що туберкульоз є виліковним. В те, що лікування туберкульозу в Україні є безкоштовним не хочуть вірити наймолодші та найстарші учасники анкетування, інші (30-59 років) – не є такими категоричними в цьому питанні. Більшість чоловіків не впевнені, що туберкульоз є хворобою соціально незахищених верств населення і не вірять у те, що захворівши туберкульозом можна прожити повноцінне життя.

**Висновки.** Ставлення суспільства до хворого на туберкульоз має змінитися. Більш уважному й співчутливому ставленню людей до хворих на туберкульоз повинна сприяти роз'яснювальна робота серед населення, санітарно-просвітня робота.

*Ястремський Володимир, Осінчук Роксолана, Маховський Василь*

**СТАН НЕСПЕЦИФІЧНИХ АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТОМАТОЛОГІЧНИМИ ХВОРОБАМИ, ПОЄДНАНИМИ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ**

Кафедра функціональної діагностики та клінічної патофізіології

Науковий керівник Доц. М.І.Марущак

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

м. Тернопіль, Україна

Дослідження останніх років вказують на провідну роль порушення адаптаційно-компенсаторних реакцій в організмі (АРО) у розвитку хвороб зубів, тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота, особливо під час стоматологічних втручань, що супроводжуються вираженими больовими відчуттями.

Метою нашої роботи було вивчити стан адаптаційних реакцій організму пацієнтів зі стоматологічними хворобами в поєднанні з виразковою хворобою та вираженим ступенем тривоги.

Відповідно, 15 хворим з одонтогенними запальними процесами, вираженим ступенем тривоги та виразковою хворобою в анамнезі проводили забір капілярної крові за загальноприйнятою методикою. Абсолютну кількість лейкоцитів у крові визначали уніфікованим методом підрахунку в камері Горяєва, лейкоцитарну формулу – в пофарбованих за Романовським-Гімзою мазках периферичної крові. Типування АРО здійснювали за класичною методикою Гаркави Л.Х., Квакиной Е.Б., Уколовой М.А. (1990), з незначною модифікацією (Полович І.Л. та ін., 2000). Типоутворюючою ознакою є відносний вміст лімфоцитів. Стрес характеризується рівнем лімфоцитів, нижчим від 21%. Діапазон 21-27% свідчить за АРО тренування, 28-33% - спокійної активації, 34-43,5% - підвищеної активації, 44-70% - переактивації.

Верифікація неспецифічних адаптаційних реакцій при супутній виразковій хворобі у пацієнтів з вираженим ступенем тривоги показала, що у хворих частіше зустрічаються фізіологічні захисно-приспосувальні реакції – сумарно в 66,7 % випадків (спокійної активації –20,0 %, підвищеної активації – 46,7 %). Проте у 33,3 % пацієнтів з одонтогенними запальними процесами, вираженим ступенем тривоги та виразковою хворобою в анамнезі діагностуються нефізіологічні реакції гострого (20,0 %) і хронічного (13,3 %) стресу.

Отримані дані свідчать про суттєве розбалансування неспецифічних механізмів захисту організму стоматологічних хворих із супутньою виразковою хворобою шлунка.

*Токарук Надія*

**ХАРАКТЕРИСТИКА ДІАБЕТИЧНОЇ ЦИСТОПАТІЇ В ПІЗНІ ТЕРМІНИ СТРЕПТОЗОТОЦИНОВОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ МОРФОМЕТРИЧНОГО ТА КЛАСТЕРНОГО АНАЛІЗІВ**

Кафедра анатомії людини, оперативної хірургії та топографічної анатомії

Науковий керівник: д-р мед. наук О.Я. Жураківська

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

м. Івано-Франківськ, Україна

**Вступ.** Діабетична цистопатія (ДЦ) є одним із специфічних ускладнень цукрового діабету (ЦД) і зустрічається в 25–90% випадків ЦД та значно знижує якість життя хворих. Перебудова уротелію (Ур) при експериментальній ДЦ вивчена недостатньо, особливо це стосується його метричних характеристик та кластерної структури.

**Мета:** за площами профільних полів (ППП) уротеліоцитів та їх ядер провести кластерний аналіз клітин (кл.) Ур сечового міхура (СМ) у нормі та в діабетичних щурів на 42, 56 і 70-ту доби розвитку ЦД.

**Матеріал і методи.** Використано 21 однорічних щурів-самців лінії Вістар (6 інтактних і по 5 дослідних на термін). ЦД моделювали стрептозотоцином (60 мг/кг маси тіла). Морфометрію робили на забарвлених Н&Е гістологічних зрізах за допомогою ImageJ. Використовували метод кластеризації k-means.

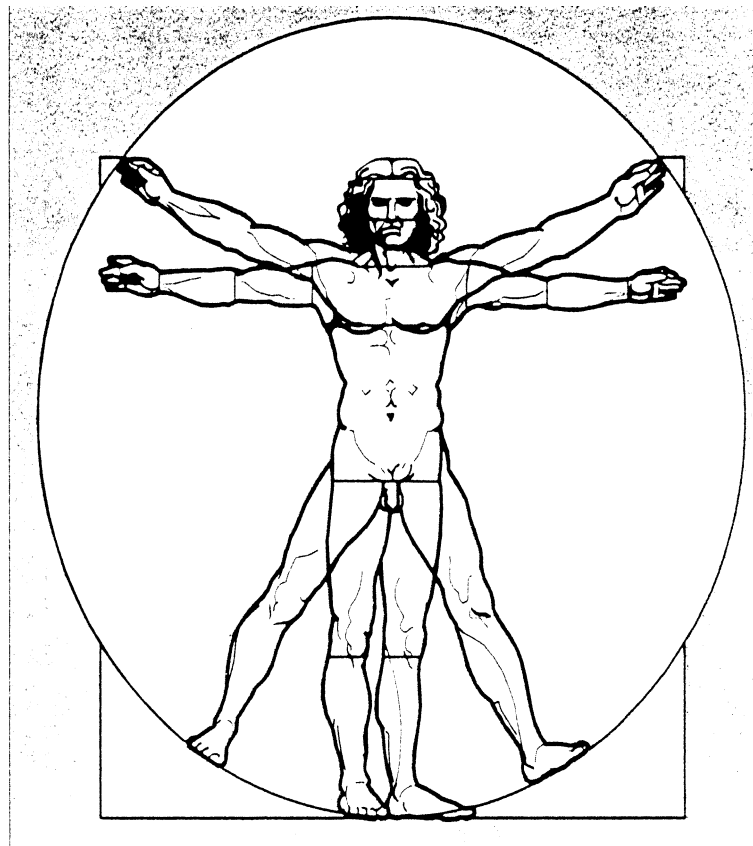
**Результати досліджень.** На 42-гу добу розвитку ЦД і в наступні терміни частка кл. кластеру (КЛ) 1 залишається значимо більшою в 4,2–4,9 разів за таку КЛ4. Але, частка кл. КЛ1 є в 2,8–3,0 рази більшою ( $p < 0,001$ ), а КЛ4 – в 2,1–2,3 рази меншою ( $p < 0,01$ ) ніж у нормі. Відсоток кл. КЛ2 значимо більший в 1,9–2,4 разів за такий КЛ3. При цьому, частка кл. КЛ3 є в 1,6–1,9 разів меншою ( $p < 0,01$ ) за таку у нормі, а КЛ2 – не відрізняється від норми ( $p > 0,05$ ).

На 42-гу добу досліду, у порівнянні з 28-ю, а також у наступні терміни ППП кл. Ур і їх ядер прогресивно зменшується так, що на 70-ту добу ППП кл. КЛ2, 3 і 4 стає меншою за норму в 1,1–1,3 разів і їх ядер – в 1,3–1,4 разів ( $p < 0,001$ ), а кл. та їх ядер КЛ1 не відрізняється від норми ( $p > 0,05$ ).

**Висновок.** ДЦ характеризується значною зміною кластерної структури кл. Ур. Зменшується відсоток кл. КЛ4 і збільшується – КЛ1, що обґрунтовує порушення функціональної рівноваги між поверхневими і базальними кл. у бік підвищення проліферативної потенції останніх. Зменшення частки кл. КЛ3 вказує на сповільнення кінцевого етапу диференціації уротеліоцитів, але початковий її етап – без дефекту. Ці зміни супроводжуються зменшенням ППП уротеліоцитів та їх ядер.



# **Секція: Морфологія в нормі та при патології**







*Аралова Вікторія, Жидков Євгеній, Суходольська Елена, Ткаченко Николай*

**ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ТВЕРДОЙ ОБОЛОЧКИ  
ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА**

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Л. В. Измайлова  
Харьковский национальный медицинский университет  
г. Харьков, Украина

Мы изучили возрастные особенности артерии твердой оболочки головного мозга человека с целью установить динамику развития васкуляризации этого органа.

Исследования проводились макромикроскопическим методом на трупном материале людей различного возраста.

Исследовано 23 препарата твердых мозговых оболочек. Возрастное распределение материала следующее: 2 эмбриона, 5 плодов, 3 новорожденных, 2 детей, 11 взрослых.

На 8 объектах произведена инъекция артерий головы и на сагитальных распилах изучались топографо-анатомические особенности распределения крупных артериальных ветвей.

На 15 других препаратах оболочка изучалась без предварительной инъекции. При этом крупные сосуды наблюдались в проходящем свете.

При изучении материала обращалось внимание на возрастные изменения самой твердой мозговой оболочки. Они сводятся к неравномерному развитию отдельных участков оболочки в различные возрастные периоды, к уплотнению тканей, уменьшению связей с костями черепа.

В артериальном русле оболочки отмечено изменение топографии крупных ветвей по отношению к некоторым участкам черепа. В ранние периоды развития ветви главных артерий твердой мозговой оболочки почти не соединяются на периферии между собой, однако тесно связаны с артериями наружных покровов в области швов и родничков. По мере замещения швов и родничков костной тканью соединения между периферическими ветвями главных артерий увеличиваются, в то же время связи с артериальным руслом наружных покровов уменьшаются.

Среди других возрастных изменений прослеживается преобразование мелкопетливой сети в крупнопетливую. Другой особенностью сосудов твердой мозговой оболочки является наличие артериовенозных анастомозов.

Динамика индивидуального развития сосудов твердой мозговой оболочки отражает два процесса: процесс роста и процесс редукции. Таким образом нами отмечено, что возрастные изменения артерий твердой оболочки головного мозга человека тесно связаны с развитием самого органа.

*Аралова Виктория, Суходольская Елена, Кулиш Роман, Лоскутов Александр*

**ИННЕРВАЦИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА**

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Л. В. Измайлова  
Харьковский национальный медицинский университет  
г. Харьков, Украина

В литературе имеются немногочисленные работы, посвященные изучению нервного аппарата клапанов сердца человека, потому мы изучили особенности расположения нервных элементов и взаимоотношений их с окружающими тканевыми структурами клапанов.

Исследование проведено на 15 тотальных препаратах неизмененных атриовентрикулярных клапанов сердец людей зрелого возраста. Фиксация препаратов клапанов осуществлялась 10% раствором нейтрального формалина. Импрегнация сердечных клапанов производилась азотнокислым серебром. Структура клапанов изучалась как на тотальных препаратах, так и на срезах, окрашенных гематоксилином-эозином.

При исследовании атриовентрикулярных клапанов сердца человека установлено, что нервные волокна проникают в створки этих клапанов, как правило, со стороны их основания, сопровождая волокна поперечнополосатой мускулатуры и кровеносные сосуды. Отдельные нервные стволы удается выявить в слое рыхлой волокнистой соединительной ткани. Ближе к основаниям створок в составе нервных створок обнаружены миелиновые и безмиелиновые нервные волокна. Последние образуют сплетения, петли которых располагаются вокруг мышечных волокон и сопровождают кровеносные сосуды. Нередко безмиелиновые нервные волокна пересекают кровеносные капилляры в различных направлениях. Незначительная часть петель нервного сплетения обнаружена в соединительнотканых элементах створок ближе к предсердной их поверхности. Основная часть сплетений лежит ближе к желудочной поверхности створок клапанов. По направлению к свободному краю створок встречаются, в основном, отдельные безмиелиновые волокна.

Сравнительно тонкие, главным образом, безмиелиновые нервные волокна образуют подэндотелиальные сплетения предсердной и желудочковой поверхности створок.

Таким образом, проведенные исследования показали, что в клапаны сердец людей проникают нервные стволы различной толщины, состоящие из миелиновых и безмиелиновых нервных волокон.

*Багній Ліна, Перевізник Богдана, Грубська Оля, Шепеть Ірина*

**ОСОБЛИВОСТІ ГІСТОЛОГІЧНИХ ЗМІН СУДИН ЛЕГЕНЬ  
ПІСЛЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ТЕРМІЧНОЇ ТРАВМИ**

Кафедра гістології та ембріології  
Науковий керівник: канд. біол. наук, доц. З.М. Небесна  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Проведені гістологічні дослідження легень після тяжкої термічної травми. Матеріал органу забирали від 10 статевозрілих білих щурів після знечулення кетаміновим наркозом, а його обробку здійснювали за загальноприйнятою методикою. Тварин декапітували на 7 добу (відповідно – стадія токсемії). Гістологічні препарати забарвлювали гематоксилін-еозином, трьохкольоровим методом MSB (ОКГ) (елективний метод забарвлення при синдромі внутрішньосудинного згортання) і вивчали та фотодокументували за допомогою світлооптичного мікроскопа MICRomed.

Гістологічні дослідження легень в стадії токсемії після експериментальної термічної травми встановили виражені розлади гемодинаміки і порушення судинної проникності. Альтеративні зміни судин великого та малого калібру проявлялися розширенням просвітів, стазом, кровонаповненням, сладж-феноменом еритроцитів, набряком та гістологічною інфільтрацією стінки. Найбільш виразних змін в цей термін досліду зазнавали мікросудини, в більшості з яких виявлялися еритроцитарні, фібринові та змішані тромби. Зміни судинної проникності призвели до нагромадження агрегатів фібрину в периваскулярних просторах.

Таким чином, тяжка експериментальна термічна травма в стадії токсемії призводить до значних порушень цілісності стінки судин, стазів, тромбозів та порушення гемокоагуляції у вигляді дисемінованого внутрішньосудинного згортання.

*Багній Галина, Варчак Ігор, Сас Андрій*

**МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ПРИ УСКЛАДНЕНІЙ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБИ ЗА  
УМОВ ПОЛІМОРБІДНОСТІ**

Кафедра патологічної анатомії з секційним курсом та судовою медициною  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. А.З. Миколенко  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

В останні роки спостерігається зростання частоти ускладнень виразкової хвороби як шлункової, так і дуоденальної локалізації, зокрема кровотеч, перфорації виразки, стенозу. При цьому наростаюча токсемія при абдомінальній патології, а особливо за умов поліморбідності, спричинює виснаження пристосувально-компенсаторних резервів організму, тим самим поглиблюючи прояви поліорганної недостатності.

Мета роботи – з'ясувати гістологічно морфологічні зміни внутрішніх органів при ускладненій виразковій хворобі за умов поліморбідності.

При гістологічному дослідженні тканини серця померлих відмічалось значне повнокров'я венул та вен різного калібру, спазм артеріол, явища стази в капілярах. Спостерігали дистрофічні зміни і сегментарну фрагментацію кардіоміоцитів, набряк строми, вогнищеву лімфоцитарну інфільтрацію. Гістологічне дослідження легеневої тканини померлих продемонструвало виражені розлади гемодинаміки, набряк і запальну інфільтрацію міжальвеолярних перегородок, дистелектази, крововиливи і накопичення гіаліноподібних мас в просвіті альвеол. Відмічався спазм бронхіол, епітелій бронхіального дерева зазнавав дистрофічних змін з наступною десквамацією. У підслизовому шарі та м'язовій оболонці спостерігався набряк і розволокнення, місцями запальні інфільтрати. При гістологічному дослідженні печінки структура її часточок у більшості спостережень була збереженою, печінкові пластинки розташовувалися радіально, проте спостерігалось розширення синусоїдів та центральних вен, вогнищева поліморфноклітинна інфільтрація та місцями гідропічна дистрофія гепатоцитів.

Структурні зміни нирок проявлялися повнокров'ям судин, крововиливами, дистрофічними змінами нефротелію, злущеним епітелієм у просвіті каналців.

Отже, ускладнена виразкова хвороба за умов поліморбідності супроводжується структурно-функціональними змінами паренхіматозних органів – серця, легенів, печінки, нирок – а саме гемодинамічними і гемореологічними розладами, альтерацією, дистрофією і некрозом паренхіматозних структур, дезорганізацією елементів строми та запальною реакцією.

*Бідованець Богдан*

**ОСОБЛИВОСТІ УРОДИНАМІКИ ХВОРИХ ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДУ З ДИСФУНКЦІЯМИ СЕЧОВОГО МІХУРА**

Кафедра патологічної анатомії з секційним курсом та судовою медициною  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Я.Я. Боднар  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Частота дисфункцій сечового міхура серед жіночого населення складає до 30 %. Нетримання сечі супроводжується розвитком інфекційних захворювань сечовивідних шляхів, призводить до зниження працездатності, соціальної і психічної дезадаптації. Недостатня оцінка ролі функціонального компоненту в розвитку розладів сечопуску визначила мету нашого дослідження. У процесі дослідження використовували цистометричний та урофлоуметричний методи дослідження. Урофлоуметрія застосовувалася також для виключення обструктивного типу сечовиділення. Обстежено 35 жінок віком 45-58 років. З них 12 осіб ми віднесли до перименопаузального періоду, у 10 період після менопаузи не перевищував 2-х років та у 13 жінок тривалість менопаузи перевищувала 2 роки.

За даними комплексного уродинамічного дослідження у всіх пацієнток був діагностований необструктивний тип сечовиділення. З них у першій групі виявлено детрузорну гіперактивність у 4-х випадках (33,3 %), у другій групі пацієнток – 5 випадки (50,0 %) та у третій групі – 6 випадків (46,2 %). Гіперактивний детрузор із зниженою скоротливістю був діагностований у 3 жінок першої групи, 4-х – другої групи та у 5 – третьої групи, що склало 25,0 %, 40,0 % та 38,5 % відповідно.

Таким чином, з віком частота дисфункцій сечового міхура, зокрема, детрузорна гіперактивність та гіперактивний детрузор із зниженою скоротливістю, в обстежених хворих зростала.

*Боймиструк Роман, Дзюбан Любомир*

**МАКРОСКОПІЧНІ ЗМІНИ В ЛЕГЕНЕВІЙ ТКАНИНІ ТВАРИН З НОРМОТОНІЧНИМ ТИПОМ АВТОНОМНОЇ НЕРВОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ ВАЖКИХ ТЕРМІЧНИХ ОПІКАХ**

Кафедра анатомії людини  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. І.І. Боймиструк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Актуальність проблеми термічних уражень визначається порівняно високою частотою їх на виробництві і в побуті. Особливої актуальності дана тематика набуває зі збільшенням відсотка потерпілих під час аварій на шахтах та отриманих при бойових операціях та їх високою летальністю

Дослідження проведено на експериментальних тваринах. Визначення типу вегетативної регуляції організму проводили по варіабельності серцевого ритму за методикою Р.Баєвського. Тварин (лабораторних щурів) розділено на 3 групи. Дане дослідження проводили у 2-й групі тварин з врівноваженим типом регуляції організму (нормотоніки). Важкий ступінь термічних опіків проводили на оголену ділянку шкіри тварин відповідної площі гарячим паром.

Дослідження проводили на 3-тю добу після нанесення опіку.

При макроскопічному огляді легень на 3 добу після опікової травми на поверхні і в місці розрізу спостерігалися ділянки темно-коричневого кольору тканини, крововиливи, емфізматозні зміни легень, кровонаповнення і по різному виражені крововиливи. Однак значного набряку тканини не спостерігалось. Гострі емфізматозні зміни в найбільшій мірі виявлялися на верхівках легень і в передніх відділах верхньої долі і в меншій мірі – в нижніх долях, які відмічалися також підвищеною вологістю і щільними на дотик.

Явища застійного повнокрів'я, відмічалися також в слизовій оболонці бронхів різного калібру. В просвітах бронхів знаходилися скупчення слизу.

Отже, важкі опіки у тварин-нормотоніків на 3 добу після травми показують, що в організмі виникає цілий комплекс неспецифічних реакцій в тому числі і в легенях. Ці явища є адаптивними і направлені на збереження гомеостазу, але вони супроводжуються і ознаками зриву компенсаторних реакцій (застій в судинах, гіперкоагуляція клітин крові, запальні вогнища).

*Варакута Ольга*

**ОСОБЛИВОСТІ АРХІТЕКТОНІКИ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ЯСЕН В НОРМІ ТА ПРИ ЇЇ СТРУКТУРНІЙ ПЕРЕБУДОВІ НА ТЛІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ**

Кафедра отолорингології та пропедевтичної стоматології  
Науковий керівник: д-р біол. наук О.Г. Куц  
Запорізький державний медичний університет  
м. Запоріжжя, Україна

Окремі наукові публікації доводять, що від початку розвитку діабету відбуваються структурні зміни в будові тканин пародонту. Але недостатньо досліджено, як змінюється колагеновий каркас тканин пародонту при даній патології.

Об'єктом дослідження були щелепи лабораторних щурів лінії Vistar. Щури були розділені на 2 групи: група 1 – інтактна, група 2 – із чотирихтижневим стрептозотоциновим цукровим діабетом. Гістологічні зрізи зафарбовували гематоксиліном і еозином і за Маллорі. При описі волокон сполучної тканини враховувалась площина гістотопографічного зрізу (сагітальна, горизонтальна чи фронтальна).

При заборі експериментального матеріалу спостерігалась шаткість зубів, їх рухливість. Нерідко зуби без усяких зусиль випали із щелеп, що вказувало на виражені зміни у структурі пародонту.

При гістологічному дослідженні препаратів встановлено, що при експериментальному цукровому діабеті зубо-ясневі волокна прикріплюються до цементу нижче епітелію прикріплення і мають більш розшарований вид ніж в нормі. Від вказаного місця прикріплення в сагітальній площині віялоподібно відходять волокна, які в нормі становлять 50-60 мкм, а в експерименті вони стоншені до 45-50 мкм. За Маллорі вони зафарбовуються у темно-синій колір. Волокна, що розташовані перпендикулярно до епітелію в сагітальній площині трактуються як радіальні. У тварин з експериментальним цукровим діабетом значно розпушуються радіальні волокна, що орієнтовані вздовж епітелію прикріплення. Циркулярні волокна кільцеподібно оточують зуб. В сагітальній площині вони мають форму сегмента кола і пронизують радіальні пучки. У експериментальних тварин дані пучки менш чітко обрисовані, начебто зливаються один з одним.

**Висновок.** На тлі експериментального цукрового діабету спостерігаються зміни у структурі фібрилярного апарату тканин пародонту: розпушуються, потоншуються, зливаються між собою колагенові волокна; зменшується синтез еластичних волокон.

*Вдовиченко Едуард*

**АНАТОМО – ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ СУГЛОБІВ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ ПРИ ПЛОСКОСТОПОСТІ**

Кафедра нормальної анатомії людини  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л.В. Фомина  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Опорно – руховий апарат відіграє важливу роль у житті людини, оскільки при його порушенні зазнає змін не тільки якість життя, але і функціонування внутрішніх органів. Для раціонального перерозподілу осьового навантаження суглоби нижніх кінцівок створюють кути відповідно поздовжньої осі. При порушенні норми згину одного кута, відбуватиметься патологічна зміна інших. Як правило, це в подальшому призводить до розвитку не тільки функціональної недостатності опорної функції кінцівки, але й морфологічних змін епіфізів кісток, зокрема головки стегнової кістки.

Мета: Виявити залежність анатома – функціональних змін кульшового суглоба від ступеня плоскостопості.

Матеріали та методи: В дослідженні приймали участь 15 юнаків призовного віку. Із них 5 не мали плоскостопості, у 10 відзначались патологічні зміни, а саме : 4 юнаки мали I ступінь, 4 юнаки – II ступінь, 2 юнаки – III ступінь плоскостопості. Реєстрацію кутів нижньої кінцівки проводили відносно анатомічної осі у фронтальній площині. В подальшому проводили розрахунки залежності змін кульшового суглоба від ступеня плоскостопості.

Результати: За даними Ю.Ю. Журавльова ( 2012р. ), норма висоти склепіння стопи становить > 35 мм, а кут поздовжнього склепіння стопи –  $128^{\circ} \pm 2^{\circ}$ . За нашими даними у 5 юнаків без наявності плоскостопості висота склепіння стопи в середньому становила 38 мм, а кут –  $129,7^{\circ}$ . Їх проксимальний анатомічний кут стегнової кістки ( надалі аПСК ) коливався від  $84,8^{\circ}$  до  $86,9^{\circ}$ , а шийно – діафізарний кут ( надалі ШДК ) – від  $130,4^{\circ}$  до  $132,2^{\circ}$ . При плоскостопості I ступеня ( висота склепіння 35 мм – 25 мм, кут поздовжнього склепіння стопи  $130^{\circ}$  -  $140^{\circ}$  ) у юнаків аПСК коливався від  $87,1^{\circ}$  до  $91,7^{\circ}$ , а ШДК – від  $134,7^{\circ}$  до  $141,9^{\circ}$ . У юнаків спостерігався косметичний дефект у вигляді косолапості. При плоскостопості II ступеня (висота склепіння 24 – 17 мм, кут поздовжнього склепіння стопи  $141^{\circ}$  –  $155^{\circ}$  ) у юнаків аПСК коливався від  $93,7^{\circ}$  до  $100,2^{\circ}$ , а ШДК – від  $145^{\circ}$  до  $155^{\circ}$ . При плоскостопості III ступеня (висота склепіння < 17 мм, кут поздовжнього склепіння стопи >  $155^{\circ}$  ) у юнаків аПСК коливався від  $102,2^{\circ}$  до  $102,8^{\circ}$ , а ШДК від  $158,1^{\circ}$  до  $159^{\circ}$ . При плоскостопості II та III ступенів юнаки скаржилися на болі в кульшовому суглобі, зокрема при довготривалому фізичному навантаженні.

Висновки: Нелікована плоскостопість, яка призводить до зміни кутів кульшового суглоба, у подальшому може призвести до ранніх склеротичних змін у ньому, які виникають унаслідок надмірного натягування зв'язки голівки стегна і цим викликають порушення живлення.

*Гарбуз Катерина*

**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГЛИОЦИТОВ КРУПНОКЛЕТОЧНЫХ ГИПОТАЛАМИЧЕСКИХ ЯДЕР ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ИСХОДАХ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА**

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель: к.м.н., доц. О. Д. Сидорова, д.м.н., проф. П.С. Демко  
Кемеровская государственная медицинская академия  
г. Кемерово, Россия

Целью работы было изучение морфофункционального состояния глиоцитов СОЯ и ПВЯ переднего гипоталамуса у экспериментальных животных при различных исходах анафилактического шока.

У 28 сенсibilизированных половозрелых кроликов - самцов введением разрешающей дозы антигена вызывали анафилактический шок. Материалом исследования послужил гипоталамус животных, выведенных из эксперимента на 5-ой минуте анафилаксии и погибших от неё. Контролем служили сенсibilизированные кролики. На срезах переднего гипоталамуса, окрашенных паральдегид-фуксином по Гомори-Габу с докраской азаном по Гейденгайну, измеряли диаметры ядер глиальных клеток ПВЯ и СОЯ. По формуле эллипсоида рассчитывали объем ядра (Вяд.) глиоцита – показатель морфофункционального состояния клетки. Полученные результаты подвергали статистической обработке.

Количественные морфофункциональные характеристики глиоцитов ПВЯ и СОЯ у сенсibilизированных животных не имеют существенных различий.

У животных, переживающих анафилаксию, отмечается снижение активности глиоцитов как в СОЯ, так и ПВЯ. Вяд. глиальных клеток ПВЯ уменьшается на 37% ( $p=0,0002$ ), а СОЯ – на 38% ( $p=0,0001$ ) по сравнению с соответствующими показателями контрольных кроликов. При смертельном исходе анафилактического шока морфологические критерии активности глиоцитов и ПВЯ и СОЯ не отличаются от показателей контрольной группы, при этом на 56% и 47% превышая морфофункциональные характеристики животных, переживающих шок ( $p=0,0002$  и  $p=0,0003$ , соответственно).

Таким образом, развитие анафилактического шока сопровождается однотипной реакцией глиоцитов ПВЯ и СОЯ. У животных, переживающих анафилаксию, отмечается подавление морфофункциональной активности глиальных клеток как ПВЯ, так и СОЯ. При смертельном исходе анафилаксии морфофункциональное состояние глиоцитов СОЯ и ПВЯ близко к исходному уровню. Возможно, снижение активности глиоцитов предупреждает реализацию механизмов шока.

*Гаргула Тетяна, Ясіновський Олег*

**ПОРІВНЯЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У СВИНЕЙ ТА БІЛИХ ЩУРІВ**

Кафедра оперативної хірургії з топографічною анатомією

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. М.С.Гнатюк

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет

імені І. Я. Горбачевського МОЗ України"

м. Тернопіль, Україна

Дванадцятипала кишка є важливим органом травної системи, а також складовою частиною панкреатодуоденальної зони і до сьогоднішнього дня становить предмет дослідження морфологів, ендокринологів, імунологів, гастроентерологів та ін.

Комплексом морфологічних методів досліджена неушкоджена дванадцятипала кишка у 18 експериментальних практично здорових статевозрілих тварин, які були розділені на 2-і групи. 1-а група – 6 свиней в'єтнамської породи, 2-а – 12 білих щурів-самців. Евтаназія тварин здійснювалася кровопусканням в умовах тіопенталового наркозу. При морфометричному дослідженні дванадцятипалої кишки визначали висоту та ширину ворсин, висоту апікальних епітеліоцитів, діаметр їх ядер, ядерно-цитоплазматичні відношення в цих клітинах, глибину та ширину крипт, товщину м'язової оболонки, індекс ворсинок (відношення висоти ворсинок до глибини крипт).

Встановлено, що досліджувані морфометричні параметри дванадцятипалої кишки свиней і білих щурів суттєво відрізнялися між собою. У тварин 1-ї групи ворсинки у 2,95 р. нижчі і на 22,3 % ширші, ніж у 2-ї. Висота апікальних епітеліоцитів, а також діаметр їх ядер у свиней менший відповідно на 6,17 % та у 1,65 р., ніж у білих щурів. Ядерно-цитоплазматичні відношення апікальних епітеліоцитів у тварин 2-ї групи були у 2,4 р. більші, ніж у 1-ї. У свиней глибина і ширина крипт на 26,4 % і 30,65 % менша, порівняно з відповідними показниками у білих щурів. Товщина м'язової оболонки у тварин 1-ї групи у 1,37 р. більша, ніж 2-ї. Індекс ворсинок у свиней у 2,23 р. менший, ніж у білих щурів.

Морфометрією виявлено, що у представників різних рядів ссавців структурна організація дванадцятипалої кишки неоднакова.

*Головін Д.В., Кучер І.В.*

**ВІКОВІ ТА СТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕЙРОНО-АНГІО-ГЛІАЛЬНИХ СПІВВІДНОШЕНЬ У КОРИ  
МОЗОЧКА**

Кафедра гістології, цитології та ембріології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф М.С. Пушкар, канд. мед. наук, доц О.І. Тереховська  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

Метою даної роботи є встановлення закономірностей морфометричних показників нейроно-ангіо-гліальних (НАГ) відносин в корі мозочка, проведення оцінки та виявлення вікової динаміки змін НАГ системи кори мозочка.

Матеріали та методи: Дослідження проводилося на препаратах (секційному матеріалі) кори мозочка, отриманих від 60 трупів людини (33 чоловіків та 27 жінок) у віці від 18 до 88 років, що вмерли від випадкових причин, не пов'язаних з патологією й ушкодженням нервової системи. Отриманий матеріал розподілили на вікові групи, а кожну групу за статевою ознакою. Для гістологічного дослідження брали ідентичні ділянки кори мозочка в області *fissura horizontalis*. Гістологічну обробку морфологічного матеріалу проводили згідно з загальноприйнятими методиками. Дослідження проводили на зрізах товщиною 3 мкм, забарвлених гематоксилін-еозином і за методом Ніссля. Проводили кількісну і якісну оцінку морфологічних структур, оцінювали просторові гліо-капілярні й нейроно-гліальні відношення досліджуваних ділянок кори мозочка. За допомогою цифрової відеосистеми "Mediscop" проводили візуалізацію зображення та виготовляли мікрофотографії.

Результати : При вивченні вікових особливостей кори мозочка були виявлені характерні зміни: прогресивне візуальне зменшення щільності розташування, кількості нейронів, дистрофічні і дегенеративні зміни нервових клітин, редукція капілярної мережі. На препаратах у полі зору як прояв вікової динаміки візуально помітне збільшення кількості гліальних клітин. Не виявлені суттєві морфологічні відмінності нейронів, гліальних клітин і капілярів між чоловіками і жінками.

Висновок : Вікові зміни морфометричних показників є результатом розвитку компенсаторно-приспосувальних реакцій, обумовлених рівнем трофічного гліально-капілярного забезпечення і динамікою зміни НАГ відносин, що дозволило виявити гістологічну варіабельність досліджуваної структури.

*Горман Михайло, Гнатюк Аліна, Гриценко Іванна, Стадник Андрій*

**ОСОБЛИВОСТІ АНАТОМІЇ ПЕРЕГОРОДКОВОГО СОСОЧКОПОДІБНОГО М'ЯЗА ПРАВОГО  
ШЛУНОЧКА У ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН**

Кафедра оперативної хірургії з топографічною анатомією  
Науковий керівник: д-р мед. наук., проф. М.С. Гнатюк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

У сучасній медико-біологічній літературі дані про анатомію перегородкового сосочкоподібного м'яза правого шлуночка у людини та дослідних тварин неоднозначні та суперечливі.

Виходячи з наведеного, метою даної роботи стало дослідження анатомічних особливостей перегородкового сосочкоподібного м'яза правого шлуночка у статевозрілих білих щурів та свиней в'єтнамської породи.

Макроскопічно досліджено анатомічні особливості перегородкового сосочкоподібного м'яза правого шлуночка у 15 білих щурів-самців та 28 свиней-самців в'єтнамської породи. Проведені дослідження показали, що даний м'яз найчастіше зустрічається у свиней. При цьому перегородковий сосочкоподібний м'яз правого шлуночка локалізувався на міжшлуночкової перегородці у місці проникнення на дану структуру надшлуночкового гребеня. У свиней вказаний м'яз був виявлений у 67,8 %, тобто у 19 спостереженнях. У 13 випадках він мав одну верхівку, у 4-х – він виявився двохверхівковим, а у 2-х – трьохверхівковим. Форма перегородкового сосочкоподібного м'яза правого шлуночка найчастіше була конічною, рідше циліндричною та у вигляді напівсферичного підвищення. Від верхівки даного м'яза найчастіше відходило 1-3 сухожилкові струни, рідше зустрічалися випадки з 4-5 сухожилковими струнами. При відсутності перегородкового сосочкоподібного м'яза правого шлуночка від місця його локалізації відходило 3- 6 сухожилкових струн. Дані структури, а також сухожилкові струни сосочкоподібного м'яза прикріплювалися переважно до передньої стулки тристулкового клапана, інколи до передньої та перегородкової стулок.

Проведене дослідження анатомічних особливостей перегородкового сосочкоподібного м'яза правого шлуночка демонструє виражену варіабельність даної структури у експериментальних тварин, яка може зустрічатися також у людей.

Гурін Михайло

**РОЗВИТОК ЯЄЧОК. АНАТОМІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ РОЗВИТКУ БЕЗПЛІДДЯ**

Кафедра нормальної анатомії людини  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л.В. Фоміна  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

Актуальність: 1. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я на сьогоднішній день 75 мільйонів шлюбів безплідні та щороку їх кількість зростає на 2 мільйони. 2. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я із загальної кількості безплідних шлюбів 45% виникають через чоловіче безпліддя.

Мета: Вивчити процес розвитку та опускання яєчок, показати важливість цього процесу у сенсі онтогенетичної передумови виникнення безпліддя.

Матеріали та методи: Для виконання поставленої мети ми провели ретроспективний аналіз захворюваності дітей на крипторхізм з архіву дитячої обласної лікарні та Вінницької обласної лікарні ім. М.І. Пирогова на наявність пацієнтів, які страждають безпліддям розвинутого на основі невчасного медичного втручання або виявлення крипторхізму. Провели анкетування чоловіків віком від 25 – 30 років щодо обізнаності догляду за новонародженими синами.

Результати: Яєчко - парний чоловічий орган, в якому утворюються чоловічі статеві клітини - сперматозоїди і стероїдні гормони, що безпосередньо впливають на здатність чоловіка до продовження роду. Саме тому порушення функціональної здатності яєчок призводить до безпліддя у сім'ї. Процес опускання яєчка відбувається у 3 триместрі ембріонального періоду онтогенезу людини. При порушенні цього процесу може виникнути крипторхізм, який в свою чергу при несвоєчасному медичному втручанні стає безпосереднім ризиком розвитку дисфункції яєчок. Проведений ретроспективний аналіз захворюваності дітей на крипторхізм з архіву дитячої обласної лікарні, який показав, що зустрічальність цієї недуги серед 3000 хлопчиків з масою тіла більшою ніж 2500 г склала 2,7 %, а у недоношених дітей з масою тіла меншою ніж 2500 г поширеність крипторхізму збільшилася до 21%. Також був проведений ретроспективний аналіз архіву Вінницької обласної лікарні ім. М.І. Пирогова на наявність пацієнтів, які звернулися за офіційною медичною допомогою з приводу безпліддя

розвинутого на основі невчасного медичного втручання або виявлення крипторхізму. Станом на 2014 рік було зафіксовано 23 пацієнта з даною проблемою. Розглянуті шляхи вирішення цієї проблеми. Проведено анкетування молодих батьків – 50 чоловіків від 25-30 років, які відповіли на питання і при аналізі з'ясувалося, що 48 з опитаних не перевіряли наявність двох яєчок у калитці дитини при народженні. Запропоновано відновити санітарно-просвітню роботу сімейного лікаря з батьками. Розглянуті методи лікування крипторхізму.

Висновки: Для профілактики безпліддя, в першу чергу, необхідна перевірка наявності крипторхізму у новонароджених хлопчиків у родзалі, також при професійному огляді сімейного лікаря та батьками, які обізнані з методом перевірки та можливими негативними наслідками при невчасній діагностиці.

*Джавадова Н., Киричок М., Чурпіта Б., Василик В.*

**ЗМІНИ ХІМІЧНОГО СКЛАДУ КІСТОК СКЕЛЕТА У ТВАРИН АДАПТОВАНИХ ДО ЗАГАЛЬНОЇ ДЕГІДРАТАЦІЇ ОРГАНІЗМУ**

Кафедра анатомії людини  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Киричок О.М.  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Дослідження були проведені на 24 білих молодих щурах-самцях, віком 1,5 місяці. Тварин розділяли на дві підгрупи: перша дослідна група - адаптовані до зневоднення щурі (Д1); друга - контрольні тварини (К). Експеримент складався з наступних етапів: I – адаптація до загального зневоднення; II – загальне зневоднення; III - реадаптація.

Мета нашого дослідження - виявити закономірності адаптивних перетворень довгих трубчастих кісток скелета молодих тварин в умовах реадаптації після настання загальної дегідратації важкого ступеня.

На атомному абсорбційному спектрофотометрі С-115 визначали масову частку мікроелементів (марганцю, міді, цинку, заліза, свинцю) за методом Б.А. Неменко та М.М. Молдакулова.

При порівнянні масової частки мікроелементів у плечових кістках адаптованих і контрольних тварин молодого віку через 6 тижнів відновного періоду було виявлено, що масова частка марганцю у тварин групи Д1 в плечових кістках становила  $(9,33 \pm 0,34) \%$ , в контрольній групі -  $(8,89 \pm 0,17) \%$ . Різниця – 4,95 % ( $p < 0,05$ ). Масова частка міді у тварин групи Д1 у плечових кістках становила  $(28,61 \pm 0,63) \text{ мг } \%$ , а в контрольній -  $(27,04 \pm 0,68) \text{ мг } \%$ . Різниця – 5,81 % ( $p < 0,05$ ). Масова частка заліза у тварин групи Д1 в плечових кістках становила  $(0,89 \pm 0,03) \text{ мг } \%$ , в контрольній групі -  $(0,90 \pm 0,02) \text{ мг } \%$ . Різниця – 1,11 % ( $p < 0,05$ ). Масова частка свинцю у тварин групи Д1 в плечових кістках становила  $(4,29 \pm 0,04) \text{ мг } \%$ , в контрольній групі -  $(4,67 \pm 0,09) \text{ мг } \%$ . Різниця – 8,14 % ( $p < 0,05$ ).

Співставлення масових часток остеотропних мікроелементів у статевозрілих тварин груп Д1 і К через 6 тижнів відновного періоду дозволили нам ствердити, що в групі Д1 початок активних відновних процесів супроводжується зростанням масової частки остеотропних мікроелементів вперше після інерційного порушення, викликаного важким ступенем загального зневоднення.

Висновок. 1. В адаптованих до дегідратації молодих тварин розвиваються компенсаторно-приспосувальні процеси, які спрямовані на забезпечення функцій довгих трубчастих кісток скелета в екстремальних умовах загального зневоднення та у період їх реадаптації.



*Дмитрієв К., Стульнова В., Єкеніна Л.*

**ОСОБЛИВОСТІ ГІПЕРЕМІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МЕХАНІЗМУ СПРИЧИНЕННЯ ТА ЇЇ МОЖЛИВЕ СУДОВО-МЕДИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.І. Моканюк  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гіперемія – переповнення кров'ю судин кровеносної системи будь-якого органу або тканини, що може провокуватись різними факторами. В залежності від виду та сили впливу механічного фактору інтенсивність та тривалість гіперемії може відрізнитись, що може вимагати диференціювання її з ушкодженнями (синціями), особливо в короткі строки після нанесення травми.

Мета: Виявити можливі відмінності в розвитку гіперемії ( тривалості та інтенсивності) в залежності від сили та способу дії механічного фактору.

Матеріали та методи: Вивчали виникнення гіперемії від удару та тиску. Гіперемія від тиску моделювалась у 7 чоловік за допомогою тонометра, манжета якого накладалась на передпліччя на 2хв., та накачувалась до тиску 180-200 мм.рт.ст. Зона гіперемії, що виникала після зняття манжети фотографувалась на 5, 10, 30 сек., 1, 2, 3, 5 хв. Виникнення та тривалість гіперемії від удару вивчалась в досліді з пейнтбольним маркером на здорових добровольцях, в умовах максимально наближених до ігрових, зі швидкістю польоту шару 150-200-250-300 м/с. Гіперемію фотографували на 30 сек., 5, 10, 30 хв., 1, 3, 6, 12, 24, 48, 72, 96, 120 год. цифровим фотоапаратом Nikon AF-S Nikkor 18-55 mm, при освітленні об'єкта ксеноновою лампою білого світла, з відстані 40 см, перпендикулярно до поверхні шкіри. Її забарвлення та розміри визначали відповідно до зразкової шкали кольорів з метричною шкалою за допомогою комп'ютерної програми обробки зображень, яка під'єднана до проблемно-орієнтованої експертної системи на основі нечіткої логіки (Патент України №35499, G01N 21/21, 2008).

Результати: Гіперемія виникає одразу після зняття манжети, має червоний колір, характеризується поступовим збільшенням його інтенсивності до кінця першої хв. та повним зникненням до кінця 5-ої хв. В одному випадку манжета була знята на 1 хв. 30 сек. в зв'язку з появою болісних відчуттів, гіперемія в цьому випадку тривала більше 5 хвилин, що, можливо, пов'язано з особливостями іннервації чи кровопостачання або наявною соматичною патологією. Спостерігається хвилеподібний характер такої гіперемії, зі швидким наростанням її інтенсивності та більш повільним зменшенням.

В залежності від швидкості польоту пейнтбольного шару виникає гіперемія, синець або синець у поєднанні з садном. На швидкості 150 футів/с гіперемія виникла в 66,7% випадків, на швидкості 200 футів/с – 33,3%, на швидкості 250 футів/с – 11,5%. На швидкості 300 футів/с гіперемія не утворювалась. Тривалість гіперемії, в залежності від швидкості, складає від 1 до 96 годин.

Висновок: Інтенсивність та тривалість гіперемії залежить від сили дії механічного фактору та механізму її утворення. Однаковий ( червоний) колір гіперемії та синця, на початковому етапі його існування, вимагає розробки колориметричних критеріїв для їх диференційної діагностики.

*Долинко Неля*

**УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ В ЯЄЧКУ В УМОВАХ ЕТАНОЛОВОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ**

Кафедра анатомії і фізіології людини та тварин  
Науковий керівник: д-р мед. наук Грицуляк Б.В.  
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»  
м.Івано-Франківськ, Україна

Серед причин, що провокують розлади сперматогенезу та у чоловіків непліддя важливе місце займає етанолова інтоксикація. Разом з тим її вплив на ультраструктуру яєчка досліджений не повно.

Метою даної роботи було встановити характер ультраструктурних змін в компонентах гематотестикулярного бар'єра.

У роботі статевозрілим щурам масою 180-200 г дошлунково вводили 2 мл 30% розчину етанолу з розрахунку 2 мл на 100 г маси тіла щурів щоденно. Електронномікроскопічне дослідження тканин яєчка проводили за загальноприйнятою методикою на 21 добу експерименту.

Нами встановлено, що хронічна етанолова інтоксикація тварин призводить до деформації ядра ендотеліоцитів, гемокапілярів з перинуклеарною конденсацією хроматину та вакуолізації цитоплазми. В мітохондріях ендотеліоцитів — просвітлення матриксу та редукція частин гребенів. Структури ендоплазматичної сітки та комплексу Гольджі розширені. Базальна мембрана гемокапілярів нерівномірно потовщена. Ядра міоїдних клітин оболонки звивистих сім'яних трубочок деформовані з нерівномірною конденсацією хроматину, а в цитоплазмі визначається розширення цистерн ендоплазматичної сітки та резервуарів комплексу Гольджі. Матрикс мітохондрій просвітлений, вакуолізований.

В ядрах підтримувальних епітеліоцитів — просвітлення нуклеоплазми, елементи ендоплазматичної сітки і комплексу Гольджі розширені. В з'єднувальному апараті клітин наявна деформація каналців ендоплазматичної сітки, має місце редукція мікрофіламентів та зближення цитолем. В інтерстиційних ендокриноцитах — редукція цитоплазми та гребенів мітохондрій, деформація ядра.

Отримані нами дані свідчать про те, що хронічна алкогільна інтоксикація тварин порушує ультраструктуру компонентів гематотестикулярного бар'єра, що може негативно вплинути на сперматогенез.

Журавель Євгеній, Асанова Зарема, Хатипов Амет

**МІСЦЕВА РЕАКЦІЯ ТКАНИН НА ПОЛІПРОПІЛЕНОВИЙ СІТЧАСТИЙ ПРОТЕЗ ПРИ ЙОГО ІМПЛАНТАЦІЇ В ТКАНИНИ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ТА МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ЇЇ ЗМЕНШЕННЯ**

Кафедра нормальної анатомії

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.С. Пикалюк, доц. С.Г.Гривенко  
Державна установа "Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського"  
м. Сімферополь, Україна

«Золотим стандартом» у герніології вважаються поліпропіленові сітчасті протези, однак, недовіком будь-якого штучного матеріалу, є прояв місцевого запального процесу.

Метою роботи є експериментальне обґрунтування обробки поліпропіленових сітчастих протезів аутоплазмою крові і ксеногенною спинномозковою рідиною (КСМР) для зменшення місцевої запальної реакції. В експерименті було прооперовано 36 самців білих щурів лінії Вістар, яким під ефірним наркозом у тканини передньої черевної стінки був імплантований поліпропіленовий сітчастий протез.

Дослідження проводили з поділом щурів на контрольну і дослідні групи №1 і №2. У дослідній групі №1 протез був оброблений аутоплазмою крові, а в групі №2 – КСМР. Тварини протягом 28 днів після операції знаходилися під спостереженням. На 7, 14, 21 і 28-у доби щурів виводили з експерименту для отримання біоматеріалу для гістологічного дослідження. Фрагменти передньої черевної стінки фіксували в 10% розчині формаліну і залили в парафін. Зрізи виготовлені на мікротомі профарбували гематоксилином і еозином та мікроскопували під малим (10x) і великим (40x) збільшеннями. Також було проведено морфометричне дослідження та статистична обробка.

Гістологічне дослідження показало, що у щурів з контрольної групи місцева запальна реакція виражена сильніше ніж у дослідних групах. У щурів з дослідних груп запальний процес протікав, з мінімальною лейкоцитарною інфільтрацією у вогнищі запалення.

На підставі отриманих результатів можна констатувати, що обробка поліпропіленових сітчастих імплантатів аутоплазмою крові і КСМР сприяє зменшенню запальної реакції оточуючих тканин.

*Йосипенко Владислав, Лаєрів Леся*

**ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ ПРИВУШНОЇ ЗАЛОЗИ У ПЛОДІВ ЛЮДИНИ**

Кафедра патологічної анатомії

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Олійник І.Ю.  
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
м. Чернівці, Україна

Дослідження виконано на 28 плодах людини 130,0-375,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД). У ході дослідження використовували методи: тонкого препарування під контролем бінокулярної лупи; макро- та мікроскопії; морфометрії; комп'ютерне 3-D реконструювання.

Встановлено, що ПЗ у плодів (Пл) розташована в глибокій западині позаду гілки нижньої щелепи, в занижнощелепній ямці. ПЗ вкрита власною фасцією, всередину від якої відходять сполучнотканинні перетинки. Привушно-жувальна фасція в передньо-нижніх відділах потовщується, утворюючи шило-нижньощелепну зв'язку, яка відділяє ПЗ від піднижньощелепної залози.

У Пл залоза на всіх препаратах має неправильну форму: овальну, листовидну, підковоподібну, трикутну, неправильного чотирикутника, тощо. Однак, за результатами комп'ютерного 3-D реконструювання ПЗ, найбільш практичним нам бачиться її опис як тристоронньої піраміди, оберненої основою до виличної дуги, а верхівкою вниз – до кута нижньої щелепи.

Привушна протока утворюється від злиття двох проток, які в свою чергу утворені злиттям кількох верхніх та нижніх часточкових проток, що виходять із тканини залози, пронизуючи її капсулу. Іноді привушна протока формується глибоко в речовині залози. Напрямок привушної протоки – дугоподібний, опуклістю вгору. Пройшовши по зовнішній поверхні жувального м'яза, привушна протока ПЗ торкається жирового тіла щоки та проникає крізь щічний м'яз у присінок рота, де відкривається у вигляді сосочка привушної протоки.

Крізь тканину ПЗ проходять: лицевий нерв; занижнощелепна вена; зовнішня сонна артерія; вушно-скроневиий нерв.

Отже, будова ПЗ людини у Пл 4-10 місяців властива значна анатомічна мінливість, що проявляється варіантами форми (овальна, листовидна, підковоподібна, трикутна, неправильно чотирикутна), розташування та синтопії. За комп'ютерним 3-D реконструюванням залози найбільш практичним нам бачиться її об'ємний опис – як тристоронньої піраміди, оберненої основою до виличної дуги, а верхівкою вниз – до кута нижньої щелепи.

*Киричок Юрій*

**РЕАДАПТАЦІЙНІ ЗМІНИ КІСТОК ТВАРИН ПІСЛЯ НАСТАННЯ ЗАГАЛЬНОГО ЗНЕВОДНЕННЯ  
ОРГАНІЗМУ ВАЖКОГО СТУПЕНЯ**

Кафедра анатомії людини  
Науковий керівник: д-р м. н. проф. І.С. Герасимюк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Досліджені довгі кістки 32 старих білих лабораторних щурів-самців, які були розділені на три дослідні групи: перша – адаптовані до зневоднення щурі (Д1); друга – неадаптовані щурі (Д2); третя – контрольні тварини (К). Експеримент складався з трьох етапів: 1 – адаптація до загального зневоднення; 2 – загальне зневоднення; 3 – реадaptaція після настання загального зневоднення важкого ступеня, через 1,3,6,12 тижнів.

Гістоморфометрію проводили за А. А. Гуцолом і Ю. Ю. Кондратьєвим за допомогою окулярного гвинтового мікрометра (МОВ-1-15 х) та стандартної сітки.

Через 12 тижнів після перенесеного зневоднення важкого ступеня в адаптованих і неадаптованих старих щурів при мікроскопічному дослідженні спостерігали зменшення зони проліферації хряща відносно контролю на 12,58-16,42 %, 3,06-5,61 % відповідно. Зона дефінітивного хряща порівняно з контролем розширена у тварин групи Д1 на 2,09-3,70 %, у тварин групи Д2 – на 1,78-3,12 %.

Збільшилася зона деструктивного хряща у тварин групи Д1 і Д2 відносно контролю. Ширина епіфізарної пластинки нерівномірна за шириною і відстає відносно контролю на 6,97-10,18 % у тварин групи Д1 і на 2,06-5,01 % у тварин групи Д2. Найрізноманітнішої величини порожнини резобції перфорують та руйнують структуру компактної речовини діафіза у тварин груп Д1 і Д2.

Отже, попередньо проведена адаптація у старих щурів не сприяла підвищенню відновних можливостей кісткової тканини в період реадaptaції. Морфологічні зміни більше виявлені в адаптованих старих тварин, ніж в неадаптованих, де фізіологічна дегенерація кісток посилюється деструктивними змінами та демінералізацією від зневоднення.

*Котик Тарас*

**РОЗМІРИ СЕРОМУКОЦИТІВ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ВІДНОСНА ОПТИЧНА  
ЩІЛЬНІСТЬ ЇХ ГРАНУЛ ПРИ СТРЕПТОЗОТОЦИНОВОМУ ДІАБЕТИ**

Кафедра анатомії людини, оперативної хірургії та топографічної анатомії  
Науковий керівник: д-р мед. наук Попович Ю.Л.  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
м.Івано-Франківськ, Україна

Установлено, що цукровий діабет (ЦД) впливає на функціонування слинних залоз і спричиняє гіпосалівацію. З'ясовано, що вплив різних факторів змінює співвідношення глікопротеїнів і глікозаміногліканів у секреті кінцевих відділів слинних залоз, що на ультраструктурному рівні, проявлятиметься зміною відносної оптичної щільності (ВОЩ) секреторних гранул (СГ). У доступній нам літературі ми не знайшли даних щодо цього показника, у тому числі про його зміни у СГ серомукоцитів при ЦД.

Мета: визначити ВОЩ СГ серомукоцитів ПНЩЗ у нормі та на 28, 42 та 56-ту доби перебігу стрептозотоцинового діабету і проаналізувати отримані результати разом з показником площі профільного поля (далі – площа) серомукоцитів.

Матеріал і методи. Досліджено 21-го щура-самця річного віку лінії Вістар (6 інтактних і по 5 на термін досліду). ЦД моделювали стрептозотоцином (60 мг/кг маси тіла). На гістологічних зрізах, забарвлених Н&Е, вимірювали площу серомукоцитів. Визначення ВОЩ їх СГ здійснювали на електроннограмах за допомогою ImageJ і розробленого нами оригінального набору інструментів «SalivaryGlandGranules». Статистику проводили в програмі R.

Результати. Площа серомукоцитів ПНЩЗ в нормі становить  $123,24 \pm 21,64 \mu\text{m}^2$ , а ВОЩ їх СГ –  $0,13 \pm 0,06$ . На 28, 42 та 56-ту доби досліду площа серомукоцитів, у порівнянні з нормою, прогресивно зменшується в 1,1; 1,2 і 1,8 разів ( $p < 0,001$ ), що достеменно свідчить про зменшення кількості секрету, який виводиться кінцевими відділами залози. У перші два терміни зменшується в 1,1 і 1,8 разів ( $p < 0,001$ ) також ВОЩ СГ, а на 56-ту добу цей показник дещо зростає, але залишається меншим від норми в 1,7 разів ( $p < 0,001$ ). Зменшення ВОЩ вказує на переважання в секреті глікоаміногліканів, що підвищує в'язкість слини.

Таким чином, зменшення розмірів серомукоцитів в досліджувані терміни розвитку ЦД свідчить про зниження секреторної потенції ПНЩЗ. У цей же час змінюється і якісний склад секрету – збільшуються глікозаміноглікани, на що вказує зменшення значення ВОЩ.

*Котик Христина*

**РЕЗУЛЬТАТИ МОРФОМЕТРИЧНОГО АНАЛІЗУ МУКОЦИТІВ ПІД'ЯЗИКОВОЇ ЗАЛОЗИ 3  
ВИКОРИСТАННЯМ БАГАТОВИМІРНОЇ СТАТИСТИКИ**

Кафедра анатомії людини, оперативної хірургії та топографічної анатомії  
Науковий керівник: д-р мед. наук Попадинець О.Г.  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
м. Івано-Франківськ, Україна

Секреторний цикл (СЦ) мукоцитів під'язикової залози (ПЗ), як і секреторних клітин інших слинних залоз, включає: поглинання необхідних для синтезу продуктів, синтез, дозрівання і нагромадження секрету, його виведення та повернення клітин до вихідного стану. З'ясовано, що у різні фази СЦ змінюються розміри секреторних клітин, а їх співвідношення характеризує функціональний стан залози. Гістологічно, за розмірами клітин та їх ядер, можна виділити тільки три групи мукоцитів ПЗ, що відповідають певним фазам СЦ: 1) найменші, які виділили секрет і поглинають продукти; 2) середніх розмірів, в яких здійснюється синтез і дозрівання секрету; 3) найбільші, що містять значну кількість секрету і готові до його виведення.

Мета: провести кластерний аналіз і виділити в сукупності мукоцитів ПЗ такі їх групи (кластери), які відповідають трьом фазам СЦ в нормі.

Матеріал і методи. У роботі використано 5 щурів-самців річного віку лінії Вістар. Програмою ImageJ на гістологічних зрізах, забарвлених Н&Е, визначали площу профільного поля (далі – площа) мукоцитів ПЗ та їх ядер. Дані опрацьовували в програмі R.

Результати. Методом k-means виділені 3 кластери мукоцитів ПЗ, які відповідають трьом фазам СЦ, і отримані їх метричні характеристики. Встановлено, що площа мукоцитів кластерів 1, 2 і 3 становить 107,08; 138,94 і 164,11 мкм<sup>2</sup>, а площі їх ядер, відповідно – 13,89; 15,39 і 16,31 мкм<sup>2</sup>. Впродовж СЦ змінюються розміри мукоцитів, що зумовлює їх послідовне переміщення з кластера в кластер. Відсотки мукоцитів, які утворюють кластери 1 і 3 (29,44 і 26,84 %), не відрізняються між собою ( $p > 0,05$ ), але є меншими ( $p < 0,01$ ) за такий кластера 2 (43,72 %), що характеризує стан функціональної рівноваги ПЗ.

Висновки: виділені 3 кластери мукоцитів ПЗ, площа яких характеризує 3 фази СЦ; у нормі наявний стан функціональної рівноваги ПЗ; кластерний аналіз дозволяє дати оцінку функціонального стану слинних залоз як в нормі, так і за умови експериментальної патології.

*Крамар Соломія, Стецюк Ігор*

**ГІСТОХІМІЧНИЙ СТАН ОПІКОВОЇ РАНИ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ТЕРМІЧНІЙ ТРАВМІ**

Кафедра гістології та ембріології  
Науковий керівник: д-р біол. наук, проф. Волков К. С.  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Гістохімічні дослідження опікової рани після експериментальної термічної травми проведено на 20 статевозрілих морських свинках. Декапітацію тварин проводили на 1, 7, 14, та 21 доби досліджу, що відповідає стадіям шоку, ранньої та пізньої токсемії та септикотоксемії. Забір та обробку матеріалу для мікроскопічних досліджень здійснювали згідно загальноприйнятої методики. ШЙК+“Хейл” реакцію проводили за методом Муурі. Гістологічні препарати вивчали за допомогою світлового мікроскопа MICROMed SEOSCAN.

Гістохімічно у стадії шоку зміни аморфної речовини дерми проявлялися яскраво вираженими ШЙК-позитивними властивостями та незначним “Хейл”-позитивним забарвленням, що свідчило про збільшення кількості глікопротеїнів та розпад глікозаміногліканів. На 7 добу експерименту серед компонентів міжклітинної речовини сполучної тканини виявлялося переважання глікопротеїнів та незначна кількість кислих глікозаміногліканів.

У пізні терміни досліджу (14 та 21 доби) спостерігалось помірне “Хейл”-позитивне забарвлення аморфної речовини сполучної тканини, що свідчить про збільшення у ній кількості сульфатованих глікозаміногліканів. Волокнистий компонент дерми пошкодженої ділянки шкіри мав чітко виражені ШЙК-позитивні властивості.

Таким чином, гістохімічно встановлено, що у ранні терміни після термічної травми в опіковій рані зростає вміст глікопротеїнів та зменшується кількість кислих глікозаміногліканів, що пов'язано з руйнуванням волокнистих структур міжклітинної речовини дерми, пошкодженням судинного русла. У пізні терміни досліджу виявлено збільшення кількості глікозаміногліканів у зв'язку з активізацією синтетичної діяльності фібробластів у крайовій ділянці рани.

*Кріпка Олена, Габор Галина, Боднар Роксолана*

**МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СТРОМАЛЬНОГО КОМПОНЕНТУ МІОКАРДА ЗА УМОВ  
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ГІПЕРУРИКЕМІЇ**

Кафедра патологічної анатомії з секційним курсом та судової медицини  
Науковий керівник д-р мед. наук, проф. Я. Я. Боднар  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Вивчено морфологічний стан стромального компонента міокарда за умов експериментальної гіперурикемії. Моделювання гіперурикемії проведено згідно методики О.В. Синяченко (1997) із дотриманням вимог щодо ощадного відношення до експериментальних тварин (Стразбург, 1985). Тварини виводилися із експерименту під кетаміновим наркозом шляхом декапітації (по 8 тварин в групі) через 15, 30 і 45 діб. Гістологічні препарати серця фарбували гематоксиліном і еозином, шиф-йодною кислотою, толуїдиновим синім, переглядали в поляризованому світлі.

У результаті морфологічного аналізу виділено стадії первинно-компенсаторних, вторинно-компенсаторних змін та декомпенсації. В стадію первинно-компенсаторних змін відмічено набряк строми, посилення світіння колагенових волокон, та їх розволокнення із проявами мукоїдного набрякання та збільшення кількості повнокровних капілярів. У стадію вторинно-компенсаторних змін поряд із збільшенням сполучнотканинного компонента строми міокарда відмічено поширення набряку, фібриноїдних змін колагенових волокон та лімфоцитарно-макрофагальної інфільтрації у пристінковому ендокарді і клапанах серця. Основними морфологічними проявами стадії декомпенсації було огрубіння строми міокарда, особливо в периваскулярних просторах і розвиток склеротичного ремоделювання пристінкового ендокарду та стулок клапанів.

Висновок. Морфологічний аналіз міокарда свідчить про суттєву участь стромального компонента в ремоделюванні серця при експериментальній гіперурикемії.

Перспективи подальших досліджень. Провести біохімічні дослідження глікозаміногліканів в крові дослідних тварин.

*Кріпка Олена, Джавадова Наргіз, Клос Романія*

**ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНИХ ЗМІН СУДИН СЕРЦЯ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ГІПЕРУРИКЕМІЇ**

Кафедра патологічної анатомії з секційним курсом та судової медицини  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Я. Я. Боднар  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

У наш час дискутуються питання щодо поліморбідності хвороб. Виходячи із цих позицій певний теоретичний і практичний інтерес становить вивчення особливостей реорганізації судинного русла, як ланки морфогенезу подагричної міокардіопатії.

Мета дослідження. З'ясувати особливості структурної перебудови кровоносного русла серця за умов експериментальної гіперурикемії.

Матеріал та методи. Експериментальна група становила 8 тварин дорепродуктивного віку із біохімічно підтвердженою гіперурикемією, Контрольну групу становили щурі 8 тварин. Показники урикемії на 45-тий день експерименту становили  $(264,76 \pm 4,36)$  мкмоль/л проти  $(119,17 \pm 3,98)$  мкмоль/л. Гіперурикемія моделювалася за методикою О.В. Синяченко (1997).

Результати дослідження. Поряд із гістологічними проявами метаболічних ушкоджень какрдіоміоцитів встановлено суттєві прояви дезорганізації стромального компонента. Строма міокарда набрякла із лімфоцитарно-макрофагальною інфільтрацією, яка захоплювала і тканину ендокарду. Порушення гемоциркуляції характеризувалися вираженим дифузним ремоделюванням стінки артерій, що стверджується гіпертрофією і десквамацією ендотеліоцитів, потовщенням інтими та м'язової оболонки. В адвентиції відмічено прояви набряку, проліферації фіброblastів, лімфоцитів та макрофагів. Встановлено, що поряд із ремоделюванням артерій відмічається порушення мікроциркуляції та венозного русла. Структурна реорганізація мікроциркуляторного русла проявлялася у набряку, набуханні ендотеліоцитів гемокапілярів, розширенні їх просвіту із ознаками повнокров'я, стазів. Окрім цього відмічено розширення просвіту вен і венул із пристінковою агрегацією еритроцитів.

Висновок. Відмічене ремоделювання внутрішньоміокардіальних судин при експериментальній гіперурикемії можна вважати ланкою морфогенезу подагричної міокардіопатії.

*Кріпка Олена*

**МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНОЇ РЕОРГАНІЗАЦІЇ СЕРЦЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН ЗА УМОВ ГІПЕРУРИКЕМІЇ**

Кафедра патологічної анатомії з секційним курсом та судової медицини  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Я.Я. Боднар  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Мета дослідження – з'ясувати морфологічні особливості ураження міокарда при відтвореній в експерименті гіперурикемії.

Матеріал і методи. Проведено гістологічне дослідження міокарда щурів дорепродуктивного та зрілого віку, яких розподілили 2 на групи по 8 особин та утримували на гіперурикемічній дієті впродовж 45-ти днів (О.В.Синяченко, 1997). Контрольні тварини кількісно та за віком відповідали піддослідним і знаходились на стандартному вигодовуванні віварію. Результати. До особливостей ураження серця при гіперурикемії слід віднести зміни як скоротливого міокарда так і екстрацелюлярного матриксу із переважним ушкодженням ендокарду та судин. Гістологічне дослідження міокардіоцитів свідчить про наростання дисметаболических їх ушкоджень. Це стверджується нерівномірністю сприйняття фарбників, осередковою базофілією цитоплазми і контрактурними змінами із цитолізом, що особливо чітко прослідковується при дослідженні міокарду в поляризованому світлі. Структурні зміни екстрацелюлярного матриксу проявлялися розвитком периваскулярного склерозу, поєданого із лімфогістіоцитарною інфільтрацією та накопиченням глікозаміногліканів. Останнє чітко проявлялося при фарбування зрізів толудіновим синім та застосуванні ШИК-реакції. Тканина ендокарду набрякла із наявністю потовщених колагенових волокон та лімфогістіоцитарною інфільтрацією із поодинокими гігантськими клітинами.

Висновок. Отже, виявлені на гістологічному рівні особливості структурної реорганізації серця суттєво доповнюють клінічні прояви подагри та відповідають сучасним трактуванням хвороби як поліморбідної патології, а не лише ушкодження опорно-рухового апарату і нирок.

*Литвинюк Світлана, Литвинюк Віталій, Біскупська Наталія*

**МОРФОЛОГІЧНИЙ СТАН КРОВОНОСНИХ КАПІЛЯРІВ СА1 ТА СА3 ПОЛІВ ГІПОКАМПА ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ТЕРМІЧНІЙ ТРАВМІ ЗА УМОВ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІОФІЛІЗОВАНОЇ КСЕНОШКІРИ**

Кафедра гістології та ембріології  
Науковий керівник: д-р біол. наук, проф. К.С. Волков  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Проведені гістологічні дослідження гемокапілярів СА1 та СА3 полів гіпокампа після тяжкої термічної травми, ранньої некректомії та закриття рани ліофілізованою ксеношкірою. Шматочки тканини великого мозку з ділянкою гіпокампа від 15 статевозрілих білих щурів забирали після знечулення кетаміновим наркозом. Тварин декапітували на 7, 14 та 21 доби. Гістологічні препарати забарвлювали гематоксилін-еозином і толудіновим синім за методом Ніссля та досліджували за допомогою світлового мікроскопа MICROmed SEOSCAN. Ультратонкі зрізи вивчали в електронному мікроскопі ПЕМ-125К.

При гістологічних дослідженнях кровоносних капілярів полів гіпокампа на 7 добу досліду спостерігається їх повнокрів'я, проте структура стінки менш змінена, периваскулярний набряк не такий значний. На 14 добу проведені дослідження показали кращу збереженість гемокапілярів гіпокампа, порівняно з тваринами без корекції. Ультраструктура кровоносних капілярів свідчить про активний транскапілярний обмін. На 21 добу експерименту мікроскопічно та субмікроскопічно встановлено, що застосування ксеношкіри покращує структурну організацію кровоносних капілярів гіпокампа. Такий їх стан свідчить про активний транскапілярний обмін і відображає хорошу трофіку нейроцитів.

Таким чином, застосування ліофілізованої шкіри в ранні терміни після травми попереджує глибокі зміни кровоносних капілярів гіпокампа. Позитивний вплив чинника найвиразніший у пізній термін після опіку. Морфологічно він характеризується відносною нормалізацією структури гемокапілярів у полях гіпокампа.

*Лісова Тетяна*

**ВПЛИВ БЛОКАДИ СІМ'ЯВИНОСНОЇ ПРОТОКИ НА УЛЬТРАСТРУКТУРУ КЛІТИН  
СПЕРМАТОГЕННОГО ЕПІТЕЛІЮ**

Кафедра анатомії і фізіології людини та тварин  
Науковий керівник: д-р мед. наук Б.В.Грицуляк  
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»  
м.Івано-Франківськ, Україна

Серед багатьох методів планування сім'ї вазектомія являється одним із основних способів контрацепції. Разом з тим її вплив на ультраструктуру клітин сперматогенного епітелію залишається мало дослідженим. Це питання є актуальним в разі необхідності реканалізації сім'явиносної протоки при створенні нової сім'ї.

В експерименті на 32 лабораторних щурах масою 180-200 г під загальним знеболенням лігували сім'явиносну протоку через 1,7 та 30 діб. Електронномікроскопічне дослідження клітин сперматогенного епітелію проводили за загальноприйнятими методиками. Ультраструктурні зрізи вивчали за допомогою електронного мікроскопа ПЕМ-125 К ("Selmi"-Україна) із наступним фотографуванням при збільшенні від 4000 до 16000 разів.

У віддалені терміни досліду контури ядер сперматогоній нерівні, хроматин в них розподілений перинуклеарно, перинуклеарний простір розширений. Цитоплазма клітин просвітлена, гребені мітохондрій укорочені, цистерни ендоплазматичної сітки і комплексу Гольджі розширені, рибосоми згруповані.

Нерівномірна конденсація хроматину спостерігається в ядрах сперматоцитів. В цитоплазматичних органелах (ендоплазматична сітка, комплекс Гольджі) наявні розширення просвіту їх резервуарів. В сперматидях структура акросоми збережена, елементи комплексу Гольджі та ендоплазматичної сітки нерівномірно розширені, чітко визначаються зовнішні контури мітохондрій, їх гребені частково редуковані.

В підтримувальних епітеліоцитах ядра неправильної форми, з глибокими інвагінаціями оболонки, перинуклеарний простір виражений слабо. Цитоплазма клітин просвітлена, структури комплексу Гольджі та ендоплазматичної сітки розширені, в мітохондріях — вакуолізація матрикса.

*Молчанова Анна. Гишка Юлія*

**ИНТРАОРГАНИЧНЫЙ НЕРВНЫЙ АППАРАТ ПЕРИКАРДА В ПРЕ- И ПОСТНАТАЛЬНОМ  
ОНТОГЕНЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА**

Кафедра нормальної анатомії людини  
Науковий керівник: доц. Л.В. Ізмайлова  
Харківський національний медичний університет  
м.Харків, Україна

Применение трансперикардального доступа к сердцу требует исследования рецепторного аппарата перикарда человека.

Исследован нервный аппарат перикарда с целью изучения источников, структуры, топографии, концентрации, сроков формирования нервов перикарда.

Объект исследования – 20 препаратов перикарда трупов людей разных полов и возрастов. Применялись методы: макромикро-скопический, гистологический, гистохимический.

Установлено: иннервацию перикарда осуществляют основные (диафрагмальные и блуждающие нервы, симпатические стволы) и дополнительные (ветви аортального, пищеводного, бронхиального, легочного сплетений, грудные сердечные, межреберные нервы, ветви сплетений внутренних грудных артерий) структуры. Ветви диафрагмальных нервов в основном подходят к перикарду в области корней легких, блуждающих нервов – в области бифуркации трахеи, симпатических стволов – с левой стороны. Количество, калибр, топография ветвей индивидуальна.

Выделено два этапа развития нервного аппарата: I- от начала формирования до рождения; II- от периода новорожденности до старческого возраста.

В течение I этапа происходит формирование нервно-рецепторного аппарата перикарда. В 1 неделю жизни обнаружены рецепторы, подвергающиеся «физиологическому» раздражению. В 1 год жизни усилено развитие нервных элементов в зонах перикарда около корня легкого, верхушки сердца, пищевода. Далее усложняется нервно-рецепторный аппарат перикарда. В возрасте 8-12 лет значимых морфологических изменений нервного аппарата перикарда не наблюдается, в зрелом возрасте аппарат относительно стабилизирован.

Изучение миеоархитектоники диафрагмальных нервов показало, что указанные нервы посылают к перикарду 54-58% своих волокон мелкого, среднего калибров. Установлено, что волокна перикардальных ветвей диафрагмальных нервов калибра 8-12 мкм связаны с Фатер-Пачиниевыми тельцами, а волокна от 3 до 5 мкм – с окончаниями свободного типа.

*Нагорна Діана, Яковенко Вдадислав, Курик Олена*

**ДІАГНОСТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНИХ НЕОПЛАЗІЙ, ЩО ПОШИРЮЮТЬСЯ ЛАТЕРАЛЬНО (LST)**

Науковий керівник: д-р.мед.наук Курик О.Г.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної і клінічної медицини» ДУС, лікар-патологоанатом вищої категорії  
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна; ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної і клінічної медицини» ДУС, м. Київ; Медичний центр «Універсальна клініка «Оберіг» м.Київ, Україна

Вступ. Колоректальні неоплазії, що поширюються латерально (Laterally spreading tumors - LST) – це різновид плоских поверхневих новоутворень, що в подальшому можуть трансформуватись в колоректальний рак. Хоча LST можуть досягати великих розмірів, поширюючись на кілька сантиметрів, діагностика їх залишається складною.

Мета дослідження: вивчити ефективність колоноскопії (КС) з хромоскопією індигокарміном і оцтовою кислотою для діагностики LST.

Матеріали та методи. Був проведений аналіз 897 скринінгових КС (Olympus CF-150L, Tokyo, Japan), виконаних на базі Медичного центру «Універсальна клініка «Оберіг». Вік пацієнтів від 18 до 87 років. Чоловіків було 551 (61,4%; 95% ДІ 58,2-64,6), жінок - 346 (38,6%; 95% ДІ 35,4-41,8). Хромоскопія була виконана під час 387 КС (44,2%): 0,2% індигокармін був застосований у 108 (12%) випадках, 1,5% оцтова кислота - у 151 (17%), їхня комбінація – у 128 (14%).

Результати і обговорення. У 85(9,5%) з 897 (95 % ДІ 7,7-11,6) пацієнтів були виявлені 113 LST-неоплазій: з них 84 (74,3%) - LST негранулярного типу (LST-NG) і 29 (25,7%) – гранулярного (LST-G) за ендоскопічною характеристикою. Частота виявлення LST- неоплазій була 0,47, індекс виявлення – 0,79. Середній розмір виявлених LST був 19,6мм (від 1см до 12см). Гістологічно - в 67 випадках (59%) була знайдена тубулярна LST-аденома; у 24 (21%) - зубчаста LST-аденома, , в 12 (11%) – папілярна і у 10 (9% ) випадках – папілярно-тубулярна LST-аденома.

Висновки. КС з хромоскопією індигокарміном і оцтовою кислотою є ефективним методом для діагностики LST.

Ключові слова: неоплазія, що поширюється латерально (LST), скринінгова колоноскопія, хромоскопія.

*Нестерук Сергій*

**МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СТІНКИ СЕЧОВОГО МІХУРА ПРИ ГОСТРІЙ ЗАТРИМЦІ СЕЧІ В УМОВАХ ПОСТРЕЗЕКЦІЙНОЇ ЛЕГЕНЕВОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

Кафедра оперативної хірургії з топографічною анатомією

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. М.С.Гнатюк

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

м. Тернопіль, Україна

В експерименті морфометричними методами вивчено особливості ремоделювання структур стінки сечового міхура 11 – 12 місячних свиней-самців в'єтнамської породи при 2-х добовій гострій затримці сечі в умовах пострезекційної легеневої гіпертензії. Встановлено, що через дві доби після змодельованого патологічного стану виявляли виражену структурну перебудову сечового міхура. Мікроскопічно в стінці сечового міхура спостерігали виражені судинні розлади, набряк, інфільтративні, дистрофічні та некробіотичні процеси, розволокнення сполучнотканинних структур. Морфометрично встановлено нерівномірне, диспропорційне зменшення товщини слизової та м'язової оболонки, підслизової основи. При цьому виражено змінювалися співвідношення між їх просторовими характеристиками, що вказувало на істотне порушення органного структурного гомеостазу. У даних експериментальних умовах значно змінювалися також ядро-цитоплазматичні індекси у епітеліальних клітинах слизової оболонки та ендотеліоцитах судин, зростали відносні об'єми ушкоджених епітеліальних, ендотеліальних клітин та стромальних елементів, отже виражено порушувався структурний клітинний гомеостаз. У м'язовій оболонці змінювались співвідношення між строю та міоцитами тобто порушувався також тканинний структурний гомеостаз.

Морфометрією ланок мікрогемоциркуляторного русла встановлено, що вони зазнавали вираженої структурної перебудови. Виявлено, що у даних експериментальних умовах приносні і обмінні ланки гемомікроциркуляторного русла звужувалися, а його венозна частина розширювалися. Спостерігали виражене повнокрів'я, стази, тромбози, перевазальні крововиливи. Щільність мікросудин гемомікроциркуляторного русла досліджуваного органа у даних експериментальних умовах істотно зменшувалась, що свідчить про виражене порушення кровопостачання стінки сечового міхура. Отже, пострезекційна артеріальна легенева гіпертензія суттєво ускладнює перебіг гострої затримки сечі, призводячи до виражених патоморфологічних змін сечового міхура на всіх рівнях його структурної організації.



*Перебейнос Оксана*

**ЦИТОФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКІСНИХ ЗМІН БУКАЛЬНИХ ЕПІТЕЛІОЦИТІВ ЗА УМОВ  
ВПЛИВУ ВОГНИЩА ПАРОДОНТАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ**

Кафедра терапевтичної стоматології  
Науковий керівник: доц Гасюк Н.В.  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Будучи складовою частиною системи слизових оболонок, букальний епітелій займає активну позицію у взаєминах із подразнюючими чинниками зовнішнього і внутрішнього середовища організму. Це дозволяє використовувати його для вивчення фізіології і реактивності слизових оболонок, у тому числі в якості індикатора місцевих і загальних порушень гомеостазу які розвиваються внаслідок тривалого впливу бактеріальних агентів. Наведені вище дані, залишають відкритим питання характеристики якісних змін букального епітелію в умовах наявності хронічного вогнища запалення в тканинах пародонта.

Метою даного дослідження стало визначення якісних змін букальних епітеліоцитів у хворих на генералізований пародонтит.

Матеріалом для дослідження слугував букальний епітелій, забраний в осіб молодого віку, хворих на генералізований пародонтит. Епітелій забирали шпателем з подальшим перенесенням на предметне скло і висушуванням при відкритому доступі повітря протягом 3-5 хвилин. Забарвлення матеріалу проводили за Гімзою-Романовським, з подальшим мікроскопічним і морфологічним аналізом.

Як показники патологічного зміщення у характеристиці цитогам букального епітелію виступають клітини з ознаками подразнення, дистрофії і некробіотичні змін. При цьому сама цитоморфологічна характеристика клітинного складу, за рахунок наявності великої кількості сегментоядерних лейкоцитів різного функціонального стану, відповідає картині хронічного катарального запалення. Наявність видозмінених клітин вказує можливі подальші напрямки патоморфологічних змін слизової оболонки порожнини рота у осіб обстеженого контингенту.

*Попелнуха А., Буткевич В., Маринюк Д.*

**МЕТАТЕЛЬНОЕ ОРУЖИЕ**

Кафедра патологической анатомии, судебной медицины и права  
Научный руководитель: д-р мед. наук, доц. Моканюк О.І.  
Винницкий национальный медицинский университет имени М.И.Пирогова  
г. Винница, Украина

Актуальность: В настоящее время в Украине появляется все больше общественных и спортивных организаций изучающих конструирующих и использующих метательное оружие, соответственно нельзя исключать возможности использования данного оружия при совершении уголовных преступлений

Цель: Целью работы было изучить виды метательного оружия и характер вызываемых ими повреждения для потребностей судебно-медицинской практики

Материалы и методы: изучено 25 источников литературы посвященной метательному оружию  
Результаты: Метательное оружие — оружие, способное поражать противника на расстоянии. Действие метательного оружия основано на использовании мускульной силы человека, силы тяжести, упругих свойств дерева (метала, пластмассы) или энергии скрученных (растянутых) волокон. Различают следующие виды метательного оружия: граната, метательные ножи, метательное стрелковое, стрелы, дротик, гарпун, метательный топорик, бумеранг, болас, сюрикены, чакрам. Граната - взрывчатый боеприпас, предназначенный для поражения живой силы и техники противника с помощью ручного метания. Метательный нож - это специальный нож, приспособленный для бросков по мишеням. Баллистический нож - нож с отделяемым клинком, вылетающим из рукоятки под действием газа. Праща представляет собой верёвку или ремень, с тупым предметом на конце. Фустибал - представлял собой пращу, прикрепленную к длинной палке. В дальнейшем фустибал эволюционировал в станковый метательный агрегат (требушет). Тетаньгун — древнекитайский лук, стрелявший стальными шариками. Рогатка - это небольшая палка V-образной формы, к верхним «ветвям» которой прикреплена полоса из резины или другого упругого материала. Стрелы являются самым распространённым метательным оружием. Для их метания используют как духовые трубки, так и луки или арбалеты. Наконечники иногда делаются тупые, чаще — острые. Дротик представляет собой 3-гранное или 4-гранное небольшое по размеру метательное копьё, имеющее короткое древко. Гарпун — разновидность дротика, или стрелы. Используется преимущественно в подводной охоте. Метательный топорик - это ручной рубящий инструмент с металлическим лезвием, жёстко закреплённым на деревянной рукоятке. Бумеранг - метательное орудие в виде изогнутой палки или серповидной планки, при искусном броске возвращающееся обратно к бросившему. Болас — охотничье метательное оружие, состоящее из ремня к концам которого привязаны обёрнутые кожей круглые камни. Сюрикен — японское оружие, представляет собой переносные лезвия, изготовленные из повседневных вещей. Чакрам - металлические кольца с острым режущим наружным ободком.

Выводы: Существует множество видов метательного оружия и очень разнообразные повреждения возникающие при его действии на человека. Все это нужно учитывать при проведении судебно-медицинской экспертизы данного вида повреждений.

*Саркісова Ю., Паливода О., Павлюкович О., Кишкан Я.*

**ДОСЛІДЖЕННЯ СТАТИСТИЧНОЇ СТРУКТУРИ РОЗПОДІЛІВ КІЛЬКОСТІ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ  
ЗНАЧЕНЬ ФАЗОВОГО ЕЛЕМЕНТУ МАТРИЦІ МЮЛЛЕРА ПРИ ГОСТРІЙ КОРОНАРНІЙ  
НЕДОСТАТНОСТІ**

Кафедра судової медицини та медичного правознавства  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Бачинський В.Т., канд. мед. наук, доц. Ванчуляк О.Я.  
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
м.Чернівці, Україна

Методи виявлення морфологічних ознак гострого ішемічного пошкодження кардіоміоцитів, які використовуються на сьогоднішній день, не рідко не дозволяють встановити факт їх наявності у випадках тривалості ішемії до шести годин. Враховуючи, що гостра коронарна недостатність (ГКН) є досить частою причиною смерті (до 15%) в практиці судово-медичного експерта, і за статистичними даними не має тенденції до зниження, на сьогодні актуальним є удосконалення існуючих та розробка нових методів діагностики ГКН. Перспективними є методи лазерного поляриметричного аналізу зображень міокарда, що базуються на кристалічних властивостях фібрилярних структур позаклітинної матриці.

**Метою дослідження** було встановлення критеріїв ішемічного ушкодження міокарда методом статистичного матричного аналізу.

**Матеріал дослідження** – нативні зрізи міокарда трупів людей, поділений на дві групи: 17 зразків від померлих внаслідок ГКН та 14 зразків – контрольна група.

Проведено експериментальні дослідження статистичної структури залежності  $N(Z44=0) \cong N0$  фазових елементів матриці Мюллера міокарда людей обох груп. Зміни статистичної структури володіють діагностичною цінністю у встановленні смерті внаслідок ГКН в порівнянні з нормою. Так для ГКН має місце зростання кількості екстремальних значень фазового елементу матриці Мюллера тканини міокарда, що свідчить про суттєво вищий рівень оптичної анізотропії міозинових фібрил. Кількісно процеси зміни двопронезаломлення міозинових фібрил міокарда на різних екстремальних рівнях характеризує сукупність статистичних моментів 1-4-го порядків, що достовірно відрізняюлись у контрольній та дослідній групі.

**Висновки.** Дослідження статистичної структури розподілів кількості екстремальних значень фазового елементу матриці Мюллера тканини міокарда можна використовувати для діагностики гострої коронарної недостатності та диференціації її з іншими причинами настання смерті.

*Свініцька Тетяна, Ігор Луців, Віталій Дацко*

**СТРУКТУРНІ ЗМІНИ НИРОК ТВАРИН У РАННІ ПЕРІОДИ ПІСЛЯ МОДЕЛЮВАННЯ ТЯЖКОЇ ТРАВМИ  
ТА МЕХАНІЧНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ШКІРИ**

Кафедра патологічної анатомії з секційним курсом та судової медицини  
Науковий керівник: доц. Дацко Т. В.  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Травматизм належить до найскладніших проблем сучасності, яка має не тільки медичне, але й виражене соціальне значення. У 9-15 % усіх травмованих виникає політравма. На сьогодні її визнано самостійною нозологічною одиницею, яка супроводжується специфічними змінами в усіх системах ураженого організму з розвитком травматичної хвороби. Летальність при політравмі становить 22-24 %, із них у перші 24-48 год з моменту госпіталізації - в 65,1-70,0 % випадків. При тяжкій травмі з розвитком шоку III ступеня травматична хвороба спостерігається у всіх постраждалих. На сучасному етапі остаточно сформувалася концепція ТХ, як порушення життєдіяльності організму, що виникає в результаті дії надмірного механічного агента і виявляється складним комплексом взаємозв'язаних розладів функцій, неоднакових у різні її періоди, сукупністю адаптивних (приспосувальних) реакцій, спрямованих на збереження життя індивіда, відновлення порушених функцій і структур.

Завданням дослідження було вивчити характер структурних змін в нирках при тяжкій травмі, поєднаній з механічним пошкодженням шкіри.

В результаті мікроскопічного дослідження було встановлено, що через 3 год від початку експерименту структурні зміни формувались як в проксимальних та дистальних відділах канальців нефрона у вигляді набухання епітеліоцитів, так і у кірковій речовині – збільшення розмірів клубочків за рахунок випоту серозного ексудату в просвіті капсул. Через 1 добу експерименту відмічалось прогресування дистрофічних змін епітеліоцитів з поодинокими їх некрозами та вогнищевим злущенням у просвіті канальців. Більшість клубочків збільшувались у розмірах, внаслідок розширення просвіту судин, що посилювало їх проникність та ексудацію, в тому числі і еритроцитів. Тому в серозному ексудаті зустрічались поодинокі еритроцити. В мозковому шарі виявлялось розширення і повнокров'я судин дрібного і середнього калібру, периваскулярний набряк та помірна лімфо-гістіоцитарна інфільтрація стромі. Через 7 діб дистрофічно-некротичні зміни епітелію візуалізувались у всіх відділах канальців та носили дифузний характер, супроводжуючись посиленою десквамацією. Судини стромі дрібного та середнього калібру розширювались, були повнокровними, мали місце вогнищеві діapedезні крововиливи та периваскулярна лімфо - гістіоцитарна інфільтрація. В кірковому шарі виявлялась гіпертрофія клубочків з різким звуженням просвітів капсул.

Таким чином, при тяжкій травмі з додатковим механічним пошкодженням 10 % поверхні шкіри, початкові зміни в нирках виникали уже через 3 години експерименту, супроводжувались судинною реакцією та гострими розладами кровообігу, які порушували трофіку тканини і вже з 1 доби призводили до розвитку дистрофічних, а з 7-ї до дистрофічно-некротичних змін епітелію вивідних канальців, що свідчило про декомпенсацію органу.

*Сопель Олеся, Бенцал Ольга*

**МОРФОЛОГІЧНА БУДОВА ПЕЧІНКИ СТАТЕВОЗРІЛИХ САМОК БІЛИХ ЩУРІВ З МОДЕЛЬОВАНИМ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ В ГОСТРИЙ ПЕРІОД**

Кафедра гістології та ембріології  
Науковий керівник : канд.мед.наук, доц. Андрішин О.П.  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України"  
м.Тернопіль, Україна

Важлива роль при тиреотоксикозі належить ураженню печінки, оскільки вона приймає безпосередню участь у метаболізмі тиреоїдних гормонів. При патології щитовидної залози змінюється структура та функції печінки, що відображається не тільки порушенням її функціональних показників, але і випадками формування цирозу печінки з розвитком печінкової недостатності.

Метою нашого дослідження було вивчити особливості структури печінки статевозрілих самок білих щурів в умовах модельованого тиреотоксикозу.

Матеріал та методи дослідження: Дослідження проведені на 24 білих щурах -самках масою 180-230 г, які були розділені на 2 групи: 1-ша контрольна група (12 тварин) –інтактні щури, 2-га група (12 тварин) –щури з модельованим тиреотоксикозом протягом 14 діб в гострій стадії захворювання.

Результати та обговорення: При світлооптичному дослідженні тканини печінки інтактних білих щурів-самок виявлено, що її будова на світлооптичному рівні має загальні закономірності організації, які характерні для органа. При гістологічному дослідженні тканини печінки тварин з модельованим тиреотоксикозом на 14 добу експерименту виявлено, що трабекулярна структура печінкової часточки в основному збережена. У результаті впливу тиреотоксикозу на структуру печінки спостерігаються зниження в гепатоцитах вмісту глікогену, помірні ознаки холестази, ознаки судинного стазу, гіаліново-крапельна дистрофія, незначна кількість дрібних некротичних осередків, ознаки апоптозу, про що свідчить поява ацидофільних тілець. Вище вказані зміни більше виражені в периферичній частині печінкової часточки.

Висновок. При експериментальному тиреотоксикозі на 14 добу, яка відповідає гострому періоду тиреотоксикозу, спостерігається комплекс змін у структурі печінки, які характеризуються вираженими дистрофічними змінами, ознаками некрозу та апоптозу гепатоцитів, судинного стазу та холестази.

*Стахурська Ірина, Орел Юрій, Крайча Марта, Дячук Наталія*

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОСТОРОВОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ В УМОВАХ ІНТОКСИКАЦІЇ НІТРИТОМ НАТРІЮ**

Кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії  
Науковий керівник: д-р. м. н., проф. А.М.Пришляк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Захворювання серця та судин займають перше місце серед причин смертності населення розвинутих країн. Ці недуги є поліетіологічними, при цьому роль багатьох патогенних чинників залишається вивченою недостатньо. Це, зокрема, стосується впливу органічних забруднювачів, в тому числі нітриту.

Метою дослідження було вивчення особливостей ремоделювання артеріального русла серця при довготривалій інтоксикації нітритом натрію (NaNO<sub>2</sub>). Для цього проводився комплексний аналіз стереометричних параметрів судинних трійників на контрастних рентгенангіограмах сердець білих щурів.

Візуальне вивчення рентгенангіограм, після попереднього огляду налитих макропрепаратів, виявило помірне стоншення великих судин на тлі зменшення насиченості судинного рисунку в проекції дрібних гілок. Такі дані є до певної міри суб'єктивними, щоб об'єктивно оцінити та деталізувати патологічні зміни досліджувалася динаміка змін лінійних та кутових характеристик артеріальних біфуркацій. Встановлено, що тривалий вплив NaNO<sub>2</sub> на організм білих щурів супроводжується структурно-просторовою реорганізацією коронарних артерій, при цьому ремоделювання судинного русла має відмінності у самок і самців. Спостерігається зниження пропускної здатності артерій за рахунок зменшення діаметрів та посилення симетрії галужень. Відмічається рівномірне збільшення кутів галуження дочірніх гілок судинних трійників від магістральних артерій до дрібних. Зазначені зміни супроводжуються підвищенням рівня судинного опору, забезпечуючи поступове наростання гемодинамічної резистентності і, ймовірно, є адаптаційно-компенсаторним механізмом підтримання оптимального рівня кров'яного тиску у мікроциркуляторному руслі міокарда.

*Страєвський Тарас, Стецюк Ігор*

**ВПЛИВ ДОЗОВАНОГО СТЕНОЗУ СІМ'ЯНОГО КАНАТИКА НА СТАН КРОВОНОСНИХ СУДИН  
ЯЄЧКА У ЩУРІВ**

Кафедра анатомії людини

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. І.Є. Герасимюк  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Вагоме місце у порушенні репродуктивної функції чоловіків займають: варикозне розширення вен сім'яного канатика та яєчка (9 – 40%), грижозність (0,8 %) або ж проведена пахова герніопластика (9,8 %). Дані патологічні стани можуть призводити до гострої та хронічної ішемії яєчка, порушення терморегуляції та підвищення у ньому венозного тиску. Всі ці фактори спричиняють морфофункціональні зміни тканин та судин сім'яників, що в свою чергу, викликає зниження їхньої гормональної та сперматогенної функції.

Експерименти виконано на 30 нелінійних білих щурах-самцях, масою 180-200 г. Всі тварини були розділені на дві групи: контрольну і дослідну.

Результати дослідження свідчать про те, що яєчко є надзвичайно чутливим до гемодинамічних розладів, що підтверджується відповідними реакціями судинного русла у різні терміни експерименту. Порушення органного кровотоку при дозованому стенозі сім'яного канатика на перших порах спричиняє звуження дрібних судин та одночасне розширення крупних (як компенсаторно-адаптаційна реакція у відповідь на різке порушення венозного відтоку). В подальшому (7-14 доби експерименту) спостерігається зниження пропускної здатності вже усіх інтраорганних судин, що може бути причиною розвитку ішемії яєчка. Відповідно до цього, у ранні терміни експерименту характерним був інтерстиційний набряк, хоча самі канальні при цьому залишаються незміненими. В подальшому (починаючи з третьої доби) наростають дистрофічні зміни сперматогенного епітелію з насупним спустошенням сім'яних канальців та розвитком фібробластичної реакції у найбільш пошкоджених із них.

*Татарчук Людмила*

**МАСОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЧАСТОК ПЕЧІНКИ ДОСЛІДНИХ ТВАРИН**

Кафедра оперативної хірургії з топографічною анатомією  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Гнатюк М.С.  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Відомо, що експеримент є важливим методом пізнання, при допомозі якого в контрольованих і керованих умовах об'єктивно та адекватно досліджуються явища дійсності. В період науково-технічного прогресу, змін довкілля, інтенсивного збільшення потоків інформації, змін умов праці значно зростає соціальне значення медико-біологічних досліджень, які направлені на покращення здоров'я населення, збереження його працездатності. Сьогодні дослідники при моделюванні патологічних процесів широко використовують експериментальну хірургію, яка дозволяє створювати різні явища та процеси в організмі дослідної тварини. Відомо, що у хірургічних клініках нерідко проводять резекцію печінки, наслідки видалення різних об'ємів якої вивчені недостатньо. В експерименті при резекції печінки широко використовують білих щурів, печінка яких складається із 6 наступних часток: права, ліва бокові та внутрішні, додаткова і хвостата частки, масометричні характеристики яких не вивчені.

Метою дослідження було встановити масометричні параметри часток печінки у безпородних білих щурів.

В експерименті використано 15 практично здорових статевозрілих білих щурів-самців, евтаназію яких здійснювали кровопусканням в умовах тіопенталового наркозу. Розкривали очеревинну порожнину, виділяли частки печінки, які зважували окремо. Проведеним дослідженням та отриманими результатами встановлено, що найбільшу масу мала ліва бокова частка печінки, яка дорівнювала 31,5 % від всієї маси досліджуваного органа. Права бокова частка печінки виявилася дещо меншою – 26,6 %, ще меншими були права (17, 9 %) та ліва (10,5 %) внутрішні. Відсотки мас додаткової та хвостатої часток печінки виявилися найнижчими і відповідно дорівнювали 7,1 та 6,4 %.

*Ткач Андрій*

**МОРФОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕПАТОЦИТІВ В УМОВАХ ВАЖКОЇ ТЕРМІЧНОЇ ТРАВМИ**

Кафедра гістології та ембріології  
Науковий керівник: доц. Тупол Л. Д.  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Проблеми, пов'язані з лікуванням тяжких опіків, були і залишаються актуальними для комбустиологів. За даними літератури, які узагальнюють значний досвід роботи опікових центрів, відомо, що опікова хвороба ускладнюється пошкодженнями структури печінки, особливо у стадіях токсемії і септикотоксемії.

Метою цієї роботи було дослідження морфометричних змін печінки при експериментальних термічних ураженнях.

Проведені морфометричні дослідження печінки у різні періоди після тяжких опіків. Опік наносили під загальним ефірним наркозом водяною парою при температурі 96-97 °С на епільовану поверхню шкіри спини протягом 60 секунд. За таких умов розвивався опік III ступеня. Площа враження становила 18-20 % поверхні тіла тварин. Матеріал печінки від 20 статевозрілих морських свинок самців забирали на 7, 14 і 21 доби, а його обробку здійснювали згідно загальноприйнятих методик.

Проведені морфометричні дослідження печінки в динаміці експерименту після тяжкої термічної травми встановили, що у стадії токсемії характерні зміни паренхіми органу, що носять пристосувально-компенсаторний характер. У пізні терміни після опіку (стадії пізньої токсемії та септикотоксемії) в складі часточок вміст темних клітин зростає, в них значно змінюються ядерно-цитоплазматичні співвідношення. Це свідчить про пригнічення процесів регенерації в печінці.

Таким чином, в стадіях токсемії і септикотоксемії опікової хвороби в піддослідних тварин розвивались значні пошкодження паренхіми печінки, що свідчить про пригнічення процесів регенерації.

*Шепарович Т., Грицишен В., Кондратюк О.*

**СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ЄДИНОЇ НИРКИ, ЩО ЗАЛИШИЛАСЬ ПІСЛЯ НЕФРЕКТОМІЇ У ЩУРІВ**

Кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії  
Науковий керівник: проф. Півторак В.І., канд. мед. наук Монастирський В.М.  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Питання компенсації структури і функції при втраті одного з парних органів представляють інтерес для клінічної практики, у зв'язку з чим зростає увага дослідників до експериментального вивчення органів, що залишилися після видалення контралатеральних.

Мета дослідження: Встановити характер змін структури єдиної нирки, що залишилась після нефректомії.

Матеріали і методи дослідження: Досліджувалось 30 статевозрілих щурів-самців масою 155-160 грамів. Піддослідні тварини розподілені на 2 групи: інтактні; дослідні тварини, яким виконували оперативне втручання – нефректомію лівої нирки. Тварин виводили з досліду через 7, 14, 21 і 30 діб після нефректомії. Фрагменти тканини нирки брали для гістологічних досліджень. Результати: на 7-у добу після операції відмічається - вага органа в середньому збільшилась на 20% на фоні збільшення маси тіла, яка нижча ніж у інтактної групи. Мікроскопічно: в кірковій речовині - гіпертрофовані ниркові тільця, в судинних клубочках частина кровоносних капілярів розширені та кровонаповнені, наявні еритроцити. Звивисті каналі - збільшені за площею, в проксимальних і дистальних відділах, більше в молодих тварин. Ядра епітеліоцитів круглої форми, зі світлою каріоплазмою з невеликими базофільними грудками гетерохроматину, в деяких є крупні ядерця. В клітин проксимального відділу є білкові включення, у базальних частинах епітеліоцитів - в статевозрілих тварин. Біля базальної мембрани наявна посмугованість, а апікальні ділянки оптично світліші з щіточковою облямівкою. Епітеліоцити стінки дистальних каналців мають світлішу цитоплазму, особливо апікальних ділянок, посмугованість базальних – добре виражена.

Висновок: Пристосувально-компенсаторні зміни після проведеної нефректомії проявлялися у ранні терміни досліду компенсаторною гіпертрофією площі ниркових тілець та реорганізацією судинного русла. У пізні терміни досліду у частини нефронів розвиваються морфофункціональні зміни деструктивного характеру.

*Федонюк Л., Підгайна І.*

**ОСОБЛИВОСТІ МАКРОСКОПІЧНОЇ БУДОВИ ТА КРОВОПОСТАЧАННЯ  
КЛАПАНІВ СЕРЦЯ ДІТЕЙ ДО 1-ГО РОКУ**

Кафедра медичної біології

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Федонюк Л.Я.  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м.Тернопіль, Україна

Опису передсердно-шлуночкових клапанів (ПШК) серця людини присвячено безліч фундаментальних робіт, як вітчизняних, так і закордонних авторів. Але на сьогоднішній день мають місце суперечливі думки щодо присутності кровоносних судин (КрС) у клапанах серця (КС) та їх особливостей будови.

Метою дослідження було вивчити будову стулок/заслінок КС дітей до 1-го року (Д-1р) та створити модель тривимірної організації ділянок прикріплення сухожилкових струн (СС) до стулок ПШК серця.

Матеріалом послужили КС Д-1р. Для дослідження використані макроскопічний метод і метод 3-D реконструкції.

При макроскопічному дослідженні ПШК серця Д-1р чітко ідентифікувались СК, які мали вигляд ніжних, тонких, напівпрозорих пластинок, що проявляли пластичність при русі. Стулки мітрального клапана (МК) мали значно чіткі форми та краї, ніж стулки тристулкового клапана (ТК), у складі якого спостерігали більш неправильні форми, що були зумовлені фестончатими краями СК.

Стулки ПШК серця Д-1р з'єднувались із соскоподібними м'язами (СМ) за допомогою СС. Останні, фіксуючись до шлуночкової поверхні СК, робили її нерівною на відміну від передсердної поверхні, яка була гладкою. На передсердній поверхні стулки ПШК серця відзначалась незначна її складчастість, яка більше проявлялась у ділянках ближче до вільного краю.

Макроскопічне дослідження шлуночково-судинних клапанів встановило, що їх заслінки мали форму кишень, кількість складала по три для кожного клапана аорти (КА) та клапана легеневого стовбура (КЛС). Заслінки були тонкими та напівпрозорими, їх пластичність була краще виявлена в КА. Зі сторони судини спостерігалась дрібно рельєфна ребристість. На стінках аорти візуалізувались отвори вінцевих артерій.

У результаті проведення 3D моделювання СС ПШК серця Д-1р було виявлено, що у складі СС МК до стулки прямує до 5 КрС.

При проведенні аналізу відносних площ структур СС МК встановлено, що на відстані 3-4 мм від стулок МК площа центрального колагенового стрижня (ЦКС) у СС у напрямку до СК зменшується від 70,3% до 58,3%; площа периферійно розташованої пухкої сполучної тканини (ПСТ) збільшується від 24,4% до 35,8%; площа КрС практично не змінюється та складає від 5,3% до 5,9%.

У складі СС ТК до СК прямує не більше двох КрС, які є артеріальними судинами, прямують до СК, не галузяться.

При проведенні аналізу відносних площ структур СС ТК встановлено, що на відстані 3-4 мм від стулок ТК площа ЦКС у СС у напрямку до СК зменшується від 68,8% до 59,3%; площа периферійно розташованої ПСТ збільшується від 28,4% до 37,4%; площа КрС практично не змінюється і складає від 2,8% до 3,3%.

Встановлено, що КрС СС розташовуються у своєрідних «футлярах», в яких відсутні клітинні елементи.

Досягаючи стулки МК або ТК серця, КрС, розгалужуються та утворюють капілярні сітки безпосередньо у СК.

При проведенні аналізу відносних площ структур СС у місцях їх з'єднання зі стулкою МК встановлено, що площа ЦКС СС у СК практично не змінюється та становить від 56,6% до 56%; площа периферійно розташованої ПСТ зменшується від 37,1% до 28,9%; площа КрС у СК збільшується практично в 2 рази і складає від 6,3% до 15,1%.

При проведенні аналізу відносних площ структур СС у місцях їх з'єднання зі стулкою ТК встановлено, що площа ЦКС СС у СК зменшується від 60,4% до 53,5%; площа периферійно розташованої ПСТ збільшується від 38,1% до 40,2%; площа КрС у стулці збільшується практично в 4 рази і складає від 1,5% до 6,3%.

Таким чином, до СК прямує від 2 до 5 КрС макроциркуляторного русла, які не галузяться, а у місці з'єднання СС зі стулкою ПШК розгалужуються та утворюють капілярні сітки.

*Юрик Я., Юрик І.*

**РЕМОДЕЛЮВАННЯ АРТЕРІЙ НИРОК ЩУРІВ ДОРЕПРОДУКТИВНОГО ТА РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ЗА УМОВ ГІПЕРУРИКЕМІЇ**

Кафедра патологічної анатомії з секційним курсом та судової медицини  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Я. Я. Боднар  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Вступ. У наш час дискусійною залишається проблема щодо участі сечової кислоти в ремоделюванні магістральних артерій нирок та у патогенезі подагричної нефропатії.

Мета дослідження. З'ясувати особливості ремоделювання судинного русла нирок при експериментальній гіперурикемії у щурів дорепродуктивного та репродуктивного віку.

Матеріал і методи дослідження. Гіперурикемія відтворена за стандартною методикою О. В. Синяченка (1997). На 45 добу експерименту рівень сечової кислоти в крові 8 щурів дорепродуктивного віку становив  $(256,09 \pm 2,39)$  мкмоль/л і 8 тварин репродуктивного віку –  $(268,67 \pm 4,09)$  мкмоль/л. Гістологічні зрізи нирки фарбували за стандартними методиками. Контрольну групу становили щурі відповідного віку по 8 тварин у кожній.

Результати дослідження. Встановлено збільшення індексу інтима-медіа, гіпертрофічні зміни медії у поєднанні із дезорганізацією стромального компонента переважно у тварин репродуктивного віку. Останнє стверджується суттєвим накопиченням глікозамінокліканів в інтимі та субінтимальних просторах, а також накопичення в інтимі макрофагів із пінистою цитоплазмою.

Висновок. На 45-ту добу перебігу експериментальної гіперурикемії спостерігається комплексна структурна реорганізація магістральних артерій нирки, сукупність проявів якої можна розцінювати як одну із ланок патогенезу подагричної нефропатії.

*Ясіновський Олег, Ясіновська Юлія*

**ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНОЇ ПЕРЕБУДОВИ КАМЕР СЕРЦЯ З РІЗНИМИ ТИПАМИ КРОВОПОСТАЧАННЯ ПІД ВПЛИВОМ СОЛЕЙ АЛЮМІНІЮ**

Кафедра загальної, оперативної хірургії з топографічною анатомією  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Гнатюк М.С.  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Морфологічними методами вивчені серця з різними типами кровопостачання свиней в'єтнамської породи, яким щоденно підшкірно вводили хлорид алюмінію в дозі 6 мг/кг впродовж 4-х тижнів. Контролем служили серця тварин, яким вводили фізіологічний розчин. Евтаназію дослідних тварин здійснювали кровопусканням в умовах тіопенталового наркозу. Проводили окреме зважування частин серця, планіметрію його камер, об'ємні виміри, гістостереометрію. Кількісні показники обробляли статистично. Тривала інтоксикація організму хлоридом алюмінію призводила до збільшення маси та розширення камер серця у дослідних тварин, зростання об'ємних параметрів частин серця із вираженим зниженням резервних об'ємів лівого та правого шлуночків. Гістологічно спостерігалось розширення та повнокров'я венозної частини мікрогемодинамічного русла (посткапілярів, венул), стази, тромбози у цих венозних структурах, перивазальні діapedезні крововиливи, набряк строми, дистрофічні та некробіотичні зміни кардіоміоцитів, ендотеліоцитів, строми, осередки клітинних інфільтратів та кардіосклерозу. Необхідно вказати, що виявлені структурні зміни істотно переважали у лівому шлуночку з домінуванням лівовінцевого варіанту кровопостачання серцевого м'яза.

Отримані результати свідчать, що тривале введення дослідним тваринам хлориду алюмінію призводить до виражених структурних змін частин серцевого м'яза з їх домінуванням у лівому шлуночку та у тварин з переважаючим лівовінцевим типом кровопостачання серця.

# Секція: Фармакологія та фармація







*Альбедхані Оксана, Михалюк Олена*

**СВІТОВИЙ РИНОК ВИРОБІВ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ  
ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ МЕДИЧНИХ ВИРОБІВ.**

Кафедра: Управління та економіки фармації з технологією ліків  
Науковий керівник: д-р. фарм. наук, проф. Т. А. Грошовий  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м.Тернопіль, Україна

Вироби медичного призначення займають важливі позиції в галузі охорони здоров'я. Медичні прилади і обладнання мають суттєве значення при: діагностиці, профілактиці, моніторингу та лікуванні захворювань. Різноманітність і новаторство виробів медичного призначення значною мірою сприяє підвищенню якості та ефективності медичної допомоги.

Попри економічну нестабільність на деяких географічних ринках, перспективи ринку виробів медичного призначення у 2015 році в цілому позитивні. Результати дослідження світової індустрії свідчать, що економічний показник у 2015 році залишається стабільним, але аспекти: ціноутворення, регулювання та відшкодування стали більш складнішими починаючи з 2014 року. Політичні та економічні зміни у 2014 році вплинули на світовий ринок виробів медичного призначення. Це сповільнена європейська економіка, яка впливає на продуктивність компаній - експортерів в Європі та німецьких експортерів медичних виробів. Також економіка Бразилії, що сповільнилась у порівнянні з попередніми роками, та може послабити експорт промисловості для даного регіону. Економіка США допомагає зрівноважити ослаблений ринок у Європі. На частку США припадає 38% світового ринку, тим не менш, високі позиції долара США роблять американські вироби медичного призначення дорожчими для закордонних покупців.

Вітчизняному ринку виробів медичного призначення прогнозують значний спад, в порівнянні з попередніми роками. Це викликано пониженням економічних показників, в наслідок кризи в Україні. Близько 90% вітчизняного ринку виробів медичного обладнання становить імпорт. Україна у 2014 році, імпортувала медичних виробів на суму 665,2 млн. доларів США. Внутрішнє виробництво виробів медичного призначення оцінюється в понад 100 млн. доларів США. В Україні близько 250 компаній розробляють і виробляють медичні вироби, попри це діапазон вітчизняного виробництва медичних виробів залишається обмеженим. За результатами дослідження, у 2014 році на вітчизняному ринку виробів медичного призначення спостерігається скорочення імпорту та незначне збільшення експорту. Участь Європейського Союзу щодо обігу виробів медичного призначення полягає у регулюванні нормативно-правової бази для доступу на ринки країн та зближення міжнародних торговельних відносин, а також забезпечення високого рівня безпеки споживачів (пацієнтів), та сприяння інноваціям і конкурентоспроможності.

*Басараба Роксолана*

**ДОСЛІДЖЕННЯ ГІДРОСИКОРИЧНИХ КИСЛОТ КОТЯЧИХ ЛАПОК ДВОДОМНИХ**

Кафедра фармації  
Науковий керівник: д-р фарм. наук, проф. С.М. Марчишин  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м.Тернопіль, Україна

Котячі лапки дводомні (*Antennaria dioica* (L.) – багаторічна трав'яниста рослина родини айстрових (*Asteraceae*), яка у народній медицині застосовується як кровоспинний і жовчогінний засіб. При гемороїдальних кровотечах відвар цієї трави використовують у вигляді примочок, клізм або тампонів. Траву застосовують при хворобах горла, туберкульозі легень, як заспокійливий засіб, при гіпертонії. Зовнішньо застосовують при дитячих екземах, наривах, туберкульозі шкіри, порошком з трави присипають рани.

Серед різних класів рослинних сполук, що обумовлюють їх лікувальний ефект, значне місце займають гідроксикоричні кислоти, які мають виражені антиоксидантні властивості і завдяки цьому проявляють протизапальну, протипухлинну, гепатопротекторну, протиалергічну дію.

Інформації про фітохімічне вивчення котячих лапок дводомних у доступних джерелах літератури недостатньо, тому метою наших досліджень було вивчення вмісту гідроксикоричних кислот у траві даної рослини.

Гідроксикоричні кислоти виявляли за реакцією з розчином ферум (III) хлориду: спостерігали появу зелено-сіруватого забарвлення, що свідчить про наявність даних біологічно активних речовин у траві котячих лапок дводомних.

Методами хроматографії на папері та у тонкому шарі сорбента у системі розчинників н-бутанол-кислота оцтова-вода очищена Р (4:1:2) у спиртово-водному витязі з трави досліджуваної рослини було ідентифіковано хлорогенову, неохлорогенову, розмаринову, ферулову і кофейну кислоти.

Для розділення суми фенольних сполук на окремі компоненти використовували метод ВЕРХ на хроматографі Agilent 1200 3 D LC System Technologies (США), який укомплектований проточним вакуумним дегазатором G1322A. Хроматографування проводили при довжині хвиль 320, 330 нм.

Методом ВЕРХ у траві котячих лапок дводомних ідентифіковано п'ять гідроксикоричних кислот: хлорогенову (0,79 %) та її ізомерів (1,14 %), розмаринову (0,94 %), кофейну (0,06 %), п-кумарову (0,03 %) та ферулову (0,07 %).

*Бондар Оксана*

**АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ АНТИБІОТИКІВ РІЗНИХ ГРУП ПРИ ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ**

Кафедра клінічної фармації  
Науковий керівник: д-р.мед.наук, проф. О.Є. Самогальська  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Пневмонія в усіх країнах світу залишається важливою медико- соціальною проблемою, що пов'язано, в першу чергу, з досить високими рівнями захворюваності та смертності, а також значними економічними втратами від цієї патології.

**Мета дослідження:** вивчити особливості призначення антибактеріальної терапії (АБТ) хворим на негоспітальну пневмонію різних клінічних груп в умовах стаціонару.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз 65 карт стаціонарних хворих на негоспітальну пневмонію з терапевтичного відділення міської комунальної лікарні №3 м. Тернополя. Розподіл хворих відповідно до сучасної класифікації пневмонії був такий: 1-ша клінічна група — 0 (0 %), 2-га— 21 (32,3 %) хворих, 3-тя— 44 (67,7 %) хворих. Жінок було 25, чоловіків — 40. Вік хворих — від 16 до 87 років.

**Результати дослідження.** Хворим 2 групи призначали пероральну АБТ: монотерапія β-лактамами антибіотиками (40,9 %), комбінована терапія β-лактама + макролід (13,6 %), β-лактама + фторхінолон (11,3%); хворим 3 групи призначати комбіновану антибіотикотерапію з парентеральним введенням: β-лактама + макролід (23,8 %), β-лактамама + фторхінолон (23,8%), що відповідає діючим протоколам МОЗ України. Оцінку ефективності АБТ з використанням препаратів першого ряду проводили через 48–72 год від початку лікування та через (7±1) день. Позитивний ефект лікування відзначено у всіх хворих.

**Висновки.** Всім 100 % хворих призначали β-лактамі антибіотики, при комбінованій терапії практично з однаковою частотою було призначено макроліди і фторхінолони. В обох групах пацієнтів не було виявлено зв'язку між стартовою АБТ і тривалістю перебування хворих у стаціонарі, що збігається з даними літератури.

*Бражник Роман*

**НАНОМЕТАЛИ В МЕДИЦИНІ**

Кафедра фармакології  
Науковий керівник: д-р мед.наук, проф. Н.О. Горчакова  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна

**Вступ.** Наночастинки металів дають гарні перспективи у використанні їх як лікарських речовин для лікування та діагностики ряду хвороб.

**Мета дослідження:** встановити сферу застосування наночастинок металів в фармакології .

**Матеріали і методи дослідження:** аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури, відомостей Інтернету

**Результати.** Наночастинки оксиду заліза мають парамагнітні та супермагнітні якості, що дозволяє використовувати їх як магніторезонансні контрастні речовини(МРКР) для МРТ. МРКР значно підвищують контрастність зображення, змінюючи параметри протонів в тканинах, що приводить до збільшення діагностичної інформативності МРТ.

Залізовмісні МРКР: суперпарамагнітний оксид заліза(SPIO), ультрамалі частинки супермагнітного оксиду заліза(USPIO), монокристалічний оксид заліза(MION).

Частинки SPIO можуть проникати через капілярну сітку, так як їх діаметр менше еритроцита. Препарати SPIO мають необхідний заряд та розмір , і вибірково поглинаються клітинами ретикулоендотеліальної системи(РЕС). Після деградації SPIO в РЕС атоми заліза входять в склад гемоглобіну еритроцитів.

Наночастинки UPSIO (менше 20 нм) використовують для МР-ангіографії . Препарат AMI-277 (сінерем) покращував візуалізацію коронарних та ниркових артерій.

Можна використовувати кон'югати із специфічними антитілами для створіння органотропних МРКР на основі частинок супермагнітного заліза. Є дані про можливість діагностики інфаркту міокарда за допомогою антиміозинових антитіл, кон'югованих з MION.

**Висновки.** Проаналізувавши літературу про зілазовмісні МРКР можна говорити, що ці речовини мають великі перспективи для клінічного використання в якості органотропних препаратів ( вибірково поглинаються тканинами) і можна очікувати розширення показань до їх застосування і створіння нових ефективних і безпечних контрастних речовин.

*Кернична Іванна, Бурма Марія*

**ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ САЛАТУ ПОСІВНОГО (*LACTUCA SATIVA*) В МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

Кафедра фармакогнозії з медичною ботанікою  
Науковий керівник: доц. І.З.Кернична  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль. Україна

Латук посівний (*Lactuca sativa*) - однорічна трав'яниста овочева рослина родини Айстрових (*Asteraceae*). В Україні салат є одним із основних культивованих видів, які вирощують у відкритому і закритому ґрунтах. Салат посівний має високі дієтично-лікувальні властивості, є джерелом вітамінів, мінеральних солей, органічних кислот, пектину, йоду, лактуцину. Щорічно споживання салату жителями Європи складає понад 10 кг на особу, тоді як в Україні - не перевищує 0,2 – 0,3 кг. Однією із причин низького споживання населенням овочевої культури є відсутність науково обґрунтованих даних про цінні властивості рослини та позитивний вплив на організм.

Метою даної роботи було вивчення морфологічних особливостей, хімічного складу, способів вирощування салату городнього, в умовах культивування Західного Поділля.

Розрізняють кілька різновидів латуку посівного: листовий, стебловий, головчастий і ромен-салат. У Латука посівного листового спочатку розвивається розетка прикореневих сидячих листків, у головчастого — головки різної щільності. Згодом у рослин утворюються прямі, волотисто-розгалужені стебла заввишки 30—120 см; стеблові листки цілісні, яйцевидні, до майже круглих, з серцевидною основою, голі, на верхівці тупі, товстуваті. Квітки дрібні, двостатеві, білі або блідо-жовто-зелені, зібрані в кошики, що утворюють волотисто-щитковидне суцвіття. Цвіте у липні — серпні. Плід — сім'янка. Насіння дрібне, має білий або темно-сірий колір.

Культура холодостійка, світло- та вологолюбна і вимоглива до родючості ґрунту Насіння може проростати при температурі 2-5 ° С і витримувати незначні заморозки. Рослину висівають, починаючи з квітня по червень, в залежності від сорту рослини. Перші сходи можна побачити вже через 5-7 днів. Вид потребує постійного поливу, складно переносить навіть невелику посуху, оскільки коренева система салату розташована неглибоко. Не маючи достатньої вологи, листки стають грубими і гіркими.

До державного реєстру сортів рослин, придатних для поширення в Україні, занесено до 50 сортів салату посівного. Відповідно до міжнародних вимог існує розподіл різновидів сортів за типами: маслянисто-головчастий, хрумкоголовчастий, салат-ромен, грас, зрізний салат (листовий), стебловий салат (уйсун).

В листках є білкові речовини (до 0,2 %), цукри (0,1 — 2,3 %), до 0,1—0,2 % органічних кислот (яблучна, лимонна, щавлева, бурштинова та інші), бета-каротин (1,75 мг %), вітамін Е (0,66 мг %), вітамін В6 (0,18 мг %), аскорбінова (15 мг %), ніотинова (0,65 мг %), пантотенова (0,1 мг %) і фолієва кислоти, біотин, рибофлавін, тіамін, гіркоту лактуцин, солі заліза (600 мкг/100 г), калію, кальцію, магнію, йоду, кобальту, міді і цинку. Вживають листки рослини у свіжому та вареному вигляді. Вид має багато мінеральних речовин, вітамінів групи В, РР, Е, К, С, каротин. Латук посівний збуджує апетит, покращує травлення, має легкі проносні й сечогінні властивості. У вигляді салату рослину корисно вживати при ожирінні, особливо, що супроводжується діабетом, при атеросклерозі, гіпертонічній хворобі, анеміях, туберкульозі, вагітним жінкам. Протипоказано вживати салат при подагрі й нирковокам'яній хворобі (при уратних і оксалатних каменях), при загостренні гострих і хронічних колітів та ентероколітів з вираженими порушеннями травлення (диспептичні явища).

Таким чином, враховуючи досвід використання салату посівного як овочевої культури і в народній медицині, перспективним є подальше фітохімічне дослідження певних сортів, з метою створення нових ефективних лікарських засобів з широким спектром біологічної дії.

Буткевич Т., Попович В.

**ВИЗНАЧЕННЯ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СКЛАДУ СУХОГО ПОРОШКУ FLAMMULINA VELUTIPES  
ОТРИМАНОГО МЕТОДОМ ГЛИБИННОГО КУЛЬТИВУВАННЯ**

Кафедра аптечної та промислової технології ліків  
Науковий керівник: д-р. фарм. наук, доц. В.П. Попович  
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця  
м. Київ, Україна

На сьогоднішній день перспективною основою для створення та розроблення лікувально-профілактичних, косметичних та лікувальних засобів із широким спектром фармакологічної дії є речовини природного походження у тому числі плодові тіла та біомаса лікарських грибів.

**Метою нашої роботи** було продовження визначення якісного та кількісного вмісту біологічно-активних речовин у перспективній субстанції – сухому порошку біомаси лікарського гриба *Flammulina velutipes*, отриманого методом глибинного культивування на середовищі із суспензією CO<sub>2</sub>-шроту амаранту.

**Методи дослідження.** Аналіз жирнокислотного складу ліпофільної фракції здійснювали методом газової хроматографії метилових естерів жирних кислот на газовому хроматографі HRGC 5300 (Italy), на скляній набивній колонці 3,5 м, що була заповнена Chromosorb W\HP з нанесеною 10 % рідкою фазою Silag 5CP при програмованій температурі 140-250°C з нарощуванням 2°C/хв. Ідентифікацію індивідуальних жирних кислот (ЖК) проводили за допомогою стандартів фірми Sigma, Serva, їх вміст виражали у відсотках від загальної суми.

**Результати.** У результаті досліджень у сухому порошку біомаси лікарського гриба *F. velutipes* було встановлено наявність 44 ЖК, 7 з яких не ідентифіковано. Кількісний вміст насичених ЖК (36,69%) значно поступався вмісту ненасичених, що складає 62,18 %. У ліпофільній фракції біомаси серед насичених кислот найбільший вміст мала пальмітинова кислота C16:0 (64,01 % від суми). Поміж ненасичених кислот переважали ліолева C18:2 та олеїнова C18:1 кислоти (відповідно 46,50 % та 38,59 % від суми).

**Висновок.** Було вивчено жирнокислотний склад сухого порошку біомаси лікарського гриба *Flammulina velutipes* методом газової хроматографії метилових естерів жирних кислот та ідентифіковано 37 ЖК. Серед них переважали ненасичені ЖК, а саме ліолева та олеїнова.

*Вонс Богдана, Чубка Маряна*

**ДОСЛІДЖЕННЯ АСОРТИМЕНТУ ДОПОМІЖНИХ РЕЧОВИН, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬ ПРИ  
ВИРОБНИЦТВІ М'ЯКИХ ЛІКАРСЬКИХ ФОРМ**

Кафедра управління та економіки фармації з технологією ліків  
Науковий керівник: д-р фарм. наук, проф. Т. А. Groshoviy  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Український фармацевтичний ринок м'яких лікарських засобів (МЛЗ) налічує більше 470 препаратів у вигляді різних м'яких лікарських форм (МЛФ) з переважанням мазей (41,42 %) та гелів (28,67 %).

Важливою особливістю МЛФ є наявність у їх складі великої кількості допоміжних речовин (ДР), вибір та поєднання яких між собою є важливою ланкою фармацевтичної розробки кожного МЛЗ. Тому метою нашої роботи було дослідження ДР з різних груп, які використовуються у МЛЗ, що зареєстровані в Україні. Формоутворюючими речовинами МЛЗ є основи, які поділяються на гідрофільні, гідрофобні та дифільні. В технології МЛЗ, зареєстрованих в Україні, часто використовують такі гідрофільні основи-носії, як гелі поліетиленгліколів, гелі полісахаридів, гелі сополімерів акрилової кислоти (карбомери різних марок), проксанолові основи, желатино-гліцеринові, тощо. Серед ліпофільних основ у складах МЛЗ часто зустрічається вазелін, жир свинячий, олії мигдальна, кукурудзяна, персикова, арахісова, тощо. З-поміж емульгаторів типу в/о фармацевтичні виробники найбільш часто використовують емульгатори вищих жирних спиртів та їх похідних (зокрема, емульсійний віск), високомолекулярні циклічні спирти та їх похідні, неповні естери сорбітану та вищих жирних кислот. Серед емульгаторів типу о/в застосовують іоногенні та неіоногенні ПАР (мила, алкілсульфати, твіни різних марок, тощо). Серед гелеутворюючих речовин до складу МЛФ найбільш часто вводять кислоту альгінову та її солі, карбомери, похідні целюлози, проксанолі, аеросил, желатин та інші компоненти. На сьогодні асортимент антимікробних консервантів, які дозволені до застосування є досить широким, проте при розробці МЛФ виробники надають перевагу парабенам (ніпагін, ніпазол), кислоті бензойній та її солям. Найпоширенішими антиоксидантами у МЛФ є аскорбінова кислота та її солі,  $\alpha$ -токоферол, динатрію едетат, натрію метабісульфіт.

*Ворошак Галина, Хвалько Наталія*

**ВИКОРИСТАННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРІВ У ТЕРАПЕВТИЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ**

Кафедра клінічної фармацевції  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. І.М.Марків  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Нами проаналізований асортимент гепатопротекторів, які були використані протягом 2014 року у терапевтичному відділенні міської лікарні. Для цього із 965 індивідуальних карт стаціонарних хворих, які лікувалися протягом 2014 року у терапевтичному відділенні міської лікарні №3, відібрали 137 історій хвороб пацієнтів, котрі отримували у складі комплексної медикаментозної терапії гепатопротектори. Нозологічний аналіз показав, що у 69 (50,4%) із них в якості основного клінічного діагнозу була патологія органів ШКТ, у 31 (22,6%) – серцево-судинної системи (I група), у 18 (13,1%) – захворювання органів дихання (II група), у 19 (13,9%) – різноманітні інші хвороби (III група). Показаннями до призначення гепатопротекторів була наявність патології печінки (цирозу, хронічного гепатиту) як основного (у 36 хворих), або супутнього (у 25 хворих) діагнозів. У решти 76 обстежених, які отримували гепатопротектори, патології печінки не було. Аналіз медичної документації показав, що всім хворим було зроблено 214 призначення 18 найменувань гепатопротекторів, з них лише 6 лікарських засобів входили до чинного Державного формуляру лікарських засобів. Лікування одним гепатопротектором було застосоване у 77 пацієнтів, двома – у 45, трьома препаратами – у 13 хворих, чотирма - у 2. При цьому 80 пацієнтів приймали гепатопротектори у вигляді капсул і таблеток, решта (134 чол.) – у формі розчину. Результати нашого дослідження свідчать про те, що гепатопротектори достатньо часто використовуються при лікуванні хворих у терапевтичному відділенні міської лікарні. Тим не менш, їхній вибір і застосування мають довільний характер і потребують вдосконалення з точки зору відповідності чинним протоколам лікування.

*Гладких Федір*

**ВИВЧЕННЯ ЗНЕБОЛЛЮЧОЇ І ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ КОМБІНАЦІЇ ІБУПРОФЕНУ З ВІНБОРОНОМ НА МОДЕЛІ АД'ЮВАНТНОГО АРТРИТУ У ЩУРІВ**

Кафедра фармакології  
Науковий керівник: д-р мед. наук Н. Г. Степанюк  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

Відомо, що для всіх представників нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) є характерними так звані клас-специфічні побічні ефекти. Тому однією з актуальних задач фармакотерапії НПЗЗ є підвищення їх безпечності.

**Мета:** дати оцінку знеболюючої та протизапальної активності комбінації ібупрофену з вінбороном на моделі ад'ювантного артриту у щурів.

**Матеріали і методи:** дослідження проведено на 28 статевозрілих щурах-самцях, розбитих на 4 групи: I – інтактні щури (n=7), II – щури зі змодельованим ад'ювантним артритом (АА) без лікування (контроль), III – щури з АА (n=7), ліковані ібупрофеном (218 мг/кг, в/ш), IV- щури з АА (n=7) ліковані ібупрофеном в/ш (218 мг/кг) в комбінації з вінбороном (11 мг/кг, в/ш). Лікування АА проводилось з 14 по 28 день, шляхом внутрішньошлункового введення досліджуваних препаратів.

**Результати досліджень та їх обговорення**

Лікування: АА комбінацією ібупрофену з вінбороном призвело до більш виразної протизапальної та знеболюючої дії ібупрофену завдяки потенціюванню цих фармакологічного ефекту обох препаратів. Про це свідчило статистично вірогідного пригнічення запальної реакції на 35,9 % відносно 14 дня експерименту, що на 6 % перевищувало аналогічний показник при монотерапії ібупрофеном. Крім того встановлено, що зростання порогу больової чутливості при комбінованому застосуванні ібупрофену та вінборону статистично вірогідно перевищувало на 23,3 % аналогічні показники при монотерапії ібупрофеном.

**Висновки:** оцінюючи результати проведеного дослідження можна зробити заключення, що комбінації ібупрофену з вінбороном притаманна більша за величиною протизапальна та знеболююча дія при ад'ювантному артриті у щурів, ніж при монотерапії вказаним антифлогістиком.

*Гнітько І., Гладішева С.*

**РОЗРОБКА ОПТИМАЛЬНОГО СКЛАДУ М'ЯКОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ФОРМИ З МІНОКСИДІЛОМ**

Кафедра технології ліків  
Науковий керівник: Гладішев В.В.  
Запорізький державний медичний університет  
м. Запоріжжя, Україна

Захворювання волосся і особливо їх випадання (алопеція) є одним їх основних медико-соціальних проблем сучасності. Не представляючи безпосередньої не-безпеки для життя і здоров'я населення, воно за рахунок наявності видимих дефектів зовнішності призводить до розвитку депресивних і невротичних станів з подальшим їх прогресом і можливим розвитком на їх фоні патологічних станів, що відчутно впливають на якість життя. Найбільш ефективними засобами, вживаними сучасною трихологією для стимуляції зростання волосся, як при андрогенній так і при інших видах алопеції, являються препарати, що містять периферичні вазодилататори, зокрема, міноксиділ (регейн, рогайн). На фарма-цевтичному ринку України міноксиділ представлений у формі 2% і 5% спирто-водних лосьйонів виробництва "Bosnalijek"(Боснія-Герцеговина). У світовій трихологічній практиці міноксиділ також використовують у формі 2% і 5% аерозолів і розчинів для зовнішнього застосування. У зв'язку з цим представляє інтерес вивчення можливості створення м'яких лікарських форм міноксиділа (кремів, мазей, гелів), що забезпечують можливість пролонгації лікарської речовини і підвищення комплаєнтності. Метою справжніх досліджень є наукове обґрунтування раціонального складу мазі з міноксиділом для зовнішньої дії. Як носії для м'якої лікарської форми міноксиділа досліджували гідрофільні, ліпофільні і емульсивні мазеві основи-носії, що застосовуються в промисло-вому і аптечному виробництві м'яких лікарських форм і описані в літературі. Зміст міноксиділа в мазях складав 2%. Дослідження проводили за допомогою одинфакторної математичної моделі експерименту з повторними спостереженнями. Як параметр оптимізації встановлювали вивільнення міноксиділа як пер-ший етап визначення біологічної доступності, яке вивчали методом рівноважного діалізу по Крувчинському при температурі  $32 \pm 0,5$  °C через плівку "Купрофан" на станції з дифузійними осередками Франца ("Permegear Inc"., США). Встановлено, що вид основи-носія значу-чо впливає на вивільнення міноксиділа з мазей. Дисперсійний аналіз результатів показав, що оптимальний рівень вивільнення міноксиділа з цих лікарських форм забезпечує емульсивна основа типу олива/вода, яка відібрана для подальших доклінічних досліджень.

*Гоголь Наталія, Денис Антоніна*

**МАРКЕТИНГОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРЕПАРАТІВ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ**

Кафедра організації та економіки фармації з технологією ліків  
Науковий керівник: д-р фарм. наук, проф. Т.А. Грошовий  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м.Тернопіль, Україна

Згідно зі статистичними даними, на сьогодні в світі кількість хворих на розсіяний склероз перевищує 1 млн. Поширеність розсіяного склерозу у більшості країн світу, в тому числі й в Україні постійно збільшується.

Якщо раніше терапевтична допомога пацієнтам із РС зводилася лише до лікування загострень захворювання і проведення симптоматичного лікування ускладнень, то сьогодні завдяки впровадженню в практику засобів превентивної терапії з'явилася можливість патогенетичного впливу на перебіг захворювання. При ремітуючому перебігу розсіяного склерозу лікування проводять імуномодулюючими препаратами. У випадку злоякісного перебігу, або відсутності ефекту від раніше згаданих препаратів призначають препарати другої лінії із групи імуносупресантів.

Метою нашої роботи стало маркетингове дослідження препаратів патогенетичної терапії розсіяного склерозу.

Маркетинговий аналіз проводили лише тих препаратів, які зареєстровані на території України станом на січень 2015 року. Згідно АТХ класифікаційної системи досліджувані лікарські засоби належать до групи L03 «Іміностимулятори», підгруп L03A B07 «Інтерферон бета-1а», L03A B08 «Інтерферон бета-1β» і L03A X13 «Глатирамер ацетат»; групи J06 «Лікувальні сироватки та імуноглобуліни», підгрупи J06B A «Імуноглобуліни здорової людини»; групи L04 «Імуносупресанти», підгрупи L04A A «Селективні імуносупресанти». Враховуючи дані Держреєстру лікарських засобів, а також ціни в прайсах щотижневика «Аптека» вивчали товарні та цінові пропозиції виробників та оптових посередників.

На основі одержаних результатів вивчено товарну політику та проаналізовано цінові пропозиції виробників та посередників лікарських засобів патогенетичної терапії розсіяного склерозу.

*Грицик А., Телішевська Галина*

### **ІДЕНТИФІКАЦІЯ ТРАВИ ВЕРЕСУ ЗВИЧАЙНОГО**

Кафедра фармації  
Науковий керівник: А.Р. Грицик  
Івано-Франківський національний медичний університет  
м. Івано-Франківськ, Україна

Лікарські рослини здавна використовували в медичних цілях. Все більшу увагу науковців приверстають рослини, які широко застосовують в народній медицині, зокрема, верес звичайний (*Calluna vulgaris* (L.) Hill.). Нами одержано екстракти трави вересу звичайного, досліджено їх гостру токсичність, антимікробну, протизапальну та протитривожну дію, що свідчить про перспективи використання трави вересу звичайного в медичній практиці. Метою роботи була розробка параметрів ідентифікації трави вересу звичайного. Зовнішні ознаки. Цільна сировина. Суміш облиствлених пагонів, листя та квітів. Листки дрібні, сидячі, супротивні, тупі, при основі стріловидні, черепитчасто розміщені в 4 ряди, коротко-лінійно-ланцетні, шкірясті, з загорнутими краями, зісподу буроповстисті. Квітки правильні, двостатеві, дрібні, з дзвоникovidним ліловим, лілово-рожевим, часом білим віночком, який не опадає, в однобоких довгих однобічних 5-15 квіткових китицях. Чашечка довша за віночок із рожево-фіолетових плівчастих листочків, залишається разом з віночком. Плід – чотири гнізда опушена коробочка з 6-8 дрібними насінинами. Запах специфічний. Смак гіркий, в'яжучий. Мікроскопія. При розгляді препарату листка з поверхні нами відзначено, що клітини епідермісу верхньої сторони злегка звивисті, в контурі округлі, без продихів. Поверхня листа покрита простими волосками, причому по центральній жилці і по краю листка довгими одноклітинними волосками, а бічні стінки - короткими, одноклітинними, бородавчастими волосками. На внутрішній поверхні листа розташовані продихи, продиховий апарат парацитний. У мезофілах листка містяться численні друзи кальцію оксалату, різноманітні за розмірами. Враховуючи розповсюдження, фармакологічну дію трави вересу звичайного актуальним є розробка параметрів стандартизації сировини і розробка проекту МКЯ.

*Гудзь Надія, Атаманчук Тетяна*

### **ФІТОХІМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОНУ**

Кафедра фармакогнозії з медичною ботанікою  
Науковий керівник: д-р.фарм.наук., проф. С.М. Марчишин  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Якон (*Polymnia sonchifolia* Poepp. & Endl., синонім *Smallanthus sonchifolius*) з родини Айстрові (*Asteraceae*) у дикому вигляді зростає в Колумбії, Еквадорі і Перу. В Україні культивують. Біологічно активні речовини якону мають здатність зменшувати рівень цукру в крові, покращувати обмінні процеси в організмі, впливати на функцію шлунково-кишкового тракту, мають антисклеротичну дію.

У джерелах наукової літератури недостатньо відомостей про амінокислотний склад якона, тому метою наших досліджень було визначити вміст амінокислот у досліджуваній сировині – листках і кореневих бульбах рослини.

Якісний склад та кількісний вміст амінокислот визначали на рідинному хроматографі Agilent 1200 (Agilent technologies, USA). Ідентифікацію амінокислот проводили шляхом порівняння часів утримання з сумішшю стандартів амінокислот (Agilent 5061-3334). Вміст зв'язаних амінокислот визначали шляхом віднімання вмісту вільних амінокислот від їх загального вмісту.

Результати досліджень показали, що у листках якона ідентифіковано 17 зв'язаних амінокислот, вільних – 11; у кореневих бульбах – по 12 вільних і зв'язаних амінокислот.

Аналіз загального вмісту амінокислот у рослинній сировині якона показав, що коренебульби містять значну кількість проліну (15,31 мкг/мг), серину (8,77 мкг/мг), аргініну (6,23 мкг/мг); листки – цистину (10,29 мкг/мг), лізину (5,95 мкг/мг), серину (5,17 мкг/мг), аспарагінової (5,00 мкг/мг) і глутамінової (3,49 мкг/мг) кислот. Відомо, що цистин важлива амінокислота, яка входить до складу імуноглобулінів, інсуліну і соматостатину; пролін є одним з важливих компонентів колагенового білка.

З вільних амінокислот у коренебульбах переважає пролін і аргінін; у листках – глутамінова кислота і аланін. У листках і кореневих бульбах не виявлено гістидину, тирозину, метіоніну і лейцину, а в листках нема також цистину.

Таким чином, аналіз досліджень показав, що зразки двох видів сировини якона характеризуються неоднаковим амінокислотним складом та відрізняються кількісним вмістом амінокислот.



*Гусак Людмила*

**ВИЗНАЧЕННЯ ЯКІСНОГО СКЛАДУ ТА КІЛЬКІСНОГО ВМІСТУ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН  
ВТОРИННОГО СИНТЕЗУ У КОРЕНЕБУЛЬБАХ ЧИСТЕЦЮ ЗІБОЛЬДА (*Stachys sieboldii* Miq.)**

Кафедра фармакогнозії з медичною ботанікою  
Науковий керівник: д-р фарм. наук, проф. С.М. Марчишин  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

*Stachys sieboldii* Miq. або чистець – відноситься до ботанічної родини губоцвіті (Lamiaceae). Ця овочева культура цікава, насамперед, людям, що страждають на цукровий діабет. Біологічно активні речовини, що містяться в коренебульбах стахіса, позитивно впливають на вуглеводний і ліпідний обмін речовин таких хворих. Вуглеводи стахіса представлені не крохмалем, як у інших бульбоплодів, а особливим тетрасахаридом – стахіоза, що має інсуліноподібний ефект. Дослідження науковців ВІЛАР показали, що вживання стахіса знижує рівень цукру в крові людини на 40-60 %, тригліцеридів – на 30 %, уповільнює процес згортання крові.

Актуальним є дослідження біологічно активних речовин *Stachys sieboldii* Miq., які обумовлюють його фармакологічну активність.

Метою нашої роботи було визначення якісного складу та кількісного вмісту БАР вторинного синтезу – фенольних сполук, флавоноїдів та гідроксикоричних кислот у коренебульбах чистецю Зібольда.

Для виявлення гідроксикоричних кислот використовували реакцію з 1 % розчином ферум (III) хлориду. Спостерігали зелено-сіре забарвлення.

Для виявлення флавоноїдів проводили:

- 1) ціанідинову пробу. Спостерігали забарвлення червоного кольору;
- 2) реакцію з 10 % розчином ферум (III) хлориду. Спостерігали зелене забарвлення.

Результати спостережень підтверджують наявність у коренебульбах стахісу флавоноїдів і гідроксикоричних кислот. Кількісне визначення БАР проводили спектрофотометричним методом на спектрофотометрі Lambda 25 за довжини хвилі 270 нм для фенольних сполук, 415 нм для флавоноїдів та 327 нм для гідроксикоричних кислот.

Результати досліджень показали, що вміст фенольних сполук у досліджуваній сировині становив  $0,74 \pm 0,001$  %, флавоноїдів –  $0,39 \pm 0,004$  %, гідроксикоричних кислот –  $1,96 \pm 0,001$  %.

Експериментально одержані дані вказують на перспективність використання коренебульб чистецю Зібольда для одержання нових лікарських препаратів.

*Данилюк Богдана*

**ВМІСТ ОРГАНІЧНИХ КИСЛОТ У ТРАВІ ЧОРНОБРИВЦІВ ЗОЛОТИСТИХ (*TARGETES LUCIDA* CAV.)**

Кафедра фармакогнозії з медичною ботанікою  
Науковий керівник: д-р фарм. наук, проф. С.М. Марчишин  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Чорнобривці золотисті або мексиканський естрагон (*Tagetes lucida* Cav.) походить з гірських районів Мексики. Це багаторічна трав'яниста рослина з приємним, схожим на запах естрагону, анісовим запахом. Чорнобривці золотисті використовуються з часів ацтеків у релігійних і медичних цілях, для зняття болю, заспокоєння нервів і полегшення похмілля. Сьогодні це популярна приправа на півдні США і в Мексиці, оскільки вона сповна може замінити добре відомий естрагон, але легше вирощується в тропічному кліматі. Листя та інші частини рослини застосовуються для поліпшення травлення, як сечогінний, жарознижувальний, тонізуючий засіб.

Враховуючи те, що органічні кислоти рослин мають важливе біологічне значення (активують і нормалізують функцію шлунково-кишкового тракту, підвищують виділення травних соків, знижують рН середовища і, тим самим, сприяють зміні мікрофлори кишечника до нормального стану, гальмуючи розмноження тих бактерій, які викликають хворобу) дослідження органічних кислот чорнобривців золотистих є актуальним.

Метою нашої роботи було визначення якісного складу і кількісного вмісту органічних кислот у траві чорнобривців золотистих, заготовлених у Національному ботанічному саду імені М.М. Гришка у 2013 році.

Методом газорідної хроматографії на хроматографі Agilent Technologies 6890 с мас-спектрометричним детектором 5973 у траві чорнобривців золотистих ідентифіковано 9 органічних кислот: щавлева (1,85 %), малінова (20,00 %), фумарова (0,23 %), бурштинова (4,61 %), яблучна (3,02 %), лимонна (63,12 %), ванілінова (0,50 %), ізолимонна (3,95 %), бузкова (2,02 %). Домінуючими у досліджуваній сировині є лимонна і ізолимонна кислоти.

Дахим Ірина, Бердей Ігор

**САПОНІНИ ТРАВИ СТОКРОТОК БАГАТОРІЧНИХ (BELLIS PERENNIS L.)**

Кафедра фармакогнозії з медичною ботанікою  
 Науковий керівник: д-р фарм. наук, проф. С. М. Марчишин  
 ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
 імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
 м. Тернопіль, Україна

Однією з рослин, яку здавна використовували у народній медицині для попередження та лікування багатьох недуг, є стокротки багаторічні. Вони вперше були згадані ще Плінієм Старшим, а у Середні віки вважалися найпоширенішою лікарською рослиною. Стокротки багаторічні (*Bellis perennis* L.) – рослина родини Айстрових, що відома як традиційний засіб для лікування ран, синців, забоїв та травм. Народна медицина рекомендує їх при лікуванні головного болю, простуди, захворювань очей, опіків, гастриту, діареї, кровотеч, ревматизму, а також як відхаркувальний засіб при запальних та інфекційних захворюваннях верхніх дихальних шляхів.

Оскільки сьогодні зростає попит на лікарські засоби рослинного походження, увага багатьох науковців зосереджена на вивченні їх хімічного складу.

Фітохімічне дослідження трави стокроток багаторічних показало наявність у досліджуваній сировині тритерпенових сапонінів (проба піноутворення, осадові реакції). Кількісне визначення сапонінів проводили спектрофотометричним методом із використанням спектрофотометра Dyanica Halo DB-20. Вимірювали оптичну густину випробуваного і калібровочних розчинів при довжині хвилі 540 нм у кюветі з товщиною шару 10 мм відносно компенсаційного розчину.

Результати досліджень показали, що вміст сапонінів у перерахунку на есцин в абсолютно сухій сировині у траві стокротках багаторічних дикорослих і культивованих становив  $(0,45 \pm 0,0002) \%$  та  $(0,51 \pm 0,0003) \%$  відповідно.

Враховуючи значний вміст сапонінів у досліджуваній сировині стокроток багаторічних, перспективним напрямком стало дослідження відхаркувальних властивостей екстракту з трави даної рослини.

Дзюба Софія

**АНАЛІЗ БЕЗПЕЧНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Кафедра фармакології з клінічною фармакологією  
 Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.М. Олещук  
 ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
 імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
 м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Фармаконагляд - це наукова галузь та практична діяльність, що пов'язана з виявленням, оцінкою, розумінням та профілактикою несприятливих негативних наслідків або будь-яких інших проблем, пов'язаних з лікарськими засобами (ЛЗ) (ВООЗ, 2004). Застосування ЛЗ передбачає, що їх терапевтична дія повинна відбутися, але при цьому можуть виникнути побічні реакції. Для подачі інформації до Департаменту післяреєстраційного нагляду Державного експертного центру (ДЕЦ) МОЗ України використовують спеціальну форму карти повідомлення № 137/0 про побічні ПР/ВЕ ЛЗ при їх медичному застосуванні, яка містить інформацію про пацієнта, опис ПР/ПД (час настання, лікування, результати обстеження) і т.д.

**Методи.** Аналіз карт повідомлень 137/0, які поступили до Тернопільського регіонального відділення ДЕЦ від лікувально-профілактичних закладів Тернопільської області.

**Результати дослідження.** Протягом 2014 року до регіонального відділення ДЕЦ поступило 430 форм. Для того, щоб прийти до об'єктивного висновку при визначенні реальної небезпеки підозрюваного ЛЗ, необхідним є визначення причинно-наслідкового зв'язку між клінічними проявами ПД та застосування ЛЗ. При аналізі форм 137/0 було встановлено, що у 19 % випадків причинно-наслідковий зв'язок був визначеним, у 43 %- імовірним, у 22 % - можливим, у 5 % - сумнівним та у 11 % - не визначався. Проведений аналіз свідчить, що найчастіше ПР в нашому регіоні виникали при застосуванні препаратів антибіотиків (20 %), вітамінних препаратів та амінокислот (9,5 %), анальгетиків та НПЗЗ (7 %), кровозамінників та засобів для парентерального харчування (5,5 %), антигіпертензивних препаратів (4 %). Нами було проведено аналіз типів ПД/ПР, що виникали. Встановлено, що у 77,7 % випадків – це алергічні реакції. На другому місці (9,5 %) – зміни з боку серцево-судинної системи. Третє місце посідають ускладнення з боку шлунково-кишкового тракту, що складають 7,2 % від загальної кількості повідомлень. Головний біль, запаморочення та інші прояви з боку центральної та периферичної НС спостерігалися у 5,6 % випадків.

Проведення аналізу показало, що побічні ефекти частіше виникали у жінок (261 випадок), ніж у чоловіків (169 випадків). При аналізі ПД/ПР ЛЗ в різних вікових групах було встановлено, що найбільша кількість випадків була зареєстрована у хворих віком 20-60 років (43,7 %). Доволі часто негативні побічні реакції спостерігалися і у дітей - 123 випадки ПД/ПР ЛЗ зафіксовано у пацієнтів дитячого віку (28,6 % від загальної кількості ПР). Також протягом року нами було зареєстровано 106 випадків негативних побічних реакцій у людей похилого віку (24,7 %). Лише у 3 % випадків ПР наступила у підлітків. Несприятливі події під час вакцинації виникали у 24 % випадків.

**Висновок.** Реєстрація ПД/ПР ЛЗ за допомогою методу спонтанних повідомлень про ПР/ВЕ ЛЗ дозволяє попередити медичну громадськість про безпечність ліків та вилучити з фармацевтичного ринку продукцію, ризик від застосування якої переважає над користю.

*Дідківська Романа*

**АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ  $\beta$ -АДРЕНОБЛОКАТОРІВ В ФАРМАКОТЕРАПІЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

Кафедра клінічної фармації  
Науковий керівник: д-р.мед.наук, проф. О.Є.Самогальська  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Поширеність артеріальної гіпертензії серед хвороб системи кровообігу у дорослих (18 років і більше) в Україні становить 46,8 %, тобто, майже половина пацієнтів з хворобами системи кровообігу має підвищений артеріальний тиск. Тому сьогодні дуже важливим є втілення у практику положень клінічного протоколу по лікуванню гіпертонічної хвороби на локальному рівні та здійснення нагляду за безпекою та ефективністю антигіпертензивних лікарських засобів.

З метою аналізу ефективності і безпечності та фармакоекономічної доцільності використання  $\beta$ -адреноблокаторів в фармакотерапії артеріальної гіпертензії проаналізовано 40 карт стаціонарних хворих на гіпертонічну хворобу, які лікувалися в Тернопільській міській комунальній лікарні № 3 протягом 2014 року. Середній вік хворих становив  $(64,0 \pm 5,3)$  роки. Хворим була призначена атигіпертензивна терапія відповідно до діючого протоколу. Кількість хворих, яким була призначена монотерапія  $\beta$ -адреноблокаторами складала 35 %. В результаті призначеної терапії у всіх 100 % пацієнтів нормалізувався артеріальний тиск, побічна дія ліків не зафіксована. Для з'ясування фармакоекономічної доцільності використання  $\beta$ -адреноблокаторів обраховано вартість терапії призначених препаратів. Виявлено, що 10-денний курс лікування метопрололом становив 0,96 грн., бісопрололом – 17,2 грн., небівололом – 26,9 грн.

Таким чином, монотерапія артеріальної гіпертензії  $\beta$ -адреноблокаторами (метопрололом, бісопрололом, небівололом) виявилася ефективною, безпечною, економічно вигідною.

*Дорошенко Оксана*

**ВМІСТ РЕЧОВИН ПЕРВИННОГО СИНТЕЗУ В ЗБОРІ ДІУРЕТИЧНОМУ**

Кафедра фармакогнозії з медичною ботанікою  
Науковий керівник: д-р фарм. наук, проф. С.М. Марчишин  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Речовини первинного синтезу (білки, амінокислоти, вуглеводи, ліпіди) мають виняткове значення для розвитку рослин і за останні роки знайшли застосування у медичній і фармацевтичній практиці. Білки є важливим пластичним матеріалом для побудови тканин. Не менш важливе значення мають амінокислоти, особливо незамінні, які поступають в організм людини з продуктами харчування. Вуглеводи (цукри) – біоорганічні сполуки також відіграють дуже важливу роль в житті людини. Вони входять до складу клітин і тканин усіх рослинних і тваринних організмів. Моносахариди та олігосахариди беруть участь у біологічних процесах і є вихідними речовинами для вторинного синтезу. Рослинним вуглеводам притаманна противірусна, антимікробна, дезінтоксикуюча, цитостатична, антисклеротична, гіполіпідемічна активність. Полісахариди мають важливе значення для відновлення природного імунітету людини. Тому дослідження речовин первинного синтезу лікарських рослин є актуальним. Враховуючи те, що фармакологічна активність краще проявляється при комплексному застосуванні лікарських рослин – у рослинних зборах, більш доцільним для корекції захворювань сечовидільної системи організму є використанням збору діуретичного.

Метою нашого дослідження було визначити вміст амінокислот і цукрів у зборі діуретичному.

Якісний склад та кількісний вміст амінокислот визначали на рідинному хроматографі Agilent 1200 (Agilent technologies, USA). Визначення вільних цукрів проводили методом газо-рідинної хромато-мас-спектрометрії на хроматографі Agilent 6890N/5973inert (Agilent technologies, USA). В якості внутрішнього стандарту використовували розчин сорбітолу.

У досліджуваному зборі виявлено 15 амінокислот у вільному стані і 16 – у зв'язаному. Домінуючими амінокислотами у зв'язаному стані є лізин (12,39 мкг/мг), серин (10,68 мкг/мг) і аспарагінова кислота (10,52 мкг/мг); у вільному – пролін (1,09 мкг/мг), який відповідає за формування колагену в організмі людини. Аналіз загального вмісту амінокислот показав, що збір діуретичний містить значну кількість лізину (18,74 мкг/мг), серину (16,34 мкг/мг), аспарагінової (16,12 мкг/мг) і глутамінової (10,17 мкг/мг) кислот.

У діуретичному зборі виявлено 5 цукрів. Основними цукрами є глюкоза (10,39 мг/кг), фруктоза (13,80 мг/кг) і сахароза (17,97 мг/кг).

Дуб Анастасія

**ІДЕНТИФІКАЦІЯ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ФЕНОЛЬНИХ СПОЛУК У ТРАВІ OCIMUM BASILICUM L.**

Кафедра фармакогнозії з медичної ботанікою  
 Науковий керівник: канд. біол. наук, доц. М.І. Шанайда  
 ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
 імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
 м. Тернопіль, Україна

Васильки звичайні (*Ocimum basilicum* L.) – неофіційна лікарська рослина родини Lamiaceae, яка в Україні поширена як ефіроолійна пряно-смакова культура. Фенольні сполуки рослини вивчені недостатньо.

Метою наших досліджень було вивчення якісного складу та кількісного вмісту різних груп фенольних сполук (флавоноїдів, дубильних речовин та гідроксикоричних кислот) у траві *O. basilicum*, вирощеного в умовах Тернопільської обл.

Ідентифікацію флавоноїдів проводили за допомогою характерних якісних реакцій та тонкошарової хроматографії (ТШХ) у 70 % спиртових витягах трави рослини, дубильних речовин – якісними реакціями з желатиною та залізо-амонійними галунами у водних витягах трави, гідроксикоричних кислот – методом ТШХ у 20 % спиртових витягах трави та високоефективної газової хроматографії (ВЕГХ). Кількісне визначення флавоноїдів та гідроксикоричних кислот здійснювали методом спектрофотометрії, дубильних речовин – перманганатометрії.

На основі проведених якісних реакцій в траві рослини було ідентифіковано флавоноїди та дубильні речовини і встановлено приналежність останніх до групи конденсованих сполук (з'являлось чорно-зелене забарвлення при взаємодії із залізо-амонійними галунами). Методом ТШХ серед флавоноїдів було виявлено апігенін та рутин, серед гідроксикоричних кислот – кофейну, ферулову та хлорогенову. У ході ВЕГХ-досліджень в траві рослини було встановлено наявність 7 фенолкарбонових кислот, серед яких переважали п-гідроксикорична (457 мг/кг) та ферулова (104 мг/кг).

Аналіз кількісного вмісту різних груп фенольних сполук показав, що у траві рослини накопичується  $2,43 \pm 0,13$  % флавоноїдів (в перерахунку на рутин),  $3,77 \pm 0,11$  % гідроксикоричних кислот (у перерахунку на кислоту хлорогенову) та  $5,89 \pm 0,24$  % дубильних речовин.

Отримані нами дані щодо наявності та вмісту фенольних сполук в комплексі з попередніми результатами вивчення ефірної олії *O. basilicum* доводять перспективність подальших досліджень щодо створення нових препаратів з антибактеріальною та протизапальною дією на основі трави рослини.

Дякун Юлія, Дитко Діана

**АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЗАСОБІВ, ЩО НАЛЕЖАТЬ ДО ГРУПИ ІНГІБІТОРІВ АПФ ТА РІВЕНЬ ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ У ТЕРАПІЇ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ**

Кафедра циклової комісії фармацевтичних дисциплін  
 Науковий керівник: С.Б. Оголь  
 Чортківський державний медичний коледж  
 м. Чортків, Україна

За даними офіційної статистики, в Україні зареєстровано понад 11 млн. людей з АГ, що складає 29, 9 % дорослого населення. Для медикаментозної терапії гіпертонічної хвороби використовують лікарські засоби, основною фармакологічною дією яких є зниження артеріального тиску. Препарати першого ряду - інгібітори АПФ - є одними з найефективніших сучасних антигіпертензивних агентів. Їх призначають для лікування хворих з різними формами артеріальної гіпертензії, в тому числі ниркового походження. Інгібітори АПФ впливають на ниркову регуляцію артеріального тиску.

Матеріали. Було опрацьовано різні джерела інформації: опитування лікарів Чортківської ЦКРЛ стосовно стану здоров'я пацієнтів після проведених курсів фармакотерапії інгібіторами АПФ, листки призначень історії хвороб, пропозиції дистриб'ютерів щодо асортименту антигіпертензивних засобів.

Результати дослідження та їх обговорення. Було виконано аналіз за кожним із показників клінічної ефективності гіпотензивної терапії інгібіторами АПФ: зменшення систолічного, діастолічного тиску, зниження добових його коливань. У результаті досліджень виявилось, що із 7 пацієнтів, які вживали еналаприл, у 3 із них спостерігалось стійке зниження систолічного артеріального тиску, у 2 - діастолічного і у 2 - зниження добових його перепадів.

Із 7 пацієнтів, яким призначили енап Н, у 3 спостерігалось стійке зниження показників систолічного і діастолічного АТ, в одного – зниження добових коливань. Беручи до уваги дані дослідження, було виявлено, що комбіновані антигіпертензивні препарати (інгібітор АПФ + тiazидний діуретик) дещо ефективніше нормалізують АТ ніж моно препарати.

Проаналізувавши асортимент антигіпертензивних засобів, встановлено, що найбільшим попитом в аптеках м. Чорткова користуються еналаприл, лізиноприл та комбіновані засоби: еналаприл + гідрохлортiazид та лізиноприл + гідрохлортiazид. Цю закономірність можна пояснити помірними цінами та значною ефективністю при застосуванні даних препаратів.

Висновки: Препарати іАПФ представлені на фармацевтичному ринку в широкому асортименті і користуються значним попитом. Найбільш доступними за курсовою вартістю є препарати еналаприл та лізиноприл. Ефективність фармакотерапії інгібіторами АПФ залежить не тільки від особливостей їхньої фармакокінетики та фармакодинаміки, але і від комплаєнсу – готовності пацієнтів виконувати вказівки лікарів. Доведено, що в умовах стаціонару для комбінованого лікування гіпертонічної хвороби найчастіше призначають препарати еналаприл та енап Н.

*Косяченко Костянтин, Ейбен Ганна*

**АНАЛІЗ ВИМОГ НОРМАТИВНИХ ДОКУМЕНТІВ ДО ДІЯЛЬНОСТІ УПОВНОВАЖЕНОЇ ОСОБИ**

Кафедра аптечної та промислової технології ліків  
Науковий керівник – д-р. фарм. наук К.Л. Косяченко  
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця  
м. Київ, Україна

**Актуальність.** Поліпшення якості лікарських засобів (ЛЗ) на сьогоднішній день здійснюється шляхом створення та впровадження в роботу суб'єктів фармацевтичної діяльності (СФД) ефективної системи якості у відповідності до вимог міжнародних стандартів якості. Центральною складовою реалізації системи якості в СФД є інститут уповноваженої особи (УО).

**Мета.** Аналіз вимог нормативних документів щодо статусу та посадових обов'язків УО, відповідальних за якість ЛЗ в аптечних закладах.

**Методи.** Аналітичний огляд, системний та порівняльний аналізи.

**Результати.** Нами проведено порівняльний аналіз вимог відповідних нормативних документів до кваліфікації та посадових обов'язків УО: настанови 42-5.0:2014 (GDP), Ліцензійних умов, затверджених наказом МОЗ України від 31.10.2011р. № 723 та наказу МОЗ України від 29.09.2014р. № 677. Вимоги вищезазначених нормативних документів неоднозначні і статус УО на сьогодні є досить розмитим. Згідно Настанови GDP – УО відповідає за впровадження, функціонування та підтримку системи якості і має статус персоналу, що управляє і контролює, згідно наказу МОЗ № 677 – в оптових та роздрібних компаніях УО відповідає за ефективне управління системою якості, а згідно Ліцензійних умов – УО відповідає за функціонування системи забезпечення якості ЛЗ, що визначає неузгодженість термінів «система якості», «управління системою якості» та «система забезпечення якості». Досліджено, що у державному класифікаторі професій України (ДК 003–2005) в переліку посад, пов'язаних з фармацевтичною діяльністю, на сьогодні відсутня посада УО.

**Висновок.** Проведений аналіз показав необхідність подальшої гармонізації вимог вищевказаних документів щодо статусу та посадових обов'язків УО, а також узгодження термінології з метою підвищення ефективності діяльності інституту УО у сфері якості.

*Забігайло Юлія*

**ФАРМАКОЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИЗНАЧЕНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ЛІКАРЯМИ-ЕНДОКРИНОЛОГАМИ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Кафедра клініко-лабораторної діагностики  
Науковий керівник: д-р біол. наук, проф. І.М. Кліш  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Захворювання щитоподібної залози є однією з найбільш поширених патологій серед населення України. Останні наукові дані, отримані в окремих вибірках (більше 50 тис. обстежених), доводять, що патологію щитоподібної залози виявляють приблизно у 42-52% дорослого населення України і у близько 20% дітей, а серед людей похилого віку – у 80% випадків.

Метою нашого дослідження було отримати достовірну інформацію про призначення лікарських препаратів, що використовують лікарі-ендокринологи для лікування захворювань ЩЗ.

Інструментом колективної експертної оцінки лікарських засобів для лікування патології ЩЗ була спеціально розроблена анкета, яка включала наступні розділи: інструкцію щодо заповнення анкети; професійні дані експерта; відомості про частоту призначення аналізованої групи лікарських засобів; оцінка джерел інформації. В анкетуванні взяли участь 35 лікарів-ендокринологів Тернопільської області, які працюють у стаціонарах.

У результаті проведеного дослідження ми встановили, що найбільшу прихильність серед препаратів для лікування захворювань ЩЗ мають такі лікарські засоби: L-Тироксин 100 мкг, Еутирокс 100 мкг, Тирозол 5 мг, Мерказоліл 5 мг. Також в результаті анкетування було виявлено джерела інформації про лікарські засоби, яким лікарі довіряють у своїй роботі. Встановлено, що більшість ендокринологів (80% опитаних) надають перевагу інформації з матеріалів науково-практичних конференцій, а також оглядів та наукових статей, що містять результати клінічних випробувань лікарських засобів (63% респондентів).

Таким чином, результати опитування лікарів-ендокринологів дозволить удосконалити Державний формуляр лікарських засобів. Крім цього були виявлені торгівельні назви препаратів для лікування захворювань ЩЗ із врахування дозування. Це дозволить аптечним організаціям оптимізувати номенклатуру товарних запасів лікарських засобів даної фармакотерапевтичної групи.

Зарічанська Олена

**ВИЗНАЧЕННЯ МОНОСАХАРИДНОГО СКЛАДУ ТА КІЛЬКІСНОГО ВМІСТУ ПОЛІСАХАРИДІВ У ЛИСТКАХ ЛІЛІЙНИКА БУРО-ЖОВТОГО (HEMEROCALLIS FULVA L.) ТА ЛІЛІЙНИКА ГІБРИДНОГО (HEMEROCALLIS HYBRIDA VAR. "STELLA DE ORO")**

Кафедра Фармакогнозії з медичною ботанікою  
Науковий керівник: д-р фарм.наук, проф. С.М. Марчишин  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
Тернопіль, Україна

Відомо, що вуглеводи, окрім вагомого функціонального значення і специфічних біологічних впливів, мають вплив на розвиток загального фармакологічного ефекту фітопрепаратів, тому проведення даного дослідження є актуальним.

Метою дослідження було визначення кількісного вмісту вуглеводів та аналіз вільних моносахаридів у листках двох видів роду Лілійник.

Визначення кількісного вмісту водорозчинних полісахаридів і пектинових речовин проводили гравіметричним методом. Досліджували моносахаридний склад вуглеводів у листках лілійника буро-жовтого (*Heimerocallis fulva* L.) та лілійника гібридного (*Heimerocallis hybrida* var. "Stella de Oro"). Використаний метод визначення вмісту моносахаридів у рослинній сировині заснований на екстракції вільних моносахаридів та отриманні ацетатів їх альдонітрильних похідних з подальшим аналізом методом газо-рідинної хромато-мас-спектрометрії.

Дослідження показали, що кількісний вміст водорозчинних полісахаридів у листках лілійника буро-жовтого складає 10,18 %, вміст пектинових речовин – 5,03 %; у листках лілійника гібридного – 13,64 % і 7,22 % відповідно. В обох зразках рослинної сировини ідентифіковано рибозу (Rib), арабінозу (Ara), манозу (Man), глюкозу (Glu), фруктозу (Fru), сахарозу (Suc), галактозу (Gal) та інозит (Ino). Результати кількісного аналізу моносахаридів у сировині наведено у таблиці.

Таблиця. Якісний склад і кількісний вміст моносахаридів у сировині

Рослинна сировина	Вміст моносахаридів, мг/кг							
	Rib	Ara	Man	Glu	Fru	Suc	Gal	Ino
Листки лілійника буро-жовтого	0,41	0,23	0,56	25,11	6,73	2,09	1,97	2,34
Листки лілійника гібридного	0,06	0,09	0,17	4,22	46,01	25,00	0,29	0,36

Висновки. Серед вільних моносахаридів у листках двох видів лілійників найбільша кількість глюкози, фруктози і сахарози. У листках лілійника гібридного вміст фруктози переважає над вмістом глюкози і сахарози. Аналіз результатів проведеного дослідження свідчить про перспективи подальшого фармакогностичного вивчення сировини рослин роду Лілійник (*Heimerocallis* L.).

Іванченко Дмитро

**ПОШУК БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ СПЛУК СЕРЕД 8-АМІНО-1-Н-БУТИЛТЕОБРОМІНІВ**

Кафедра біохімії та лабораторної діагностики  
Науковий керівник: д-р фарм.наук М.І. Романенко  
Запорізький державний медичний університет  
м. Запоріжжя, Україна

Артеріальна гіпертонія (гіпертензія) у формі хронічно підвищеного кров'яного тиску поширена в усьому світі і на її частку припадає майже 25 % всіх випадків серцево-судинних захворювань. В Україні значна поширеність артеріальної гіпертензії серед населення обумовила збільшення кількості хвороб системи кровообігу протягом останніх десятиліть у 3 рази. Смертність від серцево-судинної патології становить 66,3% від загального показника. Отже пошук діуретиків серед похідних ксантину, які виявляють різноманітну біологічну дію, є перспективним та актуальним напрямом сучасної фармацевтичної науки.

З метою розширення ряду потенційних біологічно активних сплук серед похідних ксантину були синтезовані неописані раніше в літературі 8-амінозаміщені 1-н-бутилтеоброміну. Реакцією 8-бромотеоброміну з бутилбромідом був отриманий 8-бромо-1-н-бутилтеобромін, взаємодія якого з первинними та вторинними амінами привела до утворення відповідних 8-N-алкіл-, циклоалкіл-, аралкіл-, оксиалкіл-, діалкіламіноетил-, гетерил-алкіламінотеобромінів із задовільними виходами.

Чистота та індивідуальність синтезованих речовин контролювалась методами ІЧ-, ПМР-спектроскопії, мас-спектрометрії, ТШХ.

Гостра токсичність вивчалась за методом Кербера. Біологічний скринінг показав, що синтезовані сполуки є помірно та малотоксичними. Вивчення діуретичної дії отриманих сплук проводили за методом Берхіна Є. Б. (в якості еталонів порівняння використовували гідрохлортіазид та фуросемід). Отримані дані свідчать про перспективність даного класу сплук як діуретичних засобів.

Встановлені певні закономірності в ряді «будова - дія», але для остаточних висновків необхідні додаткові дослідження.

*Іванків Яна*

**ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА ПОКАЗНИКИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ЗДОРОВИХ ТВАРИН**

Кафедра фармакології з клінічною фармакологією  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.М. Олещук  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Порушення співвідношення активності прооксидантної та антиоксидантної ланок зумовлює розвиток оксидативного стресу і є причиною або важливою складовою патогенезу ураження внутрішніх органів, зокрема печінки. Тому пошук ефективних та безпечних засобів корекції не втрачає своєї актуальності і на сьогодні. Відомо, що мелатонін – пінеальний гормон, який проявляє виражені антиоксидантні та гепатопротекторні властивості (Mathes A. M., 2010).

**Мета:** дослідити вплив мелатоніну на показники прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу у здорових тварин.

**Матеріали і методи:** Експериментальні дослідження проводили на 25 білих щурах-самцях масою 180 - 200 г, яких утримували у віварії на стандартному раціоні. Тварини були розділені на II групи: I – інтактні тварини, II – дослідні. Тваринам протягом 10 днів вводили мелатонін ("Sigma", США) парентерально у дозі 10 мг/кг. Стан антиоксидантного гомеостазу оцінювали за вмістом у гомогенатах печінки і сироватці крові ТБК-активних продуктів (ТБП), гідроперекисів ліпідів (ГПЛ), супероксиддисмутази (СОД), відновленого глутатіону (GSH), каталази. Функціональний стан мітохондрій встановлювали за активністю сукцинатдегідрогенази (СДГ) та цитохромоксидази (ЦХО).

**Результати дослідження.** Відповідно до результатів проведених досліджень, встановлено, що введення мелатоніну здоровим тваринам супроводжувалось позитивною, на нашу думку, зміною показників, які вивчались. Так, при введенні мелатоніну вміст ТБП у печінці та в сироватці крові знижувався на 11,1 % та 17,2 % порівняно з контрольною групою тварин. Вміст іншого продукту ліпопероксидації ГПЛ в досліджуваному органі був на 11,8 % нижчим, ніж у групі здорових тварин. Каталазна активність печінки за введення мелатоніну зросла на 4,1 %, а в сироватці крові істотно не змінювалась. Достовірних змін активності СОД досліджуваних середовищах не виявлено. Вміст GSH у крові порівняно із інтактними тваринами зріс на 11,7 %. Введення мелатоніну призвело також до зростання активності такого компонента електрон-транспортної системи як ЦХО на 11,1 % та спостерігалася тенденція до зростання активності іншого мітохондріального ферменту СДГ на 6,8% у порівнянні з контрольною групою.

**Висновок.** Результати наших досліджень показали, мелатонін при його повторному введенні здоровим тваринам пригнічує активність процесів ліпопероксидації, проявляє антиоксидантні властивості та сприяє активізації ферментів мітохондріального ланцюга.

*Іванченко Дмитро, Назаренко Марія*

**СИНТЕЗ, ФІЗИКО-ХІМІЧНІ ТА БІОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ПОХІДНИХ 1-І-БУТИЛТЕОБРОМІНІЛ-8-ТІООЦТОВОЇ КИСЛОТИ**

Кафедра біохімії та лабораторної діагностики  
Науковий керівник: д-р.фарм.наук М.І. Романенко  
Запорізький державний медичний університет  
ДУ «Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського»  
м. Запоріжжя, Україна

Сучасна медицина гостро потребує нові антибіотики, які здатні вирішити проблему зростаючої антибіотикорезистентності небезпечних патогенів до ліків, яка має велике соціально-економічне значення і в розвинутих країнах розглядається як загроза національній безпеці. В даний час для антибіотиків будь-якого класу існують мікроорганізми, несприйнятливі до їх дії. А оскільки бактерії мають здатність швидко і ефективно передавати генетичну інформацію, що забезпечує опірність лікарським засобам, то вже з'явилися патогенні мікроорганізми, стійкі до декількох класів препаратів, і їх кількість неухильно зростає. Таким чином, проблема розробки оригінальних вітчизняних препаратів протимікробної дії є перспективною та актуальною.

Для досягнення поставленої мети були синтезовані неописані раніше в літературі похідних 1-і-бутилтеобромініл-8-тіооцтових кислот. Реакцією 8-бромотеоброміну з 2-бромобутаном в середовищі ДМФА було одержано 8-бромо-1-і-бутилтеобромін, взаємодія якого з тіооцтовою кислотою в середовищі водного діоксану привела до утворення 1-і-бутилтеобромініл-8-тіооцтової кислоти. На основі отриманої кислоти було синтезовано ряд водорозчинних солей.

Чистота та індивідуальність синтезованих речовин контролювалась методами ІЧ-, ПМР-спектроскопії, мас-спектрометрії, ТШХ.

Біологічний скринінг показав, що синтезовані сполуки є помірно та малотоксичними, а переважна більшість синтезованих сполук виявляє вищу протимікробну активність ніж еталони порівняння (ампіцилін, ністатин).

Встановлені певні закономірності в ряді «будова - дія». Робота в даному напрямку триває.

*Кернична Іванна, Мулик Анна*

**КУЛЬТИВОВАНИ ВИДИ РОДИНИ ЛОБОДОВІ**

Кафедра фармакогнозії з медичною ботанікою  
Науковий керівник: доц. І.З. Кернична  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

В останні роки зріс попит на зелені овочеві культури не тільки в Україні, але серед інших країн світу, це обумовлено їх енергетичною, біологічною, фізіологічною, лікувально-профілактичною цінністю.

Метою нашої роботи було вивчити морфологічні особливості мангольду (*Beta vulgaris* L. Var. *Cicla* L. (Ulrich) родини Лободових (*Chenopodioideae*).

Мангольд (буряк листовий) - (*Beta vulgaris* L. Var. *Cicla* L. (Ulrich) - це дворічна трав'яниста рослина, яка утворює невеликий дерев'янистий коренеплід, розетку великих листків з м'ясистими черешками. Черешки залежно від сорту бувають білі, жовті, рожеві, червоні, малинові. Листки великі, суцільні, гладенькі чи гофровані, за вегетаційний утворюється близько 50-60. Стебло у рослини формується на другий рік, заввишки 80-150 см. Квітки розміщені в пазухах листків по одній (однонасінні) або групами (багатонасінні), в процесі росту зростаються між собою і утворюють суцільний суцвіт. Є дві основні форми мангольда: стебловий (*Beta vulgaris* subsp. *Vulgaris* var. *Vulgaris* convar. *Flavescens*) і листовий (*Beta vulgaris* subsp. *Vulgaris* var. *Vulgaris* convar. *Vulgaris*) - «римська капуста», якого в Італії споживають з часів Стародавнього Риму.

У порівнянні з буряком, мангольд містить більшу кількість вітамінів, тому його рекомендують вживати в їжу для профілактики весняних авітамінозів, при безсонні, неврозі, ожирінні, анемії, гепатиті, атеросклерозі, гіпертонії, сечокам'яних і ракових захворюваннях. Рослину використовують при діабеті в Туреччині.

Таким чином, доцільним є подальше фітохімічне дослідження мангольду, з метою використання виду у медичній практиці.

*Колісник Юлія, Демчук Мар'яна*

**АВС-АНАЛІЗ СПОЖИВАННЯ ПЕРОРАЛЬНИХ ГІПОГЛІКЕМІЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

Кафедра управління та економіки фармації з технологією ліків  
Науковий керівник: д-р фарм.наук, проф. Т.А. Грошовий  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

За визначенням Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я цукровий діабет (ЦД) відноситься до глобальних медико-соціальних проблем. Тому вирішення проблем, пов'язаних із ЦД відноситься до першочергових завдань національних систем охорони здоров'я. Це обумовлено не лише прогресуючим зростанням кількості хворих на ЦД, а й з надзвичайно високим ризиком розвитку його ускладнень, які призводять до втрати працездатності, інвалідизації та смертності цієї категорії хворих.

Сучасна концепція терапії ЦД 2 типу визначається патогенезом і спрямована на усунення основних обмінних порушень. На фармацевтичному ринку присутні такі класи протидіабетичних препаратів, як препарати сульфанілсечовини, бігуаніди, тiazолідиндіони, інгібітори альфа-глюкозидази, меглітініди, інгібітори дипептидилпептидази (DPP-IV), міметики інкретинів, інгібітори альдоредуктази, інгібітори натрій-глюкозного котранспортера-2 (SGLT2), комбіновані препарати та ін.

Поліпшення тривалості та якості життя хворих на ЦД частково реалізується шляхом бюджетного фінансування медикаментозного забезпечення пацієнтів. Регулярний моніторинг реальної практики споживання лікарських засобів, поєднаний з аналізом їх вартісних характеристик, дозволяє поліпшити організацію планування лікарського забезпечення хворих на ЦД.

Метою дослідження було проаналізувати споживання пероральних гіпоглікемічних лікарських засобів на регіональному рівні. Нами було проведено АВС – аналіз споживання пероральних гіпоглікемічних препаратів, які зареєстровані в Україні. Дослідження було проведено в державних, комунальних та приватних аптеках м.Тернополя. Застосування АВС-аналізу базувалося на тому, що клас А становив близько 20% загальної кількості асортиментних позицій, на які припадало 70–80% товарообігу. Клас В – це майже 30 % позицій ЛЗ, що забезпечували близько 20 % обсягу реалізованих препаратів. Інші одиниці найменувань з низьким товарообігом формували клас С.



*Концевич Вікторія*

**АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ АНТИАНГІНАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ (ІХС)**

Кафедра клінічної фармації  
Науковий керівник: д-р мед.наук, проф. О.Є. Самогальська  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** В Україні серед дорослого населення хвороби серцево-судинної системи складають 22,4 % від загальної захворюваності. Хвороби органів кровообігу на території України складають на частку більше половини всіх випадків смерті (60%), а 32% хворих стають інвалідами. Знання сучасних методів діагностики і принципів лікування стабільної стенокардії дозволить поліпшити якість допомоги хворим, які страждають на це захворювання.

**Мета дослідження.** Визначення ефективності проведення антиангінальної терапії при лікуванні хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС)

**Матеріали і методи.** Було досліджено 65 хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС), що знаходилися на лікуванні у терапевтичному відділенні 3-ї міської комунальної лікарні м. Тернополя. Розподіл хворих відповідно до сучасної класифікації пневмонії був такий: хворі з стабільною стенокардією напруги II ф.к. — 19 (30 %) хворих, хворі з стабільною стенокардією напруги III ф.к. — 46 (70 %) хворих. Жінок було 18, чоловіків — 47. Вік хворих — від 58 до 89 років.

**Результати дослідження.** Позитивний ефект лікування відзначено у всіх хворих.

Усім досліджуваним хворим були призначені антиагрегантні засоби. Серед досліджених хворих була призначена монотерапія однією із груп антиангінальних препаратів, а саме: нітрати — 20%, інші — 10 %. Комплексна антиангінальна терапія була призначена у досліджуваних хворих у такому співвідношенні: нітрати + блокатори кальцієвих каналів — 20 %, нітрати + блокатори кальцієвих каналів +  $\beta$ -адреноблокатори — 5 %, нітрати +  $\beta$ -адреноблокатори — 10 %, блокатори кальцієвих каналів + інші — 5 %, нітрати + блокатори кальцієвих каналів + інші — 5 %, нітрати +  $\beta$ -адреноблокатори + інші — 5 %.

**Висновки.** Основні завдання при лікуванні ІХС полягають у профілактиці нападів стенокардії. Стандартними засобами антиангінальної терапії у хворих з хронічною ІХС залишаються бета-блокатори, нітрати й антагоністи кальцію.

*Кравець Ірина*

**ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРИ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ТЕРНОПОЛЯ**

Кафедра управління та економіки фармації з технологією ліків  
Науковий керівник: асист. А.І. Денис  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Останні роки характеризуються негативною динамікою стану здоров'я населення України, зокрема Тернопільської області. Через скорочення обсягу лікувально-профілактичної роботи, значне підвищення цін на препарати і зниження заробітної плати питання медикаментозного забезпечення населення м. Тернополя постало досить гостро та потребує детального вивчення.

Метою роботи стало дослідження стану фармацевтичного забезпечення населення м. Тернополя.

Станом на січень 2015 р. у м. Тернопіль зосереджено 134 аптечних заклади, із них: 1 аптечний склал, 111 аптек і 22 аптечних пункти. Середнє навантаження на 1 аптечний заклад становить 1631 особи. У місті функціонує Тернопільське обласне виробничо-торгове аптечне об'єднання, яке контролює роботу державних та комунальних аптек. Також збереглися та працюють аптеки, які займаються виготовленням екстемпоральних лікарських засобів, а саме: № 78, № 126, № 157, № 103. Щодо форм власності, то 73 % з усіх аптечних закладів міста належать фізичним особам — підприємцям, на юридичну форму власності припадає 27%.

Медикаментозне забезпечення тернополян здійснюють і мережеві аптеки. Найбільше на фармацевтичному ринку міста представлена мережа аптек «Борис», її частка становить 34,9 %. Мешу часту займають аптеки мереж «Ромашка» — 15,9 % і «Сімейний лікар» — 12,7 %. Частка аптек «Доброго дня» (6,3 %), «Мед-сервіс» (3,2 %), «31» (3,2 %), «Рута-фарм» (3,2 %) на фармацевтичному ринку м. Тернополя незначна. Також, невелику нішу у місті займають мережі «Фармако», «Економ-аптека», «Едельвейс», «Подорожник», «Ваш знахар», «Денис», які, поки що, володіють незначною кількістю аптек.

Вивчивши структуру фармацевтичного забезпечення населення м. Тернополя можна стверджувати про великий потенціал розвитку мережевих аптек, що покращить доступ тернополян до лікарських засобів.

*Кучер Т., Мерзлікін С.*

**РОЗРОБКА СХЕМИ ТШХ-СКРИНІНГУ АНТИДІАБЕТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ КОМБІНОВАНИХ ОТРУЄННЯХ**

Кафедра токсикологічної хімії  
Науковий керівник: д-р фарм. наук, проф. С.І. Мерзлікін  
ДВНЗ "Національний фармацевтичний університет"  
м. Харків, Україна

Препарати похідні сульфонілсечовини, які складають основу лікування цукрового діабету 2 типу, становлять інтерес з точки зору токсикологічної небезпеки, що також пов'язано зі збільшенням в останні роки кількості летальних випадків при комбінованих отруєннях з іншими лікарськими речовинами різних фармакотерапевтичних груп. Для аналітичної діагностики отруєнь лікарськими засобами, як попередні, найбільшого застосовування мають скринінгові методи, зокрема ТШХ-скринінг.

Тому, метою роботи була розробка схеми ТШХ-скринінгу глібенкламіду, гліклазиду та глімепіриду при комбінованих отруєннях з піоглітазоном, метформіном, фуросемідом та сімвастатином. Хроматографічну рухливість даних речовин досліджували на хроматографічних пластинках Merck та Sorbfil у загальних для ТШХ-скринінгу рухомих фазах. Як проявники використовували: реактив Драгендорфа у модифікації Мун'є, 1 % розчин ваніліну та 5 % розчин хлоралгідрату.

За одержаними результатами найбільш придатною для ТШХ-скринінгу досліджуваних препаратів визначено рухому фазу складу хлороформ-циклогексан-кислота ацетатна льодяна, в котрій значення їх Rf складали: глібенкламід – 0,60, гліклазид – 0,62, глімепірид – 0,59, метформін – 0 (на старті), піоглітазон – 0,10, фуросемід – 0,25 та сімвастатин – 0,53. При цьому з реактивом Драгендорфа у модифікації Мун'є всі речовини утворювали оранжеве забарвлення, а з 1 % розчином ваніліну та 5 % розчином хлоралгідрату – характерне забарвлення плям для кожного з досліджуваних препаратів.

Одержані результати було покладено в основу розробки схеми ТШХ-скринінгу досліджуваних препаратів при комбінованих отруєннях.

*Кучина Г., Гладишева С.*

**ВИВЧЕННЯ РЕОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК НАЗАЛЬНОГО ГЕЛЮ З ДІЛТІАЗЕМОМ**

Кафедра технології ліків  
Науковий керівник: д-р фарм. наук, В.В. Гладишев  
Запорізький державний медичний університет  
м. Запоріжжя, Україна

Ділтiazем є кардіоселективним блокатором кальцієвих каналів, здатним знижувати скоротність міокарду, частоту серцевих скорочень, уповільнювати передсердно-шлуночкову провідність. Має антиішемічний, легкий антиаритмічний ефекти, сприяє зменшенню гіпертрофії міокарду. На фармацевтичному ринку України ділтiazем представлений у формі пероральних пігулок і ретард-таблеток як місцевого так і імпортного виробництва, що містять від 60 до 180 міліграма лікарської речовини. На кафедрі технології ліків Запорізького державного медичного університету проводяться дослідження по створенню назальної м'якої лікарської форми ділтiazема, що дозволяє підвищити його біологічну доступність і розширити можливості застосування препарату у пацієнтів супутніх захворювань. В результаті комплексних біофармацевтичних і мікробіологічних досліджень встановлено, що 5% -й гель на основі метилцелюлози із змістом 0,15% консерванта (полігексаметиленгуанідину фосфату або суміші ніпагін:ніпазол 8:2) забезпечує оптимальну міру вивільнення ділтiazема і мінімальний рівень мікробної контамінації лікарської форми, відповідної Держфармакопеї України. Метою роботи є вивчення консистентних властивостей розробленої інтраназальної композиції гелю ділтiazема для купірування неускладненого гіпертензивного кризу, нападів стенокардії напруги, вазоспастичної стенокардії Принцметала, загострення легеневої артеріальної гіпертензії на фоні тахисistolії. Порівняльне вивчення структурно-механических характеристик інтраназальної аплікаційної лікарської форми ділтiazема 5% -го на основі метилцелюлозного глицерогелю і його носія проводили за допомогою ротаційного віскозиметра "Реотест-2" (ФРН). Виявлено, що консистентні властивості назального гелю на гідрофільній основі з ділтiazемом 5% знаходяться в межах реологічного оптимуму консистенції мазей, а значення "механічної стабільності" (1,1) характеризує систему як виключно тиксотропну, забезпечуючу її відновлюваність після механічних навантажень і дозволяє прогнозувати стабільність консистентних властивостей гелю при тривалому зберіганні. Незначні розбіжності між реологічними показниками інтраназального гелю ділтiazема і його основи вказують на відсутність взаємодії між діючою речовиною і носієм.

*Левіч Сергій, Михальченко Євген*

**ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИМІКРОБНОЇ АКТИВНОСТІ ПОХІДНИХ 8-ГІДРАЗИНОМЕТИЛКСАНТИНІВ**

Кафедра біохімії та лабораторної діагностики  
Науковий керівник: д-р. хім. наук, проф. К.В. Александрова  
Запорізький державний медичний університет  
м. Запоріжжя, Україна

На сьогодні в Україні, як і всьому світі, бракує розробок нових лікарських засобів з антибактеріальною та фунгіцидною активностями відносно патогенних мікроорганізмів. Перспективними у якості потенційних антибактеріальних і протигрибкових засобів можуть стати нові синтетичні похідні ксантинового біциклу, які, як відомо, володіють широким спектром біологічної дії.

В якості об'єктів дослідження нами були використані 3-арил(аралкіл)-8-гідразинOMETИЛКСАНТИНИ та їх іліденопохідні. Комп'ютерний прогноз спектра біологічної активності даних речовин за програмою PASSonline показав перспективні напрямки досліджень синтезованих сполук, зокрема їх протимікробної дії, що стало основою для пошуку серед них ефективних протимікробних біологічно активних речовин.

Експеримент проводили на колекції індикаторних тест-штамів як грам позитивних, так і грам негативних бактерій, що належать до різних за морфологічними властивостями клінічно значущих груп збудників інфекційних захворювань: *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* та *Pseudomonas aeruginosa*. Під час дослідження готували ряд двохкратних серійних розведень препарату в бульйоні Мюллер-Хінтона в об'ємі 1 мл, після чого додавали у кожен пробір по 0,1 мл мікробної зависі (10<sup>6</sup> м.к./мл). Протимікробна активність оцінювали за мінімальною інгібуючою концентрацією та мінімальною бактерицидною концентрацією. В якості розчинника для сполук використовували диметилсульфоксид, вихідні розчини доводили до концентрації 1 мг/мл.

Проведене експериментальне дозволило виявити найбільш активні сполуки та показало перспективність подальшого пошуку протимікробних засобів серед похідних 3-арил(аралкіл)-8-гідразиноксантинів.

*Лех Ірина, Онишків Оксана*

**МОНІТОРИНГ РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КАШЛЮ**

Кафедра управління та економіки фармації з технологією ліків  
Науковий керівник: д-р фарм. наук, проф. Т.А. Грошовий  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Сьогодні до найпоширеніших хвороб в Україні належать хвороби органів дихання, розповсюдженість яких за останні п'ять років серед населення України зросла на 10,38%.

Метою дослідження було вивчення асортименту лікарських засобів для лікування кашлю (ЛЗЛК), наявних на фармацевтичному ринку України, для визначення доцільності розробки нових протикашльових засобів і можливості зайняття ними певної ринкової ніші. Встановлено, що станом на січень 2015 р. в Україні зареєстровано 161 ЛЗ групи R05 «Засоби, які застосовуються при кашлі і застудних захворюваннях». Основну частку (73,4 %) в аналізованій групі становлять відхаркуючі ЛЗ, протикашльові ЛЗ складають близько 10,5 %. Решта 16,1 % припадають на препарати, які є комбінацією відхаркуючих і протикашльових ЛЗ.

В Україні ринок ЛЗЛК представлений, в більшій мірі, препаратами закордонного виробництва – 51,55 %, вітчизняні препарати складають відповідно 48,45 % асортименту досліджуваної класифікаційної групи. Лідерами за кількістю запропонованих ЛЗЛК виступають Індія та Німеччина, які репрезентують на внутрішньому фармацевтичному ринку відповідно 33,73 % та 26,51 % асортиментних позицій. Номенклатуру українських ЛЗЛК складають 78 препаратів, тобто за кількістю ЛЗ, що виробляються в межах однієї країни, Україна посідає перше місце. Випуск вітчизняних ЛЗЛК забезпечують 27 заводів-виробників.

Порівняльна оцінка асортиментних пропозицій групи R05 щодо лікарської форми вказує на те, що дана група представлена різноманітними лікарськими формами. Найбільша доля серед них припадає на сиропи (31,67 %), таблетки (15,53 %) та лікарські збори (10,59 %).

Також необхідно відмітити, що виробництво ЛЗЛК здійснюється, головним чином, за рахунок модифікації препаратів традиційної номенклатури таких як, амброксол, бромгексин, ацетилцистеїн та випуску препаратів-генериків. Отримані результати досліджень свідчать про необхідність створення нових оригінальних конкурентоспроможних вітчизняних ЛЗЛК.

*Луканюк Мар'яна, Духніч Марія, Полонець Ольга*

**ДОСЛІДЖЕННЯ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН У КВІТКАХ ТА ЛИСТКАХ ХРИЗАНТЕМИ  
САДОВОЇ БАГАТОРІЧНОЇ СОРТУ BELGO**

Кафедра фармакогнозії з медичною ботанікою  
Науковий керівник: доц. О.Л. Демидяк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Науковий інтерес представляють хризантеми садові багаторічні (*Chrysanthemum x hortorum* Bailey), які налічують понад 100 сортів та в останні 10-15 років стали популярними декоративними культурами. Крім декоративного інтересу, хризантема відома та широко використовується в медичних цілях. Рослина сприяє підвищенню імунітету, знижує холестерин і цукор, вживається як заспокійливий і жарознижувальний засіб. Хризантемою лікують головні болі невралгічного характеру, головокружіння, порушення сну, загальну слабкість. Також хризантема застосовується в офтальмології та стоматології. Досліджено, що хризантема зменшує шкідливий вплив радіації на організм людини, виводить радіонукліди та солі важких металів. Відомо, що рослина має високий вміст вітаміну А та Е.

Огляд доступних джерел літератури свідчить про те, що хризантеми садові маловивчені, тому метою наших досліджень було вивчення кількісного вмісту деяких БАР у квітках та листках хризантеми садової сорту Belgo.

Кількісне визначення вмісту біологічно активних речовин проводили спектрофотометричним методом. Вміст гідроксикоричних кислот досліджували при довжині хвилі 327 нм (перерахунок вели на хлорогенову кислоту). Встановлено, що у квітках їх вміст становив (7,61 ± 0,001) %, у листках - (9,08 ± 0,001) %. Фенольні сполуки досліджували при довжині хвилі 270 нм (перерахунок вели на галову кислоту). Їх вміст становив (4,42 ± 0,001) % у квітках та (5,82 ± 0,001) % листках. При довжині хвилі 415 нм досліджено вміст флавоноїдів у перерахунку на рутин. Вміст флавоноїдів був у квітках хризантеми садової багаторічної сорту Belgo (4,29 ± 0,0004) %, у листках - (3,30 ± 0,0007) %.

*Матвійчук Надія*

**АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ ІНГІБІТОРІВ АПФ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ**

Кафедра клінічної фармації  
Науковий керівник: д-р.мед.наук, проф. О.Є.Самогальська  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені  
І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Проаналізовано 40 карт стаціонарних хворих на артеріальну гіпертензію, які лікувалися в Тернопільській міській комунальній лікарні № 3 протягом 2014 року, з них чоловіків - 21 (52,5%), жінок - 19 (47,5%). Середній вік хворих становив (54,8±6,4) роки. За віковими категоріями розподіл був наступний: від 20 до 30 років - 0%; від 31 до 40 років - 5%; від 41 до 50 років - 10%; від 51 до 60 років - 25%; від 61 до 70 років - 27,5%; від 71 до 80 років - 25%; від 81 до 90 років - 7,5%. Більшу кількість хворих на артеріальну гіпертензію, а саме 27,5% склали люди віком від 61 до 70 років. При аналізі карт хворих виявлено, що кількість міських жителів становила 87,5 %, а сільських - 12,5%. Це свідчить про шкідливий вплив забрудненого повітря випарами машин та заводів, нераціональне харчування, постійні стреси, недосипання, малорухливий спосіб життя, вживання неякісної їжі.

Даним хворим, згідно з діючим протоколом, було призначено антигіпертензивні засоби чотирьох груп: інгібітори АПФ, b- адреноблокатори, антагоністи іонів кальцію та антагоністи рецепторів ангіотензину II. Частка хворих, які лікувалися інгібіторами АПФ виявилася найбільшою і становила 62,5 %.

Місячний курс лікування (30 днів) лікарськими засобами з групи інгібіторів АПФ становив: для лізіноприлу (табл. по 10 мг у блістері, №20. Виробник " Астрафарм") – 33 грн.; еналаприлу (табл. по 10 мг у блістері, №20. Виробник " Астрафарм ") – 12 грн.

Після лікування артеріальної гіпертензії інгібіторами АПФ у всіх хворих стабілізувався тиск, що свідчить про ефективність терапії, побічна дія ліків не зафіксована. Поряд з цим призначені хворим лізіноприл і еналаприл мають низьку ціну та доступні всім хворим.

*Метьолкіна Ксенія, Березова Катерина, Калюжная Ольга, Стрілець Оксана*

**ПЕРСПЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПОРИСТИХ ФІЛЬТРІВ НА ОСНОВІ ФТОРОПЛАСТУ У  
ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ БІОТЕХНОЛОГІЇ**

Кафедра біотехнології

Науковий керівник: д-р фарм. наук, проф. Л.С. Стрельников  
ДВНЗ "Національний фармацевтичний університет"  
м. Харків, Україна

У біотехнології широко застосовуються методи фільтрації для відділення біомаси від культуральної рідини. Серед великої кількості запропонованих на ринку конструкцій фільтрів та фільтроелементів різного складу, ми зупинились на не широко розповсюджених у біотехнології пористих фільтрів на основі фторопласта, які були надані кафедрою технології матеріалів ХНТУСГ ім. Петра Василенка. За рахунок вдосконалення технології виробництва даний тип фільтрів став більш доступний; цей факт, а також відомості про високий ресурс використання, продуктивність, регенеруючі властивості, обумовили наш вибір їх як об'єкти дослідження.

Метою роботи було вивчення можливості застосування фторопластових фільтрувальних елементів у фармацевтичній біотехнології для відділення культуральної рідини та біомаси бактерій.

При виконанні роботи була визначена ефективність фільтрації, що проводили відділенням культуральної рідини модельних мікроорганізмів (лактобактерій – фільтр з тонкістю фільтрації 1 мкм та дріжджі – фільтр з тонкістю фільтрації 5 мкм) від біомаси та підрахунком концентрацій клітин. Результати дослідження показали, що після фільтрації кількість клітин у фільтраті значно зменшується. Крім цього протягом виконання роботи була проведена серія фільтрації скрізь один і той самий фільтр; результати цієї серії показали збереження проникності й навіть деяке збільшення ефективності фільтрації.

Наші дослідження показують можливість використання пористих фільтруючих елементів на основі фторопласту, але це тільки перший етап, тому що для практичного використання таких фільтрів необхідно провести комплекс додаткових досліджень.

*Мілян Іванна*

**ВИЗНАЧЕННЯ ВІЛЬНИХ ЦУКРІВ У ТРАВІ РОСЛИН РОДУ ВЕРОНІКА**

Кафедра фармакогнозії з медичної ботанікою

Науковий керівник: д-р фарм. наук, проф. С.М. Марчишин  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Одними з найважливіших хімічних сполук живих організмів є вуглеводи. Вони широко поширені в природі, в рослинному світі складають 70-80 % з розрахунку на суху речовину. Роль вуглеводів надзвичайно важлива, адже вони виконують різноманітні життєво-важливі функції. До простих вуглеводів, які мають біологічне значення, відносяться прості цукри, які нами були визначені у траві вероніки лежачої, в. дібрової та в. лікарської.

Визначення вільних цукрів проводили методом газо-рідинної хромато-мас-спектрометрії на хроматографі Agilent 6890N/5973inert (Agilent technologies, USA). Ідентифікацію цукрів проводили шляхом порівняння часів утримання стандартних цукрів та з використання бібліотеки мас-спектрів NIST 02. Кількісний аналіз проводили шляхом додавання розчину внутрішнього стандарту в досліджувані проби. В якості внутрішнього стандарту використовували розчин сорбітолу.

Результати досліджень показали високий вміст сахарози, глюкози, фруктози, галактози, арабінози та рамнози. Найбільша кількість сахарози міститься у траві в. лежачої (6,7 мг/кг) та в. лікарської (5,2 мг/кг). Глюкоза також переважає у рослинній сировині в. лежачої і в. лікарської (6,16 та 4,06 мг/кг), проте вона не виявлена у траві в. дібрової. Кількісний вміст фруктози найбільший у траві в. лежачої (4,78 мг/кг). У досліджуваних об'єктах у незначній кількості виявлена галактоза (в. лежача – 0,48 мг/кг, в. дібровна – 0,16 мг/кг, в. лікарська – 0,08 мг/кг). На відміну від інших видів трава в. лежачої містить арабінозу (0,12 мг/кг) і рамнозу (0,1 мг/кг).

Зважаючи на важливість вуглеводів для організму людини, вважаємо, що експериментальні дані будуть використані для подальших фармакологічних досліджень рослин роду Вероніка.

*Онишків Оксана, Чубка Мар'яна*

**ОРГАНІЗАЦІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОГО НАВЧАННЯ ПРОВІЗОРІВ-ІНТЕРНІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ  
«ЗАГАЛЬНА ФАРМАЦІЯ»**

Кафедра фармації Навчально-наукового інституту післядипломної освіти  
Науковий керівник: проф. Фіра Л.С.  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Невід'ємною формою післядипломної освіти випускників всіх факультетів фармацевтичних та медичних вищих навчальних закладів, після закінчення якої присвоюється їм кваліфікація провізора-спеціаліста певного фаху є інтернатура, основні положення якої затверджені наказом МОЗ України від 19.09.1996 р. № 291 з відповідними змінами та доповненнями.

Основними цілями та задачами інтернатури є формування в провізорів-інтернів навичок і вмінь практичної діяльності, підготовка висококваліфікованого провізора-спеціаліста, який володіє великим об'ємом і рівнем теоретичних знань, здатного успішно вирішувати професійні завдання в сучасних умовах.

Відповідно до типового навчального плану підготовки провізора-інтерна за спеціальністю «Загальна фармація», інтернатура складається з двох циклів: очного тривалістю 4 місяці (624 год) та заочного – 7 місяців (1092 год).

Під час заочного циклу провізори-інтерни проходять навчання на базах стажування в аптеках та закладах охорони здоров'я. Підготовка провізорів-інтернів на базах стажування проводиться під керівництвом завідувачів аптечними установами, провізорами вищої та першої кваліфікаційних категорій. Під час заочного стажування особливу увагу приділяється набуттю та удосконаленню провізорами-інтернами практичних навичок та вмінь, правилам оформлення різної аптечної документації.

З метою подальшої підготовки провізорів-спеціалістів інтернатура продовжується в очному циклі на базі Навчально-наукового інституту післядипломної освіти Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського відповідно до навчальної робочої програми, складеної на основі типової програми підготовки провізорів-інтернів за спеціальністю «Загальна фармація». Для виконання даної програми в процесі очної частини інтернатури передбачено такі види занять: лекції, практичні та семінарські заняття.

Оволодіння професійними навичками оцінюється на всіх етапах підготовки інтерна: базовий, проміжний та заключний комп'ютерний тестовий контроль, рубіжні тематичні контролю, реферативні доповіді. Навчання провізорів-інтернів в інтернатурі закінчується атестацією для визначення знань і практичних навичок з присвоєнням звання провізора-спеціаліста із спеціальності «Загальна фармація».

*Островська Галина*

**АМІНОКИСЛОТНИЙ СКЛАД ТРАВИ РОДОВИКА ЛІКАРСЬКОГО**

Кафедра Фармакогнозії з медичною ботанікою  
Науковий керівник: д-р фарм.наук, проф. С.М.Марчишин  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Білки та амінокислоти відіграють важливу роль у рослинному і тваринному світі. Незважаючи на велике різноманіття рослинних та тваринних білків, вони складаються із 20 амінокислот. Організм людини синтезує лише 10 амінокислот, інші є незамінними, тобто людина їх одержує з продуктами харчування. Амінокислоти – вихідний матеріал для біосинтезу цілого ряду фізіологічно активних речовин: алкалоїдів, вітамінів, фенольних сполук, ферментів, білків, пігментів, стероїдів та ін. Амінокислоти мають широкий спектр фармакологічної дії, тому дослідження амінокислотного складу лікарських рослин, є актуальним.

Враховуючи, що у джерелах наукової літератури недостатньо відомостей про амінокислотний склад трави родовика лікарського, метою наших досліджень було визначити вміст вільних і зв'язаних амінокислот у досліджуваній сировині.

Якісний склад та кількісний вміст амінокислот визначали на рідинному хроматографі Agilent 1200 (Agilent technologies, USA). Ідентифікацію амінокислот проводили шляхом порівняння часів утримання з сумішшю стандартів амінокислот (Agilent 5061-3334). Вміст зв'язаних амінокислот визначали шляхом віднімання вмісту вільних амінокислот від їх загального вмісту.

У траві родовика лікарського виявлено 12 амінокислот у вільному стані і 16 – у зв'язаному, серед них 7 замісних – аспарагінова і глютамінова кислоти, серин, гліцин, аланін, тирозин і пролін. Встановлено якісний склад та кількісний вміст амінокислот. Домінуючою амінокислотою у досліджуваній сировині є пролін (11,92 мкг/мг – у зв'язаному, 3,83 мкг/мг – у вільному стані), який відповідає за формування колагену в організмі людини.

У досліджуваному об'єкті відмічено більший сумарний кількісний вміст зв'язаних амінокислот (83,39 мкг/мг), ніж вільних (5,35 мкг/мг). У траві родовика лікарського кількісно переважають такі зв'язані амінокислоти: лізин (9,79 мкг/мг), серин (8,60 мкг/мг) та аспарагінова (7,75 мкг/мг) і глютамінова (5,12 ) кислоти. У траві родовика лікарського не виявлено таких вільних амінокислот: аспарагінової, тирозину, метіоніну і лейцину.

*Павленко Ірина, Тригубчак Оксана*

**ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ТВЕРДИХ ЛІКАРСЬКИХ ФОРМ ДИКЛОФЕНАКУ**

Кафедра управління та економіки фармації з технологією ліків  
Наковий керівник: д-р фарм. наук, проф. Т.А.Грошовий  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

В ієрархії класичних НПЗП за протизапальним та знеболювальним ефектами лідирує диклофенак. Він займає провідну позицію по анальгезуючій дії і третю - по протизапальній («золотий стандарт» лікування ревматичних захворювань).

Метою нашої роботи було здійснити раціональний вибір лікарських засобів на основі диклофенаку в твердій лікарській формі.

Використовуючи Державний реєстр лікарських засобів України та вітчизняні середньозважені роздрібні ціни препаратів диклофенаку станом на лютий 2015 року, провели фармакоекономічне дослідження порошків для орального застосування, таблеток і капсул диклофенаку методом «мінімізація витрат».

Серед 145 зареєстрованих в Україні лікарських засобів з діючою речовиною диклофенаку для 46 препаратів у твердій лікарській формі без врахування комбінованих препаратів розрахували витрати на курс лікування 150 мг диклофенаку на добу. До уваги приймали всі торгові марки лікарських засобів диклофенаку: Вольтарен, Диклак, Диклоберл, Диклобрю, Диклофенак, Катафаст, Наклофен, Олфен, Ортофен, Раптен у формі порошків для орального застосування, таблеток і капсул. Результати обчислення свідчать, що Ортофен-Здоров'я Форте табл. п/о кишково-розч. 50 мг блістер, №30 (ТОВ «Здоров'я», Україна, Харків) потребує найменших витрат в розмірі 0,753 грн. на добу.

Отже, методом фармакоекономічного дослідження «мінімізація витрат» встановлено, що серед твердих лікарських форм диклофенаку Ортофен-Здоров'я Форте табл. п/о кишково-розч. 50 мг блістер, №30 (ТОВ «Здоров'я», Україна, Харків) є найбільш раціональний для застосування і може бути включений у формуляр.

*Панасюк Еліна*

**ВМІСТ ДУБИЛЬНИХ РЕЧОВИН У ТРАВІ І ПІДЗЕМНИХ ОРГАНАХ БЕДРИНЦЮ ЛОМИКАМЕНЕВОМУ**

Кафедра фармакогнозії з медичною ботанікою  
Науковий керівник: д-р фарм. наук, проф. С. М. Марчишин  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського»  
м. Тернопіль, Україна

Бедринець ломикаменевий (*Pimpinella saxifrage* L.) – багаторічна трав'яниста рослина родини селерові (Аріасеае), яка здавна використовується у народній медицині як сечогінний, спазмолітичний та протизапальний засіб, а також при подагрі, ядусі, закрепах, нефролітіазі. В Україні рослина неофіційна. Інформації про дослідження хімічного складу рослини у наукових джерелах літератури немає.

Метою наших досліджень було вивчення якісного складу та кількісного вмісту дубильних речовин у траві та підземних органах бедринцю ломикаменевого, який заготовляли на території Тернопільської області (сmt Гримайлів Гусятинський район).

Екстракцію дубильних речовин із подрібненої сировини рослини здійснювали згідно методики ДФ СРСР XI. Якісна реакція з розчином ферум (III) амоній сульфату Р свідчила про наявність у досліджуваній сировині дубильних речовин.

Компонентний склад дубильних речовин визначали методом високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) на хроматографі Agilent 1200 3 D LC System Technologies (США) з діодноматричним детектором G1315С. Рухома фаза – 0,1 % трифлуороцтова кислота, 5 % ацетонітрил та вода (рН = 2,08) і 0,1 % трифлуороцтова кислота, ацетонітрил. Довжини хвиль детектування 280, 255 нм. У результаті проведеного ВЕРХ-аналізу було виявлено вільні елагову та галову кислоти, вміст яких становив у траві і підземних органах 0,032 % і 0,068 % та 0,033 % і 0,025 % відповідно.

*Перевізнак Богдана*

**ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ НА ФОНІ  
ВВЕДЕННЯ ГЛУТАРГІНУ ПРИ ГОСТРОМУ ТОКСИЧНОМУ УРАЖЕННІ ПЕЧІНКИ**

Кафедра фармакології з клінічною фармакологією  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.М. Олещук  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Токсичні ураження печінки є актуальною проблемою медичної науки сьогодення. Одним з етіологічних чинників цієї патології є тривалий прийом лікарських засобів, поліпрагмація, порушення раціональних схем застосування, що індукує розвиток гепатотоксичного ефекту. Саме тому доцільним вважається дослідження можливих шляхів стимуляції захисних ланок організму задля отримання позитивного протективного ефекту при порушенні функції печінки.

**Мета:** дослідити вплив L-аргініну L-глутамату на перебіг метаболічних процесів при гострому токсичному ураженні печінки.

**Матеріали і методи:** В експерименті використано 18 білих щурів-самців масою 180 - 200 г. Тварини були розділені на III групи: I – інтактні тварини, II і III – дослідні. Гепатит у дослідних групах моделювали шляхом одноразового внутрішньоочеревинного введення тетрахлорметану з розрахунку 2 г/кг. Після формування гострого токсичного ураження печінки III групі додатково внутрішньоочеревинно вводили L-аргініну L-глутамат (препарат «Глутаргін» фармацевтичною компанією «Здоров'я») протягом 2 та 6 днів у дозі 25 мг/кг. Стан прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу оцінювали за вмістом у гомогенатах печінки і сироватці крові ТБК-активних продуктів (ТБП), гідроперекисів ліпідів (ГПЛ), відновленого глутатіону (GSH) та каталази.

**Результати дослідження.** Відповідно до результатів проведених експериментів встановлено, що введення L-аргініну L-глутамату тваринам із токсичним ураженням печінки тетрахлорметаном супроводжувалось позитивною динамікою показників, які вивчалися. Вміст ГПЛ та ТБП у печінці був меншим на 21,6 % та 20,5 % у порівнянні з групами тварин з модельованою патологією. Вміст ТБП у крові за введення досліджуваних прекурсорів оксиду азоту знижувався на 16,1 % на 3 добу та на 22,1 % – на 7 добу дослідження. Каталазна активність печінки за введення L-аргініну L-глутамату зростала на 26,7 та 27,9 %, а вміст GSH на 32,7 і 22,8 %, порівняно з групою тварин з гепатитом відповідно до термінів дослідження. Активність каталази в сироватці крові в перший термін дослідження вірогідно не відрізнялася від показників CCl<sub>4</sub>-ураження, а в другий знижувалась на 18,7 % у порівнянні з групою тварин, яким проводилося введення медичного середника.

**Висновок.** L-аргініну L-глутамат (глутаргін) має виражений протективний вплив на стан печінки. Введення даного лікарського засобу, який є попередником синтезу оксиду азоту, при токсичних ураженнях печінки спричиняє індукцію антиоксидантної ланки захисту організму та пригнічення активності процесів надмірної ліпопероксидації.

*Покорна О., Васенда М.*

**ВИВЧЕННЯ АСОРТИМЕНТУ АКТИВНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ІНГРЕДІЄНТІВ ВІТЧИЗНЯНОГО ТІ  
ІНОЗЕМНОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ**

Кафедра управління та економіки фармації з технологією ліків  
Науковий керівник: д-р фарм. наук, проф. Т.А. Грошовий  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Активний фармацевтичний інгредієнт (АФІ, лікарська речовина, діюча речовина, субстанція) - будь-яка речовина чи суміш речовин, що призначена для використання у виробництві лікарського засобу і під час цього використання стає його активним інгредієнтом. Такі речовини мають фармакологічну чи іншу безпосередню дію на організм людини. У складі готових форм лікарських засобів їх застосовують для лікування, діагностики чи профілактики захворювання, для зміни стану, структур або фізіологічних функцій організму, для догляду, обробки та полегшення симптомів (Наказ МОЗ № 426 із відповідними змінами та доповненнями).

метою нашого дослідження є вивчення вітчизняного та іноземного фармацевтичного ринку лікарських субстанцій.

Станом на 30 жовтня 2014 р. в Україні зареєстровано 1470 активних фармацевтичних інгредієнтів. З них вітчизняного походження 445 субстанції, що становить 30,27 %, відповідно іноземного походження 69,73 %. Отже, виробництво субстанцій котрі найбільш широко представлені на українському фармацевтичному ринку в основному здійснюється іноземними країнами, такими як Індія 30,43 %, Китай 38,6 %, Італія 10,63 %, Іспанія 8,29 %, Німеччина 6,04 % та інші. Лідерами вітчизняних виробників серед субстанцій є Ліктрави 25,7 %, Галичфарм 11,8 %, Сінбіас 8,85 %. Найбільш поширеними формами випуску субстанцій є порошок, трава, плоди, трава, листя та екстракти сухі, густі та рідкі.

Виходячи з вищенаведеного, можна стверджувати про необхідність збільшення виробництва вітчизняних лікарських субстанцій.



*Полуйчак Наталія, Демчук Мар'яна*

**МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ АСОРТИМЕНТУ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ, ЩО ПРЕДСТАВЛЕНІ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ ПОЛЬЩІ**

Кафедра управління та економіки фармації з технологією ліків  
Науковий керівник: д-р фарм.наук, проф. Т.А. Грошовий  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Хвороби серцево-судинної системи посідають одне з перших місць серед інших захворювань. Однією з основних патологій у кардіології є гіпертонічна хвороба. Дослідження асортименту антигіпертензивних препаратів, що представлені на фармацевтичному ринку Польщі проводилося згідно з Державним реєстром лікарських препаратів Польщі. Встановлено, що станом на січень 2015 р. у Польщі зареєстровано близько 900 лікарських препаратів для лікування артеріальної гіпертензії. Серед польських фірм-виробників ринок антигіпертензивних препаратів забезпечують: Farma-Projek, Polpharma, Polfa Warszawa, Bioton, Celon Pharma, Polfarmex, Arrow Poland, 123 ratio, Vedim, Biofarm, YES Pharmaceutical, S-LAB, SymPhar, Adamed.

Асортимент антигіпертензивних лікарських засобів що входять у групу C02 на польському ринку складає близько 40 препаратів на основі 7 діючих речовин у різних дозуваннях, а саме: метилдопи, клонідину, моксонідину, рілменідину, теразозину, доксазозину, урапідилу та однієї комбінації - резерпіну із клопамідом та дигідроергокрістіном. Група сечогінних засобів (група C03) сформована 68 препаратами на основі: гідрохлортіазиду, клопаміду, хлорталідону, індапаміду, фуросеміду, торасеміду, спіронолактону, канренону, еплеренону та комбінації гідрохлортіазиду і калійзберігаючих препаратів. Серед бета-адреноблокаторів (група C07) налічується 180 асортиментних позицій. Асортимент бета-адреноблокаторів, що представлені на ринку України та Польщі є практично однаковий, за винятком ЛЗ на основі піндололу та ацебутололу, які репрезентовані лише на польському ринку. Група антагоністів кальцію (C08) на польському ринку налічує близько 90 ЛЗ основі 9 діючих речовин та 2 комбінацій. Лише 1 препарат на основі ісрадипіну під торговою назвою «Lomir SRO», не зареєстрований на українському фармацевтичному ринку. Група C09 - засоби, які впливають на ренін-ангіотензинову систему включає: інгібітори АПФ (підгрупа C09A), комбіновані препарати інгібіторів АПФ (C09B), прості препарати антагоністів ангіотензину II (C09C), комбіновані препарати антагоністів ангіотензину II (C09D). Підгрупа C09A представлена 167 пропозиціями на основі 11 діючих речовин, підгрупа C09B – 75 асортиментних позицій. Підгрупа C09C складає 142 найменування за 6 міжнародними непатентованими назвами, підгрупа C09D – налічує 148 комбінованих ЛЗ антагоністів ангіотензину II.

*Потішний Ігор*

**ОРГАНІЧНІ КИСЛОТИ ЛИСТКІВ ТА КОРЕНЕВИЩ І КОРЕНІВ ДУДНИКА ЛІСОВОГО (ANGELICA SYLVESTRIS L.) І ДЯГЕЛЯ ЛІКАРСЬКОГО (ANGELICA ARCHANGELICA L.)**

Кафедра фармакогнозії з медичною ботанікою  
Науковий керівник: д-р фарм.наук, проф. С.М.Марчишин  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Рід Дягель (*Angélica*) – рід трав'янистих рослин родини Селерові, що нараховує близько 60 видів, серед яких дягель лікарський (*Angelica archangelica* L.) та дудник лісовий (*Angelica sylvestris* L.). У науковій медицині з лікувальною метою використовують кореневище з коренями дягеля лікарського як шлунковий засіб для поліпшення травлення, посилення секреторної і рухової функції кишківника і як сечогінний засіб. Дудник лісовий у медичній практиці практично не застосовується, його використовують як ароматизатор у кулінарії та парфумерії. Тому дослідження даних видів рослин є перспективним.

Метою нашої роботи було визначення якісного складу і кількісного вмісту органічних кислот у листках, кореневищах і коренях дягеля лікарського і дудника лісового.

Методом газової хроматографії (хроматограф Agilent Technologies 6890 з маспектрометричним детектором 5973) у листках дягеля лікарського виявлено 6 органічних кислот: щавлева (1229,2 мг/кг), малінова (775,4 мг/кг), бурштинова (286,2 мг/кг), яблучна (914,0 мг/кг), лимонна (6642,5 мг/кг) та ферулова (104,0 мг/кг) кислоти. У кореневищах і коренях наявні: щавлева (1335,2 мг/кг), малінова (439,4 мг/кг), лимонна (62,2 мг/кг) кислоти, а також 3-метил-2-бутенова (344,1 мг/кг), 2-метил-2-бутенова (233,8 мг/кг), 3-окси-2-метилглутарова (280,7 мг/кг), азалеїнова (52,8 мг/кг) та ванілінова (62,0 мг/кг) кислоти.

У листках дудника лісового виявлено малінову (1066,3 мг/кг), яблучну (1101,4 мг/кг) та лимонну (1122,3 мг/кг) кислоти. Окрім того, в даній сировині було ідентифіковано капронову (26,4 мг/кг), каприлову (18,7 мг/кг), щавлеву (204,6 мг/кг), фумарову (154,4 мг/кг), бурштинову (37,4 мг/кг), капринову (29,6 мг/кг), глутарову (10,8 мг/кг), метоксибурштинову (53,6 мг/кг), саліцилову (12,0 мг/кг), 3-окси-2-метилглутарову (125,8 мг/кг), ванілінову (33,1 мг/кг) та ферулову (74,0 мг/кг) кислоти. Кореневища та корені дудника лісового містять щавлеву (303,2 мг/кг), малінову (23,3 мг/кг), лимонну (129,1 мг/кг), ванілінову (81,2 мг/кг) кислоти, які також є у листках цього виду. У кореневищах і коренях дудника лісового виявлено бузкову кислоту (19,4 мг/кг), яка відсутня в інших досліджуваних видах сировини. Таким чином, проведені нами дослідження показують, що серед 20 ідентифікованих органічних кислот у рослинах роду Дягель, значна кількість припадає на щавлеву, лимонну, яблучну, малінову кислоти.

*Рева Ольга, Войт Ольга*

**ДОСЛІДЖЕННЯ СТАБІЛЬНОСТІ ОСНОВИ ДЛЯ РОЗРОБКИ М'ЯКОГО КОСМЕТИЧНОГО ЗАСОБУ  
АНТИВІКОВОЇ ДІЇ**

Кафедра управління та економіки фармації з технологією ліків  
Науковий керівник канд. фарм. наук, доц. О.І. Войт  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Згідно з дослідженнями датських вчених в області anti-age-медицини, старіння шкіри тільки на 25% зумовлено генетичними факторами, а на інші 75% ми можемо вплинути. Тому основним напрямом сучасних досліджень в косметології є anti-age (антивікова) дія косметичних засобів.

Метою нашого дослідження став пошук і підбір емульсійної основи для антивікового крему із органічних складників з мінімальним вмістом синтетичних речовин. Сучасна косметологія вже давно спрямована на створення більш органічної косметики, це пояснюється асиміляцією рослинних компонентів із шкірою людини на відміну від синтетичних компонентів. Але і технологічна сторона має свою зацікавленість в цьому питанні, оскільки більшість органічних інгредієнтів основи може не тільки сприяти кращому ефекту крему, а й мати власну дію за рахунок вмісту різних біологічно активних речовин.

Наша робота полягала у підборі оптимального емульгатору до обраного органічного складу основи та їх дослідження на стабільність в різних умовах. В склад основ для крему увійшла олія макадамії та олія ши. У якості емульгаторів були вибрані: Гліцерил моностеарат, РапіТікс А-60, Сорбітан оліват і Проліпід 141. Також даний склад дублювали з додаванням соєвого воску, як стабілізатора.

Дослідження проводили згідно нормативної документації. Протягом експерименту зразки контролювали на наявність ознак фізичної нестабільності (агрегація часток, коалесценція, коагуляція, розшарування). Були проведенні дослідження однорідності, колоїдної та термостабільності зразків основи крему.

За результатами дослідження однорідності встановлено, що усі зразки однорідні, в деяких присутні бульбашки повітря.

Результати колоїдної і термостабільності були задовільні у всіх зразках за виключенням основи з емульгатором РапіТікс А-60 (видиме розшарування на дві фази).

Отже, оптимальними емульгаторами для основи антивікового крему, за результатами виконаних досліджень є Сорбітан оліват, Проліпід 141 та Гліцерил моностеарат.

*Рибалкін Микола, Стрілець Оксана, Стрельников Леонід*

**ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ «КАНДИДОЦИД» НА Т-, В-ЛІМФОЦИТИ ТА  $\gamma$ -ГЛОБУЛІН У КРОЛІВ**

Кафедра біотехнології  
Науковий керівник: д-р фарм.наук Н.І. Філімонова  
ДВНЗ "Національний фармацевтичний університет"  
м. Харків, Україна

За даними останніх досліджень кандидоз є одним з розповсюджених захворювань у світі. Це пов'язано з послабленням імунітету людей та посиленням патогенності збудника. На базі Національного фармацевтичного університету на кафедрах біотехнології та мікробіології, імунології та вірусології було розроблено потенційну вакцину для попередження та лікування кандидозної інфекції – розчин імунобіологічного лікарського засобу «Кандидоцид».

Метою даної роботи є дослідження показників Т-, В-лімфоцитів та  $\gamma$ -глобуліну у кролів при введенні розчину імунобіологічного лікарського засобу «Кандидоцид».

Дослідження проводили на кролях по 6 особин у контрольних і дослідних групах. Дослідним тваринам двократно з інтервалом 14 діб вводили внутрішньом'язово розчин імунобіологічного лікарського засобу «Кандидоцид». Тваринам у контрольній групі вводили фізіологічний розчин. Визначення показників крові проводили через 14 діб після другої ін'єкції.

Імунобіологічними дослідженнями встановлено, що після двократного введення здоровим кролям розчину імунобіологічного лікарського засобу «Кандидоцид» з інтервалом 14 діб відбуваються істотні зміни у показниках крові. Насамперед встановлено, що в периферичному руслі крові імунізованих кролів відбувається збільшення Т-лімфоцитів з  $37,21 \pm 3,82$  % до  $45,03 \pm 4,25$  % та В-лімфоцитів – з  $15,12 \pm 0,4$  % до  $20,63 \pm 0,9$  %. Також відмічається збільшення кількості  $\gamma$ -глобуліну з  $18,51 \pm 1,15$  % до  $25,32 \pm 1,34$  %.

Таким чином використання розчину імунобіологічного лікарського засобу «Кандидоцид» забезпечує стимуляцію гуморального та клітинного імунітету, зокрема популяцій Т- та В-лімфоцитів та  $\gamma$ -глобуліну, що забезпечить попередження кандидозної інфекції. Це доводить активацію гуморального та клітинного імунітету та підтверджує наявність імуногенних властивостей досліджуваного лікарського засобу «Кандидоцид».

*Савич Альона*

**ДОСЛІДЖЕННЯ ДУБИЛЬНИХ РЕЧОВИН У ЗБОРІ АНТИДІАБЕТИЧНОМУ МЕТОДОМ ВЕРХ**

Кафедра фармакогнозії з медичною ботанікою  
Науковий керівник: д-р фарм. наук, проф. С.М.Марчишин  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Цукровий діабет II типу є одним з найпоширеніших захворювань в усьому світі після серцево-судинних і онкологічних. Цю хворобу визнано неінфекційною епідемією XXI століття. Саме тому пошук нових лікарських засобів для лікування цукрового діабету та зменшення проявів його ускладнень є актуальним питанням медицини та фармації. Одним з напрямків терапії даного захворювання є використання фітозасобів, які мають позитивний вплив на організм хворих. Зокрема, лікарські препарати рослинного походження стимулюють функції  $\beta$ -клітин підшлункової залози, що виробляють власний інсулін, покращують вуглеводний обмін речовин, підвищують еластичність стінок судин, зміцнюють серцево-судинну систему, підвищують імунітет та проявляють загальнозміцнювальну дію.

Метою наших досліджень було визначення якісного складу і кількісного вмісту складових дубильних речовин, які характеризуються антиоксидантною активністю та підвищують резистентність капілярів, у зборі антидіабетичному методом вискоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ).

Дослідження проведені на хроматографі Agilent 1200 3 D LC System Technologies (США). Як рухоми фазу використовували: сольвент А — 0.1 % трифлуороцтова кислота, 5 % ацетонітрил та вода, рН розчину рівний 2.08 та сольвенту В — 0.1 % трифлуороцтова кислота та ацетонітрил. Час сканування 0.6 сек, діапазон детектування — 190-400нм, довжина хвилі 280 і 255нм.

Дослідження показали, що збір антидіабетичний містить 7 складових дубильних речовин: кислоту галову – 0.41 %, галокатехін 2.06 %, епігалокатехін 16.39 %, катехін 1,00 %, епікатехін 2.19 %, катехін галат 0.75 %, епікатехін галат 1.71 %, елагову кислоту 0.05 %.

Таким чином, результати експерименту дають підставу вважати, що досліджуваний збір є багатим джерелом дубильних речовин і може проявляти позитивний вплив на метаболічні процеси у хворих на цукровий діабет.

*Сандулович Анна, Шанайда Юрій*

**ФІТОХІМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІПОФІЛЬНИХ СПОЛУК NIGELLA DAMASCENA L.**

Кафедра фармакогнозії з медичної ботанікою  
Науковий керівник: канд. біол. наук, доц. М.І. Шанайда  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Види роду Чорнушка (*Nigella L.*) – однорічні рослини родини Жовтецеві, які в Україні поступово поширюються в культурі. Насіння чорнушок, яке має своєрідний запах і гоструватий смак, здавна використовували в народі як прянощі та засіб загальнозміцнюючої, лактогенної дії. На сьогодні в аптечній мережі наявні біологічно активні добавки до їжі та ефірна олія із насіння чорнушок.

Мета наших досліджень – отримання та аналіз ліпофільної фракції з насіння *Nigella damascena L.* Рослину культивували в умовах Західного Поділля у літній період 2013-2014 рр.; для досліджень заготовляли стигле насіння.

Ліпофільну фракцію із насіння отримали вичерпною екстракцією хлороформом в апараті Сокслета. Були вивчені органолептичні та деякі фізико-хімічні показники отриманих екстрактів. Методом двомірної тонкошарової хроматографії на пластинках "Silufol" у системах розчинників гексан-ацетон (6:2) – перший напрямок та гексан-ацетон (6:4) – другий напрямок в екстрактах вивчали наявність пігментів. Дослідження якісного складу та кількісного вмісту жирних кислот здійснювали хромато-мас-спектрометричним методом.

Встановлено, що вміст ліпофільної фракції у насінні *Nigella damascena* складає  $37,91 \pm 0,13$  %. Ліпофільний екстракт має вигляд бурої маси із маслянистою поверхнею; він нерозчинний у воді та спирті етиловому, добре розчинний у хлороформі. Методом двомірної тонкошарової хроматографії у ліпофільних екстрактах були ідентифіковані хлорофіли та каротиноїди.

На основі проведеного хромато-мас-спектрометричного аналізу в насінні *Nigella damascena* було встановлено наявність 14 жирних кислот, серед яких домінують ненасичені лінолева та олеїнова (разом складають 76,55 % вмісту), що є досить цінним з фармакологічної точки зору.

Отримані дані щодо наявності та складу ліпофільних сполук вказують на перспективність дослідження насіння *Nigella damascena* як сировини для створення протисклеротичних, гіполіпідемічних фітозасобів.

*Свереда Ганна, Шалько Оксана, Гошовська Надія*

**РОЗВИТОК АДАПТИВНИХ РЕАКЦІЙ ПРИ ДІЇ СЕЛЕКТИВНОГО  $\alpha 1$ -АДРЕНОБЛОКАТОРА ЗА УМОВ ГІПОКСІЇ**

Кафедра нормальної фізіології  
Науковий керівник: канд. біол. наук, доц. С. М. Ковальчук  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м.Львів, Україна

Симпато-адреналова система є універсальною ланкою, що активується за дії стресових чинників різного генезу. Проте її надмірна напруга або активація виснажує адаптаційні можливості організму.

Тому метою нашої роботи було вивчення впливу селективного  $\alpha 1$ -адреноблокатора ( $\alpha 1$ -АБ) на розвиток адаптаційних реакцій організму за умов гіпобаричної гіпоксії. Оцінку типу пристосувальних реакцій здійснювали на основі аналізу показників крові і гематологічних індексів.

Дослідження проводили на статеві зрілих щурах-самцях масою 180-200 г. Тварини були розділені на такі групи: 1-ша — контроль, щурам 2-5-ої груп вводили селективний  $\alpha 1$ -АБ (діюча речовина доксазозин) у дозі 5 мг/кг маси тіла. Щурів 4-тої і 5-тої груп піддавали впливу гіпоксії; забір крові проводили у всіх тварин через 15 хв і 24 год після дії гіпоксії або введення препарату, відповідно. Гематологічні показники визначали на аналізаторі COULTER-T840. Окрім цього вираховували індекс адаптації (Ia) та інші гематологічні індекси.

У всіх дослідних групах виявлено тенденцію до еритроцитозу і зростання кількості гемоглобіну, дещо більшу через 24 год після введення препарату, ніж через 15 хв. Також спостерігалось зростання гематокриту, в основному за рахунок збільшення кількості тромбоцитів. При дослідженні крові щурів через 15 хв відзначалась лейкопенія, більш виражена після введення препарату без впливу гіпоксії. Натомість через 24 год в обох дослідних групах зафіксовано лейкоцитоз. Обчислені значення Ia : у щурів 2-гої і 4-тої груп близькі до значень контрольної групи, а у тварин 3-тої і 5-тої груп вірогідно підвищені.

Отримані результати свідчать про розвиток реакції неповноцінної адаптації у тварин через 15 хв після впливу гіпоксії на фоні  $\alpha 1$ -АБ, а також за умов введення препарату; через 24 год відзначається адаптивна реакція організму за типом стресу.

*Слободянюк Любов, Демчук Мар'яна*

**ДОСЛІДЖЕННЯ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КИСЛОТОЗАЛЕЖНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЩО ПРЕДСТАВЛЕНІ НА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ РИНКАХ УКРАЇНИ ТА ПОЛЬЩІ**

Кафедра управління та економіки фармації з технологією ліків  
Науковий керівник: д-р. фарм. наук, проф. Т. А. Грошовий  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м.Тернопіль, Україна

Шлункове кислотоутворення є, з одного боку, важливою складовою процесу травлення, з іншого, при його патологічних станах - причиною багатьох, так званих кислотозалежних захворювань. В даний час поширеність кислотозалежних розладів складає 40-50% всієї популяції.

Нами були проведені маркетингові дослідження групи препаратів для лікування кислотозалежних захворювань (A02), що представлені на фармацевтичному ринку України та Польщі. На даний час в Україні зареєстровано 181 лікарський засіб, а саме 29 препаратів (16%) із групи антацидів, 21 препарат (11,6%) - антагоністи H2-гістамінових рецепторів, 101 ЛЗ (55,8%) - інгібітори протонної помпи, препарати для лікування пептичної виразки і гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби – 16 позицій (8,84%) та інші засоби для лікування кислотозалежних захворювань, що складають 14 позицій або 7,73%. За даними дослідження 21,8 % асортименту становлять препарати вітчизняного виробництва і 78,2 % закордонного. Найбільш активні позиції серед країн-імпортерів займають Індія, Словенія, Франція, Велика Британія та Німеччина, які зареєстрували на українському ринку відповідно 30,85 %, 5,85%, 4,8 %, 4,25 % і 4,25 % від загальної кількості найменувань.

На фармацевтичному ринку Польщі лікарські засоби даної фармакологічної групи A02 складаються з 137 торгових позицій. Зокрема, антациди – 14 позицій (10,22 %), антагоністи H2-рецепторів - 19 позицій (13,87 %), інгібітори протонного насоса - 98 лікарських позицій або (71,53%) та препарати для лікування пептичної язви і гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби – 6 найменувань, що становлять 4,38 %. З яких більша частина - 46,7 % представлена вітчизняним польським виробництвом та 53,3 % закордонного виробництва, а саме виробники Словенії – 16,06 %, Чеської республіки – 8,03 % та Німеччини – 7,3 %, інші – це компанії із Індії, Швеції, Франції, Угорщини, Великобританії та Канади.

Аналізуючи стан товарної кон'юнктури ринків препаратів для лікування кислотозалежних захворювань України та Польщі, можна зробити висновки, що частки вітчизняних виробників у структурі реалізації цієї групи лікарських засобів у Польщі значно вищі у порівнянні з аналогічними показниками українського фармацевтичного ринку. Збільшення кількості лікарських засобів, виготовлених українськими виробниками сприятиме їх доступності та росту обсягів реалізації, що є позитивним для населення та вітчизняної фармацевтичної промисловості.

*Соколовська Анна, Михалюк Олена*

**АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ІНФУЗІЙНИХ РОЗЧИНІВ ВІТЧИЗНЯНОГО ВИРОБНИЦТВА НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ**

Кафедра управління та економіки фармації з технологією ліків  
Науковий керівник: д-р. фарм. наук, проф. Т. А. Грошовий  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Інфузійна терапія (від лат. Infusio – вливання, упорскування; грец. Θεραπεία – лікування) – метод лікування, заснований на введенні в кровообіг розчинів певного об'єму і концентрації з метою корекції патологічних втрат організму або їх попередження. «Неінтенсивна» інфузійна терапія здатна вирішувати багато клінічних завдань, серед яких відновлення об'єму циркулюючої крові, ліквідація порушень обміну речовин та розладів мікроциркуляції.

Нами проведено аналіз асортименту інфузійних розчинів. На даний час на фармацевтичному ринку України присутні інфузійні розчини 31 виробників, з них вітчизняних виробників – 16, що становить 52 % загального ринку інфузійних розчинів. Однак, вітчизняні заводи виробляють менше половини від загальної кількості найменувань, це зумовлено тим, що велика кількість вітчизняних заводів виробляє одні і ті ж найменування інфузійних розчинів.

На вітчизняному ринку перші позиції по виробництву інфузійних розчинів займають підприємства: ЗАТ «Юрія-Фарм» - 22,19 % загального фармацевтичного ринку інфузійних розчинів, «Інфузія» - 19,29 % та ТОВ фірма «Новофарм - Біосинтез» - 11,4 %.

Українські заводи виготовляють як правило прості одно- або двокомпонентні розчини. Найбільш популярними серед вітчизняних виробників є ізотонічний розчин натрію хлориду, препарат на основі декстрану реополіглюкін. Також, на фармацевтичному ринку досить широко представлені вітчизняні препарати полівінілпіролідону, однак повністю відсутні фторвуглецеві кровозамінники та препарати желатину.

Аналіз асортименту інфузійних розчинів за виробниками свідчить, що вітчизняні виробники постачають на фармацевтичний ринок України переважно препарати, що містять в своєму складі невелику кількість неорганічних іонів, або їх комбінації з вуглеводами.

*Стадник Марія, Демчук Мар'яна*

**ВИБІР МЕТОДУ ОДЕРЖАННЯ ОРОДИСПЕРСНИХ ТАБЛЕТОК ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ**

Кафедра управління та економіки фармації з технологією ліків  
Науковий керівник: д-р фарм.наук, проф. Т.А. Грошовий  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Цукровий діабет - одне з найбільш поширених ендокринних захворювань. Частота цукрового діабету в середньому коливається від 1,5-3 %, зростаючи в розвинених країнах світу (до 5-6 %).

У світі налічується близько 200 млн. хворих на діабет, при цьому майже 90 % з них страждають цукровим діабетом 2-го типу. Найбільший відсоток захворюваності на цукровий діабет 2 типу спостерігається серед осіб з ожирінням. Так, у людей з помірним ступенем ожиріння частота діабету збільшується в 4 рази, а у людей з вираженим ожирінням - в 30 разів.

Фармацевтичні компанії вивчають можливості розробки новітніх систем доставки лікарських засобів, бажаючи при цьому досягнути максимального ефекту і зменшити побічні реакції. Для досягнення цих завдань наковці значну увагу приділяють розробці технології ородисперсних таблеток. Ці таблетки забезпечують швидкий початок дії активних фармацевтичних інгредієнтів, оскільки починають абсорбуватися у ротовій порожнині. Це дозволяє поліпшити біодоступність, зменшити дозу і збільшити ефективність шляхом зниження побічних ефектів.

Згідно з класифікацією видів таблеток для орального застосування, наведеної у ДФУ, виділяють таблетки, дисперговані у ротовій порожнині. Це таблетки без оболонки, які поміщають у ротову порожнину, де вони швидко диспергуються до їх проковтування. Таблетки, дисперговані в ротовій порожнині, означені в ДФУ як такі, що мають розпадатися протягом 3 хв, якщо випробування проводять за методикою розпадання таблеток і капсул.

Ородисперсні таблетки можна отримувати різними методами, зокрема прямим пресуванням, ліофілізацією, розпилювальним висушуванням, сублімацією, екструзією, покриття оболонкою та ін. Запатентована технологія «FLASHTAB» полягає у отриманні швидкорозчинних таблеток методом прямого пресування при застосуванні різних типів супердезінтегрантів. Для одержання ородисперсних таблеток нами обрано технологію прямого пресування із застосуванням легкорозчинних у воді допоміжних речовин.

Стельмах Максим, Вітрова Юля

### ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ КОМБІНОВАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПАРАЦЕТАМОЛА ТА БУПІВАКАЇНА В ЛІКУВАННІ ГІПЕРАЛЬГЕЗІЇ

Кафедра фармакології  
 Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Н.І. Волощук  
 Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
 м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Проблема анальгезії займає одне з центральних місць в медицині. Гіперальгезія – стан підвищеної чутливості до болю, який виникає внаслідок інтенсивної ноцицептивної стимуляції. Лікування включає опіоїдні анальгетики та нестероїдні протизапальні засоби. Ефективність їх застосування обмежується побічними реакціями, тому проблема пошуку нових підходів є актуальною.

**Мета:** Експериментально порівняти антифлогогенну та антиноцицептивну дію препаратів різних фармакологічних груп: опіоїдних та неопіоїдних анальгетиків, місцевих анестетиків та їх комбінацій.

**Матеріали та методи:** досліди виконані на 50 білих щурах та 35 мишах. В якості моделі гіперальгезії використовували карагеніновий набряк(0,1 мл 1 % р-н). Тварини були поділені на 5 груп. I – без лікування (контроль), тваринам II та III групи в/оч вводили фентаніл(50 мкг/кг) та парацетамол(250 мкг/кг), IV - бупівакаїн(0,125 мкг/кг) в перинеуральний простір n.femoralis, V – комбінацію бупівакаїну та парацетамолу. Оцінювали антифлогогенну(АФА) та анальгетичну активності(АА) на моделі електричного подразнення. В якості біохімічних показників стресової реакції визначали рівень гіперглікемії глюкометром, а також вміст кортикостерону імуноферментним методом. Статистичну обробку проводили стандартними методами біометрії.

**Результати:** Комбіноване застосування парацетамолу та бупівакаїну, як і монотерпія, проявляло помірно виражену антифлогогенну дію (АФА-25,3, 20,9, 11,6 %), а введення фентанілу супроводжувалось зростанням простагландинового набряку. Анальгетична активність досліджуваної комбінації виявилась ефективнішою, ніж їх самостійне введення. Результати фармакологічних досліджень корелювали із біохімічними показниками (підвищенням в крові глюкози та кортикостерону).

**Висновки:** Отже, комбіноване застосування провідникової анестезії бупівакаїном з парацетамолом є ефективним шляхом для лікування гіперальгезії, що підтверджується результатами комплексного дослідження больової поведінки та лабораторних стресових тестів.

Стойко Лілія

### ДОСЛІДЖЕННЯ МАКРО- ТА МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО СКЛАДУ ТРАВИ ЗЛОТОТИСЯЧНИКА ЗВИЧАЙНОГО (CENTAURIUM ERYTHRAEA RAFN.)

Кафедра фармакогнозії з медичною ботанікою  
 Науковий керівник: д-р фарм. наук, проф. С.М. Марчишин  
 ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
 м. Тернопіль, Україна

Дослідження елементного складу рослин є важливим, оскільки макро- та мікроелементи значно впливають на виявлення біологічної активності лікарських форм, отриманих з лікарської рослинної сировини. Це пов'язано з участю елементів у біохімічних процесах в організмі людини, зокрема, вони є складовою частиною багатьох ферментів. Крім того, існує зв'язок між накопиченням у рослин певних груп біологічно активних речовин і мікроелементів.

Для вивчення якісного складу та кількісного вмісту елементів у досліджуваній сировині застосовували метод атомно-абсорбційної спектроскопії. Результати аналізу наведені у таблиці.

Таблиця

Елементний склад трави золототисячника звичайного

Елементи	Na	K	Ca	Mg	Fe	Cu	Zn	Mn	Cd	P	Se
Концентрація, мг/кг	565	1734	2676	2253	48	33,5	14,6	37	0,08	2890	0,93

У результаті вивчення макро- та мікроелементного складу у траві золототисячника встановлена наявність 11 елементів, з яких домінуючими є макроелементи P, Ca, Mg та K.

З джерел літератури відомо, що фосфор бере участь у формуванні кісткової системи людини, сприяє засвоєнню вітамінів та перетворенню їжі в життєву енергію. Кальцій має велике значення для побудови кістково-хрящової тканини, відіграє важливу роль у забезпеченні кислотно-лужної рівноваги, бере участь у процесі зсідання крові, регуляції м'язового тонуусу і тонуусу судин, контролює проникність судинної стінки. Магній бере участь у регуляції нервово-м'язової передачі, запобігаючи, тим самим, підвищеному тонуусу матки, необхідний для правильного утворення кісток, виявляє заспокійливу дію та нормалізує сон. Калій відіграє важливу роль у регуляції водно-сольового обміну, підтриманні тонуусу і автоматичному скороченні серцевого м'яза та видаленні з організму води.

Отримані результати підтверджують перспективність подальших досліджень трави золототисячника та встановлення нових можливих фармакологічних активностей.

*Теренюк Надія, Шморган Ярослав*

**ПОШУК ПЕРСПЕКТИВНИХ АНТИМІКРОБНИХ АГЕНТІВ В РЯДУ 7-АРИЛАЛКІЛ-8-R-ТЕОФІЛІНІВ**

Кафедра фармацевтичної хімії  
Науковий керівник: канд. фарм. наук Д. Б. Коробко  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Слід відзначити, що кількість одержуваних субстанцій з антибактеріальними властивостями з року в рік не зменшується, однак провідні фармацевтичні концерни, з огляду на швидкий розвиток резистентності хвороботворних мікроорганізмів до медикаментів, усе з меншим бажанням беруться за розробки даного напрямку фармакотерапії. Тому, пошук перспективних протимікробних засобів є актуальним завданням вітчизняної фармацевтичної науки.

Серед вже відомих похідних 1,3-диметилксантину ідентифіковані речовини з широким спектром біологічної активності, в тому числі протитуберкульозною, антимікробною, противірусною тощо. Нами, з метою як розширення відповідних комбінаторних бібліотек 7-арилалкіл-8-тіо-(гідразино-)похідних теофіліну, так і виявлення субстанцій з антибактеріальною дією, здійснено реакції тіонування і гідразінолізу вихідних речовин, конденсації (в окремих випадках з внутрішньомолекулярною гетероциклізацією) відповідних 7-арилалкіл-8-гідразино-теофілінів з деякими альдегідами ароматичного ряду й кетонами, S-алкілування галогенопохідними відповідних ацетамідів та анілідів.

Для первинного скринінгового дослідження синтезованих речовин застосовано еталонні тест-культури, які належать до різних клінічно значущих груп збудників інфекційних захворювань (*Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Escherichia coli* ATCC 25922, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853, *Candida albicans* ATCC 885-653). Усі тест-штами отримано з сертифікованої бактеріологічної лабораторії. У якості контролю протимікробної активності сполук використані субстанції триметоприму та нітрофуралу.

Результат скринінгових випробувань – перспективні субстанції та висновок про необхідність подальших синтетичних перетворень.

*Тригубчак Оксана, Войткова Лена*

**МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМБІНОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ АЦЕТИЛСАЛІЦИЛОВОЇ КИСЛОТИ**

Кафедра управління та економіки фармації з технологією ліків  
Науковий керівник: д-р фарм. наук, проф. Т.А. Трошований  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Впродовж більше 100 років ацетилсаліцилова кислота (АСК) знайшла широке застосування в ревматології та кардіології. Є також дані щодо її ефективності для профілактики раку. В останні роки ринок розширився за рахунок комбінації АСК з іншими речовинами.

Метою нашої роботи було провести маркетингові дослідження комбінованих препаратів АСК та виділити її комбінації в інших країнах, відсутні на вітчизняному ринку.

В ході роботи проаналізували ринок комбінованих лікарських засобів АСК України, Російської Федерації, 28 країн Євросоюзу, Норвегії, Швейцарії, Австралії, Індії, Сирії та США.

Результати дослідження показали, що в Україні зареєстровано комбінації АСК з парацетамолом і кофеїном (45,9%), магнію гідроксидом (18,9%), біспрололом (10,8%), аскорбіновою кислотою (8,1%), клопідогрелем (5,4%), дипіридамолом, гліцином, лимонною кислотою і натрію гідрокарбонатом, фенілефріном та хлорфеніраміном.

В інших країнах АСК також комбінують з правастатином (Pravadual - Португалія, Франція), розувастатином (Rozucor ASP, Unistar - Індія), аторвастатин (Aspivas, Duocad, Lipicure AS, Liponorm-ASP, Modlip ASP, Tonact ASP - Індія), ізосорбітом (Isoloprin, Monosprin, Nitren, Solosprin - Індія), езомепразолом (Aханит - Іспанія, Латвія, Португалія, Румунія, Словенія, Угорщина, Onnua - Італія), метоклопрамідом (Migratax - Великобританія, Migpriv - Італія, Угорщина, Франція), кодеїном (Kodimagnyl "DAK" - Данія, Ascoda® - Польща, Codis® - Великобританія, Австралія, Disprin Forte® - Австралія) і т.п.

Проведені дослідження дозволяють виділити АФІ, що поєднуються в одній лікарській формі з АСК, та перейняти досвід аналізованих країн комбінування АСК з іншими речовинами.

*Хвалько Наталія, Ворощак Галина*

**АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБІОТИКІВ У ТЕРАПЕВТИЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ**

Кафедра клінічної фармації  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. І.М.Марків  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

В умовах переходу до страхової медицини зростає роль наукових досліджень, присвячених питанням раціонального застосування лікарських засобів для лікування захворювань внутрішніх органів. Метою нашого дослідження було вивчення структури використання антибіотиків при стаціонарному лікуванні хворих на терапевтичну патологію внутрішніх органів. Для цього проведений ретроспективний аналіз 282 історій хвороб пацієнтів, які лікувалися протягом 2014 року у терапевтичному відділенні міської лікарні і отримували у складі комплексної медикаментозної терапії антибіотики. Встановлено, що 219 (77,7 %) із них мали патологію органів дихання, 28 (9,9 %) – хвороби органів ШКТ, 14 (5,0%) – захворювання нирок, 21 (7,5 %) – інші хвороби. Аналіз листків лікарських призначень засвідчив, що всім хворим було зроблено 511 призначень антибіотиків, з них 123 чол. приймали їх перорально і 388 чол. - парентерально. Антибіотикотерапія одним препаратом була застосована у 109 пацієнтів, двома – у 117, трьома препаратами – у 52, чотирма - у 3. Вивчення групової приналежності вказаних антибіотиків встановило, що фторхінолони отримували 196 (69,5 %) пацієнтів, макроліди – 149 (52,8 %), антибіотики пеніцилінового ряду – 81 (28,7 %), карбапенеми – 11 (3,9 %), лінкозамідний антибіотик – 1 (0,4 %). Таким чином, аналіз антибіотикотерапії пацієнтів, які лікувались у терапевтичному відділенні міської лікарні, показав, що найчастіше антибіотики призначались при захворюваннях органів дихання. У лікувальних схемах переважали фторхінолони і макроліди, рідше – антибіотики пеніцилінового ряду. Потребує вивчення відповідність призначеної антибіотикотерапії чинним протоколам і стандартам лікування захворювань внутрішніх органів.

*Цимбал Ірина, Денис Антоніна*

**ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ НАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ГЕРІАТРИЧНИМ ХВОРИМ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ**

Кафедра організації та економіки фармації з технологією ліків  
Науковий керівник: д-р фарм. наук, проф. Т.А. Грошовий  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м.Тернопіль, Україна

Соціально-економічні потрясіння останніх років негативно позначилися на стані сільської охорони здоров'я в Україні. Дуже складна демографічна ситуація – більшу частину села становлять люди літнього та старечого віку з високими показниками захворюваності та смертності порівняно з такими у містах. Сьогодні практично кожен п'ятий ФАП та кожна десята амбулаторія лише частково оснащені, аптечні заклади мають мінімальний асортимент і не здатні повністю забезпечити населення ліками.

Метою роботи стало вивчення особливостей надання фармацевтичної допомоги геріатричним хворим у сільській місцевості.

У Тернопільській області є 1022 сільських населених пункти і лише у 13 % із них функціонують аптечні заклади. В середньому один аптечний заклад, розташований у селі, обслуговує 3,4 тис. населення. У сільській місцевості у разі відсутності аптеки або її структурного підрозділу роздрібна торгівля лікарськими засобами, за встановленим переліком, здійснюється на підставі договорів, укладених із ліцензіатом, що має ліцензію на роздрібну торгівлю лікарськими засобами у приміщеннях фельдшерських, фельдшерсько-акушерських пунктів тощо. У селах Тернопільської області функціонує 733 ФАПи та 198 амбулаторій загальної практики сімейної медицини, які надають медико-фармацевтичну допомогу населенню.

Вивчено структуру медикаментозного забезпечення геріатричних хворих, що проживають у сільській місцевості. Враховуючи кількість закладів охорони здоров'я та наявний у них асортимент лікарських засобів можна констатувати, що потреби геріатричних хворих у медико-фармацевтичній допомозі забезпечуються лише частково.



*Шевчук Оксана, Литвинчук Олег, Рижук Наталія*

**СОРБЦІЙНО-ЦИТОКІНОВА КОРЕКЦІЯ ТРОМБОЦИТОПЕНІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ЦИТОСТАТИКА МЕЛФАЛАНУ**

Кафедра фармакології з клінічною фармакологією  
Науковий керівник: канд. мед наук О.О. Шевчук  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Одним з найчастіших побічних ефектів інтенсивної протипухлинної поліхіміотерапії є пригнічення гемопоезу. Тромбоцитопенія в таких випадках супроводжується геморагічними ускладненнями, які часто на фоні супутньої інфекції стають фатальними.

Метою нашого дослідження стало вивчення можливостей поєданого застосування ентеросорбції (ЕС) та гранулоцитарного колонієстимулюючого фактора (рГ-КСФ) для корекції тромбоцитопенії при застосуванні алкілюючого цитостатика мелфалану.

Дослідження проводили на щурах-самцях лінії Wistar масою 180-200 г. Мелфалан вводили одноразово внутрішньовенно з розрахунку 4 мг/кг. ЕС проводили за допомогою вуглецевого гранульованого ентеросорбента С2 (питома вага  $\gamma = 0,18$  г/см<sup>3</sup>, діаметр гранул 0,15-0,25 мм), який вводили per os (у перерахунку на суху масу 900 мг/кг) впродовж 3-х днів до введення мелфалану та 7-и днів після цього. рГ-КСФ вводили підшкірно (50 мкг/кг) з наступного дня після введення цитостатика протягом 4-х днів.

Отримані дані свідчать, що мелфалан у високій дозі 4 мг/кг викликає виражене знижене рівня тромбоцитів (на 59,9 %). Монозастосування кожного середника не мало впливу на цей показник. Поєдане застосування С2 та рГ-КСФ на тлі введення мелфалану сприяло достовірному зростанню рівня тромбоцитів (на 98,5 % порівняно з контрольною патологією). Причому цей показник був достовірно вищим у 2,3 рази порівняно із монозастосуванням лише рГ-КСФ; прослідковувалася чітка тенденція до його зростання порівняно із введенням лише сорбента.

Таким чином, поєдане застосування ентеросорбції та гемопоетичного фактора росту – перспективний напрям попередження та корекції тромбоцитопенії, викликані застосуванням алкілюючих цитостатиків.

*Taha Alhajjar, Zaid Ahmed, Liliya Logoyda*

**DEVELOPMENT OF METHODOLOGY FOR DETERMINATION OF LORATADINE IN COMBINATION WITH PSEUDOEPHEDRINE IN MEDICINES**

Department of Pharmaceutical chemistry  
Dr. Liliya Logoyda, PhD, associate professor of Pharmaceutical Chemistry Department  
SHEI «I.Ya. Horbachevskyi Ternopil State Medical University  
of MPH of Ukraine»  
Ternopil, Ukraine

Loratadine (Claritin) is the second-generation of antihistamine. In terms of chemical structure loratadine is ethyl 4-(8-chloro-5,6-dihydro-11H-benzo[5,6]cyclohepta[1,2-b]pyridin-11-ylidene)-1-piperidinecarboxylate. In world pharmaceutical market loratadine presents in the form of monomedicines and combined medicines. There is often combination loratadine with pseudoephedrine. Pseudoephedrine, one of the naturally occurring alkaloids of ephedra, is a sympathomimetic used as a decongestant. It produces a decongestant effect that facilitates vasoconstriction and the shrinkage of congested mucosa in upper respiratory areas. Loratadine/pseudoephedrine (trade names Claritin-D, Clarinase, Clarinase Repetabs, Lorinase) is an orally administered drug combination used for the treatment of allergic rhinitis and the common cold. This drug can be bought "over the counter". Clarinase repetabs tablets are indicated for the relief of symptoms associated with allergic rhinitis and the common cold including nasal congestion, sneezing, rhinorrhea, pruritus and lacrimation. Analysis of loratadine in substance is described in British Pharmacopoeia (for identification – IR-spectroscopy and for assay – acidimetry non-aquaes potentiometric titration). For pharmaceutical dosage forms contain of loratadine methods, which are described in British Pharmacopoeia, can not be used, special in present another active pharmaceutical ingredients in medicines. Therefore, the development of methods for identification and quantification of loratadine in present another active pharmaceutical ingredients in medicines is an important task of pharmaceutical analysis and standardization of medicines. The aim of our study was to develop selective, express and sensitive methods of identification and quantification of loratadine in present pseudoephedrine in medicines. We proposed and developed a method for spectrophotometric and chromatographic determination of loratadine in medicines. According to the requirements of the SPU, methods of qualitative and quantitative determinations (TLC, UV- and visible spectrophotometry, HPLC) of medicines must be validated. We studied the following validation characteristics: linearity, accuracy and precision (convergence), robustness, range of application.

We developed and validated methods of identification and quantification of loratadine in present pseudoephedrine in pharmaceutical dosage forms. The proposed methods are rapid, selective, precise and applicable to the analysis of pharmaceutical dosage forms. Results obtained are accurate, precise, confirmed by the statistical parameters and in a good agreement with the declared contents. These methods can also give excellent results and can be employed for the routine analysis of loratadine in combined dosage forms.

*Abdulkhaleq Farhang, Yaroslav Shmorgan*

**DEVELOPMENT AND VALIDATION OF NEW METHODS OF ANALYSIS FOR THE DETERMINATION OF LEVOCETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE IN MEDICINES**

Department of Pharmaceutical chemistry  
Dr. Dmutro Korobko, PhD, Dean of Pharmaceutical faculty  
SHEI «I.Ya. Horbachevskiy Ternopil State Medical University  
of MPH of Ukraine»  
Ternopil, Ukraine

Development and testing of new analytical methods represents our primary aim. Most frequently, we are asked for a new methods development for the following reasons: it is necessary to monitor reaction conversions and impurity levels in intermediates during the development of a new synthetic route of an active pharmaceutical ingredient (API); assay or purity method described in a corresponding pharmacopoeia is obsolete or does not comply with customer's requirements; the analytical method for purity or assay of API in a new drug product is simply not available; a final drug product represents a novel combination of APIs; no analytical method exists for determination of the particular auxiliary chemical of impurity. The aim of our study was to develop rapid, simple, selective, more accurate, precise reliable, less expensive methods of identification and quantification of different synthetic origin active pharmaceutical ingredients in medicines. Levocetirizine (as levocetirizine dihydrochloride) is a third-generation non-sedative antihistamine, developed from the second-generation antihistamine cetirizine. Chemically, levocetirizine (2-(2-{4-[(R)-(4-chlorophenyl)(phenyl)methyl]piperazin-1-yl}ethoxy)acetic acid) is the active enantiomer of cetirizine. It is the R-enantiomer of the cetirizine racemate. Levocetirizine works by blocking histamine receptors. It does not prevent the actual release of histamine from mast cells, but prevents it binding to its receptors. This in turn prevents the release of other allergy chemicals and increased blood supply to the area, and provides relief from the typical symptoms of hay fever. Analysis of levocetirizine in substance is not described in the Pharmacopoeia. Therefore, the development of methods for identification and quantification of levocetirizine dihydrochloride in dosage forms is an important task of pharmaceutical analysis and standardization of medicines. The aim of our study was to develop methods of identification and quantification of levocetirizine dihydrochloride in tablets. In connection with the fact that in determining the number of active pharmaceutical ingredients in drugs, the greatest attention is paid to physical-chemical methods of analysis, we proposed and developed a method for spectrophotometric and chromatographic determination of levocetirizine dihydrochloride in tablets. According to the requirements of the SPU, methods of qualitative and quantitative determinations (absorption spectrophotometry, TLC, HPLC) of medicines must be validated. We studied the following validation characteristics: linearity, accuracy and precision (convergence), robustness, range of application. Linearity was determined by the method of least squares within 80-120% of nominal concentrations of levocetirizine dihydrochloride. Accuracy and convergence studied by "put-found" on standard solutions of levocetirizine dihydrochloride. In finally we studied robustness for spectrophotometric and chromatographic mehods.

We developed and validated methods of identification and quantification of levocetirizine dihydrochloride in pharmaceutical dosage forms, which can be used for improving quality control of medicines. The proposed methods are rapid, economical, simple, accurate, selective, precise and applicable to the analysis of pharmaceutical dosage forms.

*Alonge Oluwagbemileke, Liliya Logoyda*

**DEVELOPMENT OF METHODOLOGY FOR SPECTROPHOTOMETIC AND CHROMATOGRAPHIC DETERMINATION OF PHENIBUT IN DIFFERENT MEDICINES**

Department of Pharmaceutical chemistry  
Dr. Liliya Logoyda, PhD, associate professor of Pharmaceutical Chemistry Department  
SHEI «I.Ya. Horbachevskiy Ternopil State Medical University  
of MPH of Ukraine»  
Ternopil, Ukraine

$\beta$ -Phenyl- $\gamma$ -aminobutyric acid (brand name is Noofen) known as phenibut or phenybut, is a derivative of the inhibitory neurotransmitter  $\gamma$ -aminobutyric acid (GABA). The addition of a phenyl ring allows phenibut to cross the blood brain barrier. Phenibut is sold as a nutritional supplement and it is not approved as a pharmaceutical product in the United States or Europe. Given that the use of these drugs is significant and is often performed without medical supervision, particular importance is the security that goes with its applications and quality control. In addition, the need for each manufacturer MCQ improving existing development and introduction of new methods of identification and quantification of active pharmaceutical ingredients in medical forms. Analysis of phenibut in medicines is not described in the literature and in the Pharmacopoeia. Therefore, the development of methods for identification and quantification of phenibut in medicines is an important task of pharmaceutical chemistry and standardization of drugs.

The aim of our study was to develop methods of identification and quantification of phenibut in medicines. In connection with the fact that in determining the number of active pharmaceutical ingredients in drugs, the greatest attention is paid to physical-chemical methods of analysis, we proposed and developed a method for spectrophotometric and chromatographic determination of phenibut in medicines. According to the requirements of the SPU, methods of qualitative and quantitative determinations (UV- and visible spectrophotometry, TLC, HPLC) of medicines must be validated. We studied the following validation characteristics: linearity, accuracy and precision (convergence), robustness, range of application. Linearity was determined by the method of least squares within 80-120% of nominal concentrations of phenibut. Accuracy and convergence studied by "put-found" on standard solutions of phenibut. In finally we studied robustness for spectrophotometric and chromatographic methods.

We developed and validated methods of identification and quantification of phenibut in medicines (tablets, powders, capsules), which can be used for improving methods of quality control of medicines containing phenibut.

*Musau Mutssi Taty, Nadiya Zarivna*

**DEVELOPMENT OF THE SPECTROPHOTOMETIC AND CHROMATOGRAPHIC DETERMINATION OF DESLORATADINE IN TABLETS**  
**DEPARTMENT OF PHARMACEUTICAL CHEMISTRY**

Department of Pharmaceutical chemistry  
Dr. Nadiya Zarivna, PhD, associate professor of Pharmaceutical Chemistry Department  
SHEI «I.Ya. Horbachevskiy Ternopil State Medical University  
of MPH of Ukraine»  
Ternopil, Ukraine

The current pharmaceutical analysis has got more emphasis to satisfy our query for better understanding of physico-chemical properties of pharmaceutical compounds, by the use of advanced instrumental methods. It also plays an important tool for quality assurance of pharmaceutical product throughout the shelf life. The pharmaceutical industry is under increased scrutiny to constrain costs and yet consistently deliver to market safe, efficacious products that fulfill medical needs. As a part of this, drug analysis also plays an important role. Standard analytical procedure for newer drugs or formation may not be available in Pharmacopoeia; it is essential to develop new analytical methods which are accurate, precise, specific, linear, simple and rapid. Desloratadine (8-chloro-6,11-dihydro-11-(4-piperidinylidene)-5H-benzo[5,6]cyclohepta[1,2-b]pyridine) is a medicine used to treat allergies. It is marketed under several trade names such as NeoClarityn, Claramax, Clarinex, Larinex, Aerijs, Dazit, Azomyr, Deselex and Delot. It is an active metabolite of loratadine (second generation), which is also on the pharmaceutical market. Desloratadine is a tricyclic antihistamine (third generation), which has a selective and peripheral H1-antagonist action. It is an antagonist at histamine H1 receptors, and an antagonist at all subtypes of the muscarinic acetylcholine receptors. It has a long-lasting effect and in moderate and low doses, does not cause drowsiness because it does not readily enter the central nervous system. Unlike other antihistamines, desloratadine is also effective in relieving nasal congestion, particularly in patients with allergic rhinitis. Analysis of desloratadine is not described in Pharmacopoeia that's why development and validation of methods for determination of desloratadine in medicines was our main aim. We proposed and developed a method for spectrophotometric and chromatographic determination of desloratadine in medicines. According to the requirements of the SPU, methods of qualitative and quantitative determinations (UV- and visible spectrophotometry, TLC, HPLC) of medicines must be validated. We studied the following validation characteristics: linearity, accuracy and precision (convergence), robustness, range of application. We developed and validated methods of identification and quantification of desloratadine in medicines, which can be used for improving methods of quality control of medicines containing desloratadine.

Oriaifo Praise, Nataliya Gorlachuk

**DEVELOPMENT AND VALIDATION OF METHODS OF ANALYSIS FOR THE DETERMINATION OF CETIRIZINE HYDROCHLORIDE IN MEDICINES**

Department of Pharmaceutical chemistry  
 Dr. Nataliya Gorlachuk, PhD, associate professor of Pharmaceutical Chemistry Department  
 SHEI «I.Ya. Horbachevskiy Ternopil State Medical University  
 of MPH of Ukraine»  
 Ternopil, Ukraine

Cetirizine ((±)-[2-[4-[(4-chlorophenyl)phenylmethyl]-1-piperazinyl]ethoxy]acetic acid) is piperazine derivative and metabolite of hydroxyzine, is an antihistamine, reported to be a long action and with some mast-cell stabilizing activity. Cetirizine (trade names Zyrtec, Reactine) is a second-generation antihistamine used in the treatment of hay fever, allergies, angioedema, and urticaria. Second-generation antihistamines like cetirizine are less able to cross the blood-brain barrier and therefore have diminished effects on the central nervous system compared to first-generation drugs: for instance they are less likely to induce drowsiness or to interfere with memory formation. of cetirizine hydrochloride in substance is described in British Pharmacopoeia (alkalimetry in acetone solution potentiometric titration) but this method can not be used for pharmaceutical dosage forms contain of cetirizine hydrochloride. Therefore, the development of new methods for identification and quantification of active pharmaceutical ingredients in medicines is an important task of pharmaceutical chemistry and standardization of medicines. The aim of our study was to develop rapid, more accurate, precise reliable, less expensive methods of identification and quantification of cetirizine hydrochloride in medicines. We proposed and developed a method for spectrophotometric and chromatographic determination of cetirizine hydrochloride in medicines. We had previously studied the behavior of cetirizine hydrochloride in the UV spectrum using in different solvents (ethanol, purified water, 0.1 mol/l solution of hydrochloric acid). The behavior of cetirizine hydrochloride in the UV spectrum in different solvents showed that all drugs have characteristic absorption bands in the wavelength range (220-360 nm). UV spectrum of cetirizine hydrochloride in all investigated solvents was characterized by the same absorption maximum at 231±2 nm. It makes possible for the use of UV - spectrophotometry for analysis of cetirizine hydrochloride in medicines According to the requirements of the SPU, methods of qualitative and quantitative determinations (UV-spectrophotometry, TLC, HPLC) of medicines must be validated. We studied the following validation characteristics: linearity, accuracy and precision (convergence), robustness, range of application. We developed and validated simple, accurate, rapid and economical methods of identification and quantification of cetirizine hydrochloride in medicines, which can be used for improving methods of quality control.

Shkoda Oleksandr

**ANTIOXIDANTS' SEARCH STRATEGY OF 7,8-SUBSTITUTED DERIVATIVES OF 3-R-XANTHINE – PROSPECTIVE METABOLITOTROPIC ENDOTHELIOPROTECTORS**

Department of Biochemistry and Laboratory Diagnostics  
 Supervisor : Dr. C.V. Alexandrov, PhD, associate professor of Pharmaceutical Chemistry Department  
 Zaporizhzhia State Medical University  
 Zaporizhzhia, Ukraine

According to modern concepts metabolic syndrome is a complex of major cellular Metabolon disorder, accompanied by an energy imbalance, the formation of reactive oxygen species and clinical abnormalities on the part of the cardiovascular system.

A wide range of biological activity of natural xanthine has stimulated a search of bioactive compounds among their synthetic counterparts, which led to the creation of a number of drugs that have been successfully used to date. These are known drugs that are derivatives of 3-methylxanthine, and new xanthine containing substituent in the 3rd position.

One of the directions studies of the biological effect of chemical compounds is the relationship of physical, chemical and structural properties of molecules from their main pharmacokinetic parameters considering compound toxicity (ADME/Tox). It can be predicted number of physical and chemical properties of drugs molecules, namely aqueous solubility, partition coefficient (logP, logD), ionization constant (pKa) and topological polar surface area (TPSA) so important in pharmacokinetic processes.

The compounds with undesirable physical and chemical properties are excluded on the initial stages of virtual screening, which significantly reduces the amount of financial contributions, labor hours, minimizing time-consuming experiments on animals contributes to the humanization of the development process in general, and most importantly - significantly increases its efficiency.

According to the above, we have applied the search algorithm of prospective antioxidants and metabolitotropic endothelioprotectors of first synthesized 7,8-substituted derivatives of 3-R-xanthine.



# Секція: Біологія та мікробіологія





Воробель Ольга

**ГАЛАКТОЗЕМІЯ ЯК АУТОСОМНО–РЕЦЕСИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ**

Кафедра медичної біології

Науковий керівник: канд. біол. наук, доц. О. І. Грималюк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Галактоземія є спадковим захворюванням, яке зумовлене накопиченням в організмі галактози, що є продуктом розкладу лактози в організмі людини. Цей вуглевод міститься в багатьох продуктах харчування, зокрема в молоці, та є основою харчування немовлят, тому проблема галактоземії є надзвичайно актуальною.

Метою моєї роботи є вивчення наукових даних щодо можливості діагностики, лікування та профілактики галактоземії, а також адаптації хворих до цієї патології і покращення якості їхнього життя.

У людей, хворих на галактоземію, ферменти, які розщеплюють галактозу відсутні, або їх рівень дуже низький. Це призводить до накопичення в організмі токсичного галактозо-1-фосфату. Результатом цього є характерні клінічні прояви. Первинні симптоми: неприборкана блювота, водянистий пронос, метеоризм, біль у животі. Вторинні симптоми: жовтяниця, внаслідок ураження печінки, збільшення селезінки і порушення кровотворення. Третинні симптоми: цироз печінки, спленомегалія, симетрична катаракта, розлади центральної нервової системи, ниркова недостатність. Виявити галактоземію можна за допомогою методів пренатальної діагностики, скринінг тестів, аналізу крові та сечі, ДНК-діагностики. Коли діагноз підтверджується, потрібно діяти у двох напрямках: виключення з раціону харчування продуктів, що містять лактозу та попередження розвитку ускладнень. На сьогоднішній день розроблено спеціальне харчування без лактози для немовлят, а також дієта, яку призначають дорослим пацієнтам. Також дієтотерапія супроводжується медакаментозним лікуванням, яке включає в себе оротат калію, АТФ, кокарбоксілазу, вітаміни. У складних випадках здійснюють замінне переливання крові та плазми. Методів специфічної профілактики не існує. Якщо батьки є гетерозиготними за геном галактоземії, то ймовірність народження хворої дитини становить 25 %.

Підсумувавши все вище сказане, можна дійти висновку, що при галактоземії, незважаючи на її невиліковність, за вчасної діагностики можна значно подовжити тривалість життя пацієнта.

Галей Катерина, Крисюк Ірина

**МІКРОБНИЙ ПЕЙЗАЖ МАСОК АПАРАТІВ ШТУЧНОЇ ВЕНТИЛЯЦІЇ ЛЕГЕНЬ ВІДДІЛЕННЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Л.Б. Романюк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Внутрішньолікарняні інфекції – одна із найнебезпечніших проблем сучасних стаціонарів. Вирішальне значення має ця ситуація для пацієнтів, що перебувають у критичному стані на лікуванні в відділенні анестезіології та інтенсивної терапії, оскільки функціональна здатність імунної системи у них значно знижена.

Метою нашого дослідження було вивчити мікрофлору масок апаратів штучної вентиляції легень і проаналізувати її склад. Збір матеріалу з використаних масок проводили шляхом змиву: стерильним тампоном, змоченим у МПБ, які вміщували у стерильні пробірки і транспортували до лабораторії. Подальше дослідження проводили стандартним бактеріологічним методом з використанням середовищ Ендо, кров'яного агару та жовтково – сольового агару. Було обстежено 36 масок, з яких висіяно 84 штами сапрофітних та умовно-патогенних мікроорганізмів. В основному в складі виділеної мікрофлори переважали представники автохтонної та заносної флори дихальних шляхів та ротової порожнини людини: *S. epidermidis* – 12 (14,1 %), *S. pyogenes* – 2 (2,4 %), *S. salivarius* – 10 (11,9 %), *S. mutans* – 13 (15,5 %), *Candida spp.* – 9 (10,7 %), *Proteus spp.* – 2 (2,4 %), *Corynebacterium spp.* – 3 (3,6 %); та умовно патогенні мікроорганізми: *E. coli* – 13 (15,5 %), *S. aureus* – 5 (6,0 %), *Pseudomonas aeruginosa* – 5 (6,0 %), *Klebsiella spp.* – 10 (11,9 %).

Таким чином представники чотирьох останніх родів можуть бути причиною гнійно-запальних захворювань та хвороб дихальної системи у пацієнтів реанімаційного відділення. Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні факторів вірулентності вищезазначених мікроорганізмів та їх антибіотикочутливості.



*Іващишин Соломія*

**АКТУАЛЬНІСЬ ПРОВЕДЕННЯ СКРИНІНГ ПРОГРАМ НА ФКУ**

Кафедра медичної біології з курсом генетики людини  
Науковий керівник: канд. біол. наук П.М. Телюк.  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
м. Івано – Франківськ, Україна

З метою моніторингу поширення фенілкетонурії (ФКУ) на теренах Івано-Франківської області проведено аналіз статистичних матеріалів Головного статистичного управління Івано-Франківська з періоду 2000-2013рр.

За абсолютними даними кількість хворих на ФКУ в області за ці роки коливалася від 17 до 23 осіб.

З розрахунку на 10 000 населення кількість хворих на класичну форму ФКУ в 2005, 2009 ,2010 , 2011 ,2013 роки складала менше одиниці .А в 2003, 2004, 2006, 2008, 2012- більше одиниці .Максимальний показник у 2003р.- 2,83.

За даними вітчизняних вчених середньоєвропейська та в Україні частота ФКУ складає 1:10 000. Це вимагає посиленої уваги до діагностики та профілактичних заходів щодо ФКУ в області.

В процесі виконання роботи нами було встановлено неефективність проведення скринінгу на ФКУ двом новонародженим в одній родині з м.Калуш. Першому хлопчику діагноз хвороби було встановлено 11років після рекомендації лікаря невропатолога. За допомогою молекулярно-генетичного аналізу проведеного в Київському інституті ПАГ вперше виявлено ФКУ. Другій дитині з цієї ж сім'ї поставлено аналогічний діагноз на другому році життя.

Результати спостереження спонукали нас розробити та поширити в межах медичних установ ( Центральної Районної Лікарняні та жіночої консультації)

спеціальні буклети про необхідність своєчасного діагностування ФКУ. Це дало змогу активізувати профілактичні заходи щодо даного захворювання .

Все вище викладене доводить необхідність поширення генетичних знань серед медичного персоналу та сімей репродуктивного віку.

*Коваль Оксана*

**КІЛЬКІСНИЙ ВМІСТ СУМИ ГІПЕРИЦИНІВ У РОСЛИНАХ HYPERICUM PERFORATUM L.**

Кафедра загальної біології та методики навчання природничих дисциплін  
Науковий керівник: д-р біол. наук, проф. Н. М. Дробик  
Тернопільський національний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка  
м. Тернопіль, Україна

Специфічними для рослин роду *Hypericum L* є біологічно активні речовини групи діантронів [Маковецька, 1999; Сафонов, 2008], які володіють широким спектром впливу на організм людини.

Метою цього дослідження є кількісне визначення суми гіперіцинів у перерахунку на гіперіцин у надземній частині *H. perforatum* з різних місцевостей-ростань.

В експерименті використовували повітряно-сухі зразки надземних частин *H. perforatum*, зібрані в період цвітіння з червня по серпень 2013 р. в селі Хмелівка Тербовлянського району Тернопільської області та хуторі Драгоманивка Тернопільського району цієї ж області. Кількісне визначення суми гіперіцинів, у перерахунку на гіперіцин проводили згідно методики Державної Фармакопеї України (2008).

Нами виявлено, що на масову частку гіперіцинів впливають умови, в яких відбувається ріст рослин. Встановлено, що вміст цих сполук у надземній частині звіробою звичайного становить 0,043% (х. Драгоманивка) та 0,033% (с. Хмелівка) відповідно. За літературними даними, у різних популяціях ці значення можуть коливатися від 0,03% до 0,08 % [Пугенев и др., 2011]. Серед досліджених органів рослин найбільшу концентрацію гіперіцинів виявлено в бутонах та квітках. Відсоток досліджуваних речовин у листках (0,045%) та надземній частині загалом (0,043%) рослин *H. perforatum* з х. Драгоманивка суттєво не відрізнявся. У той же час, порівняно з вегетативними органами, вміст суми гіперіцинів у квітках був вищим у 5 разів і становив 0,213%.

Отже, нами встановлено органоспецифічність накопичення гіперіцинів у *H. perforatum* та залежність кількісного вмісту цих сполук від умов росту рослин.

Купчак Мар'яна, Фафула Роман

**СТАН АРГІНАЗО-НО-СИНТАЗНОЇ СИСТЕМИ В ЛІМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ ПРИ РЕВМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ**

Кафедра медичної біології, паразитології та генетики  
 Науковий керівник: д-р біол. наук, проф. З.Д. Воробець  
 Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
 м. Львів, Україна

**Актуальність.** Ревматичні захворювання – це системні хронічні аутоімунні хвороби, що характеризуються розвитком запалення в синовіальній оболонці і клінічно проявляються, в першу чергу, ураженням суглобів ерозивного характеру, а згодом і вісцеропатіями. Досить поширеними серед них є реактивний артрит (ReA) та анкілозуючий спондилоартрит (АСА). Серед багатьох факторів, що регулюють продукцію оксиду азоту в клітині, особливий інтерес викликає аргіназа-ензим, що перетворює орнітин в сечовину. Відомо, що, конкуруючи з нітрооксидсинтазою за загальний субстрат (аргінин), аргіназа в залежності від рівня своєї активності або експресії може впливати на синтез NO. Дія NO-синтаз, як і аргінази, проявляється не лише у фізіологічних, але і при різноманітних патологічних станах, тому особливості функціонування і механізми регуляції аргінази та кожної з ізоформ NOS залежать від характеру патологічного процесу і ураженого органу.

**Матеріал і методи.** Дослідження проводили на сапонін-пермеабілізованих лімфоцитах периферичної крові (ЛПК) хворих і донорів, виділених в градієнті густини фікол.-тріумбасту. Активність аргінази визначали спектрофотометрично, реєструючи процес утворення сечовини. Для визначення ензиматичної активності NO-синтази дослідні проби спектрофотометрували при 340 нм.

**Результати.** В результаті проведених досліджень встановлено, що активність аргінази ЛПК у практично здорових осіб становить  $106 \pm 6,72$  нмоль сечовини/хвЧмг білка ( $n=10$ ). У хворих на АСА активність ензиму зростає у 3,7, а при ReA – у 3,3 рази порівняно із здоровими донорами. Після проведеного лікування активність ензиму знижується і наближається до контрольних значень. Активність NO-синтази ЛПК у практично здорових осіб становить  $74,6 \pm 6,83$  нмоль NADFH(H+)/хвЧмг білка ( $n=15$ ). Так як індукцибельна NOS в нормі практично відсутня, можна стверджувати про активність ендотеліальної форми ензиму в ЛПК донорів. Встановлено зниження активності eNOS у хворих на АСА, що у 1,8 рази нижче порівняно з донорами. В той час активується iNOS і в даній групі осіб вона складає  $64,2 \pm 7,22$  нмоль NADFH(H+)/хвЧмг білка ( $n=14$ ). Після проведеного лікування у стаціонарі у хворих спостерігається зростання активності eNOS в 1,4 рази та зниження активності iNOS в 3 рази.

**Висновки:** в результаті проведених досліджень встановлено достовірне зростання активності аргінази ЛПК хворих на АСА та ReA порівняно з донорами. Показано зниження активності eNOS і активацію iNOS у ЛПК хворих. Після проведеного лікування у стаціонарі спостерігається зниження активності аргінази та iNOS та відновлення активності eNOS.

Кучмак Оксана, Комендат Василь, Мричко Галина

**БІОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ДИСБІОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ НА ОСНОВІ LACTOBACILLUS RHAMNOSUS**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології  
 Науковий керівник: асист. О.Б. Кучмак  
 ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
 імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
 м. Тернопіль, Україна

**Актуальність:** Ревматоїдний артрит (РА) – це аутоімунне захворювання сполучної тканини з переважним ураженням суглобів та позасуглобовими проявами. Перебіг ревматоїдного артрити часто супроводжується формуванням дисбіотичних станів різних біотопів людини, насамперед, кишечника. Для відновлення мікробіоценозу рекомендують використовувати пробіотики. Доцільним є вивчення антагоністичної дії пробіотичних штамів мікроорганізмів до окремих представників мікробіоти товстої кишки.

**Мета:** дослідити антагоністичну дію *Lactobacillus rhamnosus* на мікробіоту товстої кишки хворих на РА.

**Результати:** Визначено чутливість умовно-патогенної мікрофлори товстої кишки хворих на РА до дії *Lactobacillus rhamnosus* GG. Найбільшу кількість чутливих мікроорганізмів (від 88,6 % до 100 %) виявлено серед *S. epidermidis*, *S. aureus*, *Enterobacter* spp., *E. faecalis*, *Streptococcus* spp., *Klebsiella* spp., лактозонегативних *E.coli* та з гемолітичними властивостями. Усі популяції *S. epidermidis*, *Klebsiella* spp. на 100,0 % виявилися чутливими до антагоністичної дії *Lactobacillus rhamnosus* GG.

Це підтверджує доцільність використання пробіотиків, на основі *Lactobacillus rhamnosus* GG для біологічної корекції дисбіозу товстої кишки у хворих на РА, що обумовлений *Klebsiella* spp., *S.epidermis*, *E. faecalis*, *S. aureus*, *Enterobacter* spp., *Klebsiella* spp., атиповими формами *E.coli*. Не рекомендовано застосовувати вказаний пробіотичний штам при дисбіозі, що обумовлений зростанням грибів роду *Candida* spp. та *Pseudomonas* spp., оскільки останні проявили найменшу чутливість до дії пробіотика (56,7 % і 70,6 %).

Кучмак О., Стецюк І., Позунь М.

**МІКРОБІОТА РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології  
Науковий керівник: асист. О.Б. Кучмак  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»  
м.Тернопіль, Україна

В останні роки спостерігається підвищена увага науковців до проблеми ревматоїдного артриту, який залишається найбільш поширеною патологією в усьому світі, і в Україні зокрема. Ревматоїдний артрит (РА) – аутоімунне запалення суглобів, що уражує близько 1 % населення.

Враховуючи багатофункціональність товстокишкової мікрофлори, яку розцінюють як екстракорпоральний орган, важливим є стабільність її видового складу та колонізаційного рівня. Встановлено, що у 53,0–88,0 % хворих на РА зустрічаються ознаки ураження системи травлення, які розглядаються як один з проявів системного пошкодження сполучної тканини та є підґрунтям для формування дисбіозу.

В окремих дослідженнях вивчено причетність мікроорганізмів до розвитку ревматоїдного артриту, що сприяють формуванню патогенетичних змін у генетично схильному до виникнення захворювання організму. Відомо ряд мікроорганізм, окремі білки яких мають деяку структурну подібність із білками людини, що виступають у ролі аутоантигенів. Деякі патогенні бактерії (особливо стрептококи) продукують так звані суперантигени - токсичні білки, які здатні неспецифічно стимулювати лімфоцити, викликаючи потужну імунну відповідь, при якій розвивається хронічне запалення з ураженням суглобів, серця, судин і легенів. Саме тому дослідження мікробіоценозу ротової порожнини у хворого РА, як важливого біотопу шлунково-кишкового тракту, має важливе значення.

Метою дослідження було вивчити видовий склад та популяційний рівень мікробіоти ротової порожнини у хворих на РА.

Проведено бактеріологічне дослідження мазків ротової порожнини 20 хворих на РА, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у ревматологічному відділенні Тернопільської університетської лікарні до початку медикаментозної терапії. На підставі морфологічної, культуральної та біохімічної ідентифікації встановлено склад та кількісний вміст мікробіоти ротової порожнини.

Підтверджено, що у 60-90% пацієнтів в мікробіоценозі ротової порожнини домінували стрептококи, а саме: *Streptococcus salivarius*-популяційний рівень якого сягав 106 КУО/мл, *Streptococcus mutans*-108 КУО/мл.; *Streptococcus sanguis*-107 КУО/мл. В 63,0 % хворих виявлено *Staphylococcus epidermidis*, проте в 40,0 % людей виявлено *Staphylococcus aureus*. Крім того ідентифіковано популяції *Lactococcus* spp. рівень колонізації біотопу становив близько 109 КУО/мл, представників родини *Enterobacteriaceae*, зокрема *E. coli*-105 КУО / мл. та гриби роду *Candida*-107 КУО/мл.

Із проведеного дослідження встановлено видовий склад та популяційний рівень мікробіоти ротової порожнини. Отримані результати підтверджують наявність дисбіотичних змін даного біотопу. Отримане підкреслює необхідність проведення дослідження мікробіоценозу ротової порожнини та подальшого його корекції.

Овчарук Тетяна

### ПІДВИЩЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ ДО АНТИБІОТИКІВ ПІД ВПЛИВОМ ДЕКАМЕТОКСИНУ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології  
Науковий керівник: д-р. мед. наук, В.П. Ковальчук  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Медичні проблеми, пов'язані з поширенням полірезистентних до антибіотиків мікроорганізмів, з кожним роком посилюють актуальність. В останній час фахівцями навіть виділено групу ESKAPE-бактерій, що створюють клініцистам найбільше проблем. Представники цієї групи мікроорганізмів виявляють стійкість до більшості антибіотиків, включаючи антибіотики резерву (цефалоспорины IV покоління, карбапенеми). Назва групи підкреслює їх здатність вислизати слід впливу антибіотиків, одночасно є аббревіатурою перших букв родових назв: Enterococcus, Staphylococcus, Klebsiella, Acinetobacter, Pseudomonas, Enterobacter. Відомо, що поверхнево-активні антисептики, впливаючи на структуру мікробних оболонок, здатні підвищувати чутливість бактерій до протимікробних засобів.

**Мета:** експериментальне дослідження впливу суббактеріостатичних концентрацій поверхнево-активного антисептика декаметоксину на чутливість проблемних мікроорганізмів до антибіотиків.

**Матеріали і методи:** В роботі використані штами мікроорганізмів, виділені від пацієнтів відділень реанімації та інтенсивної терапії лікувальних закладів м. Вінниці. Чутливість досліджуваних бактерій до декаметоксину та антибіотиків визначали методом двократних послідовних серійних розведень препаратів у рідкому поживному середовищі.

**Результати:** Мінімальна бактеріостатична концентрація (МБСК) декаметоксину для виділених штамів ентерококів була не більшою 4 мкг/мл. Бактерицидний вплив цефтриаксону на ті ж штами ентерококів спостерігався при наявності в середовищі 1562 мкг/мл препарату. В присутності у середовищі 1 мкг/мл декаметоксину мінімальна бактерицидна концентрація (МБЦК) цефтриаксону для ентерококів зменшувалась у 32 рази і становила 48,8 мкг/мл. Зменшення МБЦК цефтриаксону в присутності 0,6 мкг/мл декаметоксину для не коагулюючих плазму штамів стафілококів було 8-кратним. У 32 рази удалось зменшити МБЦК хлорамфеніколу для мікроорганізмів роду Acinetobacter, додаючи у поживне середовище 4 мкг/мл декаметоксину. Бактеріостатичну дію на псевдомонади декаметоксин чинив в концентрації 100 мкг/мл. В присутності 20 мкг/мл препарату у середовищі МБЦК хлорамфеніколу та цефтриаксону для цього роду мікроорганізмів зменшувалась у 4-8 разів.

**Висновок:** Поверхнево-активний антисептик декаметоксин у суббактеріостатичних концентраціях підвищує чутливість полірезистентних штамів ентерококів і стафілококів, а також неферментуючих грамотригативних бактерій до цефалоспоринов III покоління та амфеніколів. Перспективним є комбіноване системне використання в хірургічній практиці антибіотиків цих груп з одночасним місцевим застосуванням декаметоксину.

Рябокоть Марія

### РОЛЬ КЛІНІКО-ГЕНЕАЛОГІЧНОГО МЕТОДУ В ДІАГНОСТИЦІ ПРИРОДЖЕНОЇ ТА СПАДКОВОЇ ПАТОЛОГІЇ

Кафедра медичної біології  
Науковий керівник: асист. Ружицька О.Ю  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

З пацієнтами, які мають спадкову патологію, першими контактують, як правило, не лікарі-генетики, а сімейні лікарі чи лікарі інших спеціальностей. Від їх вміння діагностувати спадкове захворювання та вибрати вірну тактику ведення хворого багато в чому залежить доля хворого і усієї його сім'ї. Вище наведене свідчить про важливість вивчення лікарями усіх спеціальностей питань клінічної та лабораторної генетики.

Клініко-генеалогічний метод дослідження – це вивчення родоходу та поширення патологічної ознаки в родині (роді) за допомогою клінічного обстеження зі вказанням родовідних зв'язків між членами сім'ї (роду).

Клініко-генеалогічний метод дослідження складається з двох етапів: складання родоходу і генеалогічного аналізу.

Це найбільш універсальним метод у медичній генетиці. Він застосовується :

- для встановлення спадкового характеру ознаки;
- при визначенні типу успадкування і пенетрантності гена;
- при аналізі зчеплення генів і картування хромосом;
- при вивченні інтенсивності мутаційного процесу;
- при вивченні механізмів взаємодії генів;
- при медико-генетичному консультуванні.

Оволодіння кожним лікарем клініко-генеалогічним методом діагностики природженої та спадкової патології є необхідною складовою сучасної медицини. Це дозволяє виявити спадковий характер патології, що в свою чергу включає повне обстеження хворого, цілеспрямоване збирання анамнезу, а також клінічне обстеження та інтерв'ювання усіх родичів пробанда.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Сопель Олеся, Бенцал Ольга*

### **ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИМІКРОБНОЇ ДІЇ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН КРАСОЛІ ВЕЛИКОЇ**

Кафедра фармакогнозії з медичною ботанікою  
Науковий керівник: д-р фарм. наук, проф. Марчишин С.М.  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

За даними літератури, 87-90 % біологічно активних речовин вищих рослин мають антимікробні властивості. Серед них і красоля велика.

**Метою нашого дослідження** було вивчити антимікробну дію біологічно активних речовин красолі великої.

**Матеріали та методи дослідження.** Для проведення мікробіологічних досліджень використовували: гомогенат трави, настойку та свіжий сік. Антимікробну дію визначали відносно грам позитивних коків *S. aureus* ATCC 6538, грамнегативних паличок *E. coli* ATCC 25922 та *P. aeruginosa* ATCC 9027, грампозитивних паличок *B. subtilis* ATCC 6633, дріжджів *C. albicans* ATCC 885-653. Антимікробні властивості досліджуваних об'єктів вивчали методом „колодязів”.

**Результати та обговорення.** Проведені дослідження показали, що сировина красолі має найменшу антибактеріальну активність проти бацил. Штам *B. subtilis* ATCC 6633 виявився малочутливим до усіх досліджуваних зразків. Проти штаму *S. aureus* ATCC 6538 сировина з настурції діяла найефективніше. До всіх зразків тест-культура золотистого стафілококу була високочутливою. Чутливими до сировини виявилися грамнегативні палички. Проте антибактеріальні властивості усіх зразків проти культур кишкової та синьогнійної паличок були дещо нижчими, ніж проти *S. Aureus*

**Висновок.** Результати досліджень показали, що біологічно активні речовини красолі великої проявляють антимікробні властивості. Ефективність гомогенату трави, настойки та свіжого соку проти тест-культур була приблизно однаковою.

*Яриш Юлія*

### **Анізакідна інвазія риби, що реалізовується на продовольчих ринках міста Тернополя**

Кафедра медичної біології  
Науковий керівник: проф. Л. Я. Федонюк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Анізакідоз – це кишковий нематодоз, який розвивається при вживанні морської риби, ураженої личинками нематод із сімейства Anisakidae. В наслідок збільшення постачання риби на ринки України із різних країн та зростання популярності страв із сирої риби поширеність анізакідозу підвищується.

**Мета дослідження:** визначити екстенсивність та інтенсивність інвазії риби (оселедця, мойви та скумбрії), яку реалізовували на промислових ринках міста Тернополя та запропонувати дієві заходи профілактики поширення анізакідозу серед населення області.

**Матеріали та методи дослідження.** Для паразитологічного дослідження було взято 74 рибини: 18 зразків оселедця, 30 зразків мойви та 25 зразків, відібраних на ринках міста Тернополя. Дослідження з метою виявлення личинок анізакід у рибі проводили шляхом неповного паразитологічного розтину риби з подальшим визначенням життєздатності анізакід.

**Результати і обговорення.** У результаті проведених паразитологічних досліджень виявлено наявність анізакідної інвазії серед окремих видів риб Атлантичних вод: оселедця, мойви та скумбрії, ступінь ураження анізакідами яких зменшувався в ряді: оселедець > мойва > скумбрія.

Комплексний аналіз морфологічних особливостей виявлених личинок анізакід дає можливість стверджувати, що вони належать до роду *Anisakis*.

Таким чином, у результаті проведеного паразитологічного дослідження зразків оселедця, мойви і скумбрії, які реалізують на продовольчих ринках міста Тернополя щодо виявлення личинок анізакід, можна стверджувати про високий ступінь ураження усіх видів досліджуваних риб.

Бігуняк Катерина

**ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ СИНДРОМУ ДАУНА**

Кафедра медичної біології  
 Науковий керівник: доц. Т.В. Бігуняк  
 ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
 імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
 м. Тернопіль, Україна

Порушення кількості та структури хромосом зустрічаються в 1 % новонароджених. Синдром Дауна – це хромосомне захворювання, геномна мутація, трисомія 21. Частота синдрому Дауна серед новонароджених становить 1:650-1:800, вона зростає з віком матері, що є актуальним.

Метою роботи є вивчення наукових даних щодо етіології, епідеміології, методів діагностики та ризику народження дітей із синдромом Дауна.

Варіантами синдрому Дауна є: 1) проста трисомія 21 як наслідок нерозходження хромосом до протилежних полюсів клітини в анафазі мейозу (94-95 %); 2) транслокаційна форма при сполученні зайвої 21 хромосоми із хромосомами групи D або G (4 %); 3) мозаїцизм у результаті нерозходження хромосом 21 пари при мітозі в ембріональному періоді (1-3 %). Зміни дерматогліфіки при синдромі Дауна: поперечна складка на одній або обох долонях, одна згинальна борозда на V пальці, дистальне розташування осьового трирадіуса (кут  $\alpha_{td}$  дорівнює  $80^\circ$ ).

При простій трисомії у віці батьків 25-35 років повторний ризик народження хворої дитини не перевищує 1 %. У молодих батьків, які мають дітей із хворобою Дауна, у 8 разів частіше, ніж у популяції, знайдені збалансовані хромосомні аберації. При транслокації типу 13/21, виявленої у батька, ризик народження хворої дитини складає 2,4 %, а в матері – близько 10 %. Якщо в одного з батьків знайдена транслокація типу 21/21, то ризик складає 100 %. У 10 % матерів, які мають дітей із синдромом Дауна, зустрічається мозаїцизм. При мозаїцизмі батьків генетичний ризик варто вважати близьким до 30 %. На частоту народження пацієнтів з трисомією 21 не впливають статеві, расові, географічні та популяційні відмінності.

Отже, синдром Дауна – це анеуплоїдія за 21 хромосомою, яка діагностується каріотипуванням, дерматогліфікою та амніоцентезом. Цитогенетичними формами синдрому Дауна є проста трисомія, транслокаційна та мозаїчна. Найбільший ризик народження хворої дитини існує у батьків із збалансованою хромосомною транслокацією типу 21/21.

Стецюк Ігор, Криницька Інна, Мізь Андрій, Бандас Ірина

**ЗАГАЛЬНА ПРОТЕОЛІТИЧНА АКТИВНІСТЬ ПЛАЗМИ КРОВІ ЩУРІВ ЗА УМОВИ ТОКСИЧНОГО УРАЖЕННЯ СВИНЦЕМ**

Кафедра клініко-лабораторної діагностики  
 Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. І.Я. Криницька  
 ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
 імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
 м. Тернопіль, Україна

Глобальний характер забруднення свинцем навколишнього середовища, здатність його до кумуляції, висока токсичність металу і політропний характер дії обумовили інтенсивне дослідження свинцевої інтоксикації в клініці і експерименті. В Україні одним із важливих джерел інтоксикації залишається тетраетилсвинець і окиси свинцю, що утворюються в процесі згоряння палива. Крім того, під час ліквідації аварії на Чорнобильській АЕС використано сотні тисяч тон свинцю, що при високій температурі на місці його застосування випаровуються і надходять у навколишнє середовище у вигляді аерозолів конденсації.

Надлишкове накопичення протеїназ за умови токсичного ураження є одним із факторів, що підключає системний рівень запального процесу, зумовлює порушення ферментативного гомеостазу, розвиток патологічних зсувів в системах коагуляції і фібринолізу і сприяє розвитку гемодинамічних порушень.

Тому, метою нашого дослідження було визначити загальну протеолітичну активність плазми крові у щурів за умови токсичного ураження свинцем. Досліди проводили на 24 безпородних щурах-самцях масою 180-200 г. Токсичне ураження викликали шляхом внутрішньошлункового введення тваринам водного розчину свинцю ацетату в дозі 11 мг/кг (0,05 LD<sub>50</sub>) протягом 30-ти діб.

Визначення загальної протеолітичної активності плазми крові проводили за лізисом азоальбуміну, азоказеїну і азоколу за допомогою набору реактивів "Simko Ltd" (Україна) за методом, який полягає в тому, що при інкубації білкових азосполук у присутності активаторів та інгібіторів протеолізу, які містяться у тканинах відбувається лізис азоальбуміну (розпад низькомолекулярних протеїнів), азоказеїну (розпад високомолекулярних протеїнів) та азоколагену (колагеноліз), інтенсивність якого оцінювали за ступенем забарвлення інкубаційного середовища на спектрофотометрії СФ – 46 при довжині хвилі 440 нм. Дослідження проводили в динаміці (на третю, п'яту та сьому доби після закінчення введення свинцю ацетату).

Результати проведених нами досліджень свідчать про виражену активацію свинцем процесів протеолізу. На це вказує збільшення протеолітичної активності плазми крові (ПАК), що підтверджується достовірним зростанням лізису азоальбуміну, азоказеїну та азоколу на третю добу з моменту припинення введення свинцю ацетату (стосовно норми відповідно 296, 241 і 262 %). На сьому добу експерименту ПАК у тварин, уражених свинцем, дещо знижувалась в порівнянні з третьою і п'ятою добами експерименту, однак залишалась достовірно вищою від норми (відповідно 225, 197 і 210 %).

Отже, токсичне ураження свинцем у щурів супроводжується вираженою активацією протеїназ та збільшенням загальної протеолітичної активності плазми крові.

*Syed Ahsan Ali*

**ANALYSIS OF ISOLATED CARRIER AND CLINICAL STRAINS OF S.AUREUS AND THEIR SUSCEPTIBILITY TO DIFFERENT ANTIBACTERIALS**

Department of microbiology, virology and immunology  
Scientific supervisor: assoc. prof. Pokryshko O. V.  
SHEI "Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky"  
Ternopil, Ukraine

In a healthcare setting *Staphylococcus aureus* can cause infections and is usually spread by healthcare providers. People who carry *S. aureus* do not have signs of infection but can spread it to others and potentially cause infection. They tend to become carriers of the bacteria. To such kind of carriers belong medical students who have practical classes in hospital setting. Task of the research: To perform laboratory cultures of *S. aureus*; to check susceptibility of isolated strains to antibacterials from different groups.

The study included 1356 students of TSMU who underwent annual bacteriological method. Students were screened for *S. aureus* with nasal swabs, which were then cultured on blood and yolk-salt agar. *S. aureus* was differentiated from other staphylococci by Coagulase test.

Susceptibility to 7 different antibacterials from the groups of Antiseptics, Penicillins, Macrolides, Fluoroquinolones, Carbapenems, and Cephalosporins of 20 carrier strains of *S. aureus* isolated from students were studied by disk diffusion method. The Antibacterial drugs used were: Furacin(Fur), Oxacillin(Ox), Clarithromycin(Cla), Norfloxacin(Nor), Meropenem(Mer), Ceftazidime(Cft) and Azithromycin(Az).

According to records of medical swab tests on 1356 students, 137 were found to be carriers of *S. aureus*. Therefore, it is estimated that 10.1 % of the examined student population of TSMU were carriers of the bacteria.

Among the 20 isolated strains of *S. aureus* among students: 100 % showed susceptibility to Nor, Ox, Mer; 85 % to Cla and Az. 45 % showed susceptibility to Fur. All strains showed resistance to Cft. Among the 20 isolated clinical strains of *S. aureus*: 60 % showed susceptibility to Fur and Mer; 55 % to Cla; 50 % to Nor; 45 % to Az, 25 % to Ox.

Conclusion: Prophylactic measures to be taken by carriers to reduce incidence of infection, and patient compliance to reduce drug resistance.

**Секція:  
Профілактична медицина,  
соціальна медицина і ООЗ,  
медична інформатика**







*Авдійчук Оксана*

**НАВАНТАЖЕННЯ НА МЕДИЧНУ СЕСТРУ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО  
ЕНДОКРИНОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ**

Кафедра "Сестринська справа"

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф., засл. лікар України В.Й. Шатило  
КВНЗ "Житомирський інститут медсестринства"  
Житомир, Україна

**Актуальність теми.** В Україні підвищуються вимоги до професійності та фахових знань медичних сестер. Медичні сестри почали працювати із складною технікою, виконувати відповідальні маніпуляції. Це вимагає високої кваліфікації та постійного вдосконалення знань. Медична сестра своїми діями, поведінкою та словом повинна зробити все, щоб у хворого були оптимістичний настрій, впевненість у швидкому одужанні.

**Мета дослідження** - розрахувати навантаження на медичну сестру спеціалізованого ендокринологічного відділення на прикладі Житомирської обласної клінічної лікарні ім. О. Ф. Гербачевського.

Для досягнення мети ми проаналізували роботу медичної сестри ендокринологічного відділення на прикладі Житомирської обласної клінічної лікарні ім. О. Ф. Гербачевського.

Досліджували якісні характеристики, а також провели хронометраж робочого часу медичної сестри, вивчали фактори, що впливають на якість роботи медсестри ендокринологічного відділення.

Встановлено, що впродовж чергової зміни одна медична сестра має велике навантаження різних професійних дій, які можуть призвести до професійного вигорання. Також палатна медична сестра майже половину свого робочого часу (46 %) приділяє роботі з різною документацією, на медичні маніпуляції та догляд (52 %), а на спілкування з хворими часу та можливості медичної сестри не вистачає.

**Висновки:** Високі вимоги в поєднанні з низьким рівнем оплати праці медсестри є дзеркальним відображенням невідповідності між потенційними економічними можливостями держави і реальними витратами на охорону здоров'я. Тому в країні спостерігається зниження престижу професії медичної сестри.

*Байрамов А., Макарова В.*

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С В УКРАИНЕ**

Кафедра эпидемиологии

Научный руководитель: В.И. Макарова

Харьковский национальный медицинский университет  
г. Харьков, Украина

Вирусный гепатит С (ГС) в настоящее время является серьезной проблемой здравоохранения Украины. По оценкам ВОЗ, количество инфицированных вирусом ГС в Украине составляет около 1,2 миллиона человек. Среди других европейских стран Украина занимает лидирующее положение по темпам распространения данной инфекции.

**Цель работы.** Изучить распространенность ГС в Украине в 2012-2014 гг.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ официальных данных и научных публикаций.

**Результаты:** Проведенный анализ выявил, что заболеваемость острой формой ГС в Украине в 2012 г. составляла 1,89, а в 2013 г. снизилась до 1,53 на 100 тыс. населения. При этом за данный период наблюдения отмечен рост хронического ГС – 11,49 и 13,52 на 100 тыс. населения соответственно. Преобладание хронических форм ГС приводит к формированию большого количества скрытых источников инфекции и распространению данной инфекции. Поэтому необходимо изучение инфицированности вирусом ГС населения Украины. Нами проанализированы результаты всеукраинского экспресс-тестирования на ГС, проведенного Международным Альянсом по ВИЧ/СПИДу в Украине в 2013 – 2014 гг. Данное исследование выявило, что в 2013 г. средний уровень позитивных тестов составлял 12,9 %, а в 2014 г. – 8,8 %, при этом было обследовано около 0,01 % населения Украины (1400 чел. – в 2013 г., 4500 чел. – в 2014 г.). Результаты тестирования выявили, что наибольший процент положительных находок зарегистрирован в западных и восточных областях, на юге страны.

**Выводы.** По результатам проведенного анализа выявлен средний уровень инфицированности вирусом гепатита С в Украине с неоднородным территориальным распространением. Данная эпидемическая ситуация может быть расценена как неблагополучная, требующая разработки мер противодействия и борьбы с данным инфекционным заболеванием.

*Биць Іванна*

**ВИВЧЕННЯ ВАРТОСТІ ЛАБОРАТОРНИХ ОБСТЕЖЕНЬ ПРИ ДЕЯКИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ В УМОВАХ ПРИВАТНОГО СЕКТОРУ.**

Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою  
Науковий керівник: О.Н. Литвинова  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

В умовах реформування медицини частка приватного сектора невпинно збільшується. Зростає чисельність приватних кабінетів, приватних клінік так і допоміжних служб. Так в м. Тернополі останнім часом працює кілька приватних лабораторій, які пропонують послуги щодо найрізноманітніших лабораторних досліджень.

Ми вивчали ціновий діапазон лабораторних обстежень, що пропонують в трьох приватних лабораторіях, зокрема, Сінево, Румед – Т та Ескулаб.

Дані приватні заклади пропонують проведення як окремих обстежень так і в пакеті, відповідно до профілю, наприклад, кал на яйця гельмінтів, комплекс алергічних проб, комплекс біохімічних показників тощо. Вартість пакетного дослідження пропонується дещо меншою від суми кожного окремого аналізу даної групи.

Для оцінки відповідності лабораторних обстежень платоспроможності громадян, ми вивчали вартість обстежень, відповідно до стандартів лікування основних захворювань.

Таблиця 1

Вартість пакета обстежень деяких захворювань

	Сінево	Румед –Т	Ескулаб
<b>ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ</b>			
виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки в стадії ремісії та нестійкої ремісії	600	325	255
гепатит В	965	975	585
<b>ПУЛЬМОНОЛОГІЯ</b>			
негоспітальна пневмонія	130	110	175
<b>КАРДІОЛОГІЯ</b>			
гіпертоїчна хвороба	470	295	355
ревматична хвороба серця	535	375	740

Як бачимо із табл.1 при середній заробітній платі в Тернопільській області 2300 грн вартість обстежень є на межі платоспроможності населення.

*Біла Вікторія*

**ФОРМУВАННЯ ЛІДЕРСЬКИХ ЯКОСТЕЙ У МАГІСТРІВ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ**

Кафедра сестринська справа  
Науковий керівник: С.В. Гордійчук  
Житомирський інститут медсестринства  
Житомир, Україна

**Актуальність теми:** Сучасне суспільство потребує компетентних і активних фахівців, здатних швидко і уміло визначати цілі своєї діяльності, прогнозувати досягнення, долати труднощі, будувати взаємини з людьми, працювати в команді, тобто повною мірою проявляти свій творчий потенціал і лідерські властивості особи.

**Мета:** виявити лідерські якості студентів-магістрів та їх порівняти у 6-го та 7-го курсу.

**Матеріали та методи:** Лідерство — це управлінський статус, соціальна позиція, пов'язана із прийняттям рішень, це керівна посада.

**Висновок:** Таким чином лідерство - це обдарованість, майстерність, наполегливість в досягненні своєї мети. Але опинившись на керівній посаді, керівник не має думати лише про себе та про свою підзвітність вищому керівництву. Він має спрямовувати свої зусилля на керівництво роботою та поведінку в процесі діяльності підприємства інших людей. Задля досягнення поставлених завдань лідер має вміло впливати як на роботу однієї особи, так і на працю цілих груп та підрозділів. Керівник-лідер має знаходити баланс між вищим керівництвом та працівниками, не віддавати нікому з них цілковитої переваги та невпинно слідувати інтересам всієї організації. Формування лідерських якостей керівника відбувається під впливом його вроджених здібностей, а також постійної наполегливої праці над собою, практичного досвіду та набутих знань. Проте, слід зазначити, що яким би визначним талантом від природи не володів керівник, лише постійне самовдосконалення, слідування сучасним науковим підходам до керівництва може принести позитивний результат в управлінській діяльності та вивести організацію на якісно новий рівень розвитку.

*Бронецький Ігор*

### **ВПЛИВ МОВИ ВИКЛАДАННЯ НА ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ**

Кафедра соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства

Науковий керівник: проф. О.З. Децик, доц. І.В. Стовбан

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

м. Івано-Франківськ, Україна

Синдром емоційного вигорання (СЕВ) є важливою медико-соціальною проблемою сучасного суспільства. Група ризику представляє собою великий контингент осіб, які в повсякденній роботі контактують з людьми.

**Метою роботи** є визначення категорії викладачів, які мають ризик виникнення СЕВ та вивчення впливу мови викладання на його формування.

**Матеріали і методи:** результати соціологічного опитування 129 представників професорсько-викладацького складу ІФНМУ.

**Результати дослідження.** Було встановлено рівні ризиків, щодо виникнення СЕВ. За результатами тесту – 13 (10,0 %) опитаних мають безпечний рівень;

49 (38,0 %) – низький; 34 (26,4 %) – середній; 24 (18,6 %) – високий; 9 (7,0 %) – критичний рівень. Виявлено, що в залежності від мови викладання є достовірна різниця між групами респондентів. У тих, хто викладає іноземною мовою практично вдвічі частіше не залишається сил на домашні справи. Також значно частіше для відновлення сил вони вживають ліки, алкоголь, палять. Лише кожен десятий має постійні конфлікти з колегами. Робота вимагає частого напруження від 93 (72,0 %) викладачів. Доброзичливість у спілкуванні з студентами ніколи не залежить від настрою у 26 (20,2 %) викладачів.

**Висновки:** Встановлено, що проблема СЕВ є актуальною в університеті, адже одній чверті рекомендовано консультацію психолога і психотерапевтичне лікування, а іншій чверті рекомендовано консультації психолога для запобігання погіршення психоемоційного стану.

*Бунт Катерина, Яцишин Марія*

### **БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ТРУПНОГО МАТЕРІАЛУ НА ЗАНЯТТЯХ З АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ**

Кафедра медичної біоетики та деонтології

Науковий керівник: ас. Привроцька І. Б.

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

м. Тернопіль, Україна

Викладання анатомії у медичних вузах ґрунтується на використанні анатомічних препаратів та фізичних тіл. На даний час медичні університети в Україні не забезпечені достатньо трупним матеріалом та умовами для роботи з ним, тому метою нашої роботи було оцінити актуальність використання трупного матеріалу та ефективність навчання студентами на фізичному тілі.

Було проведено опитування серед 300 студентів другого курсу ТДМУ за допомогою спеціально розроблених анкет.

Так, 92 % студентів вважає, що анатомія людини є дуже важливою дисципліною у вивченні структури тіла в цілому і систем органів зокрема. Це очевидно й обумовило те, що 98% опитаних, відмітили, що використання трупного матеріалу дозволяє достатньо точно вивчити співвідношення та розташування органів та окремих систем. Поряд з цим 72% респондентів вважають, що для вивчення анатомії використання книг, відеоуроків та атласів недостатньо, а 74 % студентів відповіли негативно на можливості заміни новітніми технологіями в 3D форматі практику навчання на трупному матеріалі. Поряд з цим 85 % студентів відмітило, що на практичних заняттях анатомії людини трупний матеріал використовували рідко, а 86% опитаних вважають, що для кращого засвоєння теми необхідно бути присутніми на розтині.

Отже, можна зробити висновок, що переважна більшість опитаних розуміє важливість і незамінність використання у навчальній практиці трупного матеріалу. Студенти на власному досвіді переконалися, що під час препарування у них більш зосереджена увага, а нова інформація запам'ятовується краще та здобуваються ґрунтовніші знання. Саме ухвалення законів щодо користування трупним матеріалом і забезпечення ним закладів медичної освіти є важливим завданням для політиків в галузі медицини.

*Варава Олена, Харченко Ольга*

**ПСИХОДІАГНОСТИКА ТЕНДЕНЦІЙ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТІВ В ГРУПІ**

Кафедра гуманітарних та суспільно-економічних дисциплін

Науковий керівник: О. Варава

Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й. Мухіна

м. Кіровоград, Україна

Навчальна група впливає на результат навчання студента завдяки своєму мікроклімату, позиціям та установкам лідерів, прийняттю групових рішень, ефективності групової діяльності. Тому вивчення психологічних чинників та тенденцій поведінки групі сприяє досягненням особистості. Об'єктом дослідження науково-пошукової роботи є 3 студентські групи медсестринського відділення коледжу першого та другого років навчання (79 студентів віком від 17 до 20 років). Предмет дослідження - тенденції поведінки студентів у навчальній групі.

**Мета дослідження:** теоретичне обґрунтування та експериментальне дослідження соціально-психологічних особливостей поведінки студентів у групі та розробка практичних рекомендацій щодо досягнення групової згуртованості та покращення мікроклімату в колективі.

**Використані методики:** 1. Методика визначення соціально-психологічного клімату, автор Ф. Фідлер. Мета - визначити загальну атмосферу в групі, показник взаємного порозуміння, міжособистісного сприйняття між студентами в групі.

2. Методика сприйняття індивідом групи. Мета - визначити групову структуру членів колективу.

3. Методика Q-сортування. Автор: В. Стефансон. Мета - визначити основні тенденції поведінки людини в групі.

В результаті проведеного психодіагностичного обстеження та детального аналізу отриманих результатів, ми дійшли до наступних висновків:

- соціально-психологічний клімат є сприятливим у групах, які навчаються разом півтора року, а несприятливим, що навчаються разом лише півроку.

- соціально-психологічний клімат в групі залежить від структурного поділу членів групи, тобто чим більше колективістів, тим він сприятливіший, а чим більше прагматиків, тим він є напруженішим;

- Припущення стосовно того, що сприятливий соціально-психологічний клімат залежить від тенденцій поведінки «комунікабельність» та «уникання боротьби» підтвердилися, а стосовно тенденції «залежність» - не підтвердилися.

Доброзичлива атмосфера в групі – це результат зусиль кожної людини, що входить до цієї групи.

Для кураторів та викладачів, що працюють у колективах з напруженим соціально-психологічним кліматом, пропонуємо обрати методику І.П. Іванова - створення студентського колективу як засобу виховання і становлення особистості, колективу, який зможе забезпечити стійкість юної особи не лише в своєму середовищі, а й у найскладніших стосунках з іншими людьми. Умовами його створення є:

- проведення суспільно важливої (для колективу) та особисто важливої (творчої діяльності);

- активізація самоврядування шляхом систематичної зміни активу, почергового перебування в ролі і організаторів і виконавців;

- своєчасне висунення нових перспективних напрямів роботи

- позиція педагога як старшого товариша і радника.

*Габрук Наталія*

### **ПІДГОТОВКА МЕДИЧНИХ СЕСТЕР БАКАЛАВРІВ ДО УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

Кафедра "Сестринська справа"

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.Й. Шатило

КВНЗ "Житомирський інститут медсестринства"

Житомир, Україна

**Актуальність теми.** Обґрунтований підхід щодо необхідності перегляду правил прийому абітурієнтів на відділення "Медична сестра бакалавр" на основі психограм, основним показником побудови якої виступає критерій наявності в структурі особистості абітурієнта психологічних якостей, що є найбільш значимими для його успішного навчання та подальшої професійної діяльності.

**Мета роботи** полягає в тому, щоб розробити модель індивідуальних психологічних якостей студентів, як основу визначення придатності і психологічної готовності до майбутньої управлінської діяльності.

Сфера діяльності медичних сестер поступово розширюється і включає все більше медичних процедур, які раніше виконувались лікарями. Медична сестра бакалавр повинна мати навички планування та проведення висококваліфікованого самостійного догляду за пацієнтами, надавати допомогу для вирішення функціональних, соціальних та психологічних проблем на високому рівні.

**Висновок:** Сучасний стан розвитку освіти, зокрема медичної, вимагає істотних змін. Підготовка кадрів завжди була головним напрямом розвитку будь якої країни світу. Найбільш поширеною в системі охорони здоров'я є професія медичної сестри.

*Гуменюк Оксана*

### **РОЛЬ ОПЕРАЦІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПОПЕРЕДЖЕННІ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНОЇ ІНФЕКЦІЇ**

Кафедра "Сестринська справа"

Науковий керівник: канд. мед. наук А.М. Чугрієв

КВНЗ "Житомирський інститут медсестринства"

Житомир, Україна

**Актуальність теми.** Всесвітня організація охорони здоров'я розглядає внутрішньолікарняні інфекції (ВЛІ) як серйозну проблему в суспільній охороні здоров'я у зв'язку з їх глобальним поширенням, тривалим і важким перебігом, несприятливими безпосередніми та віддаленими наслідками. Впродовж останніх років проблема профілактики та лікування ВЛІ залишається однією із основних причин захворюваності та смертності госпіталізованих хворих

**Мета дослідження** - дати наукове обґрунтування, розробити та впровадити модель профілактики внутрішньолікарняних інфекцій у відділеннях отоларингології та хірургії. Провести дослідження професійної ролі медичної сестри в створенні безпечного лікарняного середовища. Для досягнення мети використовувалися методи системного підходу та структурно-логічного аналізу, статистичний, інформаційний, медико-соціологічний, експертних оцінок, описового моделювання.

Встановлено що основне вирішення проблеми внутрішньолікарняних інфекцій – це усвідомлення небезпеки, навчання, розуміння та дотримання правил протиепідемічного режиму. Для профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в стаціонарах хірургічного профілю є необхідним дотримання всіх гігієнічних вимог, які регламентують роботу лікувального закладу та дотримання епідеміологічних правил.

**Висновки:** Тож перед сучасною медициною постає додаткове завдання - протидія внутрішньолікарняним інфекціям, які не лише ускладнюють перебіг хвороб у пацієнтів, але і є причиною професійного інфікування медичних працівників. Зростання внутрішньолікарняних інфекцій вимагає від відомчих установ та закладів охорони здоров'я невідкладних та ефективних заходів щодо зменшення ймовірності захворювань як серед пацієнтів, так і серед медичного персоналу.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Гутченко Катерина, Шевчук Олександр, Шемчук Оксана, Сокирко Дмитро*

### **ОЦІНКА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПРИЙМАЛИ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ, ЯК ОДНОГО З ФАКТОРІВ УСПІШНОЇ ПРЕВЕНТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ БОЙОВОГО СТРЕСУ**

Кафедра організації медичного забезпечення збройних сил  
Науковий керівник: д-р мед. наук М.І. Бадюк  
Українська військово-медична академія  
м. Київ, Україна

Бойовий стрес серед військовослужбовців, які брали участь у збройних конфліктах, особливо серед поранених, останнім часом набув масового характеру. Для успішної превентивної реабілітації військовослужбовців з бойовим стресом необхідним є вивчення дотримання вимог здорового способу життя.

Оцінка здорового способу життя військовослужбовців, які приймали участь у збройних конфліктах, були оцінені за результатами медико-соціологічного опитування із застосуванням спеціально розробленої анкети. Діагностику посттравматичного стресового розладу (ПТСР) проводили із застосуванням шкали ПТСР.

Результати статистичного аналізу показали, що достовірно вищий бал за шкалою ПТСР був виявлений у військовослужбовців-учасників бойових дій, які палять тютюн більше 20 років, порівняно з тими, які не палили ( $p < 0,05$ ); які сплять до 6 або 6–7 годин на добу, порівняно з тими, які сплять 7–8 годин на добу ( $p < 0,001$ ). Установлено достовірно позитивну залежність між індексом маси тіла та ПТСР ( $\chi^2 = 13,094$ ;  $p = 0,042$ ). Нижчий рівень ПТСР мають військовослужбовці, які займаються спортом, порівняно з тими, які не займаються ( $p = 0,017$ ); які дотримуються режиму харчування ( $p = 0,053$ ). Достовірно вищий бал ПТСР був виявлений у військовослужбовців, які мають високий рівень психоемоційного навантаження на робочому місці, порівняно з тими, які мають помірний рівень ( $p < 0,001$ ); які не дотримуються режиму праці та відпочинку, порівняно з тими, які дотримуються ( $p < 0,05$  та  $p < 0,01$  відповідно), які схильні до довготривалого переживання негативних емоцій ( $p < 0,001$  та  $p < 0,01$  відповідно). Військовослужбовці, які вище оцінюють стан свого здоров'я, мають достовірно нижчий рівень ПТСР ( $p = 0,001$ ).

Отримані дані підтверджують необхідність проведення медико-організаційних заходів направлених на профілактику бойового стресу та формування здорового способу життя у військовослужбовців, які приймали участь у збройних конфліктах, та у Збройних Силах України в цілому.

*Демків Євген, Бучинський Михайло, Гаврилюк Сергій, Томечек Маріо*

### **СОЦІАЛЬНІ ПАРАДИГМИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ**

Кафедра медичної біоетики і деонтології  
Науковий керівник: асист. В.В. Бурий  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Злоякісні новоутворення, які щороку виявляють більш як у 180 тис. осіб, є однією з найнебезпечніших медико-біологічних і соціально-економічних проблем. Щороку від раку помирають майже 90 тис. осіб, з них 35 % — працездатного віку. Чимало авторів (Т. І. Іонова, В. М. Герасименко, С. Mongomerі та ін.) зазначають, що медичний прогноз перебігу онкологічної патології зумовлений якістю життя і характером психологічної адаптації до хвороби.

Метою дослідження було порівняти соціальні парадигми життя онкохворих та студентів-медиків у контексті ракових захворювань.

Було анонімно опитано 40 пацієнтів Тернопільського обласного клінічного онкологічного диспансеру і 40 студентів I і V курсів Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського.

Серед опитаних пацієнтів було 12 жінок і 28 чоловіків, а серед студентів – 26 жінок і 14 чоловіків. За результатами опитування, 17 % онкохворих мають вищу освіту, а 83 % -середню спеціальність.

69 % пацієнтів дізналися про свій діагноз рік тому, 20 % відсотків борються з недугою більше 5 років. У 56 % пацієнтів онкологічного відділення не змінилося ставлення до людей та світу після встановлення діагнозу, у 30 % воно змінилося у кращу сторону, а у 14 % у гіршу. Проте серед студентів, яким поставили дещо перефразоване запитання: «Чи помінялося б ваше ставлення до людей та світу, якби у вас виявили онкологію?», спостерігали іншу тенденцію: 70 % вважає, що ставлення б не змінилося, у 30 % - стало б агресивнішим.

На питання, «що таке хоспіс?» 33 % хворих відповіло правильно, 62 % – відповіли, що не знають, а 5 % вважають це захворюванням. 90 % студентів-медиків відповіло правильно

*Демків Євген, Бучинський Михайло, Гаврилук Сергій, Томечек Маріо*

**ВІРА В БОГА ЯК ДЖЕРЕЛО ВНУТРІШНЬОЇ СИЛИ ДЛЯ БОРОТЬБИ ХВОРОГО  
З ОНКОЛОГІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ**

Кафедра медичної біоетики і деонтології  
Науковий керівник: асист. В.В. Бурий  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Статистика свідчить, що за останні 100 років за рівнем захворюваності та смертності онкопатологія змістилася з десятого місця на друге. Метою дослідження було порівняти ставлення до віри в Бога онкохворих та студентів-медиків.

Було анонімно опитано 40 пацієнтів Тернопільського обласного клінічного онкологічного диспансеру студентів-медиків Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського.

Серед опитаних пацієнтів було 12 жінок і 28 чоловіків, а серед студентів - 26 жінок і 14 чоловіків. За результатами опитування, 17% онкохворих мають вищу освіту, а 83% - середню, спеціальну.

75% хворих вірять в Бога та дотримуються церковних традицій, 25% вірять в Бога, але не дотримуються церковних традицій. Серед опитаних студентів 10% вважають себе атеїстами, 90% вірять у Бога, із них 43% не дотримуються усіх церковних канонів.

72% пацієнтів повідомило, що після того, як вони дізналися про свій діагноз, їхня віра в Бога стала міцнішою, адже це допомагає їм впоратися із хворобою.

25% студентів вважає, що одужання залежить від кваліфікації лікаря, 40% – від власної сили волі, а 35% покладаються на Бога. 50% хворих довіряють Божій Волі, 42% вважають лікаря відповідальним за стан їхнього здоров'я, а 8% переконані, що лише власними зусиллями зможуть подолати недугу.

Під час проведення психологічного опитування у 25% і 5% пацієнтів було діагностовано депресію легкого та середнього ступеня. У 5% студентів визначалася депресія легкого ступеня.

Таким чином, паралельно із медикаментозним лікуванням повинна бути запропонована відповідна психологічна допомога пацієнтам із онкологічними захворюваннями.

*Донець Оксана*

**ВИЗНАЧЕННЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНИХ АНТИТІЛ У ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ**

Кафедра лабораторія імунного типування  
Науковий керівник: д-р. мед. наук Г.М. Дзизик  
ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України»  
м. Київ, Україна

В діагностичному процесі захворювань, за яких спостерігається тромбоцитопенія, важливу роль відіграє наявність антитромбоцитарних антитіл, які індукуються антигенами, що розташовані на мембрані тромбоцитів. Антигени тромбоцитів відносяться до трьох видів специфічності – еритроцитарні-системи АВ0; лейкоцитарні-системи HLA; власне тромбоцитарні PLA.

**Мета.** Визначити наявність антитромбоцитарних антитіл при різних гематологічних захворюваннях для уточнення діагнозу

**Матеріали і методи.** Дослідження проводилось у 25 пацієнтів, хворих на ідіопатичну тромбоцитопенічну пурпуру (ІТП, хворобу Верльгофа-12 осіб), гостру гемолітичну анемію (5 осіб), аутоімунний гепатит С (1особа), гострий гемолітико-уремічний синдром (ГУС -7осіб). Для виявлення антитромбоцитарних антитіл у пацієнта набирали 6 мл венозної крові в хімічно чисті пробірки з додаванням 2 мл 5 % трилону Б (пробірка №1), старанно перемішували, а також окремо в суху чисту пробірку – ще 5 мл крові ( пробірка №2). Кров в пробірці № 2 центрифугували при 1500 об/хв, протягом 10хв. – отримували нативну сироватку. Сироватка повинна бути свіжою для збереження комплекменту. Для отримання тромбозавису пробірку №1 центрифугували 20 хв при 1500 об/хв, надосад перенесли в чисту силіконову пробірку та центрифугували ще 20хв при 3000 об/хв. Після злиття надосаду, до осаду додавали кілька крапель льодового розчину NaCl. У нову пробірку вносили 0,05 мл тромбозавису та 0,15 мл власної сироватки, отриманої з пробірки № 2, перемішували, вносили в Камеру Горяєва, підраховували кількість тромбоцитів у 5 малих квадратах, потім поміщали камеру Горяєва у вологу камеру та ставили в термостат на 1 год при Т° 37°С, після термостатування проводили повторний підрахунок тромбоцитів. Результат розраховували за формулою: різницю в кількості клітин до і після термостатування множили на 100 і ділили на кількість клітин до поміщення в термостат. Отриманий результат виражали в %

**Висновки.** За результатами дослідження у семи з дванадцяти (58,3 %) пацієнтів з ІТП показник був вище норми (N ≤ 30 %) та складав 33 %; 38,2 %; 45 %; 53 %; 56,5 %; 60 %, 88 %. Тромболітична активність сироватки у хворого на аутоімунний гепатит С – 63%. У двох з семи пацієнтів з ГУС та хронічній нирковій недостатності тромболізини становили 67 % та 31, 7% відповідно, при гемолітичній анемії були в межах норми. Отже, метод визначення антитромбоцитарних антитіл є важливим діагностичним критерієм, який сприяє уточненню діагнозу. Наступним етапом буде встановлення специфічності виявлених антитіл.



*Єфіменко Тетяна, Фурдик Володимир*

**ФАКТОРИ ВИНИКНЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ**

Кафедра організації медичного забезпечення збройних сил  
Науковий керівник: канд. мед наук С.М. Рудинська  
Українська військово-медична академія  
м. Київ, Україна

Зміна умов діяльності медичної служби Збройних Сил (ЗС) України, в тому числі ведення антитерористичної операції (АТО) на сході країни, супроводжуються підвищеним стресогенним впливом на психіку військовослужбовців. Зростаюча кількість субреактивних та гострих реактивних станів серед військовослужбовців, які приймали участь у проведенні АТО, диктує потребу у належному психологічному забезпеченні з боку медичної служби ЗС України та вимагає вивчення шляхів його удосконалення.

**Мета дослідження:** за даними літературних джерел виявити фактори ризику, що впливають на виникнення бойового стресу (БС) і посттравматичних стресових розладів (ПТСР) з метою подальшого впливу на них.

**Результати дослідження:** Результати досліджень осіб, що у минулому брали участь у бойових діях або у ліквідації аварії на ЧАЕС, свідчать про те, що у 19 % ветеранів війни в Афганістані був виявлений клінічний варіант ПТСР, окремі симптоми – у 25 % (Шестопалова Л.Ф.).

За період ведення АТО психіатричні відділення військових та цивільних закладів охорони здоров'я почали поповнюватися військовослужбовцями-учасниками АТО з діагнозом «Посттравматичний стресовий розлад». У лютому-березні 2015 року у психіатричному відділенні ГВМКЦ «ГВКГ» проходило лікування більше 500 військовослужбовців ЗС України (Сироп'ятов О.Г.).

Наведене вимагає вивчення факторів ризику, аналізу та розробки заходів щодо зменшення частоти виникнення та наслідків ПТСР.

Серед факторів, що мають вплив на розвиток ПТСР, можливо виділити такі, що а) залежать від характеристик бойової діяльності; б) залежать від вихідного стану військовослужбовця та в) соціальні, етнічні, релігійні, сімейні та інші обставини, що додатково сприяють інтенсифікації проявів ПТСР.

**Висновки:** Найбільш ефективними засобами запобігання негативного впливу екстремальних подій, за даними літературних джерел, є впровадження заходів з профілактики ПТСР. Профілактика ПТСР можлива вже при підготовці військовослужбовців до ведення бойових дій та при наданні першої медичної допомоги, що попереджатиме розвиток гострих реактивних станів та кількість випадків останніх.

*Жила Любов, Думенько Лілія*

**БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ОХОРОНИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я**

Кафедра медичної біоетики та деонтології  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Т.І. Толокова  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність дослідження:** Проблема збереження репродуктивного здоров'я за своєю значущістю, перспективністю, стратегічним характером на сьогодні є однією з найбільш актуальних, оскільки збільшується кількість випадків безплідності, гінекологічних захворювань, абортів і патологічного перебігу вагітності. Захворювання репродуктивної системи за останні роки притаманні молодим особам з юного віку.

**Мета дослідження:** Дослідити взаємозв'язок рівня соціальної фрустрації і емоційного інтелекту і ставлення студентів до репродуктивного здоров'я.

**Методи і матеріали** Проведено опитування студентів-медиків 1, 5 курсів методом анкетування для виявлення ставлення до особистого репродуктивного здоров'я. Використано «Методику оцінки емоційного інтелекту» і «Методику діагностики рівня соціальної фрустрації Л.І.Васермана».

**Результати дослідження:** Низький рівень емоційного інтелекту було виявлено у 66 % обстежених студентів. Рівень соціальної фрустрації у 17 % студентів V курсу був помірний, тоді як у всіх першокурсниць цей рівень низький. У студенток I курсу анкетуванням виявлено страх, тривожність перед візитом до гінеколога(53 %), але високий рівень довіри до лікаря(97 %) в порівнянні з п'ятикурсницями(35 %). Спільним для усіх респондентів усвідомлення, що у зв'язку із порушенням жіночого здоров'я виникнення проблем з дітонародженням(81 %); наявність психологічних комплексів через проблеми із жіночим здоров'ям більше притаманна старшокурсницям(30 %).

**Висновки:** Першочергово важливо внести зміни в психологічне здоров'я студентів-медиків, адаптувати свідомість до сучасних умов стосовно власного репродуктивного здоров'я, що дасть можливість попередити порушення в даній сфері та якісно надати необхідну допомогу.

*Іванюк Андрій, Ясіновський Олег*

**ВПЛИВ ПИТНОЇ ВОДИ З РІЗНИМ ВМІСТОМ СТЕАРАТУ КАЛІЮ В КОМБІНАЦІЇ З МАРГАНЦЕМ НА ПЕРЕКИСНЕ ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ В ОРГАНІЗМІ СПОЖИВАЧІВ**

Кафедра загальної гігієни та екології  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.В. Лотоцька  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

В останні десятиріччя до числа найбільш розповсюджених і небезпечних речовин, що забруднюють поверхневі та ґрунтові води, належать поверхнево-активні речовини (ПАР) і важкі метали (ВМ), які при надходженні з питною водою, навіть в невеликих концентраціях, можуть негативно вплинути на печінку, яка є основним органом, що забезпечує захист чистоти внутрішнього середовища організму. Саме в ній знаходяться основні ферментні системи, які здійснюють біотрансформацію і детоксикацію ксенобіотиків. Тому вона часто підлягає хімічній агресії, адже більшість токсикантів мають гепатотропну спрямованість своєї токсичної дії або метаболізуються в ній.

**Мета** – дослідити вплив питної води з різним вмістом стеарату калію (СК) в комбінації з марганцем на процеси перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) та стан антиоксидантного захисту (АОЗ) в організмі піддослідних тварин.

Досліди проводилися на білих безпородних щурах, які впродовж 30 днів споживали з автопоїлок воду з різним вмістом стеарату калію. Через 25 днів від початку експерименту кожную дослідну групу поділили на 2 підгрупи, одній з яких було внутрішньошлунково введено марганець хлорид в дозі 1/20 від ЛД50. В гомогенаті печінки визначали вміст ТБК-активних продуктів та кількість дієнових (ДК) і трієнових кон'югатів (ТК). Стан АОЗ оцінювали за активністю супероксиддисмутази (СОД) і каталази (КТ).

В результаті проведених досліджень було встановлено, що тривале вживання піддослідними тваринами води з концентраціями стеарату калію 125,0 і 62,5 мг/дм<sup>3</sup> негативно впливає на стан клітинних мембран гепатоцитів, викликаючи активацію процесів ПОЛ та зростання ДК, ТК і ТБК-активних продуктів в 1,8 – 1,5 разів. Відмічалось зменшення активності СОД від 2,4 до 1,8 разу в порівнянні з контрольною групою і КТ - в 1,9 - 1,2. Всі зміни носили достовірний характер.

**Висновки:** Комбінація стеарату калію з марганцем навіть після одноразового введення останнього посилює його токсичну дію, про що свідчило більш виражена активація процесів ПОЛ та пригнічення активності ферментів антиоксидантного захисту.

*Карп'юк Ірина*

**РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ М. ТЕРНОПІЛЯ**

Кафедра загальної гігієни та екології  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.В. Лотоцька  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Аналіз статистичних даних і результати наукових досліджень протягом останнього десятиріччя свідчать про значне зростання захворюваності школярів, частий перехід гострих захворювань у хронічні форми.

У зв'язку з цим метою дослідження було вивчити регіональні особливості загальної захворюваності школярів м. Тернополя в динаміці за останні 3 роки. Були застосовані такі методи: інформаційно-аналітичний, статистичний та порівняльного аналізу.

За даними профілактичних медичних оглядів у структурі загальної захворюваності перше місце щорічно посідали хвороби органів дихання, хоча і відмічалось щорічне зменшення кількості дітей з даними захворюваннями. Темп спадання поширеності цієї патології за останні 3 роки склав майже 22 %. Рівень патології органів дихання певною мірою залежить від дотримання повітряно-температурного режиму, стану забруднення навчальних приміщень, наявності шкідливих звичок в учнів і т.п.

Друге місце посіли інфекційні та паразитарні хвороби. Темп приросту поширеності цієї патології за останні 3 роки склав 84 %. На третьому місці серед виявленої патології у школярів були хвороби очей. Щорічно спостерігався ріст кількості даної патології серед дітей від 0 до 14 років. Так, за останні три роки приріст хвороб очей становив 39 %. Четверте і п'яте місця займали хвороби травної і кістково-м'язової систем. Щорічно виявляються діти з хворобами ендокринної системи та хворобами крові.

**Висновки:** Проведені дослідження свідчать про те, що в сучасних освітніх закладах міста порушуються гігієнічні принципи організації навчального процесу, постійно підвищується навчальне навантаження учнів, розклади занять формуються без врахування динаміки працездатності учнів протягом дня і тижня. У загальноосвітніх школах порушуються гігієнічні принципи організації навчального процесу: виявляються випадки скорочення перерв, порушення граничнодопустимого навчального навантаження, розклади уроків складаються без урахування шкали важкості предметів. Потребує покращення організація харчування та медичного обслуговування учнів ЗОШ.

*Кіндратів Іван, Курило Надія*

**ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ АБОРТУ В КОНТЕКСТІ БІОЕТИКИ**

Кафедра філософії та економіки  
Науковий керівник: канд. хім. наук, викл. О.В. Шуст  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

**Актуальність.** Якщо мати може вбити дитину, то що може втримати від вбивства один одного?

**Мета.** Висвітлити психологічні розлади у жінок внаслідок абортів.

**Методи.** Аналітичний, феноменологічний, герменевтичний.

**Результати.** В протоколі сорокової сесії Європарламенту зазначено: «Не зважаючи на те, що людський ембріон у своєму розвитку проходить послідовні стадії, визначені конкретними термінами (зигота, морула, бластоциста, ембріон, плід), хоч як організм, він поступово диференціюється, проте постійно зберігає неперервність і генетичну ідентичність».

У 1987 р. Американським Товариством Психіатрів виокремлено посттравматичні розлади, що спостерігаються після абортів – ПАД (постабортний дистрес) та ПАС (постабортний синдром).

ПАД найчастіше з'являється впродовж перших 3-6 місяців після абортів та має характер гострих реакцій. Жінка відчуває фізичний та психологічний біль, душевну пустку, розлад власного образу та сну, втрату мети життя, особисті конфлікти. Згідно зі статистичними дослідженнями ПАД переживає 15 % жінок, але його поява спостерігається в 30 %.

Підвищена психологічна вразливість у жінок після абортів спостерігається через різке зниження рівня гормонів естрадіолу і прогестерону. Коренем постабортних розладів є порушення Заповіді: «Не вбий», що залишає незгладимий слід у причетних до абортів осіб.

ПАС починається за кілька років після здійснення абортів та не залежить від світогляду та моральної вразливості жінки. Більшість жінок з ПАС переносять психологічну травму, підвищену реакцію на значущі для неї події, тривалі емоційні переживання, відчуття безпорадності, безнадійності, горя, недовіри, жалю, знижене почуття власної гідності, руйнування взаємовідносин, погіршення комунікації, досвідчення провини, неспокою, порушення сну, зниження самооцінки, відчуття незахищеності, відсутність підтримки найближчих осіб. На депресію страждає 92 % матерів та 82 % батьків абортованих дітей.

**Висновок.** Порятунком для постабортного суспільства може стати «побудова цивілізації любові».

*Кіндратів Ігор, Рочко Орест*

**СТРАТЕГІЯ РОБОТИ ЦЕНТРІВ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ТА ДЕМОГРАФІЧНА КРИЗА В УКРАЇНІ:  
БІОЕТИЧНИЙ АСПЕКТ**

Кафедра філософії та економіки  
Науковий керівник :магістр богослов'я, викл. Л.Я. Васьків  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

**Актуальність.** Демографічна криза ставить під сумнів щирість суб'єктів, покликаних впроваджувати механізми, які б забезпечили вихід з цієї ситуації.

**Мета.** Проаналізувати державну програму, яка визначає стратегію роботи Центрів планування сім'ї

**Методи.** Аналітичний, феноменологічний.

**Результати.** В Державній програмі «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року зазначено, що метою програми є формування репродуктивного здоров'я дітей та молоді, удосконалення системи планування сім'ї, збереження репродуктивного здоров'я населення.

В програмі зазначено, що пріоритетними ланками виконання програми є: розроблення стратегії з питань забезпечення населення засобами запобігання «непланованої» вагітності. Таким чином, про підвищення рівня народжуваності в Україні і вихід з демографічної кризи не йдеться, як також і про зменшення рівня абортів, які трансформувалися з хірургічних в фармацевтичні, статистичний облік яких не проводиться. На державному рівні формується стратегія, що суперечить недоторканості людського життя. В цьому документі не йде мова щодо відповідального ставлення до статевості та розуміння легітимності законного подружжя, наслідком чого було б зменшення усіх «непланових» вагітностей. Внаслідок реклами засобів контрацепції серед молоді невпорядковані статеві стосунки поширилися за останнє десятиліття, а разом з тим в різних регіонах України кількість захворювань, що передається статевим шляхом, зросла в 4 -10 разів. Робота центрів планування сім'ї не призводить до позитивних зрушень в сфері репродуктивного здоров'я, оскільки базується на стратегії утилітаризму та гедонізму.

**Висновки.** Необхідно змінити стратегію роботи центрів планування сім'ї на основі засад персоналістичної біоетики. Важливо навчити молодих людей, що сенсом і метою статевої близькості є передавання життя, що шлюб є основною діючою причиною до єднання в любові і відкритості на розмноження.

*Ковида Дмитро, Рудинська Софія*

**ЛІДЕР-ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД В ПІДГОТОВЦІ КЕРІВНИКІВ  
МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

Кафедра організації медичного забезпечення збройних сил

Науковий керівник: д-р мед. наук М.І. Бадюк

Українська військово-медична академія

м. Київ, Україна

На сучасному етапі розвитку Збройних Сил України, їх реорганізації та в контексті нових вимог, що висуваються веденням антитерористичної операції на сході, актуальною стає проблема підготовки офіцерів-керівників медичної служби, здатних ефективно вирішувати комплекс управлінських завдань, що виникають перед керівним апаратом. Як основні якості маються на увазі в першу чергу спроможність проявити індивідуально-психологічні риси (комунікативні, лідерські і організаторські здібності, інтелект тощо.).

Особистісні якості повинні бути підкріплені системою підготовки і перепідготовки управлінських кадрів медичної служби, де основна увага повинна приділятися розвитку значущих управлінських вмінь і навичок керівників (вміння вирішувати проблеми, формувати колектив, навчати і передавати управлінський досвід та ін.).

Лідерство - це влада, яка не потребує застосування сили, хоча і має її. Наявність лідера забезпечує переваги у процесі прийняття нестандартних рішень, а також у виконанні їх сформованим колективом однодумців.

За вимогами міжнародних стандартів якості підготовка керівників повинна здійснюватись постійно, особливо у період, що передує підвищенню управлінської посади та спрямовуватись не тільки на професійне зростання, але й на психологічну готовність керівника використовувати нові форми управління та новий рівень ініціативи та відповідальності в прийнятті рішень.

Таким чином, при відборі кандидата на керівну посаду перш за все необхідно проводити аналіз наявності здібностей до лідерства. Такі риси характеру можна виявляти за допомогою тестувань, рольових ігор та безпосередньої бесіди в колективі чи індивідуально. Наступним етапом в підготовці ефективного керівника повинно бути постійне професійне та психологічне удосконалення шляхом проведення цільових циклів та тренінгів. Розвиток лідерських якостей може відбуватися й шляхом введення курсу лідерства як окремого предмета у вищих навчальних закладах з підготовки спеціалістів медичної служби.

Дослідження особливостей формування лідерської спрямованості у майбутніх керівників медичної служби є важливим завданням у контексті підвищення ефективності діяльності.

*Коломієць Олена*

**ПРОБЛЕМА ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ**

Кафедра "Сестринська справа"

Науковий керівник: канд. мед. наук В.О. Заболотнов

Житомирський інститут медсестринства

м. Житомир, Україна

**Актуальність.** Однією з актуальних проблем охорони здоров'я України є профілактика та лікування серцево-судинних захворювань, оскільки саме вони в найбільшій мірі визначають смертність населення. Причому показники передчасної підліткової смертності від захворювань системи кровообігу в Україні один з Найвищого в Європейському регіоні.

**Мета:** Виявити фактори ризику серцево-судинних захворювань у дітей підліткового віку.

**Матеріал дослідження.** Для Досягнення мети Використано клініко-статистичний метод та анкетування 40 підлітків у віці 15-17 років.

**Результати: в результаті** аналізу отриманих даних Було виявлено, що 35 % учнів відчувають собі значно навантаження в школі, 60 % респондентів зазначили у них наявність шкідливих звичок (вживання алкоголю, куріння). На питання «Як часто Ви порушуєте правила ведення здорового способу життя?» Жоден з опитаних не дав відповідь «ніколи не порушую». Проводять перед комп'ютером, або телевізором 1-2 годин на добу 42,5 % підлітків і більше двох годин 12, 5 % підлітків. Не дивно, що на питання « Скільки годин ви проводите на свіжому повітрі ?» Відповідь інколи 1-2 рази на тиждень дали 20,0% опитаних, а ні, дуже рідко - 40,0 %. Було з'ясовано що, у 60 % респондентів в рідних наявні хвороби серця. Поєднання спадковості і подібного способу життя 40 % підлітків відзначають наявність болю в ділянці серця, вранці перед навчання відчують себе втомлюваність і безсилля кожен четвертий опитаний.

**Висновок:** Сумісна робота медсестри разом з педагогічним колективом та батьками повинна бути спрямована на зміцнення здоров'я дітей підліткового віку в першу чергу у виконанні адекватних фізичних навантажень, усунення малорухливого способу життя.

*Крупа Тетяна, Зав'ялець Любомир*

**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИРІШЕННЯ ПИТАННЯ ШВИДКОГО ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЙ  
ОПЕРОВАНИХ КУЛЬЦОВОГО ТА КОЛІННОГО СУГЛОБІВ**

Хмельницький обласний центр МСЕ  
Хмельницьк. Україна

Не дивлячись на значний прогрес сучасної ортопедичної хірургії в системі охорони України щільне місце займає медична реабілітація (МР).

Проведено аналіз 543 пацієнтів, що перенесли ендопротезування: кульшового – 427, колінного -116 хворих. Більша частина пацієнтів були працездатного віку. Звичайно, такі складні оперативні втручання проводилися після довгих років консервативного лікування, перебування на відновній групі інвалідності. МР потерпілих будували за принципами трьохетапності: – до, – операційний і післяопераційний періоди.

В доопераційному періоді пацієнти проходили всестороннє обстеження, зокрема, виявлення супутньої патології (ендокринна, надлишок ваги, наявність остеопорозу), вивчалися відсоток зменшення об'єму рухів у суглобах за рахунок абсолютних обмежень рухів, що планувалося усунути шляхом заміни суглоба. У цьому періоді використовували весь комплекс механотерапії, санаторно-курортне лікування.

Другий етап МР розпочинали з дня госпіталізації пацієнтів у відділення під наглядом досвідченого інструктора ЛФК. На 2 – 3 день після операції проводилися рухи в оперованому суглобі, 3 – 4 дня ходьба на милицях. До 5 – 6 дня об'єм рухів доводили до рівня, що був зменшений за рахунок м'якотканних компонентів. Після зняття швів з рани проводилося відновне лікування контрактур оперованих і суміжних суглобів, набутих гіпотрофій м'язів, фіксованих установок хребта. В комплекс МР у цьому періоді включалися: самостійна ходьба, механотерапія, масаж, електроміостимуляція, розсмоктуюча терапія, санаторно-курортне лікування (Бердянськ, Куяльник, Хмільник). Використовуючи таку диференційовану, індивідуальну методику МР мали такі результати: серед оперованих на колінному суглобі повне відновлення функції суглоба було досягнуто у 7 пацієнтів до 3-х місяців, у решти до 3 – 6 місяців. Після ендопротезування кульшового суглоба у половини пацієнтів відновлення функції наступило до 8 – 10 місяців, друга половина через 12- 14 місяців, що було зумовлено ураженням суміжних суглобів, хребта.

Таким чином, використана нами МР дозволила, у більшості випадків, досягти добрих анатомічних і функціональних результатів, знизити відсоток інвалідності і відновити працездатність пацієнтів.

*Кузнєцова Дар'я, Деонега Анна*

**ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ ПРОТИ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ВІЛ СЕРЕД МОЛОДІ**

Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Л.І. Чумак  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

Щоденно кількість заражених ВІЛ зростає. За даними Unicef більшість нових випадків інфікування має місце серед молодих людей 15-25 років, здатність молоді захиститись від ВІЛ залежить від їх власної безпечної поведінки, що здебільшого обумовлюється обізнаністю про шляхи передачі вірусу.

**Мета дослідження.** Визначити рівень обізнаності серед школярів про шляхи розповсюдження ВІЛ та запропонувати схему профілактики ВІЛ.

**Матеріали та засоби.** Проведено анкетування учнів середніх шкіл м. Харкова 15-16 років. Респондентам запропонували обрати можливі шляхи поширення вірусу. Проаналізована направленість профілактичних програм, що проводились у м. Харків.

**Результати.** Опитано 264 респондента. Згідно результатів 88% школярів знають, що ВІЛ розповсюджується статевим шляхом, 72% знають про можливість зараження під час трансфузії крові, 64% - під час повторного використання ін'єкційних голок, 48% позначили вертикальний шлях, 48% вважають можливим зараження разом із введенням у вену наркотиків, приблизно по 12 % респондентів обрали варіанти «передається із укусами комах», «через повітря», «із поцілунками». Рівень освіченості визначений як недостатній. Ми провели моніторинг програм по підвищенню обізнаності серед молоді, що діють на території Харківщини. Виявилось, що більшість заходів, що проводяться серед молоді більш спрямовані не на профілактику захворюваності взагалі, а на виявлення носіїв вірусу та поліпшення якості життя хворих. Харківський обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом не має цілеспрямованого плану по роботі із молоддю, а державну програму виконує однобоко. При цьому урядові програми з профілактики у Харкові діють обмежено, усі заходи зазначеної тематики проводяться благодійними організаціями та не мають широкого розповсюдження. Враховуючи результати дослідження ми пропонуємо удосконалення превентивної роботи з молоддю на всіх рівнях, враховуючи державну політику, систему надання медичної допомоги із залученням громадських та релігійних організацій.

*Курило Надія, Кіндратів Ігор*

**КСЕНОТРАНСПЛАНТАЦІЯ: МЕДИЧНІ ТА ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ**

Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)  
Науковий керівник: магістр богослов'я, викл. К.Б. Білецька  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

**Актуальність.** Сьогодні пересадка органів від людини-донора пододала експериментальну фазу, досягаючи у багатьох випадках високого рівня терапії для різних видів патологій. Завдяки трансплантології сотні тисяч осіб отримали шанс на життя. Однак ця медична галузь зіткнулась із проблемами відторгнення та недостатці органів для трансплантації. Останню проблему намагаються вирішувати, зокрема, вдаючись до ксенотрансплантації.

**Мета.** Окреслити медичні та етичні проблеми стосовно застосування ксенотрансплантації.

**Матеріали і методи.** Аналітичний.

**Результати.** Ксенотрансплантація – це трансплантація органів, тканин або клітин від одного біологічного виду до іншого. Сьогодні людині-реципієнту пересаджено клапани серця свині, проведено трансплантацію шкіри свині, вирощено культуру клітин панкреатичних острівців поросят (лікування інсулінозалежного цукрового діабету) та ін. Однак досвід міжвидової пересадки органів є досить обмеженим. Зокрема, ВООЗ зазначає три ключові медичні проблеми, з котрими можуть стикнутися лікарі, виконавши ксенотрансплантацію. Це неадекватна фізіологічна функція, відторгнення імплантованого матеріалу та ризик передачі серйозних і/або нових інфекційних хвороб людині-реципієнту. Щодо етичних застережень, то трансплантація людині тваринних статевих залоз чи мозку слід відкинути як аморальні. В інших випадках потрібно враховувати співвідношення успіху та негативного результату, поінформованість та добровільну згоду реципієнта, його релігійні переконання, психологічну сумісність особи з думкою про життя з органом від відмінного виду.

**Висновки.** Ксенотрансплантація дає надію багатьом людям на порятунок їхнього життя в умовах дефіциту людських трансплантатів. Однак перш ніж вдаватися до цього виду трансплантації, потрібно вирішити ряд медичних та етичних проблем.

*Лемішка Христина, Смаль Марія, Миронюк Василь*

**ПРИЧИНИ ВІДМОВИ ВІД ДОНОРСТВА КРОВІ**

Кафедра медичної біоетики і деонтології  
Науковий керівник: доц. Коваль М. І.  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України"  
м. Тернопіль, Україна

Останніми роками забезпечення медичних закладів компонентами і препаратами крові знизилося до критичного рівня, а число хворих, які потребують для лікування кров, зростає. Кількість заготовленої донорської крові та її компонентів постійно знижується. Зменшується і чисельність самих донорів.

Однією з головних причин, які зумовлюють дефіцит донорської крові та її компонентів є відсутність системної пропаганди донорства – як акту безоплатної самопожертви на благо осіб, які потерпають через проблеми зі здоров'ям.

З метою оцінки ефективності джерел інформації, а також аналізу причин відмови від донорства крові нами було проведено анонімне анкетування 76 студентів 3-го курсу Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського.

Студентам пропонувалася адаптована до донорства анкета, в якій потрібно вказати причини участі та відмови, які могли б вплинути на їх рішення здати кров, попередній досвід, джерела інформації про донорство.

65,7 % опитаних вважає, що популяризацією донорства крові має займатись центр переливання крові, 26,3 % – навчальні заклади, 4 % – церква 4 % – сім'я.

23,5 % від всіх опитаних студентів категорично заперечують свою участь у донорстві крові. У 50 % випадків причиною відмови є страх заразитися інфекційними хворобами, 25 % опитаних вважають, що донорство є протиприродним і шкідливим для здоров'я, ще 25 % не бажають ставати донорами з релігійних переконань.

На основі аналізу отриманих результатів можна зробити висновок, що для залучення до участі в донорстві крові молодих, здорових, соціально-адаптованих безкоштовних донорів важливим є вдосконалення пропаганди донорського руху (лекції, робота з ЗМІ, проведення виїзних донорських акцій та кампаній), а також зниження факторів тривожності (інформація про безпечність, особливості процедури здачі крові, доброзичлива атмосфера на донорських пунктах).

*Лабівка Оксана*

**ФІЛОСОФІЯ ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ**

Кафедра філософії та суспільних дисциплін  
Науковий керівник: канд. філософ. наук Т.Б. Кадобний  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Наш глобальний світ ставить перед нами все нові виклики, все нові складні запитання, на які немає легких відповідей. На нашу думку, філософія майбутнього фахівця медичної сфери повинна бути спрямована не тільки на надання медичної допомоги, а й на заходи зміцнення здоров'я людей, застосування нових здоров'язберігаючих технологій та повернення до багатовікових традицій української народної медицини. Звичайно, здоров'я людини залежить від багатьох чинників, але в даному дослідженні ми проаналізуємо фактор впливу води та продуктів харчування на здоров'я кожної конкретної людини.

Це є особливо актуальним і надзвичайно важливим в наш час - час неякісної питної води та генно-модифікованих продуктів.

Вода - це основа життя, без якої не можливе існування людини, яка на 60-70 відсотків складається з рідини.

Забруднення атмосфери, викиди шкідливих речовин у наші водні артерії, перенасичення хімічними добривами та ерозія ґрунту - це ті основні фактори, які впливають на якість води. Отже, прийшов час повернутися обличчям до природи, покращити екологію та стан наших водних ресурсів.

Проаналізувати багатовікові традиції наших пращурів, ми побачимо, яке важливе значення для них мала вода водоопікування.

Так старослов'янські каплиці, християнські церкви будувалися поблизу озер та річок, або ж у лісі де були цілющі джерела. Маємо приклад Монастирка, Микулнів, Зарваниці, Почаїва та багатьох інших сокральних місць нашої області. Ще арабський письменник Аль-Масуді ( Хст до н.е.) писав, що у наших предків був храм на Чорній горі, який оточували цілющі джерела. Також можна пригадати Скїфів (VII - II ст до н. е.) , які використовували переносні лазні і розуміли цілющий вплив води на здоров'я людини. Цей факт засвідчував у своїй праці "Історію", старогрецький історик Геродот ( Vст до н. е.)

Вже в християнську добу люди вірили в цілющі властивості йорданської води. Звідси й прекрасна традиція українського народу ставити каплички біля джерел з цілющою водою. Буде доречним згадати слова монаха Себастьяна Кнейпа, який зцілював водою і сподівався, що його метод буде використовувати традиційна медицина. Отже, нам потрібно пам'ятати санітарно-гігієнічні та оздоровчі технології наших предків, пов'язаних з водою. Це і водолікування, дотримання гігієнічних умов, відвідування лазень, ходіння босоніж по вранішній росі, загартовування та приймання контрастних водних процедур.

Іншим фактором, який безпосередньо впливає на наше здоров'я, є продукти харчування. У народі кажуть, що ми є те, що ми їмо. Погана екологія, забруднення навколишнього середовища та генна інженерія згубно впливають на якість продуктів, які ми щоденно споживаємо. Багато імпортних екзотичних продуктів, страв швидкого приготування та закладів фастфуду згубно впливають на здоров'я населення і призводять до різних шлункових та інфекційних хвороб.

Потрібно надавати перевагу власним українським продуктам, які сприймає наш організм. Так геніальний український філософ Г. Сковорода закликає до простої їжі та помірному вживанню вина.

Ще з сивої давнини, з часу Трипільської культури та скїфсько - сарматських племен. Наші предки накопичували знання про цілющі трави, зілля, коріння та корисні властивості наших продуктів.

*Лизак Марія-Володимира, Петросюк Софія*

**ПРОБЛЕМИ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ЖІНОК УКРАЇНИ**

Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. В.Л. Смірнова  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Рак молочної залози - найчастіша форма злоякісних пухлин у жінок, що становить близько 19% від усіх злоякісних пухлин, приблизно 4% хворих складають жінки молодші 30 років.

Метою було проаналізувати рівень діагностики раку молочної залози у жінок, оцінити прогноз виживання жінок залежно від стадії раку молочної залози.

В дослідженні використані статистичні дані України та Національного інституту раку.

Кожен рік рівень захворюваності збільшується приблизно на 1%; одна з десяти жінок має шанс захворіти на рак грудей на будь-якому етапі свого життя; кожні 35 - 37 хвилин одній жінці ставлять діагноз рак молочної залози; щогодини одна жінка помирає від цієї недуги. В 80-90% випадків захворювання виявляється самими хворими. При профоглядах цей показник становить 15-18%, а при мамографії - тільки 4-6% випадків. Після закінчення лікування лише 35% хворих отримали докладні рекомендації лікаря щодо реабілітації, 25% хворих не отримали жодних порад. 32% хворих стверджують, що не мали ніякої психологічної допомоги в цей період. Прогноз п'ятирічної виживаності погіршується прямо пропорційно стадії, на якій був виявлений рак молочної залози: при 1 стадії - від 70 до 95%; 2 стадії - від 50 до 80%; 3 стадії - від 10 до 50%; 4 стадії - від 0 до 10%. Якщо говорити про прогноз на термін до 10 років, то картина дещо інша: при 1 стадії - від 60 до 80%; 2 стадії - від 40 до 60%; 3 стадії - від 0 до 30%; 4 стадії - від 0 до 5%.

Слід проводити самостійно пальпацію грудей щомісяця та ультразвукове дослідження один раз на рік, а жінкам у віці після 40 років - доповнювати його мамографією.

*Максимчук Оксана, Романюк Любова*

**СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ**

Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою  
Науковий керівник: доц. Л.М. Романюк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Згідно прогнозів ВООЗ в XXI столітті патологія травної системи в структурі загальної захворюваності населення буде займати одне з провідних місць. Сьогодні у розвинутих країнах відмічається потужне зростання кількості пацієнтів з хворобами органів травлення, яке набуває значення соціальної проблеми.

За рівнем загальної захворюваності населення України хворобами органів травлення у 2013 році, показник склав 180,0 на 1000 осіб, цей клас хвороб посідає третє місце. Питома частка захворювань системи травлення в структурі поширеності хвороб серед всього населення висока і становить 9,6%.

Хвороби органів травлення серед причин смерті займають четверте рангове місце в Україні (починаючи з 2004 року, змінивши хвороби органів дихання). У 2013р. від хвороб органів травлення в Україні померло 27953 осіб, що склало 3,8% від загального числа померлих.

Вагоме третє місце патологія травної системи посідає і в структурі госпіталізації населення. За даними офіційної статистики у 2013р. з приводу хвороб органів травлення лікувались стаціонарно 742516 осіб, або 9,1% від загальної кількості госпіталізованих.

Соціально-медичне значення хвороб органів травлення полягає в тому, що вони займають третє місце в структурі загальної захворюваності та за причинами госпіталізації населення в стаціонарні заклади, четверте – серед причин смерті, шосте - в структурі первинного виходу на інвалідність та серед причин тимчасової непрацездатності.

Проведений аналіз засвідчив, що в Україні хвороби органів травлення мають значну розповсюдженість та стійку тенденцію до збільшення захворюваності. Це дозволяє віднести їх до розряду соціальнозначущих. Тому, на сучасному етапі розвитку та реформування системи охорони здоров'я необхідними є розробка чітких державних програм соціально-медичних, епідеміологічних та лікувально-профілактичних заходів, які будуть спрямовані на зниження захворюваності даною патологією.

*Маркієвська Інна*

**РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРОФІЛАКТИЦІ ІНТЕРНЕТ ЗАЛЕЖНОСТІ У ПІДЛІТКІВ**

Науковий керівник: канд. пед. наук В.О. Коваленко  
КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»  
м. Житомир, Україна

Актуальність. В Україні кількість користувачів Інтернет ресурсів стрімко зростає. Фахівцями ДУ «Інститут неврології, наркології та психіатрії НАМН України» встановлено, що кожна п'ятнадцята особа (6,54%), яка має досвід роботи в Інтернеті, набуває залежності вже у підлітковому віці (від 2 до 6%).

Мета полягає у висвітленні причин Інтернет-залежності серед підлітків та визначенні ролі медичної сестри у її профілактиці.

Матеріали і методи. В ході дослідження ми використовували анкетування, медико – соціологічні методи, методи статистичної обробки кількісних даних.

Виклад основного матеріалу. Тривале перебування перед монітором дуже небезпечно для здоров'я. Характерними ознаками комп'ютерної залежності підлітків є психологічні та фізичні симптоми.

До перших належить: добре самопочуття або ейфорія за комп'ютером; неможливість зупинитися, збільшення часу перебування за комп'ютером; нехтування сім'єю, друзями; відчуття порожнечі, депресії, подразливості без комп'ютера; неправда батькам про свою діяльність; проблеми з навчанням.

До фізичних симптомів відносяться такі як: оніміння пальців руки; сухість в очах; головний біль; біль у спині; нерегулярне харчування; нехтування особистою гігієною; розлади сну, зміна режиму дня тощо.

До основних причин комп'ютерної залежності підлітків належить: відсутність або недовік спілкування і теплих емоційних стосунків у сім'ї. Коли батьки чи інші близькі рідні не приділяють підліткові часу, мало запитують його про його думки і почуття, про те що дійсно хвилює його і тривожить. Відсутність у підлітка серйозних захоплень, інтересів, хобі, прив'язаностей не пов'язаних з комп'ютером. Невміння підлітка налагоджувати бажані контакти з оточенням, відсутність друзів.

Комп'ютерну залежність легше попередити. Тому медична сестра може виявити причини і симптоми Інтернет-залежності, втрутитися у відповідний момент, а в подальшому провести бесіди, як із підлітками так і їх батьками, підготувати пам'ятки-поради, бюлетені тощо.

Висновок. Роль медичної сестри у здійсненні профілактики комп'ютерної залежності у підлітків, а в подальшому подоланні її взагалі.



## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Микита Оксана, Ковида Дмитро*

### **СТАН ПОІНФОРМОВАНІСТІ ЛІКАРІВ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ КЛІНІЧНИХ ЦЕНТРІВ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ ЩОДО ВИКОРИСТАННЯ МЕДИКО-ТЕХНОЛОГІЧНИХ ДОКУМЕНТІВ ЗІ СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ЩО ГРУНТУЮТЬСЯ НА ДОКАЗАХ**

Кафедра організації медичного забезпечення збройних сил

Науковий керівник: д-р мед наук М.І. Бадюк

Українська військово-медична академія

м. Київ, Україна

**Актуальність:** З метою розвитку медичної служби Збройних Сил, згідно Указу Президента України Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 29.12.2012 р. „Про стратегічний оборонний бюлетень України“, розвиток медичного забезпечення буде спрямовано на удосконалення надання медичної допомоги у військових закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) за державними стандартами. На сьогодні, використання медико-технологічних документів (МТД) при наданні медичної допомоги у Військово-медичних клінічних центрах (ВМКЦ) Міністерства оборони (МО) України залишається актуальним.

**Мета:** вивчення стану поінформованості і використання МТД зі стандартизації медичної допомоги серед лікарів ВМКЦ МО України.

**Матеріали:** Нормативно-правові документи щодо стандартизації медичної допомоги у МО України, анкети вивчення поінформованості лікарів ВМКЦ МО України щодо МТД зі стандартизації медичної допомоги.

**Методи дослідження:** системного аналізу, анкетування, статистичний.

**Результати:** Згідно статті 14.1 Закону України від 07.07.2011 р. N 3611- VI «Основи законодавства України про охорону здоров'я», додержання стандартів медичної допомоги є обов'язковим для всіх ЗОЗ. Однак, дослідивши стан нормативно-правової бази системи військової ОЗ України, відомості щодо проведення досліджень з розробки і використання МТД у ВМКЦ нами не виявлено.

З метою визначення обізнаності лікарів ВМКЦ МО України щодо використання МТД, нами було опитано 129 респондентів Львівської, Одеської і Київської областей України та м. Києва.

Результати анкетування показали, що тільки 71% респондентів обізнані з базами даних ДМ і лише 69,8 % лікарів ВМКЦ МО України використовують у своїй практичній діяльності локальні протоколи медичної допомоги.

**Висновки:** 1. Низька обізнаність (71%) лікарів ВМКЦ МО України підтверджує актуальність проведеного дослідження і необхідність покращення роботи серед медичної служби з питань стандартизації медичної допомоги.

2. Незначний рівень поінформованості військових лікарів є одними із причин, що тільки 69,8 % лікарів ВМКЦ можуть застосовувати у своїй практичній діяльності локальні протоколи медичної допомоги

*Осокало Валентина*

### **ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ СТВОРЕННЯ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ ЦЕНТРІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою.

Науковий керівник: доц. Н.Є. Федчишин

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

м. Тернопіль, Україна

У сучасних умовах реформування галузі системи охорони здоров'я постала нагальна потреба у створенні нової організаційної моделі надання первинної медико-санітарної допомоги. На рівні Міністерства охорони здоров'я в рамках реформування галузі медичну допомогу розділили на первинну та вторинну за структурно-функціональним принципом. Законодавчим забезпеченням цих реформ є затвердження наказів МОЗ України стосовно створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). На сьогоднішній день чинним нормативно-директивними документами є наступні накази МОЗ України - наказ №131 від 23.02.2012р., «Про затвердження примірного положення про центр ПМСД та примірних положень про його підрозділи», №129 від 23.02.2012р., «Про затвердження примірних штатних нормативів центру ПМСД» і №132 від 23.02.2012р., «Про затвердження примірного табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають ПМСД».

Основним принципом створення організаційної моделі центру ПМСД є забезпечення належної доступності та якості медичної допомоги, та її ефективності, що буде відображатись у кінцевих результатах діяльності системи охорони здоров'я – покращення основних показників здоров'я населення.

Стратегічними напрямками перетворень та основними організаційними засадами реформування ПМСД в Україні передбачено здійснення наступних заходів:

- остаточний перехід до надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини;
- підвищення доступності медичної допомоги населенню незалежно від місця проживання;
- покращення якості ПМСД та належного оснащення закладів (центрів ПМСД).

В Тернопільській області створена мережа центрів ПМСД як у сільській місцевості, так і у містах. Станом на 01.03.2015р. в області створенні та функціонують 18 центрів ПМСД. З них 14 центрів розміщені в районах області, окрім Монастириського та Тернопільського, 3 – у складі поліклінічних відділень. Дані структурні підрозділи організовані згідно рішень місцевої влади та функціонують як окремі юридичні особи.

**Висновок:** В районах області здійснюється робота стосовно проведення підготовчих заходів щодо ліцензування створення центрів ПМСД на предмет отримання дозволу щодо здійснення медичної практики.

*Петросюк Софія, Лизак Марія-Володимира*

**АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ**

Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Н.Я. Панчишин

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

м. Тернопіль, Україна

На сьогодні туберкульоз є актуальною медико-соціальною проблемою в Україні. Щодня реєструється 82 нових хворих на туберкульоз. Щорічно від цієї хвороби помирає 10-11 тис. хворих на туберкульоз, що становить більше 30 чоловік в день.

**Метою** було проаналізувати фактори, що сприяють розвитку туберкульозу.

В дослідженні використані статистичні показники України.

Важливу роль у зараженні туберкульозом відіграють соціальні умови і фактори зовнішнього середовища. Серед них слід виділити характер харчування, зловживання алкоголем, різкі коливання температури навколишнього середовища, барометричного тиску і т.д.; незадовільні умови праці, що викликають перенапруження центральної нервової системи або її різке виснаження. Показник поширеності усіма формами активного туберкульозу у 2014 році становив 135,9 на 100 тис. населення. Аналіз соціальної структури вперше виявлених хворих на туберкульоз за даними останнього року показав, що серед вперше захворілих 56,0 % становили безробітні працездатного віку, 12,9 % - пенсіонери, 3,0 % - особи без певного місця проживання; 1,0% - особи, які повернулися з місць позбавлення волі. Більше 70 % захворілих складають соціально незахищені верстви населення. Серед вперше зареєстрованих хворих на туберкульоз 15,1 % склали хворі, які зловживають алкоголем і 4,5 % - споживачі ін'єкційних наркотиків. Смертність від туберкульозу в 2014 році знизилася на 6,6 % порівняно з попереднім роком і склала 14,1 на 100 тис. населення.

Основними заходами боротьби з туберкульозом в Україні є поліпшення соціального благополуччя населення, збільшення фінансування протитуберкульозних заходів та раціональне використання коштів.

*Петюх Олена*

**РІВЕНЬ ДІАГНОСТИКИ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ У ЖІНОК УКРАЇНИ**

Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою та історією медицини

Науковий керівник: канд. мед. наук., доц. В.Л. Смірнова

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

м. Тернопіль, Україна

**Актуальність** дослідження: Одним із найпоширеніших гінекологічних захворювань на сьогодні є лейоміома матки (її частота, за даними різних авторів, коливається в межах 17-45 %) – майже кожна п'ята жінка має цю патологію. Раніше вважалось, що міома матки частіше зустрічається у жінок віком старше 30-35 років, то в наш час вона нерідко виявляється у 18-25-річних жінок.

**Мета дослідження:** Проаналізувати рівень діагностики та малоінвазивного оперативного лікування лейоміоми матки.

**Об'єкт дослідження:** В дослідженні використані статистичні дані України.

**Результати дослідження:** Фіброміома матки є однією з найпоширеніших доброякісних пухлин жінок. Частота разуче висока - кожна четверта жінка старше 30 років і кожна третя жінка предклімактерічного віку має дану патологію. Від 0-20 років, лейоміома матки зустрічається 2 %, від 20-40 років 35 %, від 40-60 років в 29 %, від 60 і більше 23 % жінок хворіє на лейоміому матки. Приблизно кожна друга пацієнтка відділення оперативної гінекології проходить планове хірургічне втручання з приводу міоми матки. Встановити діагноз міоми матки можливо при звичайному гінекологічному огляді, УЗД, гістероскопії, лапароскопії, гістеросальпінгографії. Частота виявлення лейоміоми матки серед жінок репродуктивного віку 25-35%, у жінок перименопаузального віку 15-27 %. В Україні широко застосовують малоінвазивні методи оперативного лікування, що дозволяють мінімізувати травматичність операції, перебування пацієнтів у стаціонарі. Виконується 83 % операцій за допомогою малоінвазивних технологій, а саме гістероскопії (43 %) та лапароскопії (30 %).

**Висновок:** Діагноз «Лейоміома матки» може бути встановлений вже на первинному гінекологічному огляді. Більш вірогідно визначити розмір лейоміоми матки, її локалізації та класифікацію дозволяє ультразвукове дослідження органів малого тазу, гістероскопія, гістеросальпінгоскопія, зондування порожнини матки. Частота виявлення лейоміоми матки серед жінок в Україні є висока завдяки вищезазначеним методам.

*Писаренко Г., Богацова О., Поляков О.*

**РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ДОНОЗОЛОГІЧНИХ ФОРМ НЕРВОВО-ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ–УЧНІВ ПРОФЕСІЙНИХ АГРАРНИХ ЛІЦЕЇВ**

Кафедра гігієни та екології №1  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.О. Коробчанський.  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

Основною тенденцією сучасності є значне зростання донозологічних психічних розладів. Вони представляють досить велику групу хворобливих порушень, об'єднаних спільними ознаками: переважанням невротичного рівня психопатологічних порушень, взаємозв'язком психічних розладів з вегетативними дисфункціями і соматичними проявами, залежністю хворобливих розладів від особистісних властивостей індивідуума.

Перехід від здорового стану до хвороби прийнято розглядати як процес поступового зниження здатності людини пристосовуватися до змін соціального та виробничого середовища, до навколишніх умов життєдіяльності.

**Мета:** вивчити поширеність донозологічних психічних станів серед підлітків, що освоюють аграрні спеціальності за допомогою «Психодіагностичного опитувальника старшокласника». Відповіді на питання тесту оброблялися за допомогою спеціального ключа. Сума набраних балів за окремими шкалами опитувальника дозволила зробити висновок про наявність чи відсутність найбільш поширених станів психічної дизадаптації, які передують астенії, депресії та іпохондрії.

Так, прояви астенії спостерігалися у 13,6 %, 17,2 % та 5,4 % 1, 2 та 3 курсів відповідно. Доволі високі значення (31,8 %, 24,1 %, 27 %) мали й показники – провісники депресивних станів. Значно менший відсоток (10,8 %) відносно 1 та 2 курсів (31,8 % та 34,5 % відповідно) був у 3 курсу за показником іпохондрії.

В результаті проведеного дослідження виявлено, що у серед учнів 1 та 2 курсів істотно більше було осіб з провісниками астенії та іпохондричних станів. Останнє свідчить про певні складності у процесі психологічної адаптації, якої зазнають підлітки до умов та характеру навчання у професійному аграрному ліцеї.

*Пінкевич Іванна, Майданюк Ірина, Драпак Оксана, Тис Олеся*

**ГЕМОРАГІЧНА ГАРЯЧКА ЕБОЛА: ПРОФЕСІОНАЛІЗМ І ПОЧУТТЯ ОБОВ'ЯЗКУ**

Кафедра медичної біоетики та деонтології  
Науковий керівник: асист. О.Ю. Бідованець  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Гарячка Ебола - гостра вірусна висококонтагіозна природно-осередкова хвороба, яка характеризується тяжким перебігом і високою летальністю. Вона входить у перелік тих хвороб, які виявили здатність чинити серйозний вплив на здоров'я населення і можуть швидко поширюватися в міжнародних масштабах. У 2014–2015 роках зафіксована найтяжча за весь період спостережень за цією хворобою епідемія в Західній Африці.

**Метою дослідження** було з'ясувати рівень обізнаності студентів із механізмами розвитку і передачі гарячки Ебола, а також порівняти ставлення майбутніх медиків до своїх обов'язків у випадку поширення небезпечного захворювання.

Було проведено анонімне анкетування 60 українських та африканських студентів 1 курсу медичного факультету, які ще не вивчали дане захворювання згідно програми.

90 % українських і лише 7 % африканських і студентів знають, що лихоманка Ебола не передається через укуси комара і повітряним шляхом.

На запитання «Чи вважаєте ви, що купання в гарячій воді з сіллю вбереже вас від гарячки Ебола?» негативно (вірно) відповіли лише 10 % українських і 20 % африканських студентів.

30 % іноземців і 23 % українців покинули б рідне місто у випадку загрози епідемії лихоманки Ебола. І лише 3 % вітчизняних студентів і 23 % африканських, якби залишилися, то намагалися б допомогти хворим.

Загалом українські студенти виявилися більш обізнаними із проблемою гарячки Ебола порівняно із африканськими – 70 % і 56 % вірних відповідей відповідно. Отже, походження студентів-медиків із африканського континенту не впливало на їх рівень знань із досліджуваної проблеми. Обидві групи студентів виявили низьку готовність надавати допомогу хворим у випадку поширення небезпечного захворювання.

*Пінкевич Іванна, Майданюк Ірина, Драпак Оксана*

### **ЕМПАТІЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В КОНТЕКСТІ СПАЛАХУ ГЕМОРАГІЧНОЇ ГАРЯЧКИ ЕБОЛА**

Кафедра медичної біоетики та деонтології  
Науковий керівник: асист. О.Ю. Бідованець  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Геморагічна лихоманка Ебола – це гостре вірусне висококонтагіозне захворювання, що характеризується високою летальністю, природні осередки якого знаходяться на Африканському континенті.

**Метою дослідження** було з'ясувати готовність медиків у майбутньому працювати із пацієнтами, інфікованими вірусом гарячки Ебола. Було проведено анонімне анкетування серед 60 українських та африканських студентів 1 курсу медичного факультету. Усім опитаним також було проведено анонімне психологічне тестування для визначення рівня фрустрації.

90 % українських і лише 63 % африканських першокурсників виявили готовність допомогти хворому на лихоманку Ебола при потребі.

Вищий рівень готовності випробувати ліки, які не пройшли випробувань на тваринах, у випадку інфікування вірусом лихоманки, спостерігався серед українських медиків – 93 %, тоді як серед африканських – 46 %.

Більшість опитаних виявили бажання створити вакцину від лихоманки Ебола, навіть якщо б це було пов'язано зі значним ризиком зараження для них особисто (73-83 %), бо вважають життя людей найвищою цінністю. Одночасно частка готових ризикнути заради особистої вигоди була незначною – по 3%.

Працювати лікарем у місцях спалаху інфекції погодилися 80 % африканців і 70 % українців.

За результатами психологічного тестування на рівень фрустрації середній рівень визначався в 40 % українських студентів і 26 % африканських. У решти студентів фрустрація була низькою.

Отже, загалом рівень емпатії до хворих на гарячку Ебола був вищим серед українських студентів, проте готовність працювати у місцях спалаху інфекції була вищою серед африканців, що можливо пов'язано із нижчим рівнем фрустрації серед них.

*Прачек Соломія, Бондар Лілія*

### **ДОСЛІДЖЕННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ І ЮНАЦТВА**

Медичний коледж  
Науковий керівник: канд. фіз.-мат. наук В.І. Нестерук  
Медичний коледж Львівського національного медичного університету  
імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

Інтернет-залежність є одним з видів адиктивної поведінки підлітків і юнацтва. Тому досить важливо виявити психологічні особливості прояву, чинники виникнення та темпи розвитку інтернет-залежної поведінки у підлітковому та юнацькому віці. Питанням інтернет-залежності займалися закордонні дослідники А.І. Гольдберг, Н.А. Спайра, К.С. Янг А.Є. Жичкіна, О.Є. Войскунський. Серед вітчизняних вчених можна назвати О.Ю. Дроздова, Т.В. Карабіна, В.А. Лоскутову, Л.М. Юр'єву.

**Об'єкт дослідження** обрали інтернет-залежність як один з видів адиктивної поведінки підлітків і юнацтва.

**Мета дослідження** полягає в дослідженні ризику розвитку інтернет-залежної поведінки у підлітковому та юнацькому віці.

**Методи дослідження.** Протягом лютого 2015 року було проведено дослідження інтернет-залежності за методом Л.М. Юр'євої серед 248 студентів (237 жіночої статі, 11 – чоловічої) віком від 15 до 21 року. В результаті було встановлено, що: 0 % ризику розвитку інтернет-залежності виявлено в 25 % студентів; стадія захопленості – в 55 % студентів; ризик розвитку інтернет-залежності – в 17% студентів; наявність інтернет-залежності – 3 %.

**Висновки.** Результати досліджень показали, що ризик розвитку інтернет-залежності спостерігається в 17 % студентів, а інтернет-залежність виявлено в 3 % студентів. Це свідчить про необхідність здійснення профілактичних програм серед студентів, які включають визначення умов запобігання формуванню адиктивної поведінки підлітків і юнацтва, вибір ефективних напрямів, методів та принципів запобігання залежності від віртуального простору.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Прохорчук Віталій, Слобода Мар'яна, Федорів Ольга*

### **КОМБІНОВАНА ДІЯ НАНОЧАСТИНОК СВИНЦЮ НА СТАН КРОВІ У ЩУРІВ ПРИ ВЖИВАННІ ПИТНОЇ ВОДИ З СТЕАРАТАМИ**

Кафедра загальної гігієни та екології  
Науковий керівник: д-р мед. наук В.А. Кондратюк.  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність:** В даний час особливо актуальною проблемою забруднення є свинець та його солі. Які внаслідок здатності його до кумуляції, навіть в низьких концентраціях призводять до порушень в організмі. Тому дослідження його сполук є актуальною темою.

**Мета:** Дослідити характер впливу наночастинок свинцю на фоні вживання тваринами води з стеаратами натрію та калію на стан периферичної крові білих щурів.

**Методи та матеріали:** Досліди проводилися на чотирьох групах білих щурів-самок з масою тіла 150-200г, по 7 тварин у кожній. Тварини першої і другої груп споживали дехлоровану воду з міського водогону. Третя та четверта-споживали цю ж воду, збагачену відповідно стеаратами натрію і калію. Після 40-денного вживання вказаних вод тваринам, крім першої, перорально вводили наночастинок свинцю в дозі 70 мг/кг.

**Результати:** При комбінованій дії стеаратів натрію та калію і наночастинок свинцю спостерігається збільшення кількості паличкоядерних нейтрофілів в 1,5 раза, еозинофілів у 2,5 раза, моноцитів у 7,6 раза, лімфоцитів на 1,2 рази і зменшення сегментоядерних нейтрофілів в 1,3 раза у периферичній крові білих щурів порівнянно з контрольною групою. Також на відміну від контрольних у тварин 2-ї, 3-ї та 4-ї груп спостерігалися явища функціональної недостатності еритроцитарної системи (анізоцитоз, пойкилоцитоз та гіпохромія).

**Висновок:** Таким чином при вживанні води з стеаратами натрію і калію і наступним пероральним введенням нано частинок свинцю спостерігається збільшення кількості паличкоядерних нейтрофілів, еозинофілів, моноцитів і лімфоцитів.

*Рочко Орест, Кіндратів Іван*

### **ВАКЦИНАЦІЯ У КОНТЕКСТІ БІОЕТИКИ**

Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)  
Науковий керівник: магістр богослов'я, викл. К.Б. Білецька  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

**Актуальність.** Незаперечним залишається той факт, що те чи інше захворювання краще було б попередити, ніж лікувати. Профілактика є більш ефективною, а також потребує менше затрат, в порівнянні із лікувальними маніпуляціями. Зважаючи на це з середини 60-х рр. ХХ ст. у світовій спільноті починають вдаватися до вакцинації.

**Мета.** Окреслити принципи біоетики стосовно вакцинації.

**Матеріали та методи.** Аналітичний, феноменологічний.

**Результати.** Вакцинація – це введення вбитих чи ослаблених мікроорганізмів з метою стимулювання імунітету. Проте, будь яка вакцина накладає додаткове навантаження на ту ж імунну систему і організм людини. Доросла особа отримує понад 20 вакцин, чим створює осередки хронічної інфекції в своєму організмі, порушує природну його діяльність. Окрім того, до складу вакцин входять: мертіюлят (сіль ртуті), формалін, фенол, алюміній та й інші речовини, що беззаперечно є токсичними і небезпечними для людини. Сьогодні застосування щеплень пов'язують із виникненням таких захворювань як аутизм, розсіяний склероз, онкологія та аутоімунні хвороби. Однак небезпечними для життя і здоров'я особи теж є і ті захворювання, які намагаються попередити, застосовуючи вакцини. Масова відмова від вакцинації може привести до епідемій. Зважаючи на це, вакцинопрофілактика є потрібною. Проте умови виготовлення, зберігання та перевезення вакцин мають бути відповідними. Також люди мають бути поінформованими про всі можливі ускладнення, а за кожною особою повинно залишатися право відмови від використання щодо неї чи її дітей вакцин, зокрема тих, походження котрих пов'язують із використанням клітинних ліній абортіваних дітей.

**Висновки.** Вакцинація дає надію на подолання певних небезпечних захворювань, але може привести і до суттєвих ускладнень. Важливим є дотримання всіх норм та правил поводження з вакцинами, а також медичні маніпуляції з ними мають передбачати поінформовану згоду пацієнта.

*Рускова Катерина*

**СОСТОЯНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЛИОМИЕЛИТА В УКРАИНЕ**

Кафедра епідеміології  
Научный руководитель: ассист. В.И. Макарова  
Харьковский национальный медицинский университет  
г. Харьков, Украина

Полиомиелит - высокозаразное инфекционное заболевание, вызываемое вирусом, который поражает нервную систему и может привести к необратимым параличам, чаще нижних конечностей, или даже смерти, наступающей в течение нескольких часов. Заболеванию наиболее подвержены дети до пяти лет. Иммунизация является единственным способом защиты от полиомиелита.

**Цель исследования:** оценить состояние иммунопрофилактики полиомиелита в условиях экономического и политического кризиса в Украине.

**Материал и методы:** по официальным данным проведен ретроспективный эпидемиологический анализ состояния иммунопрофилактики полиомиелита в Украине в 2014 г.

**Результаты:** В 2001 году Украина вошла в число стран, получивших сертификат о прекращении циркуляции дикого полиовируса на территории данного государства. Однако в настоящее время ВОЗ внесла Украину в красный список стран, в которых существует высокий риск появления вспышки полиомиелита. Эта ситуация связана с низким охватом населения вакцинацией против полиомиелита, которая составила менее 50 %, при необходимом 95 % охвате. Одной из причин этого является нехватка препаратов для вакцинации, так в Украине в 2014 году сократились поставки полиомиелитной вакцины почти в 3 раза – с 1,5 млн. до 472 тысяч доз вакцины. Положение в стране осложняется также политической ситуацией на востоке страны. По данным ВОЗ с сентября 2014 года в восточных зонах Украины, затронутых военным конфликтом, ни один ребенок не получил прививку от полиомиелита. Это привело к снижению показателя охвата вакцинацией от полиомиелита детей 1-го года жизни до 30 %.

**Выводы:** Состояние иммунопрофилактики полиомиелита в Украине критическое, требует срочного принятия управленческих решений для достижения эпидемического благополучия по полиомиелиту.

*Слобода Мар'яна, Прохорчук Віталій*

**ВПЛИВ ЗМІНИ ЧАСУ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ**

Кафедра загальної гігієни та екології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.А. Кондратюк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність:** Історики стверджують, що ідея переводити годинник вперед-назад належить Бенджаміну Франкліну. Наприкінці XVIII століття він порахував, внаслідок збільшення світлового дня лише на одну годину можна було б зекономити понад дев'яносто мільйонів свічок.

Вчені багатьох країн порахували, що мінуси від гри з годинником значно перевищують плюси. Внаслідок розбалансування діяльності організму людини після чергового переведення годинника зменшується її працездатність, погіршується самопочуття. Відтак у багатьох країнах від переведення годинника цілком відмовилися. Хоч би якою здоровою була людина, переведення годинника, безумовно, має вплив на діяльність її організму. Наш внутрішній біологічний годинник перестає синхронізуватися із зовнішнім часом, виникає збій, так званий десинхроноз, який може мати різноманітні негативні наслідки.

**Мета:** дослідити вплив зміни часу на організм людини, безпосередньо на серцево – судинну систему.

**Методи та матеріали:** нами було взято під нагляд 30 студентів Тернопільського державного медичного університету, без видимої патології з боку серцевої системи. Вік пацієнтів становив  $20 \pm 2$  роки. Було розроблено анкетування. Після переведення часу на зимовий, наші студенти пройшли анкетування, було проведено вимірювання частоти серцевих скорочень, артеріального тиску та визначення загального стану обстежуваних.

**Результати:** Після проведеного тестування було виявлено, що після переведення годинників, на зимовий час, у 16,6 % обстежуваних спостерігались головні болі та підвищення артеріального тиску до верхньої межі норми, які утримувались близько тижня; 10 % студентів скаржилися на відчуття важкості у ділянці серця, в ході досліджень виявлено, не значне підвищення частоти серцевих скорочень (ЧСС 90-94/хв). У 10 обстежуваних, а це 33,3 %, спостерігалась загальна слабкість та сонливість, які утримувались близько 10 днів. Проте слід зазначити, у більшості студентів (66,6 %) було виявлено знижену працездатність, що може бути проявом впливу зміни часу на судини, не тільки серця, а й інших органів.

На жаль, голос науки про те, що не потрібно гратися з часом, наразі не чують. Дарма, бо переведення годинників позначається не лише на психологічно-емоційному, а й фізичному стані людей. Оскільки організм не може враз переналаштуватися на інший біоритм, людина стає дратівливою, млявою, швидше втомлюється. У неї може погіршитися сон, у хронічно хворих загострюються хвороби.

**Висновок:** адаптація до нового часу триває від десяти діб до місяця, тому бодай тиждень більше спить, вменшить фізичне та психологічне навантаження, за можливості відкладіть справи.

*Тичина Ірина*

**ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ МАЙБУТНІХ ФЕЛЬДШЕРІВ У ВИВЧЕННІ ФАХОВИХ ДИСЦИПЛІН**

Кафедра сестринська справа  
Науковий керівник : канд. пед. наук О.В. Горай  
КВНЗ "Житомирський інститут медсестринства"  
м. Житомир, Україна

**Вступ** (постановка проблеми). Середній медичний персонал складає більше ніж 15 тис. осіб, в тому числі близько 5 тис. фельдшерів. Одним із стратегічних завдань, які стоять перед охороною здоров'я є забезпечення якості медичної допомоги. Вирішення даного завдання пов'язане з професійною підготовкою кваліфікованих спеціалістів лікувальних служб та реалізацією всіх потенціальних можливостей та здібностей особистості. Основним завданням є створення відповідного навчального процесу підготовки, який забезпечить дослідницьку й самостійну діяльність студента.

Аналіз наукової літератури свідчить про те, що рівень професійної підготовки спеціалістів за традиційними підходами не задовольняє потреб суспільства щодо отримання якісного рівня медичних послуг. Розв'язання вказаних суперечностей вимагає якісно нових підходів до організації професійного навчання.

**Постановка завдання.** Метою статті є теоретичне обґрунтування, практична розробка та експериментальна перевірка методик формування професійної компетентності у процесі вивчення фахових дисциплін.

**Результати.** Сучасна система навчання характеризується недостатнім спрямуванням освітнього процесу на дослідницьку й самостійну діяльність студентів. Тому, необхідно приділити увагу самостійній, пошуковій, творчій роботі студента, розробити відповідну експериментальну теоретичну модель формування професійної компетентності, яка визначає мету, провідні завдання, принципи, умови професійної компетентності.

**Висновки.** Отже, можемо визначити, що форми та методи навчання мають бути спрямовані на формування фахового рівня професійної компетентності, на особистісно-професійний розвиток, щоб фельдшери могли самостійно отримувати потрібну інформацію, аналізувати проблемні питання.

*Тихонова Катерина*

**ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ - ОСНОВА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ**

Кафедра первинної медико-санітарної допомоги  
Науковий керівник: доц. Н.Є. Боцюк  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Профілактична робота є обов'язковою складовою професійної діяльності медичної сестри. Перспективним та доступним напрямком цієї роботи вважаю навчання пацієнтів в школі здоров'я.

**Метою дослідження** було проведення аналізу результатів навчання пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Основним завданням було визначити ефективність засвоєння відвідувачами з АГ навиків самоконтролю та адаптації до свого способу життя.

Організаційна і практична частина проводилась медичною сестрою. Використовувались такі методи як семінарські заняття, лекції, індивідуальні бесіди, практичні тренінги. На першому та останньому занятті здійснювалось анкетування пацієнтів для з'ясування вхідного та вихідного рівня знань.

За період роботи школу пройшли 320 пацієнтів із АГ, з них мужчин – 56 (17.5 %), і 264 жінки (82,5 %), що вказує на те, що жінки більш прихильні до лікування. Особи працездатного віку (63 %) були більш пасивними до відвідування та навчання. Початковий рівень знань пацієнтів АГ був не високий: 19 % погано орієнтувалися в своєму захворюванні, 49 % частково, 32 % володіли інформацією повністю.

Ефективність занять проведених медичними сестрами привела до зростання прихильності до лікування після завершення навчання, зокрема 84 % підтвердили регулярність прийому препаратів, 72 % перестали приймати препарати попереднього покоління. Зросла інформованість пацієнтів про фактори ризику з 25 % до 96 % та щоденне фізичне навантаження: з 14 % до 74 %.

Отже, результати проведеного дослідження продемонстрували ефективність підвищення рівня знань про АГ серед населення міста і провідну роль у цьому медсестри.

*Троцюк Ніна, Сидоренко Оксана*

**АНАЛІЗ СТАНУ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ**

Кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.Л. Сидоренко  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Здоров'я, як неоціненна складова щастя та добробуту, є одвічною загальнолюдською цінністю, яку потрібно завжди захищати та оберігати. Основні показники здорового способу життя - це гармонійний режим поєднання роботи та відпочинку, оптимальне харчування, фізична активність, дотримання гігієни та відсутність шкідливих звичок. На даному етапі розвитку людства гостро постає проблема здоров'я власне молодого покоління.

Тому метою нашої роботи стало дослідження стану здоров'я студентів Ківерцівського медичного коледжу (Волинська область). Ми вважаємо, що один із найважливіших факторів у формуванні, зміцненні та збереженні здоров'я студента-медика - установка і прагнення до покращення здорового способу життя, оскільки навчальна діяльність студентів проходить в напруженому, динамічному інформаційно-енергетичному середовищі.

**Основна частина.** За результатами проведеного у 2014 році медичного обстеження 813 студентів коледжу здоровими визначено 378 студентів (46,4 %), решта - 435 студентів (53,5 %) – мають проблеми зі здоров'ям.

В структурі захворюваності серед студентів перше місце посідає серцево-судинна патологія (27,2 %), далі - патологія опорно-рухового апарату (3,4 %), захворювання сечостатевої системи (3,4 %), патологія зору (2,8 %). Також спостерігаються такі захворювання, як: ожиріння (0,9 %), хвороби нервової системи (0,6 %), захворювання ШКТ (0,6 %), дифузний зоб (0,5 %), бронхіальна астма (0,4 %), хвороби кровотворення (0,3 %), ЛОР-патологія (0,2 %), цукровий діабет (0,1 %). До того ж встановлено, що 1,7 % студентів мають наявними два та більше захворювань.

До того ж встановлено, що за результатами проби Руф'є 13,1 % студентів мають відхилення у функціональному стані серцево-судинної системи. Причому, у 7,5 % студентів - середній рівень, у 5,6 % - низький рівень серцево-судинної системи.

Проаналізувавши патологію серцево-судинної системи в цілому, ми виявили, що 25,3 % студентів мають нейроциркуляторну дистонію, у 1,2 % студентів виявлено пролапс мітрального клапану, у 0,2 % - кардіопатію, у 0,2 % - міокардіофіброз, у 0,1 % - синусову тахікардію, у 0,1 % - стеноз легеневої артерії та у 0,1 % - вроджену ваду серця.

Серед патологій опорно-рухового апарату найбільш поширеними хворобами є сколіоз – у 1,6 % студентів, дегенеративно-дистрофічні захворювання – у 1,2 % студентів, наслідки травм та запальні захворювання ОРА у 0,4 % та плоскостопість – 0,2 % студентів.

Серед патологій сечостатевої системи домінує хронічний пієлонефрит – у 2,8 % студентів; аномалії розвитку у 0,5 % студентів, гломерулонефрит – у 0,1 %.

**Висновок.** Отже, існує низка проблем, які призводять до зниження загального рівня здоров'я молоді, в тому числі і майбутніх медиків. Медичний працівник же повинен бути провідником всього раціонального з позиції здоров'я, повинен пропагувати, демонструвати, сам зберігати норми життя, бути прикладом для наслідування, зокрема, у формуванні здорового способу життя. У прагненні до здорового способу життя дуже важлива правильна мотивація, вміння прислухатися до себе і своїх потреб. І лише стійка та усвідомлена мотивація, спрямована на збереження здоров'я, може сприяти успішному навчанню, продуктивній праці, гармонійному розвитку особистості, максимальній реалізації та самовдосконаленню.



*Шевченко Ольга*

**КОМБІНОВАНА СИСТЕМА З ДЕРЖАВНОЇ ТА ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ – ШЛЯХ ДО ПОЗИТИВНИХ ДИНАМІЧНИХ ЗМІН**

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я.  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.Н. Литвинова.  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

**Метою** нашого дослідження було показати доцільність комбінації різних видів організації охорони здоров'я для позитивних динамічних змін в системі медицини. Основна ідея нашого бачення - це адекватна взаємодія приватного та державного сектору, для створення оптимальних умов отримання медичної допомоги пацієнтами та надання її лікарями. Впорядкованість нормативно-правової бази забезпечить можливості розвитку сучасній медицині. Потрібно віднайти шляхи максимально повного використання потенціалу медичного персоналу, забезпечити ширше використання добровільного медичного страхування, а найважливіше це - розпочати раціонально використовувати наявні ресурси, як трудові так і матеріальні.

Таким чином ми прийдемо до максимально мінімізованої державної медицини - надання екстреної медичної допомоги та повного медичного обстеження, та розширимо можливості приватної медицини, яка стане більш доступною і доповнить систему охорони здоров'я новими робочими місцями, сплачуватиме податки у державну казну.

Новизною нашого дослідження є пропозиція про переведення діагностичних процедур виключно у державне русло. Запровадження цієї практики зніме можливість нарощувати доходи за рахунок маси непотрібних та дубляжних досліджень.

Слід відмітити, що в системі охорони здоров'я реформи необхідно впроваджувати поступово і системно.

*Шинкарчук Марина*

**РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПОВЕРНЕНИХ ІЗ ЗОНИ АТО**

Кафедра Сестринська справа  
Науковий керівник: д-р. мед. наук Т.К. Набухотний.  
КВНЗ Житомирський інститут медсестринства  
м. Житомир, Україна

Медико-соціальна проблема військовослужбовців повернутих із зони антитерористичної операції в системі профілактичних заходів охорони здоров'я є надзвичайно актуальною на сьогодні. Свідченням цього є велика кількість військових, які потребують не тільки медичної, а й психологічної допомоги: згідно статистичних даних приблизно 80% військових, які повернулися із зони АТО, мають явні або приховані симптоми порушеної психіки.

Забезпечення прав військових на охорону здоров'я, на отримання найдосконаліших методів діагностики, лікування, медичних послуг держави є малоефективні. Існує необхідність розробки та прийняття нових, з урахуванням міжнародних правових документів та економічних, соціальних і галузевих реформ в Україні, в тому числі на регіональному рівні.

Метою дослідження є поетапне створення ефективних підходів для якісної медико-соціальної реабілітації військових повернутих із зони АТО.

Об'єктом дослідження є організація надання медико-соціальної допомоги військовим поверненим із зони проведення антитерористичної операції, на базі Житомирського військового госпіталю, а предметом дослідження - організація надання медико-соціальної допомоги цим військовим.

На сьогодні серед поставлених завдань виконано наступні: оцінка ефективності роботи медичних сестер, вивчення існуючих реабілітаційних програм у військовому госпіталі. Завдання на майбутнє: науково обґрунтувати перспективні підходи до вдосконалення реабілітаційної допомоги військовим та розробити рекомендації щодо вдосконалення сестринської допомоги у військовому госпіталі.

*Ширій Тетяна, Градик Роман*

**АЛЬТЕРНАТИВА ЕВТАНАЗІЇ – ПАЛІАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ**

Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)  
Науковий керівник: к. н. з держ. упр., доц. Г.Т.- с. Д. Терешкевич  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

**Актуальність.** Нині існує можливість повернення законів, які дозволяють евтаназію, що повинні бути засуджені.

**Мета.** Висвітлити можливість полегшення страждань невиліковно хворих завдяки паліативному лікуванню як альтернативі евтаназії.

**Методи.** Феноменологічний, герменевтичний.

**Результати.** Евтаназія – свідоме і цілеспрямоване позбавлення життя з метою зменшення страждань хворого.

Евтаназія суперечить медичній етиці, оскільки лікар, який погоджується на евтаназію, зраджує собі та клятві Гіпократу, в якій присягав служити життю. Евтаназія – не метод вирішення проблеми смертельно хворих людей.

Людське життя – святе і недоторкане. Щодня з'являються нові медикаменти, здатні полегшити терпіння. Лікар може помилитися в діагнозі, що хвороба невиліковна.

Християнська традиція завжди відкидала евтаназію, оскільки життя людині подарував Бог, тому людина не вправі вибирати, жити їй чи ні. У Божественній Літургії ми молимося в Анафорі "Твоє від Твоїх, Тобі приносимо за всіх і за все". Ми приносимо Богу своє життя, що належить Йому.

Науковці і лікарі покликані застосовувати знання та енергію на служіння життю. Вони в жодному випадку не можуть злегковажити цим та не мають виступати в ролі господарів життя, але як його віддані слуги.

Контрмірою евтаназії є паліативне лікування, яке означає пом'якшення страждань в останній стадії хвороби та забезпечення хворих необхідною людською підтримкою. Внаслідок цього створюються хоспіси для невиліковно хворих, які засновані на принципах паліативного допомоги, де пацієнти оточені особливою духовною, душевною та тілесною опікою. Лікування та догляд за інкурабельними пацієнтами базується на принципах: максимального підвищення якості життя; ефективного симптоматичного лікування; всебічної реабілітації та обмеження можливостей подальшого розвитку хвороби на всіх стадіях.

**Висновок.** Розвиток паліативної допомоги є одним з найвищих проявів гуманізму і свідченням цивілізованого суспільства

*Щудро О., Караванська Л., Фокіна Е.*

**ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ХВОРИХ НА ІХС ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ**

Кафедра госпітальної терапії №1 та профпатології  
Науковий керівник: доц. І.Л. Караванська.  
ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України"  
м. Дніпропетровськ, Україна

**Вступ.** Підвищення ефективності лікування, спрямованого на зниження ускладнень та смертності від ішемічної хвороби серця (ІХС), на сьогодні є актуальною науковою задачею.

**Мета дослідження.** Оцінити гендерні особливості факторів ризику (ФР) та ефективність вторинної профілактики у хворих на хронічну ІХС з урахуванням комплаєнтності до медикаментозної терапії і модифікації способу життя.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено проспективне дослідження 126 пацієнтів із ІХС (середній вік -61,3±0,08 років), із них - 74,6 % чоловіка та 25,4 % жінки. Кожні 3 місяці пацієнтам проводилися обов'язкові клініко-лабораторні та інструментальні дослідження. Рівень комплаєнсу визначався як високий при усуненні ФР більш ніж в 80 % випадків, середній - в 20-80 % випадків, низький - менш ніж в 20 % випадків. Отримані результати оцінювали за допомогою критерію (t) Стьюдента, p≤0,05.

**Результати.** Аналіз поширеності модифікованих ФР ІХС серед хворих виявив, що 89,7 % пацієнтів мали артеріальну гіпертензію, гіперхолестеринемію - 69,8 % пацієнта, за гендерними особливостями різниця цих показників не істотна (p<0,05). Тютюнопаління зареєстровано в 23,0% випадків, переважно у чоловіків (93,1 %). ІМТ>25кг/м2 частіше спостерігався у жінок, ніж у чоловіків (90,6 % та 75,5% відповідно). На початку дослідження комплаєнс до статинотерапії та антигіпертензивної терапії відповідав середньому рівню (30,0% та 66,8 %) в обох гендерних групах. Через один рік проведення вторинної профілактики виявлено гендерну особливість: високий рівень комплаєнсу до статинотерапії досягла група чоловіків (83,0 %), а до антигіпертензивної терапії – група жінок (81,3 %). Рекомендації щодо модифікації способу життя (відмова від тютюнопаління та досягнення ІМТ<25кг/м2) краще (на 9,3 % та 12,0 % відповідно) дотримувалась група жінок (p<0,05).

**Висновок.** Отже, підвищення рівня комплаєнсу пацієнтів до проведеної фармакотерапії та модифікації способу життя дозволить знизити ризик смерті від ІХС та її ускладнень.

*Юркевич Богдан, Куравська Юлія, Лобанова Галина*

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАМЕТРІВ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ І ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ ТА СТИЛЮ ЖИТТЯ СТУДЕНТОК ІЗ СІЛЬСЬКОЇ ТА МІСЬКОЇ МІСЦЕВОСТЕЙ**

Кафедра фізичного виховання та здоров'я

Науковий керівники: канд. мед. наук, доц. В.П. Левко, ст. викладач Н.Р. Голод

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

м. Івано-Франківськ, Україна

**Мета дослідження.** Оцінка параметрів фізичного розвитку, функціональної підготовленості, стану здоров'я та порівняння способу життя студенток ІФНМУ з сільської і міської місцевості.

**Матеріали та методи.** Проводилися два дослідження на кафедрі фізичного виховання та здоров'я ІФНМУ. У першому взяло участь 49 чоловік. З них 23 студентки з міської та 26 з сільської місцевості. Вивчалися показники антропометрії, сила м'язів китиць. Для оцінки функціональної підготовленості органів дихання проводилися проби Штанге і Генча, пікфлоуметрія. Із параметрів функціонального стану органів кровообігу досліджували ЧСС у спокої, рівні артеріального тиску. Для оцінки вегетативної нервової системи обчислювали індекс Кердо. Толерантність до фізичних навантажень оцінювали на підставі проби Руф'є. У другому дослідженні взяло участь 109 чоловік. З них 51 студент з міської та 58 студентів із сільської місцевості. Було застосовано один опитувальник з метою з'ясування у респондентів місця проживання у шкільні роки, скарг на власний стан здоров'я, наявності впливу ризиків хронічних неінфекційних захворювань, таких як обтяжена спадковість, нераціональне харчування, шкідливі звички, стресові ситуації, гіподинамія.

**Результати дослідження.** Було встановлено, що студентів із сільської місцевості частіше турбують головні болі, безсоння та депресія. Також, у студентів із сільської місцевості по жіночій лінії спостерігається підвищення артеріального тиску. Більш поширений цукровий діабет серед родин сільських студентів, а інших хронічних захворювань більше у студентів із міст. У третини студентів палять вдома і близько одної шостої самі палять. Для студентів із сіл більш характерне перебування у місцях де палять, ніж для студентів із міст. Особливої різниці в харчуванні між двома групами не виявлено. Вживання алкоголю характерне для респондентів обох груп, проте, частіше вживають слабоалкогольні та міцні алкогольні напої студенти із сільської місцевості. Із отриманих даних випливає, що більша кількість сільських студентів, ніж міських не відвідувала заняття з фізичного виховання. Не встановлено вірогідної різниці у досліджених антропометричних показників, середніх значень частоти серцевих скорочень, сили м'язів китиці, проби Штанге та проби Генча між студентками сільської і міської місцевості. Статистично нижчі показники виявились у результатах пікфлоуметрії у студенток з сільської місцевості. У представниць сільської місцевості в порівнянні з їх ровесницями з міста встановлено вірогідне підвищення показників систолічного та діастолічного тиску, встановлено гірші показники у толерантності серцево-судинної системи до фізичних навантажень, які оцінювали за допомогою проби Руф'є-Діксона. Студентки з сільської місцевості отримали за пробу Руф'є-Діксона оцінку "задовільно", а з міської "добре".

Результати проби Штанге студенток обох груп знаходяться на нижній межі норми, тобто є задовільними, проте, у студенток міської місцевості дещо кращі результати. Оцінка результатів проби Генча показала, що у студенток міської місцевості показники знаходяться у межах крайньої норми і є задовільними, на відміну від студенток сільської місцевості, у яких показники є незадовільними. Результати об'єму форсованого видиху у студенток сільської місцевості є нижчими за норму, у студенток міської місцевості показники у межах нижньої межі норми.

**Висновки.** Встановлено, що стиль життя респондентів обох груп характеризується наявністю шкідливих звичок. Але для студентів з сільської місцевості притаманна більш обтяжена спадковість, частіше вживання слабоалкогольних та міцних алкогольних напоїв, активне і пасивне паління, недостатня фізична активність у шкільні роки. Результати дослідження доводять, що студенти з сільської місцевості поступаються перед своїми здоровими ровесницями за показниками функціонального стану органів дихання та серцево-судинної системи. Додатне значення індексу Кердо засвідчило незначну перевагу симпатичної ланки вегетативної нервової системи у двох групах. Встановлені відхилення несприятливо позначилися на здатності переносити студентками сільської місцевості фізичні навантаження, що засвідчила проба Руф'є. Отримані результати початкового дослідження аргументують необхідність продовження дослідження причин погіршення стану здоров'я студенток з сільської місцевості.

Якимчук Олександр

**ПОШИРЕНІСТЬ СЕПСИСУ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ ВІДДІЛЕННЯ  
ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТА РЕАНІМАЦІЇ.**

Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою Тернопільського державного медичного університету імені І.Я Горбачевського  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. В.Л. Смірнова  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я Горбачевського МОЗ України».  
м.Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Термін “сепсис” (С) запропонував Аристотель у 4 ст. до н.е. в перекладі з грецької він означає – гниття. На сьогодні сепсис є однією з найбільш складних проблем в медицині, і характеризується тяжким перебігом та високою летальністю.

**Метою роботи** було дослідити іноземні та вітчизняні наукові публікації та визначити частоту хворих з сепсисом у відділеннях інтенсивної терапії та реанімації.

**Матеріали і методи дослідження:** Було проаналізовано близько 33 наукових робіт по даній темі з них 21 іноземних досліджень та 12 вітчизняних.

Аналізуючи результати досліджень іноземних авторів можна констатувати, що сепсис зустрічається у 17,4% хворих, які пройшли інтенсивний етап лікування, при цьому в 63,2% випадків сепсис є ускладненням внутрішньогоспітальних інфекцій. За даними ВООЗ, частота сепсису в індустріально розвинених регіонах планети складає 50-100 випадків на 100 тис. населення. Тільки в США щорічно реєструють близько 700 тис. випадків сепсису, тобто приблизно 2 тис. випадків щоденно. Летальність при тяжкому сепсисі досягає 45-50% з коливаннями у різних підгрупах пацієнтів від 30 до 80%. Вітчизняної статистики немає оскільки методологія постановки діагнозу в Україні до останніх років була радянською і такий діагноз виставлявся дуже рідко.

**Висновок:** Отже, сепсис є основною причиною смерті у відділеннях інтенсивної терапії і реанімації некоронарогенного (несерцевого) профілю і займає 11-е місце серед усіх причин смертності населення у світі.

*Яковенко Надежда, Емец Марина, Суганяк Карина*

**ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ У ЛИЦ,  
КОТОРЫЕ ИМЕЛИ СТАТУС РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА.**

Научный руководитель: д-р мед. наук, доц. А. Г. Кириченко  
ДУ «Український державний науково - дослідний інститут  
медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»  
м. Дніпропетровськ, Україна

**Актуальность.** Стремительные темпы увеличения численности детей-инвалидов ведут к неблагоприятным социально-экономическим последствиям. В связи с этим был проведен анализ структуры инвалидности у лиц, достигших 18-летнего возраста, которые имели статус ребенка-инвалида.

**Цель работы:** Выявить совокупность факторов, влияющих на формирование инвалидности у лиц данной категории.

**Материалы и методы:** Было обследовано 54 пациента, которые имели статус ребенка-инвалида, с различными соматическими заболеваниями: врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (Q60-64, Q-65-79, Q90-99), заболевания крови (D50-89), болезни эндокринной системы (E00-90). Средний возраст обследуемых составил 18 лет.

В зависимости от социального статуса были выделены следующие группы: учащиеся, студенты и неработающие. Результаты проведенного медицинского обследования (согласно МКФ) не показали выраженного ограничения жизнедеятельности. Все пациенты имели умеренную или незначительную степень выраженности функциональных нарушений. При формировании экспертных рекомендаций II группа инвалидности была рекомендована 8 лицам (из них 7 студентам и 1 учащемуся), III группа инвалидности - 30 лицам (из них 20 студентам, 3 учащемуся и 7 неработающим), у 16 пациентов (из них студентов – 12, учащихся - 1, не работающих - 3) данных для определения группы инвалидности было недостаточно.

**Вывод:** Инвалидность у лиц, достигших 18-летнего возраста, которые имели статус ребенка-инвалида, в настоящее время следует рассматривать не только со стороны имеющейся соматической патологии и степени выраженности функциональных нарушений, но и с позиции социального статуса, так как создание оптимальных условий для их социально-трудовой адаптации и интеграции в общество относится к числу важнейших задач государства.

*Ярославський Роман, Гвоздецький Андрій, Тригуб Роман*

**ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА КОМПЛАЄНС ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

Кафедра біоетики та деонтології  
Науковий керівник: асист. О.Ю. Бідованець  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Комплаєнс (англ. compliance) — готовність пацієнта виконувати рекомендації лікаря, його сумлінність і схильність до лікування. На комплаєнс можуть впливати такі чинники, як вік, рівень освіти, емоційний стан, частота дозування лікарських препаратів, кількість таблеток на добу, лікарська форма препарату, швидкість настання очікуваного лікувального ефекту, обмеження при застосуванні препарату, побічні ефекти лікування, повнота і доступність інформації про препарат, ціна препарату і вартість усього курсу лікування.

Метою нашого дослідження було провести аналіз факторів, які впливають на комплаєнтність пацієнтів, котрі хворіють хронічними захворюваннями протягом різного терміну.

Нами було анонімно опитано 60 хронічно хворих із ревматологічного, ендокринологічного, кардіологічного та гастроентерологічного відділень Комунального закладу Тернопільської обласної ради «Тернопільська університетська лікарня»: 35 чоловіків і 25 жінок у віці 21 – 82 років. Серед них 43 (71,7 %) особи мали середню, а 17 (28,3 %) – вищу освіту. Тривалість захворювання зі слів опитаних становила: 1 рік – 9 (15 %), 2-5 років – 5 (8,3 %), понад 5 років – 46 (76,7 %).

Повністю довіряють своєму лікарю як професіоналу і людині 47 (78,3 %) пацієнтів, довіряють як професіоналу, але не як людині 6 (10%), довіряю як людині, але не як професіоналу 4 (6,6 %), не довіряють лікарю взагалі 3 (5 %).

Без консультації лікаря свідомо змінюють дозування ліків 8 (13,3 %), випадково 16 (26,6 %) пацієнтів. Нерегулярно приймають препарати 11 (18,3 %) анкетованих, не дотримуються часу прийому ліків 17 (28,3%), про епізоди повної відмови від лікування вказують 2 (3,3%) особи.

Для нагадування про прийом ліків практикують занотувати на аркуші паперу 32 (53,3 %) пацієнтів, 1 (1,6 %) особа використовує опцію «Нагадування» на мобільному телефоні, поєднують прийом препаратів із щоденно виконуваними «ритуалами» (чищення зубів, прийом їжі, застеляння ліжка) 7 (11,6 %) осіб, не має проблем із запам'ятовуванням графіку приймання ліків 20 (33,3 %).

Рівнем свого життя задоволені 20 (33,3 %) пацієнтів, незадоволені – 40 (66,7 %). Обслуговування у лікарні влаштовує 50 (83,3 %) пацієнтів, 10 (16,6 %) особам умови не підходять. Повністю задоволені ставленням лікуючого лікаря 54 (90 %) особи, хотіли би поміняти свого лікуючого лікаря 6 (10 %) пацієнтів.

Таким чином, можемо стверджувати, що високий показник комплаєнсу безпосередньо залежить від довіри між пацієнтом і лікарем. Постійне спілкування, розтлумачування пацієнтові із хронічними захворюваннями особливостей і важливості систематичного приймання медикаментів, є необхідним для налагоджування довірливих стосунків, а отже, і підвищення комплаєнтності пацієнтів.

*Zinchuk A., Urazova L., Zinchuk O.*

**AWARENESS OF PATIENTS WITH LUNG CANCER ABOUT THEIR HEALTH STATUS AS ONE OF THE COMPONENTS OF PERFORMANCE THE QUALITY OF THE DOCTORS' WORK**

Department of social medicine, organization and economy of public health  
Scientific adviser: Doctor of Medicine Ognev V.A.  
Kharkiv National Medical University  
Kharkiv, Ukraine,

Introduction: Lung cancer is a malignant tumor that ranks first among of all malignancies. Therefore, knowledge about this disease in the population is very important especially for patients with this pathology, because it affects the disease.

Aim: To estimate the quality of the doctors' work with patients, which have lung cancer; determine the extent to patients' awareness of their health and its impact on the disease.

Material and Methods: Using adapted authorial questionnaire, we interviewed 339 patients of Kharkiv Regional Clinical Cancer Center with verified diagnosis of lung cancer to examine the degree of patients' awareness about their disease.

Results: In the study of patients' awareness about lung cancer we found that 96,1±0,17 % of respondents understand the need for keeping gentle load, 83,1±0,33 % convinced that surgery is the primary mean of treatment. Availability of knowledge about complications was noted in 96,5±0,16 % and 97,0±0,15 % know what kind of help should be given in emergency cases. The specified high levels of awareness about the disease have patients' relatives. There are 83,5±0,32 % of families as they receive information during interviews with doctors and it can ensure the high scientific level of this information.

Conclusions: On the basis of the study we can make the conclusion that patients receive the necessary knowledge about their own disease mainly in specialized medical facility. This information allows optimizing of medical care to patients and improving its quality.

*Lutwin Karolina*

## **HEALTH AND ORGANIC FOOD**

Department of Philosophy and Social Sciences

Scientific adviser Mr Taras Kadobnyj PhD

SHEI "I.Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University of MPH of Ukraine"  
Ternopil, Ukraine

**Purpose.** It's extremely difficult to define the notion of health, because feeling of health both physical and mental is individual for each person. Instead, it is evident that one of the conditions for achievement and maintenance of good health is proper nutrition, that's why I have chosen such topic of my work.

**Materials and methods.** The information included in my work represents problems with health and nutrition that we have nowadays. These times products of organic origin can be found in many shops. Most of us have faced with them or at least have heard about them.

**Results.** Health is also not an absolute value, as human values vary in degree of progress in science and technology, but primarily due to socio-economic and cultural preconditions. Such differentiation of values, beliefs and behaviours causes different approaches to health and ways of its maintenance. As an example we can take the peoples of Asia. For Malaysians health means power, and for Thaya health is happiness.

Factors that influence the health of society include: employment, appropriate working conditions, housing and sanitation, income of families that are protected against poverty, healthy food and clean water provision, fresh air and soil, appropriate transport, possibility to communicate with other people, as well as training, education that provides knowledge about health, conditions of physical activity and rest. Of great importance is also the possibility of being assisted in the field of health and social care. Among these, many factors that affect human health and nutrition are of primary importance.

The way of nutrition affects human health throughout his/her life. This is most noticeable in a period of rapid growth and development. During the conducted experimental animal studies, concerning the effect of nutrition on the development, the interdependence between a balanced nutrition and the development of brain tissue has been noticed.

During the last sixtieth revelation of role of amino acids, vitamins and other essential for health food ingredients in the field of biology as well as achievements of nutrition sciences made it possible both to treat diseases, resulting from their insufficiency, and to prevent them. However, in some developing countries, diseases caused by a significant lack of protein, vitamin A or other food components often occur. According to the reports of the Organization on nutrition and agriculture, only 15% of the world's population has a proper nutrition, approximately 30% of population has wrong nutrition; the other people to a greater or lesser degree are undernourished.

Of great importance in preventing or at least partial reduction of harmful effects of substances, that products contain, on the human body has undoubtedly a correct production, storage, transportation, trade etc.

Ecological food has become very popular throughout the world, because these days we hear a lot about it. Let's begin by defining what generally a "bioproduct" means.

The label "bio" means that this product is made with ingredients that were grown without the usage of artificial fertilizers, pesticides and seeds, which were not genetically modified and were not under the effect of radiation.

Many people think about the fact whether "bio" products are healthier for the environment. The answer is: there is elimination of a large number of toxic pesticides and synthetic fertilizers used in traditional agriculture. Environmental cultivation methods do not lead to air, water and soil pollution. Unlike traditionally made food, ecological food (bio, organic) contains no toxic substances (eg .., pesticides). Pesticides are chemicals such as fungicides, herbicides and insecticides. These chemicals are widely used in traditional agriculture, and their remains are contained in food we eat every day. The most exposed to the harmful effects of pesticides are children, because they have less developed immune system. As it is shown, many of these chemicals are bad for human health, and they can also cause cancer, birth defects, damages of the nervous and reproductive systems.

When it comes to nutritional value of products of organic origin, yet there is no single opinion. Some research shows that ecologically grown vegetables and fruit contain more vitamin C, minerals and antioxidants than products grown traditionally. However, other studies in the same trend have shown that in this respect there is no difference between environmental and non-environmental food.

But undoubtedly safer for our health is the consumption of products grown in natural way, by the laws of nature, without chemical enhancers and other means that are now being used by large producers.

Therefore, individuals with food allergies, who cannot tolerate chemicals or preservatives, often switch into organic products that serve them better.

Organic food is often fresher, because it does not contain preservatives, which make its expiration date longer. But fresh food always tastes better!

Usually ecological food is quite expensive. Less production, slower increase, more expensive growth and care are among the main reasons that for organic products we have to pay quite much.

However, if these products are on sale, they all must be labeled with "green eurolaef." The eurolabel of environmentally friendly products can be used on the packaging of ecological products, in which at least 95% of components are environmental.

EU logo must be used: in designating packaged ecoproducts, put into circulation as environmental, in accordance with EU requirements, in plain view, and universally legible.

These markings should be placed in a place, exposed to the product label, in order to be clearly visible, legible and unable to be removed.

**Conclusions.** Health is not just physical, mental and intellectual skill. It is also a desire for fullness of life, ability to cope with various problems, and the ability to deal with various illnesses and diseases;

- A very large impact on health has a lifestyle, first of all, nutrition;
- Products that we eat have an impact on physical and mental development of a person;
- Organic food does not contain any preserving agents, what is very important for human health;
- Organic food should be available for sale in each shop;
- Consumption of organic food will allow us to avoid many diseases, including cancer;
- All packaged organic products must be labeled with EU logo for ecological products (this is a framed by asterisks leaf pattern on a green background).

*Erritali Abdelkhalek, Pytetska N.*

**IMPORTANCE FOR MANAGEMENT OF MAJOR CARDIOVASCULAR RISK FACTORS**

Department of Propedeutics of Internal Medicine #1, bases of bioethics and biosafety

Supervisor: Dr. med prof. N. Pytetska

Kharkiv National Medical University

Kharkiv, Ukraine

Cardiovascular diseases represent the most important medical and social problem in most developed countries. In Ukraine almost every second citizen has a cardiovascular pathology, the mortality rate from which has recently increased and is twice as high than that in Europe and 3,6 times higher as compared with countries of European Union. Epidemy of cardiovascular disease (CVD) is largely related to the mode of life and resulting physiological risk factors; their management is associated with a decrease in morbidity and mortality rates.

Among cardiovascular risk factors modifiable and non-modifiable ones can be distinguished. Non-modifiable risk factors include age, male gender, and heredity (cases of premature death from CVD or blood relatives suffering from CVD: men under the age of 55 years and women under the age of 65 years). Major modifiable cardiovascular risk factors are arterial hypertension (blood pressure  $\geq 140/90$  mm Hg for those without diabetes and  $\geq 130/80$  mm Hg for patients with diabetes); dyslipidemia, diabetes (or impaired glucose tolerance), overweight, smoking (also passive), lack of physical activity, excessive alcohol consumption; abnormal uric acid metabolism, and air pollution.

Prolonged impact of these factors contributes to the progression of atherosclerosis, growth and destabilization of atherosclerotic plaques that eventually leads to stenosis and occlusion of arteries supplying the vital organs - heart and brain. Therefore, correction of modifiable cardiovascular risk factors is a primary goal of modern preventive medicine.

# **Секція: Клінічне медсестринство**







*Боднар Людмила, Степанова Галина*

**СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПОШИРЕНOSTІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ**

Кафедра загального догляду за хворими  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Л.П. Боднар  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність теми.** Поширеність бронхіальної астми (БА) у розвинутих країнах світу сягає 18% населення. Астма є одним із найпоширеніших хронічних захворювань.

**Мета й методи дослідження.** Мета цього повідомлення – показати ступінь поширеності і суспільної важливості захворюваності на БА в світі та в Україні.

**Результати.** На початку століття первинна захворюваність на БА у світі, в Україні та в окремих областях зростала. Останнім часом з'явилися ознаки стабілізації й навіть зменшення первинної захворюваності на БА (в Україні в 2002 р. – 2,54 випадка первинної захворюваності на 10 тис.населення, у 2011 – 3,7 випадка, у 2013 – 2,9 випадка). Деякі науковці вважають, що «зростання поширеності» БА, яке спостерігалось з 1970-х років, спричинювало головним чином підвищення якості діагностики.

Офіційна українська статистика говорить про 0,43 % хворих на БА серед усього населення України (є інформація про те, що офіційні дані через недостатній рівень діагностування занижено).

Крім фізичних страждань, БА також створює негативний вплив на нервову систему та психіку хворих. Це зменшує якість їхнього життя навіть у період ремісії. Під час опитування хворих на БА близько третини повідомили, що протягом останнього року вони були госпіталізовані.

**Висновки:**

1. БА є проблемою світового масштабу.
2. Захворювання суттєво впливає на якість життя та добробут мільйонів (а в Україні – сотень тисяч) людей.
3. Великий рівень госпіталізації хворих на БА завдає державам світу суттєвих економічних втрат.

Перспективи подальших розвідок у цьому напрямку полягають у вивченні поширеності БА в окремих регіонах, порівнянні цих даних, з'ясуванні екологічних, економічних, соціальних, географічних чинників впливу на захворюваність на БА.

*Бондаренко Юлія*

**СУЧАСНІ ЗАСАДИ ДОТРИМАННЯ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ ТА ДЕОНТОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ  
ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ**

Кафедра: Сестринська справа  
Науковий керівник: канд. пед. наук В.А. Колетчук  
КВНЗ "Житомирський інститут медсестринства"  
м. Житомир, Україна

**Актуальність.** Незважаючи на безперечні, фундаментальні досягнення в медицині, етичне поведіння медичних сестер з пацієнтами та колегами є важливим аспектом для підвищення якості надання медичної допомоги в умовах онкологічних стаціонарів.

**Мета роботи** полягає у висвітленні моральної відповідальності та неприпустимості недотримання всіх принципів етики та деонтології в роботі медичних сестер в умовах онкологічних стаціонарів.

**Основна частина.** Моральна відповідальність медичного працівника в умовах сучасного онкологічного стаціонару означає дотримання всіх принципів медичної етики та деонтології. Неправильна поведінка лікаря й представників середнього медичного персоналу може призвести до фізичних і моральних страждань онкологічних пацієнтів. Такі дії медичного працівника, як розголошення лікарської таємниці, відмова у наданні медичної допомоги, порушення особистого життя, недоторканності пацієнта неприпустимі. Кожному працівнику медичної сфери повинні бути притаманні певні якості: співчуття, доброта, чуйність, турбота та уважне ставлення до пацієнта, особливо медичним сестрам, які є проміжною ланкою між лікарем та пацієнтом. А онкологія вимагає особливого підходу до пацієнта: медична сестра при спілкуванні з пацієнтом повинна вміти так донести інформацію про стан здоров'я, щоб пацієнт не лише не отримав моральної травми, а був згоден на довготривале лікування і націлений на позитивний результат.

**Висновок.** В медичних закладах освіти при навчанні студентів-медиків потрібно звертати достатньо уваги на формування принципів етики та деонтології, які є неодмінною складовою успішного лікування і впливають на якість життя онкологічно-хворого пацієнта.

*Бухта Вікторія*

**ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

Кафедра: Сестринська справа  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Т.К. Набухотний  
КВНЗ "Житомирський інститут медсестринства"  
м. Житомир, Україна

**Актуальність.** Сліпота та слабкозорість є однією з проблем системи охорони здоров'я як у світі, так і в Україні. Інвалідність внаслідок сліпоти займає провідне місце серед інших причин інвалідності 14-15%. Основними причинами такого становища слід вважати недосконалість організації профілактичних заходів офтальмологічної патології.

**Мета роботи:** науково обґрунтувати систему оптимізації офтальмологічної допомоги населенню України в умовах реформування галузі охорони здоров'я для підвищення якості та ефективності. В ході роботи використовувалися методи системного підходу, інформаційно-аналітичний, бібліосемантичний.

Нами встановлено, що результативність медичної допомоги на 80-95 % залежить від організації та управління, рівня професійної підготовки лікарів-офтальмологів, якості обладнання, застосування технологій з доведеною ефективністю, а також від рівня підготовки управлінців охорони здоров'я. Одним з провідних напрямків сучасної соціальної медицини є вивчення комплексного впливу соціальних, екологічних, біологічних та організаційних чинників, які призводять до виникнення та поширеності захворювань, а також розробка організаційних заходів впливу на них з метою зниження захворюваності населення

**Висновки:** Оптимізація офтальмологічної допомоги, передбачає необхідність розроблення і впровадження тактики та стратегії медико-соціальної профілактики офтальмологічної захворюваності, та інвалідності внаслідок сліпоти та слабкозорості.

*Бухта Дмитро*

**ФІЗИОТЕРАПІЯ В ЗАГАЛЬНОМУ КОМПЛЕКСІ, ЯК ОСНОВА ПРОТИРЕЦИДИВНОГО ЛІКУВАННЯ**

Кафедра: Сестринська справа  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Т.К. Набухотний  
КВНЗ "Житомирський інститут медсестринства"  
м. Житомир, Україна

**Актуальність.** За останні роки органами та закладами охорони здоров'я проведено певну роботу щодо розвитку мережі фізіотерапевтичних установ. Зросла фізіотерапевтична активність в комплексній терапії, що сприяло скороченню тривалості і матеріальних витрат на лікування хворих, зменшенню застосування лікарських препаратів. Основним завданням фізіотерапії - визначення впливу фізичних факторів на біологічні тканини і організм з метою розробки методик і критеріїв відбору хворих для подальшого лікування.

**Мета роботи:** науково обґрунтувати систему оптимізації фізіотерапевтичної служби в Україні в умовах реформування галузі охорони здоров'я для підвищення якості та ефективності лікування пацієнтів. В ході роботи використовувалися методи системного підходу, інформаційно-аналітичний, бібліосемантичний.

Нами встановлено, що своєчасне і правильне застосування фізичних методів лікування сприяє якнайшвидшому розвитку компенсаторно-приспосувальних реакцій, оптимізації загоєння пошкоджених тканин, стимуляції захисних механізмів і відновлення порушених функцій органів і систем. Фізіотерапія дозволяє звести до мінімуму можливі побічні явища і неприємні наслідки як самої хвороби, так і її лікування, що позитивно позначається на захисних силах організму. Значним резервом в удосконаленні та розвитку фізіотерапевтичної допомоги, етапності й спадкоємності в лікуванні фізичними факторами є організація і проведення фізіотерапії вдома, впершу чергу інвалідам, дітям, що часто і тривало хворіють.

**Висновки:** Фізіотерапевтичні методики ефективно доповнюють медикаментозну складову комплексного лікувального процесу, дозволяють уникнути небажаних побічних ефектів і досягти стійких позитивних результатів лікування.

*Глоба Тамара, Демченко Катерина*

**РУХОВА АКТИВНІСТЬ В ЖИТТІ СТУДЕНТІВ  
КІРОВОГРАДСЬКОГО МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ ІМ. Є.І. МУХІНА**

Кафедра основ медсестринства  
Науковий керівник: магістр медсестринства,  
викладач основ медсестринства та загального догляду за хворими Т.М. Глоба  
Кіровоградський медичний коледж ім. Є.І. Мухіна  
м. Кіровоград, Україна

Рухова активність здійснює позитивний вплив на стан здоров'я людини. Студенти випробовують значні фізичні й розумові навантаження впродовж навчання, тому для студентів доцільним є отримувати оптимальну рухову активність.

**Актуальність** проблеми обумовлена необхідністю визначення найбільш доступних для студентів засобів, що сприяють збільшенню рухової активності студентів вищого навчального закладу. Систематична рухова активність є невід'ємною частиною здорового життя студентів, що позитивно впливає не тільки на психофізичний стан, але й на успішність в навчанні.

Рухова активність є біологічною потребою людини, що обумовлена для нормального розвитку й життєдіяльності організму. Рухова активність представляє собою обсяг всіх рухів, що виконує людина впродовж своєї життєдіяльності.

Сумарна рухова активність, що отримують студенти впродовж тижня, є недостатньою для покриття біологічної потреби в русі. Достатньо тривале обмеження у руховій активності отримало назву гіподинамія, і є небезпечним антифізіологічним чинником, який руйнує організм та призводить до погіршення фізичної і розумової працездатності. В той же час, на порушення, що викликані станом гіподинамії, можна впливати за допомогою здійснення своєчасного фізичного навантаження. Неодмінною складовою рухової активності є регулярні заняття фізичною культурою і спортом, дотримання необхідного рівня рухової активності створює оптимальні умови для активної діяльності й ефективного відновлення організму, сприяє підвищенню розумової і фізичної працездатності організму.

Дослідження виконувалось за планом науково-дослідної роботи кафедри основ медсестринства та догляду за хворими Кіровоградського медичного коледжу ім. Є.І.Мухіна.

**Мета дослідження** - рухова активність студентів навчального закладу і її збільшення за допомогою використання засобів фізичної культури і спорту.

**Результати дослідження.** В умовах навчання підвищується значущість рухової активності студентів, їх залучення до занять фізичною культурою і спортом, формування всесторонньо і гармонійно розвиненої особистості студента і випускника з високим ступенем готовності до професійної діяльності.

Протягом навчання, на організм студента здійснюють вплив різні зовнішні чинники, не слід забувати і про негативний вплив процесу адаптації, тому одним з найбільш ефективних способів протидії цим чинникам є дотримання правил здорового способу життя. Студенти, що виконують необхідний об'єм рухової активності, краще виглядають, є більш здоровішими у психофізичному сенсі, менше схильні до стресу і напруги, краще сплять, покращується діяльність різних функціональних систем, підвищується фізична і розумова працездатність, вони мають менше проблем зі здоров'ям.

З метою правильної і ефективної організації способу життя студентів слід дотримуватись наступних умов:

- ✓ мати достатній рівень рухової активності;
- ✓ прагнути правильно харчуватись;
- ✓ перебувати в чистому навколишньому середовищі;
- ✓ слідувати за правилами особистої гігієни;
- ✓ відмовитись від шкідливих звичок;
- ✓ вибудовувати собі раціональний режим навчання й відпочинку.

**Висновки.** Регулярна рухова діяльність з оздоровчою спрямованістю позитивно впливає на всі функціональні системи організму людини, а організм в цілому робить більш пристосованим до умов зовнішнього середовища - під впливом фізичних навантажень:

- ✓ збільшується частота серцевих скорочень, що призводить до функціонального вдосконалення системи кровообігу;
- ✓ збільшується частота дихання, заглиблюється вдих і посилюється видих, чим покращується вентиляційна здатність легенів, інтенсивне розпрямлення легенів ліквідує застійні явища в них й служить профілактикою захворювань дихальної системи;
- ✓ розвивається і вдосконалюється опорно-руховий апарат, м'язова система тощо.

*Гопаца Таїсія*

**У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР БАКАЛАВРІВ ФОРМУВАННЯ ЛІДЕРСЬКИХ ЯКОСТЕЙ**

Кафедра сестринської справи  
Науковий керівник: канд.біол.наук О.В. Горай  
Житомирський інститут медсестринства  
м.Житомир, Україна

Реформа системи охорони здоров'я, яка відбувається нині в Україні, перехід на принципи надання первинної медико-санітарної допомоги населенню та бюджетно-страхової медицини, становлення ринкових відносин потребують удосконалення існуючої системи сестринської освіти. В програму підготовки медсестер-бакалаврів введені такі навчальні дисципліни, які дозволяють готувати не лише висококваліфіковану медичну сестру, але й організатора медичної справи. В програму підготовки медсестер-бакалаврів введені такі навчальні дисципліни, які дозволяють готувати не лише висококваліфіковану медичну сестру, але й організатора медичної справи Національна програма розвитку медсестринства передбачає підготовку медичної сестри-організатора і лідера сестринської справи, викладача медичного коледжу, сімейну сестру, яка буде здатною співпрацювати з родинами пацієнтів, здійснювати наукову працю з проблем медсестринства. Модель медсестри-бакалавра базується на стандарті підготовки дипломованої медсестри-молодшого спеціаліста. Введення двоступеневої освіти стало приводом для перегляду навчальних планів попередніх років з проведенням експертизи програм перш за все професійних дисциплін.

Встановлено, що найвагомішими досягненнями сестринської справи в переважній більшості країн світу є: розвиток сестринської справи як самостійної сфери професійної діяльності в охороні здоров'я з чітко налагодженою системою управління, запровадженням новітніх видів медсестринської діяльності та допомоги; формування сестринської справи як наукової дисципліни з проведенням наукових досліджень з проблем клінічного медсестринства, підготовки медсестринських кадрів; розвиток та вдосконалення багаторівневої системи вищої медсестринської освіти.

*Жепко Валентина*

**РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРОФІЛАКТИЦІ МАСТОПАТІЇ**

Кафедра медсестринства  
Науковий керівник: І.М. Круковська  
Житомирський інститут медсестринства  
м. Житомир, Україна

**Актуальність теми:** Предмет обожнювання чоловіків і дітей, символ материнства і об'єкт захоплення поетів - жіночі груди, завжди притягує до себе погляди. Однак, якщо про її зовнішній вигляд дбають практично всі жінки, то внутрішнє здоров'я грудей часто залишається без належної уваги. На жаль, тенденція нашого сьогодення вказує на те, що мастопатія стала супутницею сучасної жінки. Мастопатія є найпоширенішим захворюванням молочної залози. На її фоні можуть розвинутися доброякісні пухлини грудей, в три-п'ять разів збільшується ризик розвитку раку молочної залози. Більше того, реальна картина в Україні вже давним давно перейшла червону межу - 12 мільйонів жінок вже зіткнулися з діагнозом мастопатія. З них 20 тисяч щороку ризикують перейти в категорію ракових захворювань.

**Мета дослідження** - з'ясувати рівень проінформованості майбутніх медичних сестер про існуючу проблему мастопатії, причини пізньої діагностики, а також визначити роль медичної сестри у профілактиці мастопатії.

Мастопатія - доброякісне захворювання молочних залоз, викликане гормональним дисбалансом, що проявляється у вигляді патологічного розростання тканин. А саме, під впливом несприятливих факторів формується дисбаланс гормонів – недостаток прогестерона і надлишок естрогену, що призводить до надмірного розростання тканин молочної залози- виникає мастопатія, а згодом є ризик виникнення раку молочної залози.

Таким чином, медична сестра повинна донести до жіночого населення, що в будь-якому віці жінка повинна уважно ставитися до себе, проводити регулярно профілактичні огляди й дослідження у лікарів, регулярно робити мамографію після 40 років, використовувати правильно підібраний бюстгальтер, не нехтувати своєю дітородною функцією, збалансовано харчуватися, дотримуючись легку діету, утримувати вагу в рекомендованих межах, відмовитися від куріння і зловживання алкоголем, не повинна забувати і про свою рухову активність.

*Коляса Марія, Деміда Світлана*

### **ВИЯВЛЕННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР**

Кафедра сестринської справи та догляду за хворими  
Науковий керівник: Л.В. Сенюк  
Чортківський державний медичний коледж  
м.Чортків, Україна

Синдром емоційного вигорання є станом емоційного, психічного та фізичного виснаження, що розвивається в результаті хронічного стресу середньої інтенсивності в умовах професійної діяльності, внаслідок чого збільшується вірогідність розвитку депресивних, невротичних та психосоматичних розладів. Психоемоційний дистрес є однією з причин погіршення взаємовідносин в сім'ї, залежних станів та суїцидальної поведінки. Встановлено залежність вираженості цього синдрому від стажу роботи, особливостей організації терапевтичного середовища у відділенні, індивідуально-особистісних рис медичної сестри.

Дану методику було розроблено на основі моделі К.Маслач та С.Джексон. Опитувальник містить 22 твердження про відчуття та переживання, пов'язані з виконанням професійної діяльності. Складається він з трьох складових (емоційне виснаження, деперсоналізація (цинізм) і персональні досягнення).

Студентами проведено опитування медичних сестер Чортківської ЦКРЛ на предмет виявлення синдрому емоційного вигорання. Було опитано 46 медичних сестер віком від 20 до 61 року, середній вік - 40 років. Стаж роботи - від 1 до 39 років.

З опрацьованих даних видно, що синдром «емоційного вигорання» спостерігається у більшості медичних сестер і має свої особливості для даної професії. Також можна відмітити, що він є найбільш виражений у медичних сестер із стажем роботи від 11 до 20 років.

Тому виникає необхідність використання спеціальної соціально-психологічної програми, спрямованої на оволодіння медсестрою знаннями, що розкривають зміст та структуру синдрому «емоційного вигорання», методами діагностики синдрому, засобами та прийомами профілактики та подолання синдрому. Проведене дослідження відкриває перспективи подальшої роботи над вивченням проблеми виникнення та розвитку синдрому «емоційного вигорання» у медичних сестер.

*Куліш Т.*

### **ВИКОРИСТАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НАВЧАННЯ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МОЛОДШИХ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ**

Кафедра загального догляду за хворими  
Науковий керівник: канд. техн. наук, доц. Н.О. Кравець  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Ідеї навчання в співробітництві розвивається зусиллями великої кількості педагогів в багатьох країнах світу, тому що вона є гуманною за своєю суттю. Слід також відмітити, що метою навчання у співробітництві є ефект соціалізації, формування комунікативних вмінь. Головна ідея навчання у співробітництві – вчитися разом, а не просто виконувати щось разом.

Існують декілька варіантів цього методу навчання. Це навчання у команді та метод проектів. До інноваційних технологій відноситься різноманітне навчання, проблемне навчання, дистанційне навчання тощо. Слід зазначити, що саме дистанційне навчання збільшує кількість потенційних учасників за рахунок використання електронних мереж.

Інтерактивне навчання використовується за умови застосування фронтальної та кооперативної форми організації навчальної діяльності студентів. Кожна з цих форм має свої особливості.

Навчання у співробітництві має значну роль у формуванні особистості студента. Використовується воно у педагогіці достатньо давно. Головна ідея цього навчання – це вчитися разом, а не просто щось виконувати разом. В роботі висвячені найбільш цікаві варіанти цієї технології. Навчання у співробітництві в малих групах дозволяє максимально враховувати індивідуальні особливості кожного студента, особливість його психологічного складу, характер тощо. Саме співробітництво, а не змагання лежить в основі навчання з використанням цієї технології. Саме така технологія навчання є найбільш перспективною й легко вписується у існуючий процес навчання. Тому саме цю технологію ми обираємо для проведення подальших досліджень.

Автором було проведено аналіз стану вивчення дисциплін медичного циклу та обґрунтована доцільність подальшого впровадження інноваційних технологій навчання в навчальний процес в медичному училищі.

*Булгакова Н.*

**ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ДИСЦИПЛІН ХІРУРГІЧНОГО ЦИКЛУ**

Кафедра загального догляду за хворими  
Науковий керівник: канд. техн. наук, доц. Н.О. Кравець  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Викладання дисциплін хірургічного профілю має свої особливості.

Крім умінь і навичок з догляду та спостереження за хворими, надання невідкладної долікарської допомоги, велику увагу приділяють таким навикам та вмінням, як пропаганда здорового способу життя, профілактика захворювань, виховання свідомого ставлення до здоров'я. Зміни полягають також у значному поширенні нових освітніх технологій, що ґрунтуються на використанні можливостей сучасної комп'ютерної техніки та потреб в індивідуальному особистісному розвитку людини.

Підвищенню результативності навчального процесу у медичному коледжі сприяє вдосконалення нових форм роботи, пошук нових систем, впровадження спеціальних форм занять і семінарів з різних дисциплін хірургічного циклу. Інноваційне навчання включає читання мультимедійних лекцій, проведення практичних занять з використанням тренажерів, фантомів, навчальних та контролюючих комп'ютерних програм. Застосування віртуальних навчальних програм у навчальному процесі дозволяє студентам ознайомитись з новітніми діагностичними приладами та спробувати їх в дії.

Підготовка і проведення семінарських занять, самостійної позааудиторної роботи студентів передбачає використання традиційних та інноваційних джерел інформації. Серед традиційних - перевага надається спеціалізованій медичній літературі та періодичним виданням. Широко використовуються інноваційні джерела інформації, такі як електронна бібліотека Medline, інформаційна система UpToDate, web-сайти університетів, коледжів.

Проведення практичних занять з дисциплін хірургічного циклу також має свої особливості. Практичні заняття проходять не тільки у кабінетах доклінічної практики, а і на базі хірургічних, травматологічних, гінекологічних, оториноларингологічних, офтальмологічних відділень, відділень реанімації та інтенсивної терапії. Таким чином студенти набувають потрібних вмінь і впевненості в своїх силах.

*Мазур Людмила, Казан Ірина*

**ЗАПРОВАДЖЕННЯ «ШКОЛИ ДІАБЕТИКА» В САМБІРСЬКІЙ ЦЕНТРАЛЬНІЙ РАЙОННІЙ ЛІКАРНІ**

Кафедра медсестринства  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Цукровий діабет (ЦД) у світі розглядається як хвороба індустріально розвинених країн. За даними Міжнародної федерації діабету, у 2011 році кількість хворих на цукровий діабет у світі досягла 366 мільйонів, а в 2030 році становитиме 552 мільйони. У 2011 році діабет став причиною 4,6 млн смертей.

У Самбірській центральній районній лікарні, яка налічує 330 ліжок, надається медична допомога пацієнтам з різноманітною патологією, при цьому досить часто супутнім чи основним захворюванням є ЦД.

Пацієнти із цукровим діабетом повинні модифікувати свій спосіб життя, щоденно отримувати цукрознижуючі препарати і частково регулювати їх дозування (кількість одиниць інсуліну короткої та ультракороткої дії залежно від об'єму їжі чи доза інсуліну при вірусних інфекціях) та контролювати рівень глюкози крові. Ці особливості стали передумовами створення у медичному закладі «Школи діабетика», де проводиться навчання пацієнтів із ЦД.

Зважаючи на те, що середня тривалість перебування пацієнтів у відділення становить 11-12 днів, увесь цикл лекцій поділений на сім занять. Перше заняття – «Що таке цукровий діабет?». Друге заняття – «Спосіб життя. Дієтотерапія». Третє заняття – «Інсулінотерапія. Таблетовані цукрознижуючі препарати». Четверте заняття – «Що таке контроль діабету?». П'яте заняття – «Хронічні ускладнення цукрового діабету». Шоста лекція – «Гіпоглікемічні стани». Сьоме заняття – «Кетоз. Кетоацидоз».

**Висновки.** Застосована схема організації «Школи діабетика» на базі стаціонару дозволяє максимально повно ознайомити усіх пацієнтів лікарні із питаннями діагностики, лікування, самоконтролю та попередження розвитку гострих і хронічних ускладнень цукрового діабету.

*Ляшок Олена*

**ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ КІРОВОГРАДСЬКОГО МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ ІМЕНІ Є.І. МУХІНА**

Кіровоградський медичний коледж імені Є.І. Мухіна  
м. Кіровоград, Україна

Здоров'я нації - суттєвий показник суспільного та економічного розвитку держави. Здоров'я дітей – її майбутнє, адже близько 75 % хвороб у дорослому віці є наслідком умов та способу життя в дитинстві та юності. Стан здоров'я людини залежить на 20 % від спадковості, на 10 % від рівня розвитку медицини, на 20 % від стану довкілля, на 50 % від способу життя. За словами І. П. Павлова: «Здоров'я у зрілому віці треба заслужити». Людина могла б жити значно довше, якби не її недбале поводження з власним організмом. Потрібні ґрунтовні знання, велике бажання та сила волі, щоб бути і залишатися здоровим. Проблема здорового способу життя молоді набула такої актуальності, що сьогодні ми говоримо про неї, як про глобальну загрозу для всієї нації.

Здоровий спосіб життя – це комплекс оздоровчих заходів, що забезпечують гармонійний розвиток, високу працездатність, гарний настрій, упевненість у собі, відмова від шкідливих звичок, загартовування, оптимальний руховий режим. Саме затаких умов здоров'я поліпшується та зберігається на довгі роки.

Ставлення сучасного студентства до здорового способу життя було досліджено серед студентів I-IV курсів II медсестринського відділення Кіровоградського медичного коледжу ім. Є.І. Мухіна. Дослідження проведено методом анкетування. Мета дослідження - оцінка ціннісно-мотиваційних установок на збереження та зміцнення здоров'я.

**Результати дослідження показали:**

- правильний розпорядок дня у 50 % студентів;
- режиму харчування дотримуються 65 % студентів;
- шкідливі звички, як тютюнопаління, мають 10 % студентів;
- алкоголь вживають 10 % студентів;
- нестійкими до стресових ситуацій виявилися 9 % студентів;
- активному відпочинку надають перевагу 70 % студентів

**Висновок:**

За результатами анкетування можна зробити висновок, що нездоровий спосіб життя більшість студентів почали вести з 14-16 років, а більша половина опитуваних погано поінформована щодо ведення здорового способу життя та не вбачають загрозовою проблему недотримання здорового способу життя.

У навчальних закладах повинна здійснюватися постійна і цілеспрямована робота з молоддю з використанням різноманітних прийомів, які б стимулювали пізнавальну діяльність, впливали на мотиваційну сферу, не залишали байдужими, змушували переглянути пріоритети власного життя. Таким чином, формування здорового способу життя молоді - складний процес, який потребує як найбільшої кількості людей, різних організацій і насамперед - самої молоді.

*Рудович Олена*

**РОЛЬ СІМЕЙНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ВИКОНАННІ ЗАХОДІВ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДА З ЗАХВОРЮВАННЯМ СЕРЦЕВО – СУДИННОЇ СИСТЕМИ**

Кафедра «Сестринська справа»  
Науковий керівник: канд. мед. наук Б.Б.Лесків  
КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»  
м.Житомир, Україна

**Актуальність.** Первинна медична допомога посідає важливе місце в системі охорони здоров'я кожної країни. Сімейна медицина повинна відігравати ключову роль у забезпеченні високої якості первинної медичної допомоги всього населення. Захворювання серцево – судинної системи є причиною тривалої непрацездатності, інвалідності та смертності.

**Мета роботи** полягає у вивченні впливу медичної сестри на реабілітацію з захворюванням серцево – судинної системи.

Одним із методів дослідження є проведення анкетування медичних сестер та інвалідів у вивченні обізнаності з проблем та наслідків серцево – судинних захворювань та реабілітація. Динаміка показників серцево – судинних захворювань та їх поширеність за даними статистичних звітів надає можливість обґрунтування розробки і запровадження новітніх медсестринських підходів, щодо відновлення втрачених або ослаблених функцій органів і систем. В результаті вивчення та впровадження медсестринської моделі полягає не тільки у проведенні активної санітарно – просвітньої роботи серед населення, а також організації практичного навчання непрацездатних хворих центрів ПМСД за участю медичної сестри.

**Висновок.** Таким чином, медсестринська модель реабілітації з захворюванням серцево – судинної системи допоможе нам відновити втрачених або ослаблених функцій органів і систем.



*Мойсеєнко Наталія*

**ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСУ НА РОБОЧИХ МІСЦЯХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР  
РІЗНОГО ПРОФІЛЮ**

Кафедра первинної медико-сітарної допомоги та загальної практики-сімейної медицини  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. І.О. Боровик  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль. Україна

Застосування інформаційних і комунікаційних можливостей мережі Інтернет є важливою та необхідною умовою ефективної професійної діяльності медичної сестри.

**Метою дослідження** було проведення аналізу доступності мережі Інтернет та особливостей застосування її ресурсу на робочих місцях медсестрами різного профілю комунальних та приватних медичних установ.

В опитуванні взяли участь 67 медсестер з чотирьох комунальних лікарень та трьох приватних медичних центрів (ПМЦ), робочі місця яких були обладнані персональними комп'ютерами. Серед обстежених було 27 медсестер діагностичних кабінетів, 7 головних, 23 старших, 5 палатних та 5 процедурних медичних сестер.

З усіх респондентів 34,3 % медсестер відзначили можливість користуватися на робочому місці мережею Інтернет. В комунальних лікувальних закладах користувачами Інтернет були головні та частина старших медсестер (15,0 %), які застосовували цей ресурс в основному для пошуку медичної інформації, роботи з базами даних і, лише в окремих випадках, для управління зверненнями пацієнтів і результатами обстежень.

В приватних медичних установах користувачами Інтернет були переважно медсестри кабінетів діагностики (34,5 %), а також головні та старші медсестри (20,7 %). Інтернет-ресурс використовувався медсестрами ПМЦ також переважно для пошуку медичної інформації та роботи з базами даних. Але відносні показники кількості медсестер-користувачів Інтернет у ПМЦ, які застосовували даний ресурс для управління зверненнями пацієнтів і результатами обстежень, були достовірно більшими за такі в комунальних лікувально-профілактичних закладах ( $p > 0.05$ ).

**Таким чином**, в комунальних медичних установах, в порівнянні з ПМЦ, доступ та напрямки використання медсестрами Інтернет-ресурсу є більш обмеженими.

*Мартиновець Анна*

**РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПАЛІАТИВНІЙ ТА ХОСПІСНІЙ ДОПОМОЗІ  
ІНКУРАБЕЛЬНИМ ХВОРИМ**

Кафедра сестринської справи  
Науковий керівник: В.Р. Жовнерчук  
Житомирський інститут медсестринства  
м. Житомир. Україна

**Актуальність проблеми** пов'язана з низькою якістю життя людей похилого віку, а також із соматичними захворюваннями у термінальній стадії, які потребують медичної, соціальної та духовної допомоги.

Україна входить до першої десятки країн світу з найбільш високою онкозахворюваністю населення. Щорічно виявляється понад 180 тисяч хворих з різними злоякісними новоутвореннями, а на обліку знаходяться 750-800 тисяч пацієнтів. За даними канцер-реєстру Національного інституту раку, понад 50 % онкологічних хворих перебувають у запущеній стадії хвороби і переходять до категорії невиліковних. В ході процесу прогресування хвороби, хворі поступово втрачають здатність до самообслуговування, потребують сторонньої допомоги та спілкування.

Паліативна допомога – це комплексний підхід, мета якого забезпечити максимальну якість життя пацієнтів із невиліковними захворюваннями і членів його родини шляхом запобігання та полегшення завдяки ранньому виявленню і точному діагностуванню проблем, що виникають, та проведення адекватних лікувальних заходів, а також надання психосоціальної та моральної підтримки. Невід'ємною частиною надання цієї допомоги є медична сестра.

Хоспіс як мовна форма медико – соціального закладу паліативної медицини трактується так : «Хоспіс є державним закладом для інкурабельних хворих, має забезпечити паліативне (симптоматичне) лікування, підібрати необхідну знеболювальну терапію, надати медико – соціальну допомогу, догляд, психологічну підтримку родичів на період хвороби та втрати близького».

**Висновок.** Велику роль в наданні якісної та висококваліфікованої допомоги відіграє медична сестра, основою її професіоналізму становить уміння вислухати хвору людину, адже спілкування – це ключова умова для успішної паліативної допомоги.

*Новак-Мазепа Х.*

### **ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНИХ ДЕФОРМАЦІЙ В РОБОТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ**

Науковий керівник: канд. мед.наук, доц. О. П. Венгер  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Вагоме місце в житті людини належить професійній діяльності. Діяльність людини впливає на соціальне формуванні особистості, її спосіб життя і поведінку. Зазвичай цей вплив має позитивний характер, але бувають випадки коли цей вплив набуває деструктивного характеру. Змінюються життєво важливі якості і властивості особи, тобто відбувається, так звана особистісна деформація.

Деформація особистості – це зміна якостей і властивостей особи (стереотипів сприйняття, ціннісних орієнтацій, характеру, способів спілкування і поведінки) під впливом тих або інших чинників, що мають для неї життєво важливе значення. Професійна деформація особистості фахівця – це зміна якостей і властивостей особи (стереотипів сприйняття, ціннісних орієнтацій, характеру, способів спілкування і поведінки) під впливом виконання ним професійної діяльності.

Професія медичної сестри є однією з тих професій, що найбільш піддаються виникненню професійних деформацій. Серед професійних деформацій медичних сестер найбільш гостро стоять проблеми професійного виснаження та акцентуацій характеру, що проявляються в залежності від місця роботи.

Для досягнення мети дослідження – визначення і дослідження рівня виникнення професійних деформацій та доцільності застосування ранньої діагностики і профілактики емоційного виснаження та акцентуацій характеру в роботі медичної сестри, проведено аналіз і узагальнення наукових даних, а також проведення дослідження в групах.

Аналізуючи дані літературних джерел та дані дослідження в групах встановлено, що для медичних сестер психіатричного відділення стаціонару та наркологічного диспансеру поширеним є середній рівень вигорання та тенденції до підвищеного. Для медсестер працюючих в поліклінічному відділенні встановлено низький рівень вигорання.

Для медичних сестер психіатричного відділення стаціонару та наркологічного диспансеру характерним є переважання гіпертичного та тривожного типу характеру, наявність збудливих типів, тоді як для медичних сестер поліклінічного відділення - педантичного типу.

Таким чином, можна стверджувати про підвищений ризик виникнення професійних деформацій у медсестер психіатричного відділення стаціонару та наркологічного диспансеру, про доцільність подальшого дослідження та проведення заходів профілактики серед груп ризику.

*Перова Ірина*

### **ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ СІМЕЙНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ З ПРОФІЛАКТИКИ ДИТЯЧОГО ПОБУТОВОГО ТРАВМАТИЗМУ**

Кафедра сестринської справи  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.З. Свирідюк  
КВНЗ "Житомирський інститут медсестринства"  
м. Житомир, Україна

**Актуальність теми.** В Україні, як і в усьому світі, дитячий травматизм залишається актуальною проблемою. Соціально-медичне значення травматизму визначається тим, що травми займають третє рангове місце серед причин смертності населення, є однією з основних причин інвалідності,

спричиняють великі економічні збитки в суспільстві, зумовлюють значні витрати на медичну допомогу. У структурі дитячої травми 60,0 %-80,0 % становить побутова травма.

**Мета дослідження** - розробити перспективні підходи до профілактики дитячої побутової травми за участю сімейної медичної сестри.

Для досягнення мети використано клініко-статистичний метод та анкетування 120 підлітків м. Житомира.

Встановлено, що рівень дитячого травматизму у 2013 році в Україні становив 572,7 на 100 тис. дитячого населення, а в Житомирській області - 739,1 на 100 тис. відповідного населення. При цьому побутова дитяча травма склала 61,0 % від всіх дитячих травм в Україні і 82,0 % на Житомирщині. Аналіз обставин виникнення травм у дітей показує, що травматизм на 82,5 % залежить від так званого «травмонебезпечного суб'єкта», тобто самої дитини, і лише на 17,5 % - від «травмонебезпечних об'єктів та ситуацій». Динаміка зростання дитячого травматизму на Житомирщині більш стрімка (7,9 % за рік), ніж в Україні (3,9 %), при порівнянні з минулим роком. Оскільки в структурі дитячого травматизму переважає побутова травма, основні зусилля сімейних медичних сестер мають бути зосереджені на просвітницькій роботі з батьками малолітніх дітей та з учнями загально-освітніх шкіл.

**Висновки:** Проблема протидії побутовому травматизму серед дітей є ефективною лише за умови спільних зусиль лікарів-травматологів, сімейних лікарів, сімейних медичних сестер та батьків.

*Рощик Вікторія*

**ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАГІСТРІВ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ В УМОВАХ ЄВРОІНТЕГРАЦІЇ**

Кафедра «Сестринська справа»  
Науковий керівник: канд. пед. наук Круковська І. М  
КВНЗ "Житомирський інститут медсестринства"  
м. Житомир, Україна

**Вступ.** Підготовка нового покоління висококваліфікованих, професійно-компетентних медичних працівників вимагає впровадження нових форм організації навчального процесу відповідно до вимог Європейського освітнього простору. На сьогодні медична галузь потребує молодшого медичного спеціаліста, бакалавра та магістра сестринської справи, тому і є актуальними питання підвищення якості освіти випускників ВМНЗ.

**Мета:** вивчення науково-методичного забезпечення процесу формування професійної компетентності магістрів сестринської справи, впливу системи навчання на навчальний процес.

**Основна частина.** У більшості країн Європи, в США та Канаді викладачами коледжів та сестринських факультетів медичних університетів є медичні сестри з академічним ступенем медсестринської освіти - магістри та доктори філософських наук.

В 2002 р. під егідою Європейського бюро ВООЗ міністри охорони здоров'я Європейських країн підписали Угоду, яка не рекомендує використовувати лікаря при підготовці медсестер (Мюнхенська декларація, 2002 ., Німеччина).

Згідно даних, отриманих в ході нашого дослідження переважна більшість (75 % від всіх опитаних) студентів магістратури за спеціальністю «Сестринська справа» планують по закінченню навчання викладати медсестринство в клінічних дисциплінах у інститутах медсестринства, медичних коледжах та училищах України.

Професійно-компетентний викладач ВМНЗ повинен чітко знати та розуміти всі принципи організації діючої системи навчання.

**Висновок.** З метою вдосконалення формування професійної компетентності магістра сестринської справи на сучасному етапі необхідно запровадити спеціалізований курс про системи організації навчального процесу.

*Стельмах Олена*

**РОЗ'ЯСНЮВАЛЬНА ТА ПРОСВІТНИЦЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДСЕСТЕР У РОБОТІ З ХВОРИМИ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ**

Кафедра загального догляду за хворими  
Науковий керівник: канд. мед.наук, доц. В.Є.Городецький  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Однією із заporук вчасної діагностики та адекватної терапії є освіченість та розуміння пацієнта щодо власного захворювання: перших суб'єктивних та клінічних проявів, їхній розвиток, а також – ймовірність та безпека виникнення ускладнень.

В тісній співпраці та під наглядом лікаря медсестра може здійснювати низку заходів, скерованих на навчання пацієнтів. Можна використовувати вже добре відомі навчально – роз'яснювальні методики: ознайомлення з правилами та інструкціями, пізнавальні бесіди, тематичні лекції, тощо. Особливо актуальним та вагомим щодо практичної цінності є проведення анкетування пацієнтів. Слід зауважити, що на даний момент є анкети як загального так і вузького спрямування, що стосуються певної нозології. Щодо бронхіальної астми, то на сьогоднішній день рекомендовано кілька опитувальників, кожен з яких має свої критерії та шкалу оцінки: 1. Опитувальник контролю над астмою (Asthma Control Questionnaire – ACQ); 2.Тест контролю астми (Asthma Control Test – ACT); 3.Опитувальник оцінки ефективності терапії астми (the Asthma Therapy Assessment Questionnaire – ATAQ); 4.Шкала оцінки контролю БА (Asthma Control Scoring System); 5.Опитувальник якості життя хворих на астму AQLQ. Засвоївши рекомендації лікаря, медична сестра може провести з пацієнтами всю роботу до етапу формулювання висновків.

Таким чином, проведення роз'яснювальної та просвітницької роботи є важливою складовою в структурі діяльності медичної медсестри з пацієнтами хворими на бронхіальну астму. Застосування сучасних опитувальників є вагомим практичним та об'єктивним елементом діагностичного пошуку, а також кроком до усвідомлення власної патології пацієнтом.

*Марсак І.*

### **ТАКТИКА ВИБОРУ ДЕЗІНФІКУЮЧИХ ЗАСОБІВ У ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ**

Кафедра загального догляду за хворими  
Науковий керівник: канд. мед.наук, заступник головного лікаря з медсестринства Університетської лікарні Т.Я. Скарлош  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Однією з найбільш гострих проблем медицини є внутрішньолікарняні інфекції (ВЛІ). Захворюваність на внутрішньолікарняні інфекції сьогодні обумовлена комплексом факторів і формуванням госпітальних штамів збудників ВЛІ, порушенням вимог санітарно-протиепідемічного режиму та використання дезінфекційних засобів при проведенні дезінфекційних заходів. Формування внутрішньогоспітальних штамів відбувається шляхом появи більш вірулентних і патогенних штамів полірезистентних до дії антибіотиків і дезінфектантів. Цьому сприяє циркуляція мікроорганізмів серед хворих зі зниженою опірністю організму, пригніченим природнім імунітетом, носійство серед медичних працівників, а також нераціональне застосування антибіотиків та дезінфекційних засобів, порушення режимів дезінфекції і стерилізації.

Першочерговим завданням щодо заходів профілактики ВЛІ залишається дотримання санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму в лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ) з використанням сучасних засобів і технологій дезінфекції та стерилізації, правильний вибір і раціональне застосування дезінфекційних засобів, з визначенням чутливості збудників до дезінфекційних засобів. Одним з ефективних заходів профілактики ВЛІ в ЛПЗ є поточна дезінфекція оточуючого хворих і медпрацівників середовища, а також виробів медичного призначення, яка проводиться дезінфекційними розчинами встановленої концентрації. Дезрозчини знижують мікрофлору до відповідних рівнів, унеможлижуючи виникнення і розвиток ВЛІ. Мікроорганізми не хочуть бути зниженими, а тому вони борються за своє виживання в оточуючому середовищі і результатом цієї боротьби є виникнення стійких штамів збудників, які роками живуть в ЛПЗ у вигляді госпітальної інфекції і контамінують оточуюче середовище.

Отже, впровадження у медичну практику великої кількості дезінфекційних засобів зробило актуальною проблему оптимізації їх вибору, який у кожному конкретному випадку має проводитись із урахуванням епідемічної ситуації, особливостей та рівня мікробної контамінації об'єктів знезараження. Удосконалення дезінфекційних технологій на практиці вимагає удосконалення вибору дезінфікуючих засобів у залежності від конкретної дезінфектологічної задачі. З цією метою має здійснюватись комплексна система оцінки всіх значимих властивостей дезінфекційного засобу, які оптимізують виконання поставленої мети – забезпечення найвищої ефективності проведення дезінфекційних заходів.

*Яворська Наталія*

### **ПРОФЕСІЙНА КУЛЬТУРА МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР: СПЕЦИФІКА, СТРУКТУРА, ДИНАМІКА В УКРАЇНСЬКОМУ КОНТЕКСТІ**

Кафедра сестринська справа  
Науковий керівник: канд. філос. наук І.М. Дяченко  
Житомирський інститут медсестринства  
м. Житомир, Україна

**Актуальність теми.** В Україні, як і усьому світі, професійна культура майбутніх медичних сестер стає все актуальнішою, оскільки медсестринська освіта займає особливе місце в процесі реформи охорони здоров'я України.

**Мета дослідження:** розробка теоретичної концепції професійної культури майбутніх медичних сестер.

Для досягнення мети використано медико-соціальне дослідження.

Незважаючи на те, що проблеми професійної культури досліджувались багатьма спеціалістами: філософами, педагогами, лікарями, які розглядали різні її аспекти, невирішеною залишається проблема взаємозв'язку між змістом професійної культури медичних сестер і її ефективністю у професійній діяльності. Зокрема філософський аспект професійної культури представлена працями І. Канта, В.Ф. Гегеля, Ф. Шлегеля, С.В. Анісімова, І.М. Моделя, Н.О. Семченка, В.Г. Подмарков, В.Й. Шатило, С.В. Гордійчук, О.В. Горай, І.Р. Махновська. Нами розроблено перспективні підходи до формування культури медичних сестер на всіх рівнях професійної освіти та її концептуальну модель.

**Висновок.** Ефективність професійної діяльності медичних сестер залежить від їх професійної культури.

*Вербіцька Л.*

**РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

Кафедра загального догляду за хворими  
Науковий керівник: канд. біол. наук, доц. С.О. Ястремська  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Артеріальна гіпертензія – найпоширеніше хронічне захворювання, яке характеризується стійким підвищенням систолічного і / або діастолічного артеріального тиску і виявляється приблизно у 30% населення планети. Контроль артеріального тиску - один з основних моментів лікування артеріальної гіпертонії.

В цьому не останню роль відіграє робота медичної сестри з пацієнтами. Літературні дані свідчать про переваги медсестринського догляду за хворими з гіпертонічною хворобою разом у команді з лікарем. Медична сестра, маючи спеціальну підготовку, успішно налагоджує контакт з пацієнтом, може провести з ним більше часу, дохідливо розповісти про методи нефармакологічного лікування такі як: зниження ваги, відмова від куріння, фізична активність і боротьба зі стресом.

Відомо, що головна роль у вирішенні проблем пацієнта належить немедикаментозному та медикаментозному лікуванню, спрямованому на нормалізацію артеріального тиску, зміну вираженості або зникнення несприятливих клінічних проявів гіпертонічної хвороби і супутніх захворювань, поліпшення якості життя і зниження смертності. Медична сестра спільно з лікарем, пацієнтом і членами його сім'ї бере участь у заходах щодо попередження розвитку (первинна профілактика) та уповільнення прогресування (вторинна профілактика) гіпертонічної хвороби. Вона інформує пацієнта і членів його сім'ї про суть захворювання, загальні принципи його попередження і лікування, організацію психологічної, фізичної, соціальної та економічної допомоги хворому з боку родичів та заходи щодо зміни звичного для нього стилю життя. Кваліфікована медична сестра закликає хворого до співпраці, навчає його методам самогляду та збереження особистої безпеки, зміцнює віру в безпечність та ефективність лікувальних заходів.

Попередження прогресування гіпертонічної хвороби багато в чому залежить від бажання і можливості людини змінити стиль життя і дотримуватися правил здорового способу життя, від професійної майстерності медичної сестри в переконанні пацієнта регулярно і тривало застосовувати гіпотензивні та інші лікарські засоби, від її вміння навчити пацієнта навичкам самоконтролю рівня АТ, організувати йому психологічну, фізичну і економічну підтримку в родині.

*Grace Asare*

**WHY NURSES ARE LEAVING BEDSIDE NURSING IN GHANA?**

Kwahu Government Hospital  
Kwahu South District, Eastern Region, Ghana

**Aim:** The study aimed to establish and confirm the observation that nurses are leaving bed side nursing after a short period of practice.

**Methods:** With a cross sectional study design, data was collected with the aid of a structured, pre-tested, questionnaire that was administered to nurses of the Kwahu Government Hospital in Kwahu South District (in Eastern Region of Ghana).

**Results:** Most Nurses at the Kwahu Govt. hospital were mainly aged between 26-30 years (55.8 %). Consistent with normal expectations, most of the nurses are female (76.9 %). Distribution of nurse by marital status showed that most of the hospitals nurses were either single (57.7 %) or married (38.5%). About 4 % were divorced. Distribution by number of children showed that most of the nurses had no children (57.7 %). When nurses were asked whether they got the area of nursing they had wanted, 76.1 % said yes and 23.1 % said no. For those who did not get the area they wanted, 12.5 % said they had wanted to do degree nursing while another 12.5 % said they wanted to do obstetric nurses. The remaining 75 % of these respondents had wanted to be general diploma nurses. On the issue of interest in do further studies, 86.5 % said they wanted to do more courses in future while 13.5% of the respondents said no. The average age of nurses who said no was 46 years. Most nurses did not want to stay at the bed side till retirement. Only 21.2 % said they would stay at bed side. The average age of nurses who said they were going to stay at the bed side was 46.4 years. Most of the nurses wanted to do further courses and that would take them away from the bed side in future – 79 % were going to leave bed side. Nurses site various reasons for not wanting to leave bed side e.g. few opportunities for further studies, job of nursing was not as interesting as they thought etc. Most nurses who hoped to leave the bed side they hoped to do so after only 2-3 years of bed side practice. Older nurses, however, said they would stay in the profession. The academic aspirations of nurses included the following courses: Masters' and Doctoral (PhD) level – 81.3 %. The rest (19 %) said they wanted to do BSc. Nursing. As much as 82.7 % of nurses believed that bed side nursing was endangered because nurses leave the bed side for other areas.

**Conclusion:** The study therefore suggests that professional nurses are indeed leaving the bed side for areas of nursing that that do not involve bed side practice. Although Ghana trains many professional nurses each year, many leave the bed side. If this not curtailed, there could be serious shortages of nurses at the bed side in future. These internal losses are going on unnoticed and unaccounted for. This is not the only channel of loss of professional nurses – many also continue to leave Ghana and other developing countries in Africa and Asia for better working conditions in developed countries.

*Barahman Irina*

**SUBSTANCE USE DISORDER AND CORRELATIONS WITH TOBACCO USE AT THE METHADONE MAINTENANCE TREATMENT PROGRAM**

Carnegie Hill Institute  
New York, USA

**Introduction:** Substance use disorders (SUD) are patterns of symptoms resulting from use of a substance which the individual continues to take, despite experiencing problems as a result. There are many types of drugs that are highly abused in the USA. The most frequently abused substances are: alcohol, heroin, non-prescribed and prescribed opioids, cocaine, marijuana and cigarettes. The prevalence of smoking among individuals who use illicit drugs remains remarkably high despite dramatic decreases in the prevalence among other groups. Consequently, the tobacco-related mortality rate among those with substance use disorders (SUDs) is twice that of the general population and greater than the mortality rate from all other drugs combined.

**Aims:** We are trying to find a correlation between the generally successful Methadone Maintenance Treatment Program (MMTP) and the smoking cessation among participants.

**Methods:** Chart reviews, patient's surveys and personal interviews were conducted to collect the data presented in this article.

**Results:** The study was conducted in MMTP in NY and included 60 participants. Collected data was analyzed according to the gender, race, employment status when they were admitted to the program, level of education, substance use and correlation to smoking upon admission and compared to the current drug use and smoking status. 37% of participants were females and 63% males. 70% were whites while the other 30% from other races. 65% had high school diploma or lower level of education while only 35% had higher level of education upon admission to the program. 68% of study subjects did not have sustainable and verifiable employment by the date of admission to the MMTP. Our findings suggest that at the time of admission to the MMTP, 87% of substance abusers, with heroin as a primary substance, were smokers, and only 72% of participants (15% decrease) are smoking at the present time. 43% of smokers reported no substance use at the time of survey. The decrease in percentage of smokers after participating in the MMTP correlates well with our anticipations.

**Conclusions:** The prevalence of smoking and nicotine dependence (ND) are considerably higher among abusers of alcohol and illicit drugs than in the general population. The data presented in this paper correlates and supports other findings in the medical literature. Although substance abuse treatment providers have been reluctant to engage clients in smoking cessation during treatment there is growing interest in providing such services. This shift has occurred due to evidence that many substance abusers are concerned about their smoking and interested in quitting. In addition, smoking cessation does not jeopardize alcohol/drug abstinence and, in fact, increases the likelihood of long-term abstinence. Understanding the correlation of ND among treatment-seeking substance abusers would help to identify those clients most in need of cessation services and most likely to benefit from intervention. Motivation to quit smoking, as well as methods to help patients stop smoking are vital and may be used by the clinic patients.

*Iye Anthony, Onoh Nneka Queen , Anabuike Ogochukwu Marycynthia*

**A STUDY ON THE EFFECT OF ALCOHOL AMONG YOUNG ADULTS(18 - 35)YEARS A CASE STUDY  
OF ENUGU STATE NIGERIA**

International nursing school  
SHEI " I. Ya. Horbachevskyi Ternopil State Medical University  
of MPH of Ukraine"  
Ternopil, Ukraine

**BACKGROUND OF STUDY:** According to K.T. Koshy. (2008); Alcoholics are people who cannot control their drinking, which causes considerable disruption and unhappiness to themselves, to their families and to the society at large. Alcoholism is becoming an increasing problem and the incidence of it is still rising. It is the third in rank of the world's killer illness and also the world's number one "misery maker" in the home.

Chronic ingestion of excessive amount of alcohol is a major social and medical problem and is therefore a major concern. The unfortunate thing about this heavy alcohol drinking is that young adult which should form the strength both in man power and intellect of the nation rather become liabilities. They not only become unproductive but also destructive. In order to prevent the health hazards brought about by this heavy drinking, it is pertinent to establish a basis for treatment which might reduce the need for this research study which is aimed at finding out the effect of alcohol on young adults.

**AIM OF STUDY:** There is increase in number of alcoholics today and many of them suffer alcohol related health problem which eventually brought them to the hospital. Some are deceived by the fact that alcohol has some health benefits forgetting the grave effects of heavy alcohol consumption. Also they do not know that the health benefits that alcohol consumption has is meant for those who consume it moderately. Based on these facts, the researcher decided to investigate into the effects of alcohol young adult living in Enugu state community.

**METHOD OF STUDY:** The study was conducted in Enugu State. The subjects for the study were on young adults. The instrument for data collection was a structured questionnaire distributed by us the researcher to the respondents.

**RESULTS:** It was discovered from the study that moderate alcohol consumption has health benefits. Also that heavy alcohol consumption is detrimental to the body as this disorganizes the body system. It was also discovered that certain problems can lead to alcoholism. It was also discovered that alcoholism can be treated through psychotherapy and chemotherapy.

Based on the result of the findings, the researcher recommends that seminars should be organized for the young adult on the harmful effects of alcohol and how to avoid them. Also that government should introduce group psychotherapy (Alcoholic Anonymous) and make it available for use by alcoholics.

**CONCLUSION**

Young adults should be made to understand the clear difference between moderate and harmful/heavy drinking and what effects they have through radio and television advertisement.

Seminars should be organized for the young adult on the harmful effects on alcohol and how to avoid them.

Government should impose high task on the producers of alcohols.

Government should introduce group psychotherapy and make it available for use by alcoholics.

Consume with caution and be aware of individual sensitivity especially pregnant women because of its teratogenic effect.

*Saka Adewale Mohammed, Oredoyin Olutade, Kayode Omobola*

**KNOWLEDGE ON PREVENTION OF EBOLA VIRUS DISEASE IN RURAL AREAS OF NIGERIA**

International nursing school  
SHEI " I. Ya. Horbachevskyi Ternopil State Medical University  
of MPH of Ukraine"  
Ternopil, Ukraine

**Background** Ebola virus (EBOV) is considered to be one of the most belligerent contagious agents and has an ability to cause highly fatal hemorrhagic fever syndrome that results in human and non-human primate's death during the days of exposure. The current outbreak in West Africa, is the largest and most complex Ebola outbreak since the Ebola virus was first discovered. It has also spread between countries starting in Guinea then spreading across to other nations including Nigeria. On July 23, 2014, the Federal Ministry of Health, with guidance from the Nigeria Centre for Disease Control (NCDC), declared an Ebola emergency in Lagos, (pop of 21 million) is a regional hub for economic, industrial, and travel activities and a setting where communicable diseases can be easily spread and transmission sustained. Therefore, implementing a rapid response using all available public health assets in controlling the spread in rural areas is a priority.

**Aim and Objectives** The aim of the research is to provide empirical evidences on the trends and structure of Ebola outbreak, its impact on population and demography. Specifically, the following objectives are pursued:

\*To assess the in-depth impact of Ebola outbreak and its adverse effect in Rural areas of Nigeria, and seeing the low level of knowledge in such locations and level of ignorance we will also focus on proper safety habits and prevention of Ebola Virus

**Research Question:** The following research questions are relevant to the issues being investigated in the study: `

1) Does the in-depth assessment of Ebola outbreak and its adverse effect have any significant effect in rural areas in Nigeria?

2) Does the teaching on prevent on Ebola have any significant effect on the demography in rural area in Nigeria

**Method Of Study** A study was carries out with a well structured questionnaire as the instrumental tool, theses questionnaires was distributed in certain rural areas in Nigeria and we have been able to get response

Result Base on the questionnaires, we saw that as much as there was no single case of Ebola Virus in any of these areas, the knowledge about this disease is still limited and if one person had contacted this disease, it would have resulted into more death, with more people contacting it.

**Conclusion** With the result, we have seen that rural areas in Nigeria have been shielded from contacting the Ebola virus due to quick health and prevention response that was introduce in Nigeria, that notwithstanding as the result also showed a low level of information (awareness) among the inhabitants, we will therefore, as a measure of future control, that more health awareness programs be conducted in rural areas in Nigeria.





**Секція:  
Актуальні проблеми  
медицини  
(на англійській мові)**





*Halei K., Krysjuk I.*

**MICROBE VARIETY OF THE MASKS OF THE DEVICES OF ARTIFICIAL LUNGS VENTILATION IN THE DEPARTMENT OF ANESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE**

Department of Microbiology, Virology and Immunology  
Research supervisor: Ph.D., associate professor L.B. Romaniuk  
SHEI "I. Ya. Horbachevskiy Ternopil State Medical University  
of MPH of Ukraine"  
Ternopil, Ukraine

Nosocomial infections is one of the most dangerous problems of modern hospitals. Crucial is the situation for patients who are critically ill and are treated in the department of anesthesiology and intensive care, because the functional capacity of their immune system is significantly reduced.

The aim of our study was to investigate the masks microflora of devices of artificial lungs ventilation and analyze its composition. The collecting of materials from used masks was performed by flushing: sterile swabs were dipped in beef-extract broth, placed in the sterile vials and transported to the laboratory. Further studies were performed using standard bacteriological methods with the usage of Endo medium, blood agar and yolk - salt agar. 36 masks were examined, from which 84 strains were descended including saprophytic and opportunistic microorganisms. Mainly mask microflora was composed of autochthonous flora and adventitious flora of respiratory tract and oral cavity: *S. epidermidis* - 12 (14,1 %), *S. pyogenes* - 2 (2,4 %), *S. salivarius* - 10 (11,9 %), *S. mutans* - 13 (15,5 %), *Candida* spp. - 9 (10,7 %), *Proteus* spp. - 2 (2,4 %), *Corynebacterium* spp. - 3 (3,6 %); and opportunistic pathogens: *E. coli* - 13 (15,5 %), *S. aureus* - 5 (6,0 %), *Pseudomonas aeruginosa* - 5 (6,0 %), *Klebsiella* spp. - 10 (11,9 %).

Thus, representatives of the last four generations can cause inflammatory diseases and diseases of the respiratory system in intensive care unit patients. The prospects for further research involve studying virulence factors of these opportunistic pathogens and their sensibility to antibiotics.

*Ibrahim Musa Aliyu, Sydorenko Oksana*

**A STUDY OF EBOLA, ETIOLOGY AND PREVENTION IN WEST AFRICA**

Department of Public and Community Health  
Scientific supervisor: Oksana Sydorenko  
International Nursing School  
SHEI "I. Ya. Horbachevskiy Ternopil State Medical University  
of MPH of Ukraine"  
Ternopil, Ukraine

**Background of study** – The Ebola outbreak in West Africa has caused global alarm. As one of the world's most infectious and deadly diseases, with no cure, the level of fear surrounding Ebola is to an extent expected. However, much of the fear is rooted in misunderstandings. Dispelling these misunderstandings is a major challenge in tackling Ebola and is critical to furthering our knowledge about the disease and effort to control it.

**Aim of study** - Is to health educate community the ways of transmission of the disease through community engagement, situational analysis, surveillances and minimises cultural practice that speed the transmission. Also address their fear, what to do and overcome the challenges.

**Method of study** - This was carried out among University students in Ternopil Ukraine, mostly African students from different countries to know their perception on Ebola Virus. A total of 100 questionnaires were retrieved and analysed. Data were analysed using simple frequencies and comparative percentages.

**Finding out of respondents** - 71 out of 100 believes spiritual prayer can cure Ebola, 85 out of 100 believes there is delay in respond to Ebola by W.H.O. 20 out of 100 believe salty water and drinking of it can cure the virus. While 90 out of 100 believes there is social stigma on the virus, 90 out of 100 believes funeral service and cultural practice can spread the mode of transmission. While 80 out of 100 believes eating animals or bats can caused Ebola.

**Conclusion** – This study shows much work should be done to health educate society about Ebola virus because people believes spiritual prayer can cure Ebola which absolutely wrong. Also world has to come together to fight the disease through appropriate vaccines to stop the transmission, awareness and eradication of political reasons.

*Khoroshchak Y.*

### **CLASSIFICATION OF RAT'S SCIATIC NERVE MYELINATED FIBERS USING CLUSTER ANALYSIS**

The Department of human anatomy, operative surgery and topographic anatomy

Scientific supervisor: O.M. Yurakh

SHEI « I. Ua. Horbachevskiy Ternopil State Medical University

of MPH of Ukraine»

Ukraine, Ivano-Frankivsk

Classification of rat's sciatic nerve myelinated fibers using cluster analysis

**Introduction**The number of myelinated nerve fibers (MNF) in nerves cross sections is usually counted to define peripheral nerves myeloarchytechtonic in normal and experimentaly pathologic condition s. Myelinated fibers are apriori divided into 3, 4 or 5 groups according to their diameter or fiber's cross-section area . These approaches are empirical and weakly morphologically and physiologically justified.

#### **Purpose**

An attempt of MNF classification by means of cluster analysis, get the clusters, and specify their parameters.

#### **Materials and Methods**

The laboratory rat sciatic nerves were used for the study. Nerves fixation, epoxy blocks embedding, semithin sections and staining with methylene blue were performed according standard methods. For the better optical resolution, MNF sections were photographed with  $\times 1000$  increasing. Morphometry was performed using ImageJ, and statistical processing of data in a software environment R.

#### **Results**

On the first stage had been collected 60 photo fragments of sciatic nerve semithin sections and stitched together into one image with a total area of  $120000 \mu\text{m}^2$ . Morphometry was performed on this image. Number of highlighted MNF is 1776. The second stage –to perform the clusterization by: myelin sheath's area, the shape's coefficient and axon's area. Other indexes were derived and therefore their use was impractical. Three MNF subpopulations were identified using method of Ward, and their metric parameters were measured by k-means method. A posteriori comparisons revealed that the shape factor does not affect the resulting classification. By the other two parameters using pairwise multiple comparisons MNF clusters (CL) differ ( $p < 0,001$ ) between each other. KL1, which is 39.81%, is forming MNF with diameter (d)  $3,98 \pm 1,13 \mu\text{m}$  (axon  $d = 2,14 \pm 0,79 d$ ) ; KL2 and KL3 respectively  $6,87 \pm 0,78$  (axon  $d = 3,78 \pm 0,68$ ) and  $9,90 \pm 1,03$  (axon  $d = 5,43 \pm 0,99$ )  $\mu\text{m}$ . KL2 and KL3 from totality of MNF are 43.92 % and 16.27 % respectively. After comparing these results with data from Vleggeert-Lankamp C.L. et al. (2004) and Prodanov D. et al. (2009), we can argue that the MNF KL1 are likely to match A $\alpha$  fibers, KL2 - A $\beta$  and KL3 - both A $\delta$  and A $\gamma$  fibers. At the last stage each cluster MNF were reflected in the coordinate field and automatically painted in different colors on mounted part of sciatic nerve.

**Conclusions.** As a research's result, it can be fairly stated, that the evaluation of peripheral nerve conduction system state by means of cluster analysis is highly efficient.

*Kolesnyk Alina, Manzheliy Viktoria, Smirnova Victoria*

### **ANALYSIS OF TACTICS ACHIEVE TARGET BLOOD PRESSURE LEVELS IN AN OUTPATIENT SETTING**

Department of Internal Medicine propedeutics №1, the foundations of bioethics and biosafety

Scientific supervisor: PhD T. N. Ambrosova

Kharkiv National Medical University

Kharkiv, Ukraine

**Objective:** To analyze the tactics to achieve target BP in an outpatient setting.

**Materials and Methods:** The analysis of 60 outpatients patients (age  $59,2 \pm 10,8$  years) with arterial hypertension (AH), 9 men and 51 women, in the outpatient department CGD №3 for 2013 - 2014gg.

**Results:** The initial target BP levels were 6.7 % of patients. In assessing the tactics revealed that 15 % of patients treated has not changed, 37 % increased dose in 37 % of the drug was administered an additional, 38 % were replaced on the preparation of another class, 40 % of the trade name changed, 10 % of the dose was reduced. The number of drugs taken for the year has not changed ( $1,9 \pm 0,8$  and  $1,9 \pm 0,8$ ), while among the patients who need to achieve BP  $<130/80$  - decreased from  $2,3 \pm 0,8$  to  $1,9 \pm 0,8$  ( $p < 0.05$ ). Among the prescribed drugs 62 % at baseline and 77 % at the end of the year accounted for ACE inhibitors (ACE inhibitors); 43 % and 37 % - thiazide diuretics (TD); 42 % and 48 % - beta-blockers (BB); 27 % and 28% - calcium antagonists (AK). By the end of the year only 15 % of patients failed to achieve target blood pressure. The frequency of visits to the doctor patient was  $4,8 \pm 2,3$  times, reached the target BP level visits by doctors than those who have not reached ( $8,3 \pm 2,9$  and  $4,2 \pm 1,6$ ;  $p < 0.001$  ). Change of therapy was  $3,4 \pm 2,9$  times. Successfully treated with ACE inhibitors often taken (100% vs. 73 % of patients not achieving target blood pressure) and TD (67% vs. 31 %). The frequency of statin use on average was 20 % in patients with an associated type 2 diabetes 27 %.

**Conclusions:** The low frequency to achieve target BP in an outpatient setting (7-15 % of patients) due to lack of power augmentation therapy, insufficient use of combination therapy involving TD and AK.

*Kumpanenko Yana*

**EFFICIENCY OF THE STEM CELL THERAPY IN THE DEGENERATIVE LIVER DISEASES TREATMENT**

Department of Surgery of Stomatological Faculty  
Director: MD, professor Y. Susak  
Bogomolets National State University  
Kyiv, Ukraine

Actuality: Human embryonic stem cells have become an object of intense study. They possess unique properties: ability to self-renew and pluripotency. The focus of many recent efforts has been on the elucidating the signaling pathways and molecular networks operating in human embryonic stem cells. Stem cell transplants use blood-forming stem cells from the bone marrow and blood circulating in the body (peripheral blood) in adults.

Objective of the research: To determine the effectiveness of the stem cell therapy against the degenerative liver diseases.

Results of the research: The liver is the largest solid organ and blood reservoir in the human body. Hepatocytes are the powerhouses in the liver, performing most of the critical metabolic functions. Although the liver can tolerate and recover from extensive abuse, there are often no warning signs until it is too late. There is no "liver dialysis" that can rehabilitate liver function. Today, autologous bone marrow stem cells have been used clinically for treating liver disease. The major advantage is that because they come from the patient, the risk of rejection when they are transplanted back into the patient is very low. Stem cells are grafted either directly into the patient's liver or intravenously. The cells intensify hepatocyte regeneration and suppress the development in the liver of pathological connective tissue. Typical surgical complications cannot be completely excluded in the case of intrahepatic cell transplantation.

Conclusions: By analysis of the studied data before and after stem cell therapy, a statistical significance in differences of liver function before and after stem cell therapy was found. The levels of ALT, AST, and TBIL decreased. Therefore, stem cell therapy can improve the liver function of patients with degenerative liver disease.

*Marańska Diana*

**LEGAL ASPECTS OF PLASTIC SURGERY IN CHILDREN**

Department of Medical Law  
Scientific Supervisor: PhD ass. M.V. Chornenky  
SHEI «I. Ya. Horbachevskyi Ternopil State Medical University  
of MPH of Ukraine»  
Ternopil, Ukraine

Plastic surgery is a medical specialty to remodel, repair, or restore the appearance and sometimes the function of body parts. Tough cosmetic or aesthetic surgery is the best-known kind of Plastic Surgery, it includes many other branches, such as reconstructive surgery, craniofacial surgery, hand surgery, microsurgery, and treatment of burns etc.

Children often face medical issues very different from the experiences of an adult patient. Many birth defects or syndromes present at birth are best treated during childhood. The most common age is when children are between the ages of 5-6 months old because of its' origin, each distortion will lead to deformations and irregularities in body systems- e.g. anomalies of bones and muscles which lead to deformations of the external appearance of the patient. Conditions commonly treated by pediatric plastic surgeons include craniofacial anomalies, cleft lip, cleft palate and congenital hand deformities.

This kind of medically justified treatment is legal and socially accepted worldwide. However approach to pediatric plastic surgery can change dramatically when we take it into consideration only to achieve social benefits.

Each country has its own law and regulations guiding plastic surgery for children. If such regulations are in place, then kids can improve their look through invasive treatment. These kinds of restrictions are used mostly for breast or buttocks augmentation in teenagers. In Northern American countries, e.g. the United States it is a common practice. Comparing this to European countries (e.g. Ukraine, Poland) which are more conservative and such interventions are not accepted by society and its number is definitely lower than in above-mentioned areas.

Controversial pediatric plastic surgeries for aesthetic reasons are also rhinoplasty and otoplasty. Even kids are going under scalpel to improve their nose and ears for appearance sake. The number of Rhinoplasty and Otoplasty surgeries increase yearly, last year in Poland, the procedure of Rhinoplasty and Otoplasty surgeries increased by 90%. The problematic issue with this kind of surgery is that it could be a forced decision placed upon the child by the parent. The decision has to be made by both the child and parent in unison. There are lots of programs which can help children who were bullied because of defects of their physical appearance, e.g. in the United States lots of plastic surgeons operate them for free to improve the way they look, and at the same time for the patients self-esteem.

Pediatric plastic surgery is not a very popular theme worldwide, in some areas it is even taboo. Law and regulations about it are not also clarified in every detail. A Great number of such treatments take place in United States of America-both for medical and aesthetic reasons. The number of children who undergo it, constantly increase all over the world and most likely this will trend will continue.

*Pyuryk Markiyan*

**TROCAR COMPLICATIONS AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY**

Department of Postgraduate Surgery  
Director: MD, professor O.L.Tkachyk  
Ivano-Frankivsk National University  
Ivano-Frankivsk, Ukraine

**Objective:** to increase the effectiveness of laparoscopic surgery by reducing the number of trocar complications.

**Materials and methods.** To achieve this goal we conducted a retrospective analysis of 5483 laparoscopic interventions conducted over the past 10 years at the Department of Surgery "Educational and Research Institute of Post-Graduate Education" and results concerning foreign scientists. Complications of use of trocars were divided into groups as follows: damage to blood vessels of the anterior abdominal wall, extraperitoneal insufflation, internal injuries, damage of large retroperitoneal vessels, gas embolism, surgical wounds fester in places trocar introduction, development postoperative hernia etc.

**Results.** To prevent trocar complications of laparoscopic surgery we suggested special algorithm. Previously patients were divided into groups with higher risk and without risk of damage by trocar. Patients at high risk we recommend using an open laparoscopy by Hasson. First trocar introduce vertical angle of 90 ° to 45 ° and skin to the horizon. After the introduction of laparoscopy immediately check the status of internal organs for damage, especially in the projection of access. Under the supervision of laparoscopy trocar enter the following avoiding injury epigastric vessels. Number of trocar complications decreased to 0,4%. The postoperative mortality was 0,002%. The average length of stay was 2,3 days versus 4,1 days in the comparison group.

**Conclusions.** Comprehensive evaluation of patients before surgery, improvement and optimization techniques of surgical intervention and individualized approach using the algorithm are able to prevent the development of complications of laparoscopy trocar and improve the results of surgical treatment of patients. Compliance algorithm has reduced the length of stay on 1,8 days.

*Riabukha Iryna*

**STUDYING THE CANADIAN NURSING EDUCATION SYSTEM AND IMPLEMENTING IT ELEMENTS INTO ZHYTOMYR NURSING INSTITUTE EDUCATIONAL ACTIVITY(BACHELOR DEGREE STUDY)**

Supervisor PhD S.V.Gordiychuk  
Chair "Nursing"  
Zhytomyr Nursing Institute  
Zhytomyr, Ukraine

**Background.** For many years, Canada is a leader in the training highly qualified nurses. The effectiveness of the learning process is provided in a well-regulated legal basis, as well as using of innovative methods and approaches to teaching.

**The aim** is to explore key elements of nursing education in Canada, as well as implementation and verification of the effectiveness of problem-based learning.

To achieve the goal, we have identified and explored key elements of modern education: academic mobility(refers to students in higher education moving to another institution to study for a limited time); quality of education (outcomes that encompass knowledge, skills and attitudes, and are linked to national goals for education and positive participation in society); competence (dynamic combination of knowledge, skills, abilities and capabilities) and Qualification Framework which was of particular interest to our study.

National Qualification Framework in Ukraine is common and defines the specific criteria to a particular level of education. There are Canadian degree qualification framework and Qualification framework for the practices of nurses in Canada. The last one includes the theoretical foundations of nursing practice, values, scope of practice, as well as registration, licensing and certification, which is absent in Ukraine.

Part of our research has been devoted to the development of our own Ukrainian qualification framework for nurses, which includes competence, self-regulatory activities of the nursing profession, quality practice environments, examples of national competence statements and others.

Another part of our study was taking an innovative method of problem-based learning of "Medical Biology" at bachelor degree, that resulting increasing progress in the experimental group.

**Conclusion.** Implementation of problem-oriented approach to learning and using of the recommended Qualification framework are simply ways to improve nursing training in Ukraine.

*Sytnikova Natalia, Ascheulova Tatyana, Danilo Roman*

**ADHERENCE OF PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE ASSOCIATED WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 FOR USE CARDIOLOGICAL DRUGS**

Department of Internal Medicine propedeutics №1, the foundations of bioethics and biosafety  
Scientific Supervisor: PhD, Ass. Prof. Victoria Smirnova  
Kharkiv National Medical University  
Kharkiv, Ukraine

**Objective:** To evaluate the factors and the degree of commitment to the appointed therapy in patients with coronary heart disease (CHD) in combination with diabetes mellitus (DM) type 2 within one year after visiting the doctor.

**Materials and Methods:** The study was conducted by using a specially designed questionnaire including socio-demographic health and conditions of using drugs during 2013-2014.

**Results:** The study included 96 men and 192 women, age  $61,9 \pm 8,9$  years. The median duration of disease for type 2 diabetes was 4 years old. Main recommended cardiac drugs were ACE inhibitors (80.2 %), beta-blockers (61.3 %), diuretics (45.5 %), calcium antagonists (30.7 %), nitrate (35.15 %). In a survey a year later assessed the degree of commitment to the designated cardiac drugs. It was found that chronic administration of ACE inhibitors is stored in 78 % of patients, beta-blockers - at 50,3 % ( $p < 0,001$ ), diuretics - from 38,1 % ( $p < 0,001$ ), calcium antagonists - at 29.2 % ( $p > 0,001$ ), nitrates - at 32,15 % ( $p > 0,001$ ) patients, respectively. The main factor affecting on the average degree of adherence to therapy within the recommended drugs by doctors Outpatient Department, turned preferential medicines ( $61,9 \pm 0,32$  %).

**Conclusions:** Identified the average degree of commitment of patients with CHD and type 2 diabetes therapy, appointed to the advisory admission to the outpatient department, due to the preferential release of cardiac drugs this category of patients.

*Vasheva Anastasia, Savelyeva Alona, Safargalina-Kornilova N.*

**DISTURBANCES OF CARDIAC RHYTHM AND CONDUCTION IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE**

Department of internal medicine propedeutics №1, foundations of bioethics and biosafety  
Scientific Supervisor: Doctor of Medical Sciences T.V .Ashcheulova  
Kharkiv National Medical University  
Kharkiv, Ukraine

Cardiac arrhythmias and conduction are a frequent and severe complication of coronary heart disease, sufficient significantly aggravate the disease and its prognosis. Particularly noteworthy coronary arrhythmia, which requires goal-directed therapy.

**Research objective:** to identify differences in the incidence and nature of changes in rhythm and conduction for patients with coronary heart disease, depending on the type of atherosclerosis: diffuse or focal (postinfarction).

**Material and methods.** There were observed 132 patients with coronary heart disease at the age of 35-80 years, of which 72 patients were with diffuse atherosclerosis and 56 with postinfarction. The diagnosis was verified on the basis of history, objective data, ECG analysis, echocardiography.

**The results of the research.** Abnormal rhythm and conduction were identified in 30 (41,7 %) patients with diffuse and 35 (62,5 %) with post-infarction atherosclerosis. PVCs were found in 16 (28,6 %) patients with postinfarction and 17 (23,6 %) patients with diffuse atherosclerosis. Conduction disturbances in the form of incomplete right bundle branch block (RBBB) was observed in 6 (8,3 %), diffuse and 8 (14,3 %) postinfarction atherosclerosis; full RBBB respectively 11,1 and 21,4 %, incomplete LBBB – 19,4 and 21,4 %, complete LBBB – 11,1 and 17,8 % of cases; AV-blockade of varying degrees were detected in 9,7 and 7,1 % of patients.

**Conclusion.** There were found significant differences in the nature and incidence of arrhythmias and conduction in patients with CHD and with various forms of atherosclerosis: in diffuse atherosclerosis cases we can observe rhythm disturbance and in postinfarction cases - conduction disturbances.



*Warzocha Mikołaj, Kozak Natalija*

**PRIVATIZATION OF HEALTH CARE SYSTEM FROM THE ECONOMIC AND ETHICAL POINT OF VIEW**

Department of Philosophy and Social Sciences  
Scientific supervisor: Ph.D. Taras Kadobnyj  
SHEI « I.Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University  
Of MPH of Ukraine»  
Ternopil, Ukraine

**Purpose**

Research indicates unreliability of market mechanisms in case of social targets realization, one of which is, undoubtedly, to provide the citizens with a health care. The aim of this thesis is to open the discussion about the validity of the privatization of Polish health service, by answering the question – can a private business properly control the health care sector, where the commodity is priceless human health, which, at a macro level, influences work efficiency hence the country's wellness.

**Materials & Methods**

We studied public and private health system in Poland. In our research we used different literature on health system in various countries

**Results**

In the free-market economies private entities exist in competitive market where price is set in a game of supply and demand, and where precise information is a key factor in making decisions by its rational participants. Health service, defined as all health care supplies, i.e. serving health conservation, saving, reviving and improvement, as well as other medical actions resulting from the healing process or separate laws which regulate the precepts of their performance, according to the Nobel Prize winner J.K. Arrow, are not market goods, and hence, their sector does not fit the model of (perfect) competition. The above characteristics fail to be achieved by the very nature of the commodity, which is care of human health. As far as the health care supply is concerned, the demand is inelastic. In classic goods market the price, quality and accessibility of substitutes are the demand's determinants, inducing market participants to consume until achieving the ultimate utility. However, when human health is a product, the client plays the role of a patient, there are no substitutes, the quality is hard to assess (lack of specific information for the patient), and the price does not matter. Role reversal is not only symbolic, for it carries the loss of a client's privileged position in the classic market to a side for which there is no need to fight, since every offer proposed in health indisposition will be the one you cannot refuse. In such a system, the risk of abuse is huge, since one ought to remember that the owner of a private healthcare facility, regardless of education acquired, is a businessman with a paramount aim, from the very definition of a business activity, to realize an income. In the above case, the antagonist of the income's maximalisation is the demand irresponsive to price, being, at the same time, the invitation to its constant raising. Such a situation would not be a problem in case of a complementary good or a good that is a whim, however, in case of public good, additionally, guaranteed by the constitution, raise clear concerns

**Conclusion**

This is not the aim of the author to prove the primacy of one organization form over the other, but only to start a discussion on the right structure of the health service from the ethical and philosophical point of view. The spectrum of possibilities is wide and allows combinations, putting a full privatization on the one side, total nationalization on the other with non-public For-profit/ Non-profit institutions or Public-Private Partnerships (PPP) in between.

**Секція:  
Медичне право**





*Бігуняк Катерина, Гудима Анастасія, Мних Ольга*

### **ЕВТАНАЗІЯ – ПРАВО НА СМЕРТЬ: ЗА ЧИ ПРОТИ?**

Кафедра медичного права  
Науковий керівник: канд. мед. наук М.В. Чорненький  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Питання евтаназії сьогодні вкрай актуальне, саме тому воно жваво обговорюється серед юристів, медиків та суспільства в цілому. Евтаназія – це практика припинення (або скорочення) лікарем життя людини, яка страждає невиліковним захворюванням, відчуває нестерпні страждання, на задоволення прохання хворого в безболісній або мінімально болісній формі з метою припинення страждань. Є два види евтаназії: пасивна евтаназія (зумисне припинення медиками підтримуючої терапії хворого) і активна евтаназія (введення помираючому ліків або інші дії, котрі викликають швидку смерть).

Метою даного дослідження було вивчити законні підстави та можливості впровадження інституту евтаназії в Україні, в тому числі позитивні та негативні наслідки цього явища, із врахуванням досвіду інших держав.

Як свідчить досвід деяких Європейських країн (Нідерланди, Люксембург, Бельгія), Австралії, окремих штатів США, узаконення евтаназії призводить до тимчасового призупинення наукового пошуку щодо лікування невиліковних захворювань, тиску на людей з обмеженими можливостями. Досить часто евтаназія може бути використана з метою вчинення злочинів, шахрайства, підкупу медичного персоналу та інших незаконних дій. Особливо це стосується країн із високим рівнем корупції. Дуже важко встановити добровільність згоди пацієнта. І навіть тоді, коли пацієнт словесно або іншим очевидним способом погодився, то він завжди може передумати, а коли процедура вже запущена, то права змінити рішення у нього вже нема. Варто визнати, що проблема евтаназії потребує кримінально-правової регламентації. На нашу думку, в сьогоденних умовах в Україні не варто створювати правові новели, які дозволяють застосовувати евтаназію.

Отже, проблема застосування евтаназії в медичній практиці залишається суперечливим і дискусійним питанням. Життя – це унікальний дар і ми не маємо права позбавляти його людини. Саме тому медики повинні направляти свої зусилля на покращення паліативної та симптоматичної терапії важкохворих, а також винайдення нових методів лікування.

*Богомазова Ірина*

### **ПРАВО НА ВІДМОВУ ВІД МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ: ОКРЕМІ АСПЕКТИ РЕАЛІЗАЦІЇ**

Кафедра медичного права  
Науковий керівник: канд. ю. наук, доц. І.Я. Сенюта  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

Сучасний період розвитку медичного права характеризується визнанням цінності думки пацієнтів, бажань у сфері ухвалення важливих рішень, пов'язаних з лікуванням. Саме повага до автономії пацієнта реалізується у вимозі отримати інформовану згоду на будь-яке медичне втручання, що закріплено у ст. 43 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основ). У ч. 4 ст. 43 Основ закріплено право пацієнта відмовитися від медичного втручання, за умови, що той наділений повною цивільною дієздатністю, усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними.

У випадку, якщо пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а при неможливості його одержання - засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків (ч. 3 ст. 43 Основ). Отримання письмового підтвердження даної відмови пацієнта, як зазначає законодавець в Основах, є правом лікаря. Власне, кількість судових медичних справ з кожним разом буде збільшуватися у тому випадку, якщо лікар не реалізуватиме надане йому право на письмове оформлення відмови пацієнта від медичного втручання. Оскільки зібрати належні докази які б захистили особу лікаря у судовому процесі в наведеній ситуації є надскладним завданням.

Натомість уникнути конфліктів можна завдяки належно оформленій відмові пацієнта від лікування. Вважаємо доцільним, відмову від медичного втручання оформляти в письмовому вигляді як додаток до медичної документації, для прикладу, медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого. При неможливості отримати від пацієнта письмову відмову від лікування, то її слід засвідчити відповідним актом у присутності не менше двох свідків. Дані механізми оформлення відмови від медичного втручання надають можливість захистити лікаря від можливих конфліктів в майбутньому.

*Бунт Катерина, Яцишин Марія*

**БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ТРУПНОГО МАТЕРІАЛУ НА ЗАНЯТТЯХ З АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ**

Кафедра медичної біоетики та деонтології  
Науковий керівник: асист. І. Б. Привроцька  
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
м. Тернопіль, Україна

Викладання анатомії у медичних вузах ґрунтується на використанні анатомічних препаратів та фізичних тіл. На даний час медичні університети в Україні не забезпечені достатньо трупним матеріалом та умовами для роботи з ним, тому метою нашої роботи було оцінити актуальність використання трупного матеріалу та ефективність навчання студентами на фізичному тілі.

Було проведено опитування серед 300 студентів другого курсу ТДМУ за допомогою спеціально розроблених анкет.

Так, 92 % студентів вважає, що анатомія людини є дуже важливою дисципліною у вивченні структури тіла в цілому і систем органів зокрема. Це очевидно й обумовило те, що 98% опитаних, відмітили, що використання трупного матеріалу дозволяє достатньо точно вивчити співвідношення та розташування органів та окремих систем. Поряд з цим 72% респондентів вважають, що для вивчення анатомії використання книг, відеоуроків та атласів недостатньо, а 74 % студентів відповіли негативно на можливість заміни новітніми технологіями в 3D форматі практику навчання на трупному матеріалі. Поряд з цим 85 % студентів відмітило, що на практичних заняттях анатомії людини трупний матеріал використовували рідко, а 86% опитаних вважають, що для кращого засвоєння теми необхідно бути присутніми на розтині.

Отже, можна зробити висновок, що переважна більшість опитаних розуміє важливість і незамінність використання у навчальній практиці трупного матеріалу. Студенти на власному досвіді переконалися, що під час препарування у них більш зосереджена увага, а нова інформація запам'ятовується краще та здобуваються ґрунтовніші знання. Саме ухвалення законів щодо користування трупним матеріалом і забезпечення ним закладів медичної освіти є важливим завданням для політиків в галузі медицини.

*Гуменна Надія*

**ЗАКОНОДАВЧЕ РЕГУЛЮВАННЯ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД**

Кафедра медичного права  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м.Тернопіль, Україна

Проблема сурогатного материнства є найбільш дискусійною і найменш врегульованою в правовому відношенні. Передусім її піддають критиці за комерціалізацію, мотивуючи тим, що жінка, по суті, використовується в ролі платного інкубатору. Про заборону використання сурогатного материнства в комерційних цілях йдеться в Брюссельській декларації Всесвітньої медичної асоціації (ВМА) 1985 року.

На загальноєвропейському рівні 19 листопада 1996 Рада Європи прийняла Конвенцію з прав людини в біомедицині. Конвенція є першим обов'язковим в галузі охорони здоров'я юридичним документом, спрямованим на захист людини від можливих зловживань, пов'язаних з використанням нових біологічних і медичних методів і процедур.

Методи штучного запліднення в міжнародному праві регулюються також декількома директивами, що ґрунтуються на рекомендаціях Парламентської асамблеї Ради Європи, резолюціях, прийнятих 16 березня 1969 Європейським парламентом, і рішеннях Комісії з прав людини 1971 і 1976 років.

Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права та Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації стосовно жінок також стосуються важливих прав в цьому контексті, включаючи право на здоров'я та право на утримання. На практиці вони можуть набувати форми безкоштовного пренатального догляду та лікування для сурогатної матері.

Гаазька конференція з приватного міжнародного права щодо питання міжнародних договорів про сурогатне материнство посилається на Конвенцію про захист дітей та співробітництво в галузі міждержавного усиновлення 1993 року, яка може використовуватися державами під час вирішення питань щодо договорів міжнародного сурогатного материнства (що означає «будь-яку домовленість про сурогатне материнство, яка включає більше однієї країни, що відбувається через різницю в місці проживання, національності між майбутніми батьками та сурогатною матір'ю тощо»).

*Дацків О., Мельник О.*

**АНАЛІЗ СТАТИСТИЧНИХ ДАНИХ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ.  
ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. А.М. Березовський  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Захворювання щитовидної залози (ЩЗ) у дітей та підлітків посідають за частотою 2-ге місце після цукрового діабету. Найбільш часта патологія ЩЗ у дітей та підлітків – дифузний зоб. При діагностиці пухлин буває достатньо важко встановити, чи є пухлина злоякісною або доброякісною, особливо, коли йдеться про одиночні вузлові утворення невеликих розмірів.

**Мета:** Проаналізувати статистичні дані захворювань ЩЗ за останні 3 роки. Розкрити проблематику діагностики захворювань ЩЗ.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукової літератури та останніх статистичних даних захворюваності щитовидної залози.

**Результати:** Нами встановлено, що найбільша частка захворювання на ЩЗ серед всього населення припадає на дифузний зоб I ст., а також збільшилась частота випадків на дифузний зоб II-III ст. Ми помітили збільшення частоти випадків дифузного зобу I ст., вузлового зобу, а також раку ЩЗ серед дорослого населення, збільшення частоти дифузного зобу I ст. та тиреоїдитів серед підлітків, частоту дифузного зобу I ст. серед дітей. Така тенденція до захворюваності пояснюється тим, що західний регіон України є ендемічною зоною із низьким вмістом йоду в навколишньому середовищі і, відповідно, у харчових продуктах. Жінки хворіють у 3-4 рази частіше, ніж чоловіки. Це пов'язано з підвищеною потребою жіночого організму в гормонах ЩЗ. Діагностика захворювань ЩЗ є утрудненою: кількість морфологічно підтверджених діагнозів злоякісних новоутворень ЩЗ, є меншою ніж число зареєстрованих хворих.

**Висновок:** Офіційні статистичні дані про захворюваність дитячого та дорослого населення західного регіону України свідчать про значну поширеність цієї патології; потрібно підвищити профілактику захворювання.

*Дячишин Ярина*

**ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА: ПРАВОВА КВАЛІФІКАЦІЯ**

Кафедра медичного права  
Науковий керівник: канд. ю. наук Я. В. Дячишин  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

Чинне національне законодавство не містить дефініції «лікарська помилка», що породжує чимало труднощів у медико-юридичній практиці. Лікарська помилка є одним із видів дефектів надання медичної допомоги, а відтак, породжує дискусії при кваліфікації діяння, притягненні до юридичної відповідальності.

Дослідники неоднаково розуміють цей інститут, а відтак, правова природа лікарської помилки контраверсійна, непросто встановити вид юридичної відповідальності за таке діяння, а відтак, найпалкіші дискусії стосуються кримінальної караності за таке професійне порушення.

До лікарських помилок відносять незлочинну оману лікаря в його професійній діяльності, якщо при цьому виключається недбалість, несумлінність, недбалість, самовпевненість, байдужість.

Медична (лікарська) помилка - це дії або бездіяльність медичного працівника, які призвели до негативних для здоров'я чи життя пацієнта наслідків та які викликані об'єктивними факторами в силу яких виключається можливість притягнення медичного працівника до юридичної відповідальності. Коли ж такі дії або бездіяльність медичного працівника викликані суб'єктивними факторами в силу яких медичний працівник підлягає притягненню до юридичної відповідальності, то в цьому випадку потрібно законодавчо закріпити зовсім іншу понятійну категорію

Отже, у правовій практиці у випадку встановлення помилковості дій медичного персоналу фактично вирішуються два питання: про наявність (або відсутність) вини у діях медичного працівника, який припустився помилки, та про можливість юридичної відповідальності за такий недолік медичної діяльності. Причому для правильної правової кваліфікації важливе значення має обґрунтування можливості застосування тієї чи іншої правової каральної (компенсаційної) норми законодавства.

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

*Скеніна Лєся, Стульнова Валентина, Дмитрієв Костянтин*

### **ДІАГНОСТИКИ УШКОДЖЕНЬ ШКІРИ З ЗАСТОСУВАННЯМ МЕТОДУ КОЛОРИМЕТРІЇ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини і права  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. О.І. Моканюк  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Розробка сучасних способів діагностики ушкоджень шкіри, заподіяних тупими предметами, і зокрема, синців залишається однією з актуальних проблем судово-медичної науки та практики.

**Мета:** Метою роботи було визначити можливості використання в судово-медичній практиці способу об'єктивного визначення і реєстрації кольору та розмірів ушкоджень шкіри (Патент України №70759, G01N 21/21, 2012).

**Матеріали і методи:** Фотографування синця відбувалось за допомогою цифрового фотоапарату Nikon AF-S Nikkor 18-55 mm, при освітленні об'єкта ксеноновою лампою білого світла, з відстані 40 см, перпендикулярно до поверхні шкіри. Забарвлення та розміри ушкодження визначались відповідно до зразкової шкали кольорів з метричною шкалою за допомогою комп'ютерної програми обробки зображень, яка під'єднана до проблемно-орієнтованої експертної системи на основі нечіткої логіки (Патент України №35499, G01N 21/21, 2008).

**Результати:** Було досліджено 19 синців у 16 потерпілих. Ушкодження локалізувались на обличчі -4, на плечі -6, на стегні-6, на тулубі-3. У 16 випадках були визначені кольори синця та його розміри, відповідно до зразкової шкали. У 3 випадках, при локалізації синців в очних ділянках, комп'ютерна програма не змогла встановити реальні розміри та кольори ушкоджень, що пов'язано зі складним рельєфом поверхні шкіри.

**Висновки:** Таким чином, спосіб визначення і реєстрації кольору і розмірів ушкодження можна використовувати для судово-медичної діагностики синців при умові тестування даного способу на достатній кількості спостережень та удосконалення комп'ютерної програми обробки цифрових зображень.

*Єремейчук І., Моканюк І., Дмитрієв К.*

### **ЗАСЕКРЕЧЕНІ СТОРІНКИ З ІСТОРІЇ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ В СРСР 1917 - 1941 РР.**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доцент О. І. Моканюк  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Неможливо зрозуміти сьогодення, планувати майбутнє, не пам'ятаючи про минуле. Це розумієш, вивчаючи біографію професора Я.Л. Лейбовича.

**Мета:** Метою роботи було вивчити невідомі сторінки історії вітчизняної судової медицини, яка тісно пов'язана з життям професора Я.Л. Лейбовича.

**Матеріали і методи:** Нами були вивчені матеріали кримінальної справи з фондів Вінницького обласного архіву по звинуваченню першого завідувачого кафедрою судової медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова професора Лейбовича Якова Леонтійовича, у вчиненні злочину передбаченого статтею 54-10, ч. 2, К.К. УРСР від 27.06.1941 року та матеріали архіву ВНМУ ім. М.І. Пирогова

**Результати:** Професор Лейбович Я. Л. народився в 1889 році у місті Одеса. В 1911 році закінчив медичний факультет Берлінського університету, у тому ж році склав державні іспити в Казанському університеті. З лютого 1920 року по березень 1930 був головним судово-медичним експертом РСФСР. Він не лише організував судово-медичну експертизу в радянській Росії, але й зробив значний внесок в покращення її якості. Він приймав участь у розробці програм з викладання судової медицини в медичних вузах, переопрацював підручник з судової медицини проф. Косоротова, переклав з німецької на російську мову підручники проф. Краттера, Гофмана, Габерда. З 1925 року під його редакцією виходила «збірка наукових праць з судово-медичної експертизи». Він заснував перші курси з підвищення кваліфікації судово-медичних експертів в 1924 році, у місті Ленінграді. Провів велику роботу по зібранню першого всеросійського з'їзду судово-медичних експертів та першого з'їзду судово-медичних експертів в Україні. В 1929 році проф. Лейбович організував першу судово-медичну лабораторію. Окрім широкої організаторської діяльності він займався науковою роботою. В матеріалах кримінальної справи представлено близько 57 наукових праць. З квітня 1930 року професор Лейбович стає завідувачем кафедри судової медицини Томського медичного інституту, з вересня 1939 він стає першим завідувачем щойно заснованої кафедри судової медицини Вінницького медичного інституту та в цілому організовує її роботу. 28 червня професора Лейбовича заарештували, 4 липня 1941 року розстріляний за розпорядженням наркомату держбезпеки УРСР без рішення суду. За наказом №476 к всесоюзного комітету у справах вищої школи від 28.02.1945 року, вся інформація про діяльність професора Лейбовича була заборонена. Професор Лейбович реабілітований 11.04.1991 року.

**Висновки:** На нашу думку настав час повернути цю інформацію на сторінки історії.

*Зражевська Наталія*

**ПРАВО НА ВІДМОВУ ВІД ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ ЯК ПРАВО НА ВІДМОВУ ВІД  
МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ**

Кафедра медичного права  
Науковий керівник: канд.ю.наук. І.Я. Сенюта  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

Ч. 1 ст. 12 ЗУ «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000 р. №1645-III(ЗУ №1645-III) передбачено, що профілактичні щеплення проти дифтерії, кашлюка, кору, поліомієліту, правця, туберкульозу є обов'язковими і включаються до календаря щеплень(Наказ МОЗ № 595 від 16.09. 2011 р.). Поряд із цими спеціальними нормами положення ч.3,4 ст. 43 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» і ч.4 ст. 284 ЦК передбачають право особи, яка набула повної цивільної дієздатності, на відмову від лікування. Якщо відсутність згоди може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов'язаний йому це пояснити. Тобто має місце конкуренція норм права. Однак, самим законодавцем, з огляду на зміст ч. 6 ст. 12 ЗУ №1645-III, закладено шлях її подолання, шляхом правової регламентації порядку відмови від профілактичних щеплень.

Важливою є реалізація права на відмову від профілактичних щеплень законними представниками малолітніх дітей, оскільки відповідно до ч.1,2 ст. 15 ЗУ №1645-III прийом дітей до дитячих закладів проводиться за наявності відповідної довідки закладу охорони здоров'я. А дітям, які не отримали профілактичних щеплень згідно з календарем щеплень, відвідування дитячих закладів не дозволяється.

На практиці мають місце відмови у прийнятті дітей до дошкільних освітніх закладів на підставі згаданих вище норм, що також є обмеженням права на освіту та її доступність(Рішення КС України від 04.03.2004 р.№ 5-рп/2004). Суди, у порядку цивільного судочинства, переважно постановляються рішення про відмову у задоволенні позову про визнання незаконною відмови у прийнятті дитини до дошкільного освітнього закладу, за наявності висновку ЛКК про неможливість відвідування навчальних закладів дітьми, батьки яких відмовляються від щеплень (Наказ МОЗ №434 від 29.11.2002 р.).

*Ігнатенко В.*

**МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕНІТАЛЬНОГО ТА ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права  
Науковий керівник: ас. Г.М. Галунко  
Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Ендометріоз залишається однією з найзагадковіших і невіршених проблем сучасної гінекології, яка міцно утримує третє місце після запальних захворювань жіночої статеві сфери і міоми матки. Частота ендометріозу у жінок репродуктивного віку, за даними різних авторів, коливається від 2 до 27% (в середньому 10—12%). У жінок передменопаузального віку частота ендометріозу складає 2—5%. Ендометріоз поділяється на екстрагенітальний та генітальний. Останній – на зовнішній (перитонеальний, екстраперитонеальний) та внутрішній (ендометріоз тіла матки, цервікального каналу, інтрамуральної частини маткових труб).

**Мета:** Метою нашого дослідження було виявити частоту випадків всіх видів морфологічно підтвердженого ендометріозу у м. Вінниці за 2014 рік за даними Вінницького обласного патологоанатомічного бюро.

**Матеріали та методи:** Ми проаналізували 62476 випадків гістологічних об'єктів взятих від 17483 хворих, що підлягали дослідженню на центральній базі Вінницького обласного патологоанатомічного бюро за 2014 рік.

**Результати:** Нами було виявлено, що із 184 жінок, яким було видалено яєчники з різних причин, ендометріоз зустрівся у 77 з них, що складає 42%. А із 799 жінок, що мали захворювання матки, ендометріоз матки зустрівся у 125, що склав 16%. Ми виявили також поодинокі випадки поширеного ендометріозу прямої та сигмовидної кишок, ендометріоз післяопераційного рубця, ендометріоз малого тазу, внутрішній ендометріоз маткової труби.

**Висновок:** Серед захворювань жіночої статеві сфери ендометріоз залишається актуальною медико-соціальною проблемою. В останні роки відбувається неухильне зростання частоти генітального ендометріозу. Він призводить до функціональних розладів і структурних змін у репродуктивній системі, значно знижуючи якість життя.



*Кіцкай Олена, Стецюк Зеновія*

**КРИТЕРІЇ ОТРИМАННЯ ІНФОРМОВАНОЇ ЗГОДИ У НЕПОВНОЛІТНІХ ОСІБ**

Кафедра медичної біоетики і деонтології  
Науковий керівник: асист. О.Й. Зарічна  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність теми:** Питання інформованої згоди на медичне втручання є центральним у системі юридичного забезпечення медичної діяльності.

Відомо, що добровільна згода на медичну допомогу дитині у віці до 14 років повинна надаватися батьками або іншими особами, що їх замінюють, відповідно до закону, тобто тільки вони ставлять підпис під відповідними документами. З досягненням віку 14 та до 18 років неповнолітній отримує поміж інших право на інформовану згоду на медичне втручання. Відповідна письмова згода повинна оформлятися за підписом як представника дитини, так і самої дитини. Виходячи з цього інформація про суть медичної допомоги та питання, що з ними пов'язані особам які не досягла 18-ти річного віку лікар може надавати неповністю

**Метою роботи** є визначення обізнаності неповнолітніх пацієнтів та їх законних представників з правилами інформування та законодавчою базою інформованої добровільної згоди.

**Матеріали і методи дослідження:** проведено анкетування батьків (опікунів), а також після їхньої особистої згоди пацієнтів педіатричного відділення ( 15 запитань із 4-ма відповідями ).

**Висновок:** В результаті нашого дослідження виявлено, що пацієнти є мало обізнані і недостатньо проінформовані із законодавчою базою згоди. Але на відмінну від них, батьки та законні представники активно приймають участь у вивченні даної документації. Для більшості це є важливе документальне підтвердження їхньої згоди на лікування власних дітей, щоб можливо в подальшому довести лікарську помилку чи дефекти надання медичної допомоги.

*Клапатий Дмитро*

**ПРАВО ЧЛЕНІВ СІМ'Ї НА ІНФОРМАЦІЮ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТА В РАЗІ ЙОГО СМЕРТІ**

Кафедра медичного права  
Науковий керівник: канд.ю.наук., доцент І.Я. Сенюта  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

У разі смерті пацієнта актуалізується проблема доступу членів сім'ї до інформації про стан його здоров'я. Однією з основних причин отримання такого доступу є намір членів сім'ї реалізувати право на відшкодування моральної та матеріальної шкоди, що була їм завдана неналежним наданням медичної допомоги, що мало своїм наслідком смерть пацієнта.

Цивільний кодекс України (далі – ЦК України) у ст. 285 обмежує обсяг інформації, знайомитись з якою мають право члени сім'ї в разі смерті пацієнта, надаючи їм право знайомитись лише з висновками щодо причин смерті померлого пацієнта. Така ж норма закріплена й у ст. 39 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Очевидно, що поняття «висновки щодо причин смерті» є значно вузьким за поняття «інформація про стан здоров'я». Право на інформацію про стан свого здоров'я є особистим немайновим правом фізичної особи, яке згідно зі ст. 269 ЦК України тісно пов'язане з фізичною особою. Вказане право не може входити до складу спадщини відповідно до вимог ст. 1219 ЦК України. Законодавство не передбачає можливості переходу права на інформацію про стан свого здоров'я від однієї особи до іншої.

Різною є і судова практика національних судів з цього питання. Так, у рішенні Люботинського міського суду Харківської області від 05 вересня 2012 р. суд зазначив, що права на отримання інформації про лікування особи, або документів, у яких вона відображена, крім висновків щодо причин смерті, ст. 285, 286 ЦК України не передбачає. Своєю чергою Першотравневий суд м. Чернівців у своєму рішенні від 11 червня 2012 р. визнав право дружини на отримання копії історії хвороби свого чоловіка, посилаючись на положення Рішення Конституційного Суду України у «справа К. Устименка» від 30.10.1997 р.

Вважаємо, що законодавство потребує змін у контексті розширення права членів сім'ї померлого пацієнта на ознайомлення з інформацією про стан його здоров'я. Це оптимізує здійснення членами сім'ї померлого пацієнта свого права на судовий захист.

*Кучер І.*

**ПРАВОВІ АСПЕКТИ ЗАХИСТУ ЧЕСТІ, ГІДНОСТІ ТА ДІЛОВОЇ РЕПУТАЦІЇ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА У ВІТЧИЗНЯНОМУ ЗАКОНОДАВСТВІ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права  
Науковий керівник: О.О. Верлан – Кульшенко  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

Метою даної роботи є системний аналіз правового регулювання та захисту честі, гідності та ділової репутації у сфері охорони здоров'я; дослідження порядку реалізації медичним працівником свого особистого немайнового права на захист ділової репутації, визначення цивільно-правового механізму захисту права на недоторканність ділової репутації лікарів та його складові.

Матеріали та методи: Проведено аналіз статей Конституції України, Цивільного Кодексу України, Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про інформацію», інших підзаконних актів. Методи: порівняльно-правовий, формально-логічний, аналітичний, прогностичний.

**Результати.** Серед найпоширеніших способів завдати шкоди діловій репутації медичного закладу є такі: розміщення негативної інформації в мережі інтернет, поширення негативних відгуків про роботу лікарів та медичного закладу в цілому; негативні оцінки дій медичних працівників та медичного закладу у друкованих ЗМІ, розголошення конфіденційної інформації колишнім співробітником медичного закладу. Вибір способу захисту особистого немайнового права, зокрема права на повагу до гідності та честі, права на недоторканність ділової репутації, належить позивачеві. Разом із тим особа, право якої порушено, може обрати як загальний, так і спеціальний способи захисту свого права, визначені законом, який регламентує конкретні цивільні правовідносини. Наслідками вчасно не вжитих заходів щодо захисту ділової репутації може стати припинення роботи медичного закладу, втрата довіри пацієнтів, розірвання договорів або небажання контрагентів продовжувати договір на новий строк.

**Висновок :** Правовий статус медичних працівників в Україні не є повністю захищеним з боку необґрунтованих звинувачень пацієнтів, що призводить до порушення права медичних працівників на захист ділової репутації. Аналіз чинного законодавства, праць відомих фахівців з проблем захисту ділової репутації обґрунтовує необхідність знання норм цивільного права лікарями.

*Левків Н.*

**СУДОВО-МЕДИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЛЯМ КРОВІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД УМОВ ЇХ УТВОРЕННЯ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Г.О. Легін, ас. Г.О. Бондарчук  
Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Для відтворення та встановлення послідовностей та факту подій під час проведення слідчих дій одним з найголовніших речових доказів, на який спирається слідство, є сліди крові. Саме від взаєморозташування та масивності їх проявів можна знайти відповіді на багаточисельні питання, що виникають в ході слідчих дій, такі як, висота падіння крові, напрямку руху предмету, масивність кровотечі та т. і. Характеристики слідів крові можуть різнитися в залежності від особливостей предметів та поверхонь, з яких вони утворилися та на які кров потрапила. Механізм формування плям крові, в залежності від властивостей утворюючої поверхні та поверхні на котрій вони формуються, а також висоти з якої вони утворюються може змінювати їх характеристики, що в деяких випадках може призвести до виникнення неточностей.

**Мета.** Дослідити особливості слідів крові в залежності від умов їх виникнення (характеристик поверхонь, висоти, сприймаючої поверхні).

**Матеріали та методи.** Для проведення експериментального дослідження були застосовані моделі поверхонь на котрих формуються краплі. Предмети з різною площею формування краплі: ніж, молоток, пальці, цегла, волосиста частина голови. Сприймаючі поверхні (на яких утворюються плями) з поглинаючими та непоглинаючими властивостями, гладенькі та пористі (земля, тканина, лаковане дерево, бетон, дошки). Отримані плями досліджували загальновідомими класичними методами судово-медичної криміналістики, такими як: описово-оглядовий, вимірвальний, порівнювальний. Фотофіксація проводилася з застосуванням фотоапарату «Olympus CX-41».

**Результати.** В результаті проведених досліджень було виявлено, що існує пряма залежність форми плям від поверхні, що формує краплю, та сприймаючої поверхні, їх матеріалу та властивостей.

**Висновки.** При описі плям крові під час проведення огляду місця події необхідно враховувати характеристики предметів, що формують та сприймають такі плями. Під час опису плям, необхідно пам'ятати, що різні характеристики їх можуть бути обумовлені різними властивостями сприймаючих та утворюючих предметів.

Лях Ю.

**МЕТОДОФУНКЦІОНАЛЬНІ ОЗНАКИ ВПЛИВУ ГМ РАУНДАПОСТІЙКОЇ СОЇ НА СІМ'ЯНИКИ  
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН**

Кафедра патологічної анатомії  
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. В. Т. Рауцкієне  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** з моменту відкриття генетично модифікованих організмів пройшло більше 20 років, але цього терміну виявилось недостатньо для того, щоб сформулювати висновки щодо застосування їх в якості продуктів харчування. Вплив їх на організм людини все ще вивчено недостатньо. Виробники сподіваються, що створена генетично модифікована продукція є найбільш раціональним шляхом в боротьбі з голодом, який рано чи пізно настане. Хоча вплив їх на організм людини може бути набагато не безпечнішим ніж голод. Сучасні дослідження наводять дані їх негативного впливу на здоров'я людей, а саме: розвиток алергічних реакцій, пригнічення імунної системи, розлади обміну речовин, стійкість патогенної мікрофлори людини до антибіотиків, мутації в організмі людини, онкологічні захворювання, безпліддя

**Мета:** вивчити наявність негативного впливу раундапостійкої ГМ сої на сім'яники щурів.

**Матеріали та методи:** 15 щурів – самців з масою тіла 130-150 г, які були розподілені на 2 групи.

**Результати:** Виявлені зміни в сім'яниках експериментальних тварин свідчать про зниження їх функціональної активності. Рідко спостерігалася гіпертрофія, що можна розцінювати як компенсаторне явище на фоні загального зниження функції. Вказані зміни каналців і можуть свідчити про можливість негативного раундапостійкої ГМ сої.

**Висновки:** Таким чином, раундапостійка ГМ соя має негативний вплив на сім'яники експериментальних тварин, що не дивлячись на зберігання основної функції каналців, зберігає в собі певні загрози зниження репродуктивної функції.

*Саркісова Ю., Кишкан Я., Баранюк А., Андрійчук А.*

**ЕВТАНАЗІЯ – СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВА ПРОБЛЕМА ПРАВОЗНАВСТВА В УКРАЇНІ**

Кафедра судової медицини та медичного правознавства  
Науковий керівник: д-р.мед. наук, проф. В.Т. Бачинський, канд. мед. наук., доц. О.Я. Ванчуляк  
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
м. Чернівці, Україна

На сучасному етапі, в період бурхливого розвитку науки та техніки ставлення до смерті набуло нових акцентів. Проблеми, пов'язані з евтаназією, хвилюють законодавців і громадськість багатьох сучасних держав, стають предметом обговорення і дослідження фахівців різних галузей знань.

Метою дослідження було вивчення проблеми евтаназії для розробки концепції та фахових рекомендацій з розв'язання даної проблеми, як в медичній практиці, так і на різних рівнях державних програм, суспільних заходів та заходів громадських організацій.

Виходячи з досвіду країн світу не можна прийти до одного позитивного рішення, адже є небезпека, що прикриваючись правовими поступками в напрямку евтаназії можливі поодинокі чи організовані випадки вбивства громадян. Так при деяких суспільно-політичних моделях, як показує історія країн Європи та США, можуть впроваджуватись антигуманні та псевдонаукові ідеї, що у результаті можуть призвести до узаконення злочинів проти, як окремо взятої особи, так і проти людства. Беручи до уваги економічні реалії України: низький рівень матеріально-технічного забезпечення лікувально-профілактичних закладів, погіршення фінансування навчальних закладів, створення перепон для якісного підвищення кваліфікації практикуючими лікарями, відсутність системного та програмного підходу до регулярного профілактичного обстеження населення, а також негативне висвітлення питань евтаназії у засобах масової інформації та низьку зацікавленість до даного питання громадських організацій, на нашу думку слід пролонгувати вивчення та впровадження даної соціально-правової проблеми.

**Висновки.** На нашу думку, доцільним було б введення даного питання у вивчення тем з медичного правознавства для підготовки лікарів всіх профілів, а також студентів юридичних факультетів ВНЗ України для створення професійно-підготовленого по даному питанню прошарку суспільства з метою подальшого опрацювання законодавчої бази держави згідно до суспільних вимог у майбутньому.

*Перевізник Богдана*

## **ОСОБЛИВОСТІ ПРАВОВОГО ЗАХИСТУ НЕПОВНОЛІТНІХ ОСІБ ЗІ ЗАХВОРЮВАННЯМ ДЦП**

Кафедра медичного права

Науковий керівник: канд. ю. наук, Н.М.Калинюк

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

м. Тернопіль, Україна

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – це збірна група стійких непрогресуючих рухових синдромів (парези, паралічі, гіперкінези, атаксія), поєднані з психічними, мовленнєвими порушеннями, рідше епілептичними випадками, ліквородинамічними розладами, патологією зору, слуху, інших органів та систем або без них, які є наслідком органічного ураження центральної нервової системи в пренатальному, інтранатальному та ранньому неонатальному періоді.

Згідно з даними багатьох дослідників, у 80% випадків виникнення церебрального паралічу ураження мозку відбувається в період внутрішньоутробного розвитку плоду. Сучасна медицина описує понад 400 чинників, що впливають на хід внутрішньоутробного розвитку. Причиною ж виникнення церебральної патології в 70-80% випадків є дія на мозок комплексу шкідливих чинників, що стимулює патологічний розвиток дитини.

На сьогодні проблема дітей-інвалідів в Україні набуває особливого значення у зв'язку з наявною тенденцією до зростання в структурі дитячого населення. Станом на 01.01.2010р. 166 тис. дітей мають статус дитини-інваліда, що становить 1,9 % від усього дитячого населення. Згідно зі статистикою поширення ДЦП в Україні становить 2,56 на 1000. Саме тому аналіз чинної нормативно-правової бази, спрямованої на забезпечення соціального захисту дітям-інвалідам з даною патологією, є доцільним.

Відповідно до статті (ст.) 1 Закону України (ЗУ) «Про охорону дитинства», дитина-інвалід - це дитина зі стійким розладом функцій організму, спричиненим захворюванням, травмою або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що зумовлюють обмеження її нормальної життєдіяльності та необхідність додаткової соціальної допомоги і захисту.

Частиною 8 ст.7 ЗУ «Про реабілітацію інвалідів в Україні» передбачено, що медико-соціальні експертні комісії визначають: групу інвалідності, її причину і час настання; види трудової діяльності, рекомендовані інваліду за станом здоров'я; причинний зв'язок інвалідності із захворюванням чи каліцтвом, що виникли у дитинстві, вродженою вадою; ступінь втрати професійної працездатності потерпілим від нещасного випадку на виробництві чи професійного захворювання; ступінь втрати здоров'я, групу інвалідності, причину, зв'язок і час настання інвалідності громадян, які постраждали внаслідок політичних репресій або Чорнобильської катастрофи; медичні показання на право одержання інвалідами спеціального автомобільного транспорту і протипоказання до керування ним.

Порядок, умови та критерії встановлення інвалідності було визначено Положенням про медико-соціальну експертизу, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України (КМУ) від 22.02.1992 р. № 83, а зараз регулюється Положенням про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності, затвердженим постановою КМУ від 3.12.2009 р. №1317. Зазначеними положеннями також визначено причини інвалідності: п.26 - Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3.12.2009 р. №1317 та п.4 - Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 22.02.1992 р. № 83.

Згідно зі ст. 2 ЗУ «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам, державна соціальна допомога призначається у таких розмірах: інвалідам з дитинства I групи – 100% прожиткового мінімуму для осіб, котрі втратили працездатність, II – 80%, III – 60% та для дітей-інвалідів віком до 18 р. – 70%. Прожитковий мінімум визначається відповідно до ЗУ «Про прожитковий мінімум» та щорічно затверджується Верховною Радою України за поданням КМУ і періодично переглядається відповідно до зростання індексу споживчих цін разом з уточненням показників Державного бюджету України. Розміри державної соціальної допомоги підвищуються у зв'язку із збільшенням прожиткового мінімуму. Державна соціальна допомога встановлюється в новому розмірі з дня набрання чинності законом про збільшення розміру прожиткового мінімуму.

*Сенюта Ірина*

**БЕЗПЕКА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ КОНФЛІКТІВ: DE POSSIBILI ET IMPOSSIBILI**

Кафедра медичного права  
Науковий керівник: канд. ю. наук., доц. І.Я. Сенюта  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

В Україні вже не один місяць дебатуються необхідність прийняття чи-то Військово-медичної, чи-то Воєнно-медичної доктрини, при чинній Воєнній доктрині України, затвердженій Указом Президента України від 15 червня 2004 р. № 648 (в ред. від 8 червня 2012 р. № 390/2012). У Верховній Раді України зареєстровано Проект Постанови про проведення парламентських слухань на тему "Про військово-медичну доктрину України" (20 травня 2015 р.), ініціатором яких є Комітет Верховної Ради з питань охорони здоров'я.

Сьогодні розроблено два ключові проекти військово-медичної доктрини, один з яких підготовлений Комітетом Верховної Ради з питань охорони здоров'я (далі – ВМД 1), а інший – Національною академією медичних наук України спільно з силовими відомствами (далі – ВМД 2).

Під ВМД 1 розуміється система поглядів щодо організації забезпечення і збереження життя і здоров'я громадян України, метою якої є запобігання та мінімізація людських втрат, захист і збереження життя та здоров'я цивільних і військових громадян. ВМД 2 — це система поглядів, науково обґрунтованих принципів і єдиних організаційних вимог щодо порядку медичного забезпечення як у військовий, так і в мирний час, але у надзвичайних ситуаціях. Мета — об'єднання зусиль та забезпечення взаємодії всіх медичних служб.

Аналіз положення обидвох проектів дає підстави твердити, що з-поміж завдань жодної з цих ВМД немає дуже важливої складової — медичного нейтралітету, під яким розуміють певну соціальну домовленість, яка зобов'язує суспільство захищати медичних працівників як у час війни, та і в мирний час, та зобов'язує медичний персонал надавати медичну допомогу усім, незалежно від релігії, раси, етнічного походження, політичних уподобань чи інших ознак. Саме ця концепція забезпечує безпеку обох суб'єктів — медичного працівника при виконанні професійних обов'язків і пацієнта.

Міжнародне співтовариство, з огляду на події на світовій мапі, знову акцентує увагу на проблематиці медичного нейтралітету. Одним з нових засадничих рішень є міжнародний документ «Здоров'я населення світу і зовнішня політика», ухвалений Генеральною Асамблеєю ООН від 11.12.2014 р. У цьому документі ООН наполегливо закликає держав-членів розробити ефективні превентивні заходи для покращення і посилення безпеки і захисту медичних працівників і заохочення поваги до їхніх кодексів професійної етики.

Відтак, будемо сподіватись, що тематика медичного нейтралітету, а, отже, праволюдина концепція, знайде своє відображення у Військово-медичній доктрині України, можливим стане як ухвалення системного комплексного акта з уніфікованою державницькою позицією у стислі строки, так і врахування аксіомних положень безпеки, а неможливим — посягання на безпеку держави та безпеку людини.

*Терешко Христина*

**ПОРЯДОК ДОСТУПУ АДВОКАТА ДО ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ СВОГО КЛІЄНТА В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Кафедра медичного права  
Науковий керівник: канд. ю. наук, доц. І.Я. Сенюта  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

Адвокат – це одна з ключових фігур юриспруденції, яка стоїть на захисті прав, свобод та законних інтересів громадян. Відповідно до ч. 1 ст. 20 Закону України «Про адвокатуру та адвокатську діяльність», адвокат має право вчиняти будь-які дії, не заборонені законом, правилами адвокатської етики та договором про надання правової допомоги, необхідні для належного виконання договору про надання правової допомоги, зокрема: звертатися з адвокатськими запитами, в тому числі щодо отримання копій документів.

Проте слід наголосити, що в ч. 1 ст. 7 Закону України «Про захист персональних даних» забороняється обробка персональних даних, що стосуються ... здоров'я, статевого життя, біометричних або генетичних даних. Положення частини першої цієї статті не застосовується, якщо обробка персональних даних здійснюється за умови надання суб'єктом персональних даних однозначної згоди на обробку таких даних (п. 1 ч. 2).

З огляду на абз. 4 ст. 2 вищезазначеного Закону, згода суб'єкта персональних даних – це добровільне волевиявлення фізичної особи (за умови її поінформованості) щодо надання дозволу на обробку її персональних даних відповідно до сформульованої мети їх обробки, висловлене у письмовій формі або у формі, що дає змогу зробити висновок про надання згоди.

Проте слід зауважити, що Закон України «Про адвокатуру і адвокатську діяльність» не передбачає подачі додаткових документів до адвокатського запиту, крім ордеру та свідоцтва про право на заняття адвокатською діяльністю. Сьогодні законодавцю не вдалося уникнути дисонансу в цих двох законодавчих актах, хоча вони і співвідносяться як загальне та спеціальне, проте на практиці часто виникають колізії щодо можливості отримання адвокатами персональних даних про свого клієнта.

Заклад охорони здоров'я, який виступає в даному випадку володільцем персональних даних протягом десяти днів повідомляє суб'єкта персональних даних (пацієнта) про передачу персональних даних третій особі (наприклад адвокату).

*Титаренко Ірина*

**ДО ПИТАННЯ ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЇ ОЦІНЮВАННЯ ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТА**

Кафедра патологічної анатомії з секційним курсом та судовою медициною

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. В.В. Франчук  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Лікар, який оформляє історію хвороби чи амбулаторну карту, обов'язково зазначає загальний стан пацієнта, що встановлюється зазвичай на власний розсуд лікаря, тобто суб'єктивно. Існуючі сьогодні шкали об'єктивного оцінювання мають вибірковий характер (шкала Апгар – для новонароджених, шкала Глазго – для коматозних станів тощо), в той час як уніфікованої шкали оцінки саме загального стану хворого, яку можна було би застосувати до будь-якого пацієнта, не існує. Внаслідок цього нерідко у клініці виникають розбіжності, що під час розгляду кримінальних справ у випадках професійних правопорушень медичних працівників утруднює можливості судово-медичної експертизи.

У зв'язку із цим пропонуємо розробити таку шкалу, в основу якої покласти оцінювання за певними критеріями у балах трьох основних життєво важливих систем організму (серцево-судинної, дихальної та ЦНС), за кожен з яких нараховувати від 0 до 3 балів, визначивши чотири можливих загальних стани пацієнта: задовільний, середньої тяжкості, тяжкий та вкрай тяжкий. Отже, для серцево-судинної системи пропонуємо наступні критерії: (пульс-70-80 уд/хв., АТ 120±19/80±10 мм.рт.ст., шоківий індекс (ШІ) 0,6-0,8) – 3 бали; (пульс-90-100 уд/хв., АТ 120±30/80±20 мм.рт.ст., ШІ - 0,8-1) -2 бали; (пульс-100-140 уд/хв., АТ 120±60/70±30 мм.рт.ст., ШІ-1) -1 бал; (ниткоподібний пульс або його відсутність, систолічний тиск нижче 60 мм.рт.ст., ШІ >1) – 0 балів. При оцінці стану дихальної системи: (дихання самостійне, частота дихання (ЧД) 18-20) – 3 бали; (дихання самостійне, ЧД ((18-20)±5) – 2 бали; дихання несамостійне або наявність його патологічних видів (Чейн-Стокса, Біота, Куссмауля тощо) – 1 бал; відсутність дихання – 0 балів. Діагностуючи стан ЦНС пропонуємо керуватись наступною градацією: (свідомість ясна, сухожилкові та зіничний рефлекс викликаються, відсутність патологічних рефлексів) – 3 бали; (свідомість потьмарена, анізорефлексія чи наявність нечітких патологічних рефлексів при збереженні зіничного рефлексу) – 2 бали; (сопор, наявність грубих патологічних знаків, зіничний рефлекс в'ялий) – 1 бал; (кома, відсутність рефлексів в т.ч. зіничного) – 0 балів.

Наявність у пацієнта (8-9) балів відповідає задовільному загальному стану, (6-7) балів свідчить про середню тяжкість, (3-5) балів - тяжкий стан, 2 бали і менше – вкрай тяжкий.

Таким чином, лікар, оглядаючи хворого, має змогу швидко, доступно і головне – цілком об'єктивно встановити загальний стан пацієнта.

*Трач Росоловська Світлана, Росоловський Олександр, Луцик Віталій*

**ЯКІСТЬ ВЕДЕННЯ МЕДИЧНИХ ДОКУМЕНТІВ ПРЕДСТАВЛЕНИХ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ**

Кафедра патологічної анатомії з секційним курсом та судовою медициною  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

У роботі лікаря будь-якої спеціальності значну увагу слід звертати на ретельне складання повноцінних медичних документів, зокрема заповнення і ведення медичної карти стаціонарного чи амбулаторного хворого, які є основними документами, що мають не тільки медичне, але і юридичне значення. Під час проведення експертиз судово-медичні експерти відзначають, що оформлення і ведення медичних документів не завжди відповідають встановленим вимогам. Часто медичні карти стаціонарного і амбулаторного хворого, представлені на експертизу, малоінформативні, заповнені недбало, не відображають повністю картини захворювання чи отриманих тілесних ушкоджень, що суттєво ускладнює роботу експертів.

Варто зазначити, що в теперішній час якість ведення медичних документів в більшості відображає якість надання медичної допомоги і помилки, пов'язані із складанням (оформленням і веденням) медичної документації, належать до професійних дефектів надання медичної допомоги [Масгутова Д. Р., 2010]. Причина їх виникнення – недбале ставлення працівників медичних закладів до ведення медичних документів, що нерідко зумовлено незнанням вимог до їх оформлення. При наявності виправлень, закреслень, а також при неповному відображенні в медичних документах відомостей про діагнози, призначені програми лікування, конкретні медичні маніпуляції, медична документація може змінити свій процесуальний статус і з письмового доказу стати речовим. В таких випадках дії медичного працівника відповідно до Кримінального кодексу України (ст. 366) можуть бути кваліфіковані як "службове підроблення".

Отже, для недопущення недоліків та попередження помилок при оформленні і веденні медичних документів необхідно чітко знати офіційні вимоги, що ставляться до них, і своєчасно та якісно виконувати їх. Для підвищення якості ведення медичної документації слід розробляти методичні рекомендації, які повинні бути в кожного лікаря.

Недооцінка важливості повноти складання медичної документації зі знанням справи, а також можливого настання внаслідок цього відповідальності за неналежне надання медичної допомоги є одним з моментів, що лежать в основі неналежного ставлення до виконання професійних обов'язків медичних працівників. Отже, для зменшення кількості конфліктів, поліпшення якості надання медичної допомоги необхідно також ретельно фіксувати усі лікарські дії та стан пацієнта у медичних документах, що прийнято оформляти в амбулаторії та стаціонарі.

*Чорненький Михайло*

**ЗАСТОСУВАННЯ ТЕРМІНУ «ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА» В ЮРИДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

Кафедра медичного права  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м.Тернопіль, Україна

Поняття «лікарська помилка» взагалі не зустрічається в законодавстві жодної держави, в тому числі й України. Метою роботи є пошук найбільш вдалого визначення терміну «лікарська помилка», котре підходить для використання в медичній та юридичній площинах.

Юридичного нормативного визначення діянь (дій або бездіяльності), які б отримали правову кваліфікацію лікарської помилки та передбачали відповідні зобов'язання і відповідальність, не існує. Фактично це означає, що лікарська помилка по-різному оцінюється у медичній та юридичній практиці.

Застосування поняття «лікарська помилка» має сенс лише в контексті оцінки професійної діяльності лікаря за медичними критеріями. Саме тому доцільно використовувати це поняття у клінічному аспекті, у процесі виявлення, аналізу, узагальнення та обговорення недоліків надання медичної допомоги — виключно з метою їх урахування та мінімізації.

При юридичній оцінці несприятливих результатів лікування не можна оперувати вкрай неоднозначним поняттям «лікарська помилка». Така оцінка стосується неналежного надання медичної допомоги, що є наслідком дефектної роботи медичного персоналу.

Для адекватної оцінки правових наслідків дефекту надання медичної допомоги слід розв'язати ряд юридичних питань:

- кваліфікація несприятливого результату;
- з'ясування аспектів вини;
- визначення правових механізмів та видів відповідальності;
- визначення підстав для звільнення від відповідальності медичних працівників на засадах цивільного або кримінального права;
- визначення практичних механізмів відшкодування шкоди пацієнтові.

Таким чином, реальними юридичними наслідками для лікаря, дії або бездіяльність якого спричинили неналежне надання медичної допомоги, є цивільна, кримінальна відповідальність або звільнення від відповідальності.

# Зміст

<b>ПАМ'ЯТІ ВИДАТНОГО ВЧЕНОГО – РЕКТОРА ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО ЧЛЕНА-КОРЕСПОНДЕНТА НАМН УКРАЇНИ, ЗАСЛУЖЕНОГО ДІЯЧА НАУКИ І ТЕХНІКИ, ПРОФЕСОРА ЛЕОНІДА ЯКИМОВИЧА КОВАЛЬЧУКА</b>	<b>3</b>
<b>Секція: Внутрішні Хвороби</b>	<b>5</b>
<i>Абдуллаєва Сона, Гасанова Айнур, Смирнова Вікторія</i> <b>ВПЛИВ ТЕЛМІСАРТАНУ НА МОДИФІКАЦІЮ ФАКТОРІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ</b>	7
<i>Антонюк Тетяна, Човган Олександр, Вільцанюк Оксана</i> <b>ЕЛАСТОМЕТРІЯ ЯК МЕТОД ОЦІНКИ СТАНУ ПАРЕНХІМИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ</b>	7
<i>Артамонов Роман, Дубовик Валерія, Смирнова Вікторія</i> <b>МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ АДИПОНЕКТИНА В ПАТОГЕНЕЗЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА</b>	8
<i>Бажан О., Гвоздецька Ю.</i> <b>ЕФЕКТИВНІСТЬ ДОНАТОРІВ NO У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ</b>	8
<i>Байрачний Костянтин, Петриченко Іван, Попенко Сергій, Сафаргаліна-Корнілова Надія</i> <b>ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ КРЕАТИНІНУ ТА СЕЧОВИНИ СИРОВАТКИ КРОВІ ЯК МАРКЕР УРАЖЕННЯ ОРГАНІВ-МІШЕНЕЙ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ</b>	9
<i>Балабан Алла, Коцюба Оксана, Слобода Мар'яна</i> <b>ОЦІНКА ВПЛИВУ ЛІЗИНОПРИЛУ ТА НЕБІВОЛОЛУ НА ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА ІХС ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ</b>	9
<i>Безкоровайна Тетяна, Бабінець Анастасія</i> <b>ОЦІНКА ЛІПІДОГРАМИ ПРИ ГІПОТИРЕОЗІ</b>	10
<i>Бенів Мар'яна, Ковбаса Надія, Сидоренко Оксана</i> <b>ОЦІНКА РИЗИКУ ГЕМОРАГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З НЕКЛАПАННОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ</b>	10
<i>Бенів Мар'яна, Ковбаса Надія</i> <b>СЕРЦЕВО-СУДИННІ ПОРУШЕННЯ АСОЦІЙОВАНІ З ГІПЕРТРОФІЧНОЮ КАРДІОМІОПАТІЄЮ</b>	11
<i>Біда Дар'я, Рождественська Єліна, Ащеулова Тетяна</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ І ГОРМОНИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ</b>	11
<i>Бідованець Лариса</i> <b>ОЦІНКА ВИХІДНОГО РІВНЯ NT PRO BNP В ГОСТРИЙ ПЕРІОД ІНФАРКТУ МІОКАРДА, ЗАЛЕЖНО ВІД СТАРТОВОЇ ТЕРАПІЇ</b>	12
<i>Боб Оксана, Байдак Оксана</i> <b>ЛЕФЛОЦИН У ЛІКУВАННІ ПОЗАГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ</b>	12
<i>Боб Оксана, Кушнір Наталя, Румак Юлія</i> <b>КЛІНІЧНІ ТА ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ НЕБУФЛЮЗОНОМ</b>	13
<i>Бойко Тетяна</i> <b>СТРУКТУРА І ПРИЧИНИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ЛЮДЕЙ РІЗНОГО ВІКУ</b>	13
<i>Бойчук Віра</i> <b>ВПЛИВ ЙОДИДУ КАЛІЮ НА ПАЦІЄНТІВ З ГЕРХ У ПОЄДНАННІ З ЙОДОДЕФІЦИТНИМИ СТАНАМИ</b>	14
<i>Брайловська Ольга, Кутинська Ірина</i> <b>ПЛАЗМОВІ РІВНІ МОЗКОВОГО НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ (МНП) У ЖІНОК ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ, МЕШКАНОК ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ, З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НЕУСКЛАДНЕНОЮ ТА УСКЛАДНЕНОЮ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ</b>	14
<i>Бутова Євгенія</i> <b>ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ АТЕРОГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ</b>	15
<i>Вільцанюк Оксана, Ткаченко Олена</i> <b>ІМУНОМОДЕЛЮЮЧА ТЕРАПІЯ ГЛЮТАМІН-ЦИСТЕІН-ГЛІЦІН ДИНАТРІЮ У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ З ВАЖКИМИ ПЕРЕБІГОМ</b>	15
<i>Вовчок Марія</i> <b>ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО МОНИТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ, ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ ТА ОЦІНКА ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ АМЛОДИПІНУ В ЛІКУВАННІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ</b>	16
<i>Волинець Наталя, Боровик Ірина</i> <b>Етіопатогенетичне обґрунтування механізмів розвитку хронічного панкреатиту на тлі НСВ-інфекції</b>	17
<i>Гаврилюк Надія</i> <b>ХРОНОБІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СМЕРТНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА</b>	17
<i>Галабіцька Ірина</i> <b>ПОЗИТИВНІ ЕФЕКТИ АМІНОКИСЛОТНОГО КОМПЛЕКСУ З ВІТАМІНАМИ У ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ</b>	18



## Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених

<i>Галей Катерина, Голик Ірина, Сов'як Інна, Ремезюк Ольга, Вацик Любов</i> <b>ПАРАМЕТРИ ШВИДКОСТІ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ</b>	18
<i>Гніздюк Роман</i> <b>ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ОМНІК У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ</b>	19
<i>Гніздюк Роман, Бурмас Юлія, Носко Галина</i> <b>ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТІВ НЕФРОТЕКТ ТА ІНФЕЗОЛ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З НЕФРОТИЧНИМ СИНДРОМОМ</b>	20
<i>Голованова Алина, Писаренко Геннадий, Амбросова Тат'яна</i> <b>ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У МУЖЧИН, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА НА ФОНЕ ПРИЁМА МИОКАРДИАЛЬНЫХ ЦИТОПРОТЕКТОРОВ</b>	20
<i>Горбань Людмила, Гвоздецький Андрій, Салагорник Олена</i> <b>РЕЗУЛЬТАТИ ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ЖИТЕЛІВ М.ТЕРНОПІЛЬ</b>	21
<i>Горобивская Татьяна, Ружанский Никита</i> <b>ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ</b>	21
<i>Грицак Олександр</i> <b>ІННОВАЦІЙНА ТЕХНОЛОГІЯ АВТОМАТИЗАЦІЇ ІНТЕРПРЕТАЦІЇ ЗАГАЛЬНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ</b>	22
<i>Гряділь Тарас</i> <b>ГЛУТАРГІН В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ ТА АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ</b>	23
<i>Гряділь Тарас</i> <b>КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КАРДІОМЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ</b>	23
<i>Джула Марія, Кульчинська Вероніка, Пицюк Юлія</i> <b>ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ ВИДІВ ІНСУЛІНУ У ПАЦІЄНТІВ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ</b>	24
<i>Дзюбата Марія</i> <b>ЗАСТОСУВАННЯ КОРОНАРНОГО СТЕНТУВАННЯ</b>	24
<i>Дорожинська Вікторія</i> <b>КОМОРБІДНІ СТАНИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ</b>	25
<i>Дроняк Юлія</i> <b>ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СУПУТНЬОГО АСКАРИДОЗУ</b>	25
<i>Жебель Наталія</i> <b>В- ТА С- НАТРІЙУРЕТИЧНІ ПЕПТИДИ ЯК ДІАГНОСТИЧНІ МАРКЕРИ СТІЙКОГО ПІДВИЩЕННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ</b>	26
<i>Жегестовська Діана, Палихата Мар'яна, Сидоренко Оксана</i> <b>ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ</b>	26
<i>Загвоцька Віта</i> <b>ГЛІКОЗИЛЬОВАНИЙ ГЕМОГЛОБІН ЯК НЕОБХІДНА УМОВА ДЛЯ ЗНИЖЕННЯ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ</b>	27
<i>Захарчук Марта, Головчак Марія</i> <b>ОПОРТУНІСТИЧНІ ІНФЕКЦІЇ У ВІЛ - ІНФІКОВАНИХ</b>	27
<i>Захарчук Уляна</i> <b>ОЦІНКА СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ІЗ СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ</b>	28
<i>Караванская И., Шевченко О., Будик П.</i> <b>ВЛИЯНИЕ ПРОГРАММНОГО ГЕМОДИАЛИЗА НА СОСТОЯНИЕ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ</b>	28
<i>Кицай Катерина, Бабінець Лілія</i> <b>ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ РІЗНИХ ГРУП ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БІЛІАРНИЙ ПАНКРЕАТИТ</b>	29
<i>Ковбаса Надія, Бенів Мар'яна</i> <b>ОЦІНКА РИЗИКУ РАПТОВОЇ СЕРЦЕВОЇ СМЕРТІ У ХВОРИХ З ГІПЕРТРОФІЧНОЮ КАРДІОМІОПАТІЄЮ</b>	29
<i>Ковалко Мар'яна, Воцінкіна Софія</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗКІВ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ, ПОЄДНАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ</b>	30
<i>Ковбаса Надія, Бенів Мар'яна, Сидоренко Оксана</i> <b>КОМОРБІДНІ СТАНИ ПРИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ</b>	31
<i>Кокряцька В., Кучер І., Головін Д.</i> <b>АСИМЕТРІЇ ШИЙНОГО ТА ГРУДНОГО ВІДДІЛІВ ХРЕБТА ЯК ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ АРИТМІЇ СЕРЦЯ</b>	31
<i>Колесник Михайло</i> <b>ДИНАМІКА ЦИСТАТИНУ С У ЧОЛОВІКІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ПІД ВЛИВОМ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ЛОЗАРТАНОМ ТА АМЛОДИПІНОМ</b>	32

<i>Компанієць Кіра, Сирота Ірина</i> <b>СПІЛЬНІ МЕХАНІЗМИ ПАТОГЕНЕЗУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНОГО НЕКАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ</b>	32
<i>Компанієць Кіра, Шкільнюк Марина, Кисіль Ірина</i> <b>ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ У СПОЛУЧЕННІ З ПЕПТИЧНОЮ ВИРАЗКОЮ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ</b>	33
<i>Кордонєць Михайло, Макарчук Надія, Сов'як Інна, Вонс Людмила</i> <b>РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ КЕЛТІКАНУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ПОЛІНЕЙРОПАТІЮ</b>	34
<i>Корильчук Богдан</i> <b>ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ - ПРЕДИКТОР ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ В ДОРОСЛОМУ ЖИТТІ</b>	34
<i>Косянчук Наталія</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПАЛІАТИВНІЙ МЕДИЦИНІ З ПАЦІЄНТАМИ ПОХИЛОГО ВІКУ</b>	35
<i>Коцюба Оксана</i> <b>ПОКАЗНИКИ УРИКЕМІЇ І ДИСЛІПІДЕМІЇ ПРИ РІЗНИХ ТИПАХ ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ</b>	35
<i>Кравець Оксана, Наумова Людмила, Довбуш Надія, Куліковський Богдан</i> <b>РЕЗУЛЬТАТИ СКРИНІНГОВОГО ВИМІРЮВАННЯ РІВНЯ ГЛІКЕМІЇ У ЖИТЕЛІВ М.ТЕРНОПІЛЬ</b>	36
<i>Кравченко Владислав, Смірнова Вікторія, Тесленко Олександра</i> <b>ГЕРХ ТА БРОНХІАЛЬНА АСТМА</b>	36
<i>Крайдашенко Олександр</i> <b>ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ГЛОБАЛЬНОЇ СИСТОЛІЧНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ТА ШВИДКОСТІ ДЕФОРМАЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА</b>	37
<i>Кульчінська В., Джула М.</i> <b>ПОРУШЕННЯ РІВНЯ МАГНІЮ У ХВОРИХ З СУБ- ТА ДЕКОМПЕНСОВАНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1-ГО ТА 2-ГО ТИПІВ</b>	37
<i>Курята Олександр, Сіренко Оксана</i> <b>ЛІПІДНИЙ ПРОФІЛЬ ТА СТАН МАГІСТРАЛЬНИХ АРТЕРІЙ, ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З РЕВМАТОЇДНИМ АТРИТОМ</b>	38
<i>Кухаришин Юрій</i> <b>СТАН ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ</b>	38
<i>Кучмий Юлія, Хримошкіна Юлія, Ащеулова Тат'яна</i> <b>ЦЕЛІАКІЯ КАК АКТУАЛЬНА МЕЖДИСЦИПЛИНАРНА ПРОБЛЕМА</b>	39
<i>Лихацька Галина, Бойко Тетяна</i> <b>ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ З ВКЛЮЧЕННЯМ ГЕПАБЕНЕ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМ</b>	39
<i>Лобанєць Володимир, Балан Ірина, Безверхна Надія, Гліган Мар'яна</i> <b>КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНО РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ПОЄДНАНОЇ ІЗ ЗАПАЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНИМИ ЗМІНАМИ У ПАРОДОНТІ ЗАЛЕЖНО ВІД ФОРМИ ЗАХВОРЮВАННЯ</b>	40
<i>Лой Галина, Сов'як Інна, Ремезюк Ольга, Богонюк Божена, Пицюк Юлія</i> <b>ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ВОКСИД У ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯМ</b>	40
<i>Ломакіна Олександра, Олійник Анна, Щербина Наталія</i> <b>ВПЛИВ РІВНЯ УСПІШНОСТІ НА РОЗВИТОК СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ</b>	41
<i>Маркевич Микита, Калюжка Владислав, Сафаргаліна-Корнілова Надія</i> <b>ОПТИМАЛЬНА КОПІНГ-МОДЕЛЬ ПОВЕДІНКИ ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ</b>	41
<i>Лотоцька Світлана</i> <b>ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСНЕННЯ У ХВОРИХ РІЗНОГО ВІКУ НА ХОЗЛ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ЕНТЕРОСОРЕБЦІЇ</b>	42
<i>Лотоцька Світлана</i> <b>ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ РІЗНОГО ВІКУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ЕНТЕРОСОРЕБЦІЇ</b>	43
<i>Мартиняк Ольга, Старичков Павло</i> <b>ІНДЕКС МАСИ ТІЛА У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ I І II ТИПІВ</b>	44
<i>Маховський Василь, Довжаниця Ольга</i> <b>ВПЛИВ АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ</b>	44
<i>Медвідь Ігор, Герасимець Ірина</i> <b>ВПЛИВ ВКЛЮЧЕННЯ АПЛІКАЦІЙ ЗА МЕТОДОМ ЛЯПКО НА ВЕГЕТАТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ КОМОРЕБІДНІСТЮ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ</b>	45
<i>Мельник Наталія</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ НА ТЛІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ</b>	45
<i>Меркуленко Зоряна, Чудинович Ірина, Смирнова Вікторія</i> <b>ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</b>	46

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

<i>Мокрій Олесь</i> <b>МОНІТОРИНГ ПРИЧИН ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ПРОГРАМНОМУ ГЕМОДІАЛІЗІ</b>	46
<i>Наєрна Ірина, Подолянська Марія</i> <b>ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ АЗИТРОМІЦИНУ У ЛІКУВАННІ ПНЕВМОНІЇ ПО ДАНИХ ЧОРТКІВСЬКОЇ ЦКРЛ</b>	47
<i>Наєрна Ярина</i> <b>ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКУ</b>	47
<i>Назарчук Наталія</i> <b>ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ</b>	48
<i>Огнева О., Журавльова А., Хомич М., Ганьшин М.</i> <b>ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕНЬ СЕРЦЯ У ХВОРИХ ІЗ СТЕНОКАРДІЄЮ DE NOVO</b>	48
<i>Ожиганов Андрій, Хомовський Віктор</i> <b>ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ВЕРТЕБРОГЕННОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ</b>	49
<i>Оришин Ярослав, Флис Анастасія</i> <b>ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ІЗ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ТА ЗНИЖЕНОЮ СКОРОТЛИВІСТЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА</b>	50
<i>Орловская Эльвира, Марченко Татьяна</i> <b>ЕНТЕРОСОРБЦІЯ. ПРИИМУЩЕСТВА МЕТОДА</b>	50
<i>Орлецький Богдан, Ілюшина Антоніна</i> <b>ЗАСТОСУВАННЯ ХОЛОПЛАНТУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2 У ПОЄДНАННІ ІЗ ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ</b>	51
<i>Орловський В., Кучма Н., Муренець Н.</i> <b>РІВЕНЬ ГОМОЦИСТЕЇНУ ПЛАЗМИ КРОВІ У ХВОРИХ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЮ ОЖИРІННЯ</b>	51
<i>Отрішко Оксана</i> <b>РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ЖИТЕЛІВ ЧЕРКАСЬКОГО РЕГІОНУ НА ПРИКЛАДІ ЧЕРКАСЬКОГО КАРДІОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ</b>	52
<i>Отчик Анна</i> <b>ЕЛЕКТРОЛІТНИЙ ТА КАТЕХОЛАМІНОВИЙ ОБМІН У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ</b>	52
<i>Пирогова Катерина</i> <b>ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ВПЕРШЕ ВІЯВЛЕНИХ ХВОРИХ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ВИКЛИКАНИХ ШТАМОМ M. TUBERCULOSIS РОДИНИ BEIJING</b>	53
<i>Пискливець Тетяна</i> <b>ДИНАМІКА ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА МОРФОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ СИРОВАТКИ КРОВІ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА</b>	53
<i>Пицюк Юлія, Лой Галина, Джула Марія</i> <b>ЧАСТОТА ДЕПРЕСІЙ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ, ЯКІ ЛІКУВАЛИСЯ В ЕНДОКРИНОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ ТУЛ ІМ. І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО</b>	54
<i>Погребняк Михайло</i> <b>КОМПЛЕКСНЕ ВИВЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ЕКЗЕМИ ЯК ГОЛОВНА ЛАНКА У ПРГНОЗУВАННІ ТЯЖКОСТІ ЇЇ ПЕРЕБІГУ В РОБОТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ - СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ</b>	54
<i>Примачук О., Скрипник Н.</i> <b>ОЦІНКА КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПОЄДНАНЕ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ</b>	55
<i>Романів Світлана, Савицька Мар'яна, Добридень Ганна, Ковальська Лариса</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТОНЗІЮ І ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ</b>	55
<i>Рондяк Ірина, Рибак Галина, Шульгай Анна-Марія, Прокопович Олена</i> <b>РЕЗУЛЬТАТИ СКРИНІНГОВОГО ВИМІРЮВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ЖИТЕЛІВ М.ТЕРНОПІЛЬ</b>	56
<i>Романчук В., Чорней К., Волошина Л.</i> <b>ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ЯК КРИТЕРІЙ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ</b>	56
<i>Руснак А., Безрук Т.</i> <b>АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ</b>	57
<i>Скоропляс Валерій, Мусієнко Володимир</i> <b>ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ</b>	57
<i>Сабат Зоряна, Шайген Олена</i> <b>ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПАНКРЕАТИТУ НА ТЛІ ПОРУШЕННЯ КАЛЬЦІЄВОГО ОБМІНУ</b>	58
<i>Сабат Зоряна</i> <b>ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ І ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ</b>	59

<i>Скоропад Катерина</i> <b>РІВЕНЬ КОЛАГЕНУ ІV ТИПУ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ АЛКОГОЛЬНИМ УРАЖЕННЯМ ПЕЧІНКИ ТА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ</b>	59
<i>Семенов Віктор, Караванська Ілона, Лисунець Тетяна, Курята Олександр</i> <b>СИСТЕМНА СКЛЕРОДЕРМІЯ: ПРОГНОЗ РОЗВИТКУ НЕФРОПАТІЇ</b>	60
<i>Слобода Мар'яна, Коцюба Оксана, Балабан Алла</i> <b>РІВЕНЬ С - РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ У ХВОРИХ НА ІХС З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ</b>	60
<i>Совтус Ірина</i> <b>ЛІКАРСЬКІ РОСЛИНИ ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ В ФІТОТЕРАПІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ</b>	61
<i>Старов К., Стоянова Ю., Титаренко В., Сафаргаліна-Корнілова Н.</i> <b>ОЦІНКА ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ</b>	61
<i>Стеничева Диана</i> <b>МОЛЕКУЛЯРНІ ОСНОВИ І ПАТОФИЗІОЛОГІЯ ВРОЖДЕНОЇ ГІПЕРТРОФІЧЕСЬКОЇ КАРДИОМІОПАТІЇ</b>	62
<i>Степанова О.<sup>1</sup>, Фельдман Д.<sup>1</sup>, Гударі А.<sup>1</sup>, Несстеренко А.<sup>1</sup>, Сьомова О.<sup>2</sup></i> <b>КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ</b>	62
<i>Сучко Костянтин, Абрамова Наталія</i> <b>ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛІЗМУ ТИРЕОЇДНИХ ГОРМОНІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ ЛЕПТИНУ В СИРОВАТЦІ ВЕНОЗНОЇ КРОВІ ТА АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ</b>	63
<i>Тагоєв Махмадулло, Шерназаров Абіджан, Питецька Н.</i> <b>СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА І СТАРІННЯ</b>	63
<i>Ткачук Надія, Муцяк Мар'яна, Паньків Ірина</i> <b>ТОВЩИНА КОМПЛЕКСУ ІНТИМА-МЕДІА ВНУТРІШНІХ СОННИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ</b>	64
<i>Трендовацька Наталія</i> <b>РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОЛОГІЧНОГО СПЕКТРУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ УСКЛАДНЕНОМУ ПІЄЛОНЕФРИТІ</b>	64
<i>Уразова Лілія, Дудник Оксана, Данило Роман, Сафаргаліна-Корнілова Надія</i> <b>МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ</b>	65
<i>Франчук Максим, Франчук Уляна</i> <b>МІКРОАЛЬБУМІНУРІЯ ТА МІКРОГЛОБУЛІНУРІЯ ЯК МАРКЕР ПОДАГРИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ</b>	65
<i>Ханас М., Цюприк Х.</i> <b>ВПЛИВ НАДЛИШКОВОЇ ВАГИ НА ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ</b>	66
<i>Шелепетень Галина</i> <b>МАКРОГЛОБУЛІНЕМІЯ ВАЛЬДЕНСТРЕМА: КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ</b>	66
<i>Юрчик Олена, Юрчик Василь, Гнат Соломія, Юрчик Василь</i> <b>ПРОБЛЕМА НЕДОСКОНАЛОСТІ НОРМАТИВНОЇ ЗАКОНОДАВЧОЇ БАЗИ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ВИРІШЕННЯ</b>	67
<i>Юрчишин Оксана, Биць Іванна, Татарчук Людмила</i> <b>ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ДІТЕЙ З ЙОДОДЕФИЦИТОМ У КІНЦІ НАВЧАЛЬНОГО РОКУ</b>	67
<i>Якобчук Христина</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ПУРИНОВОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ГЕМОДІАЛІЗІ</b>	68
<i>Boateng Isaac, Pytetska N.</i> <b>HYPERTENSION AS A FACTOR OF CARDIOMETABOLIC RISK</b>	68
<b>INFLUENCE OF METFORMIN ON CARBOHYDRATE METABOLISM AND VASOACTIVE NITRIC OXIDE POOL IN PATIENTS WITH COMORBID PATHOLOGY</b>	69
<i>Elochukwu Onyeka, Moses Ayodele Oke, Andriy Lepyavko</i> <b>CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND HEART RATE VARIABILITY: GENDER ASPECTS</b>	69
<i>Guyvan Irina, Gardashova Jamila, Smirnova Victoria</i> <b>THE DEFINITION OF THE METABOLIC SYNDROME</b>	70
<i>Harkavenko Kateryna, Zienovieva Olga, Ambrosova Tatiana</i> <b>STUDYING OF THE AWARENESS OF TREATMENT OF THE PATIENTS WITH DUODENAL ULCER</b>	70
<i>Ivasenko Tetiana, Filus Vanessa</i> <b>CONNECTION BETWEEN COFFEE CONSUMPTION AND GI-CANCER</b>	71
<i>Kochubiei Oksana</i> <b>ASSESSMENT OF LIPID METABOLISM USING CLUSTER ANALYSIS IN HYPERTENSIVE PATIENTS</b>	71
<i>Kolesnik Alina, Manzhelii Victoria, Smirnova Victoria</i> <b>ANALYSIS OF TACTICS ACHIEVE TARGET BLOOD PRESSURE LEVELS IN AN OUTPATIENT SETTING</b>	72
<i>Kulakova Kateryna</i> <b>STRATIFICATION APPROACH IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HYPERTENSION</b>	72
<i>Mbabazi Solomon, Pytetska N.</i> <b>MODIFIED CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN HYPERTENSIVE POSTMENOPAUSAL WOMEN</b>	73

## **Секція: Хірургічна патологія**

**75**

<i>Банадига Андрій, Тиш Юрій</i> <b>КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ</b>	77
<i>Бельський Сергій, Базелюк Олександр, Соловей Юрій</i> <b>СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ РІЗНИХ СТУПЕНІВ ВАЖКОСТІ В ЕКСПЕРИМЕНТІ</b>	77
<i>Боброва Алла</i> <b>ПРИЧИНИ РОЗВИТКУ РЕЦИДИВУ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ В БАСЕЙНІ МАЛОЇ ПІДШКІРНОЇ ВЕНИ</b>	78
<i>Бовгар Владислав, Назимок Євгенія</i> <b>ВІДОМОСТІ ЩОДО ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО НЕЙРОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ДИСКАГЕННИМ НЕЙРОКОМПРЕСІЙНИМ СИНДРОМОМ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА</b>	78
<i>Бовгар Яніна, Назимок Євгенія</i> <b>ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТРОМБОФЛЕБІТУ</b>	79
<i>Боднар П.</i> <b>ПРОФІЛАКТИКА РЕТРОМБОЗУ ГЛИБОКИХ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК НИЗЬКОМОЛЕКУЛЯРНИМИ ГЕПАРИНАМИ</b>	79
<i>Буднік Дмитро, Забаєська Олена</i> <b>ПІСЛЯОПЕРПАЦІЙНИЙ ГОСТРИЙ ВИСХІДНИЙ ТРОМБОФЛЕБІТ – ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ</b>	80
<i>Вавринчук Максим, Миколайчук Богдан</i> <b>МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИЧНОЇ РОБОТЕХНІКИ В УКРАЇНІ. ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ КОМП'ЮТЕРНОЇ СИСТЕМИ "DA VINCI"</b>	80
<i>Буката Володимир, Данилюк Любомир</i> <b>РОЛЬ ЛАПАРОСКОПІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ОЧЕРЕВИНИ</b>	81
<i>Бурак Андрій</i> <b>ВИВЧЕННЯ ГІСТОЛОГІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ПЕЧІНКИ У ФОРМУВАННІ СИНДРОМУ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ</b>	82
<i>Васенко Михайло</i> <b>ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ЛАПАРОСКОПІЧНИЙ ТРЕНАЖЕР ДЛЯ ВІДПРАЦЮВАННЯ БАЗОВИХ ВПРАВ</b>	82
<i>Варварич Ірина</i> <b>ЛІКУВАННІ ГЕМАНГІОМ М'ЯКИХ ТКАНИН ЛИЦЕВОГО ВІДДІЛУ ГОЛОВИ В ДІТЕЙ</b>	83
<i>Виваль Микола</i> <b>ВТОРИННА ГЕМОРАГІЧНА ПРОГРЕСІЯ ВОГНИЩ ЗАБОЮ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ПАЦІЄНТІВ З ЧМТ</b>	84
<i>Висоцький Артур</i> <b>ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ БОЛЮ В ПЕРЕДНЬОМУ ВІДДІЛУ КОЛІННОГО СУГЛОБА ПРИ ВИКОНАННІ ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБА</b>	85
<i>Війтович Любомир</i> <b>КЛІТИННА ЗАГИБЕЛЬ ЛІМФОЦИТІВ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА ПРИ УСКЛАДНЕННЯХ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА</b>	85
<i>Вінтоняк Тарас, Вовчок Марія, Соловей Юрій</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ГУМОРАЛЬНОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА АБДОМІНАЛЬНИЙ СЕПСИС</b>	86
<i>Вовчок Марія, Вінтоняк Тарас, Соловей Юрій</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ТА Т КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА АБДОМІНАЛЬНИЙ СЕПСИС</b>	86
<i>Герасимюк Назар, Лойко Ігор, Гданський Сергій.</i> <b>ЧАСТОТА СУПУТНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ АБДОМІНАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ</b>	87
<i>Гончарова Наталя, Дроздова Анастасія, Кожем'яка Кирил, Гладун Ніна</i> <b>ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ З КОМПРЕСІЄЮ СУМІЖНИХ ОРГАНІВ</b>	87
<i>Григоряк Анна, Назимок Євгенія</i> <b>ТЕХНІКА РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ХІРУРГІЇ ПРИ АНЕВРИЗМИ АОРТИ</b>	88
<i>Дейкало Ігор, Єрмакова Тетяна</i> <b>ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВУЗЛОВОГО ЗОБУ З ДОПОМОГОЮ АПАРАТУ LIGASURE ТА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В ДІЛЯНЦІ ВПЛИВУ ВИСОКОЧАСТОТНОГО СТРУМУ</b>	88
<i>Грищук Олена</i> <b>РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ-ПОМІЧНИКА СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ У ПРОФІЛАКТИЦІ ТРАВМАТИЗМУ ПІДЛІТКІВ</b>	89
<i>Гусак М.</i> <b>ЛЕЙКАФЕРЕЗ У ПОПЕРЕДЖЕННІ СИСТЕМНО-ЗАПАЛЬНИХ ТА РЕПЕРФУЗІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ РЕВАСКУЛЯРИЗУЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ В УМОВАХ ХРОНІЧНОЇ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ</b>	89
<i>Дивак Андрій</i> <b>МОДЕЛЬ ЕЛЕКТРИЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ТКАНИН ХІРУРГІЧНОЇ РАНИ ПІД ЧАС ОПЕРАЦІЇ НА ЩИТОВИДНІЙ ЗАЛОЗИ</b>	90
<i>Зав'ялець Любомир, Костюк Олександр, Зав'ялець Іван</i> <b>ПЕРСПЕКТИВИ ЛІКУВАННЯ БОЛЕЙ У СПІНІ ПРІ ОСТЕОХОНДРОЗІ ХРЕБТА</b>	90

<i>Зав'ялець Любомир</i> <b>ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОГО ДЕФОРМІВНОГО АРТРОЗА КИСТЬОВОГО СУГЛОБА</b>	91
<i>Зав'ялець Любомир, Загородський Олександр, Курило Ігор, Грищук Дмитро, Зав'ялець Іван</i> <b>ДІАГНОСТИКА ТА ШЛЯХИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ОСТЕОПОРОЗА ЯК УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОГО ОСТЕМІЄЛІТА ДОВГИХ ТРУБЧАТИХ КІСТОК</b>	91
<i>Зав'ялець Любомир, Костюк Олександр, Зав'ялець Іван, Грищук Дмитро</i> <b>МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНИХ УРАЖЕНЬ ВЕЛИКИХ СУГЛОБІВ НИЖНІХ КІНЦІВОК</b>	92
<i>Запотоцький Павло, Легоцька Марія</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ КИСНЕВОГО БАЛАНСУ ПРИ КЕТОАЦИДОТИЧНІЙ КОМІ</b>	92
<i>Зубко Ірина, Орел Катерина</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРИ СИНДРОМІ МЕЙ-ТЕРНЕРА</b>	93
<i>Індик Максим</i> <b>ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИ ІНФЕКЦІЇ: СУЧАСТНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ</b>	93
<i>Іванчук Назар, Лотоцька Ольга</i> <b>АХІЛОВИЙ СУХОЖИЛОК. МЕТОДИ ПЛАСТИКИ. ЦІКАВИЙ КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК</b>	94
<i>Калиновський Сергій</i> <b>ДО ВИМІРЮВАННЯ ШИРИНИ БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА ЗА ДОПОМОГОЮ УЗД</b>	94
<i>Китченко С., Бережної Б., Любомудрова Е., Шульга А., Шевченко Я.</i> <b>ВАКУУМ-ТЕРАПІЯ В ЛЕЧЕННІ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЇ ЕТИОЛОГІЇ</b>	95
<i>Крупнік Вікторія</i> <b>ШЛУНКОВО-КИШКОВІ КРОВОТЕЧІ. АРГОНО-ПЛАЗМОВА КОАГУЛЯЦІЯ</b>	95
<i>Кокоць Ліна, Гдакович Оля, Безніско Ярема</i> <b>ГОСТРІ ГНІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН. ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА І ЛІКУВАННЯ</b>	96
<i>Кохан Роман</i> <b>ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ В ПОВЕРХНЕВІЙ ВЕНОЗНІЙ СИСТЕМІ ПРИ ВАРИКОЗНІЙ ХВОРОБИ</b>	97
<i>Кохан Роман, Яворська Катерина</i> <b>ВАКУУМНА ТЕРАПІЯ ЯК НОВИЙ МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК ПРИ ХРОНІЧНІЙ ВЕНОЗНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ НИЖНІХ КІНЦІВОК</b>	98
<i>Кукарєва Ю., Лямпрехт В., Попик А.</i> <b>СПОСІБ ЦИФРОВОЇ СПЕКТРОФОТОМЕТРІЇ ЯК МЕТОД ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ БІЛІРУБІНУ ПРИ ОБТУРАЦІЙНІЙ ЖОВТЯНИЦІ</b>	99
<i>Лимар Євген, Лимар Наталія</i> <b>ТРАНСПОРТУВАННЯ ВАГІТНИХ З ПОЛІТРАВМОЮ: РИЗИКИ І ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ</b>	99
<i>Лимар Євген, Бабій Михайло, Тонкошкур Олена</i> <b>КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ТА КЛІНІКО-НОЗОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛІСИСТЕМНИХ ПОШКОДЖЕНЬ У ВАГІТНИХ</b>	100
<i>Лойко Ігор, Герасимюк Назар, Гданський Сергій.</i> <b>ВИБІР МЕТОДУ КОРЕКЦІЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ</b>	100
<i>Максимчук Н.</i> <b>ВИКОРИСТАННЯ РІВНЯ МОЛЕКУЛ СЕРЕДНЬОЇ МАСИ ЯК ПРЕДИКТОРА КЛІНІЧНОГО НАСЛІДКУ ПАЦІЄНТА</b>	101
<i>Михайлусов Р., Негодуйко В.</i> <b>ОСОБЕННОСТИ ДРЕНИРОВАНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ</b>	101
<i>Михайлюк Оксана, Слободян Володимир, Вівчар Зоряна, Соїка Марія</i> <b>АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ВАЖКУ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВУ ТРАВМУ, УСКЛАДНЕНУ СЕПСИСОМ У ВІДДІЛЕННІ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ЛІКАРНІ У 2014 РОЦІ</b>	102
<i>Олійник Лілія</i> <b>НОВІТНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ РАН РІЗНОЇ ЕТИОЛОГІЇ В ХІРУРГІЇ</b>	102
<i>Петрашенко І.</i> <b>ТЕХНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ АПЕНДЕКТОМІЇ У ВАГІТНИХ</b>	103
<i>Покотило Олег, Крицак Мирослав</i> <b>АКТИВНА ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА В ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТУПНІ</b>	103
<i>Продан Андрій</i> <b>ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ПРИЦЕПІТУЮЧИХ КРІОГЛОБУЛІНІВ СИРОВАТКИ ХВОРИХ НА ВАРИКОЗНУ ХВОРОБУ НИЖНІХ КІНЦІВОК</b>	104

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

<i>Просвітлюк Петро, Бабій Ігор, Коцур Віктор, Дрозд Руслана</i> <b>АВТОПЛАСТИКА ЗА МЕТОДИКОЮ ДЕЗАРДИ В ЛІКУВАННІ ПАХВИННОЇ ГРИЖІ</b>	104
<i>Резанов Павло</i> <b>ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МІКРОХІРУРГІЧНИХ ПРИЙОМІВ В КОЛОРЕКТАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ</b>	105
<i>Рудницька Любов, Назимок Євгенія</i> <b>ЕНДОВАСКУЛЯРНА ЛАЗЕРНА ХІРУРГІЯ</b>	105
<i>Рижковський Андрій, Тригуб Роман</i> <b>ПРОВІДНИКОВІ МЕТОДИ АНЕСТЕЗІЇ В ОРТОПЕДІЇ І ТРАВМАТОЛОГІЇ НА ФОНІ ПОЛІМОРБІДНОСТІ</b>	106
<i>Свереда Ганна, Гошовська Надія</i> <b>НОВИЙ ТЕХНОЛОГІЧНИЙ МЕТОД ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ОРТОПЕДИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ СТОПИ</b>	107
<i>Соловей Юрій, Соловей Микола</i> <b>СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ</b>	107
<i>Сорока Ірина</i> <b>СЕРЦЕВО-СУДИННИ УСКЛАДНЕННЯ РАНЬОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ЧЕРЕВНОМУ ВІДДІЛІ АОРТИ ТА АОРТО-КЛУБОВО-СТЕГНОВИХ СЕГМЕНТАХ З ВИКОРИСТАННЯМ СИНТЕТИЧНИХ СУДИННИХ ПРОТЕЗІВ</b>	108
<i>Суглобов Артем</i> <b>СПОСОБИ АЛОПЛАСТИКИ ПАХОВОГО КАНАЛУ ПРИ ПАХОВИХ ГРИЖАХ</b>	108
<i>Тимошенко Вікторія, Голота Іванна, Гаєрилов Олексій, Терещук Ірина</i> <b>ІНТЕРВЕНЦІЙНА ЕНДОСКОПІЯ В ЛІКУВАННІ СИНДРОМА ЛАМЕЛЛА</b>	109
<i>Урсов Марина, Назимок Євгенія, Товкач Юрій</i> <b>ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ</b>	109
<i>Тригуб Роман, Рижковський Андрій, Чепіль Мар'яна</i> <b>ПРОВІДНИКОВІ МЕТОДИ АНЕСТЕЗІЇ В СУДИННІЙ ХІРУРГІЇ НА ФОНІ ПОЛІМОРБІДНОСТІ</b>	110
<i>Цвик Ірина</i> <b>ДІАГНОСТИКА ПРИЧИН ЛИХОМАНОК НЕВІДОМОГО ГЕНЕЗУ</b>	111
<i>Чайка Владислав</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СТАНУ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ КРАНІОАБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ</b>	111
<i>Чайковська Софія</i> <b>ВИКОРИСТАННЯ ВАКУУМУ ЗМІННОГО ТИСКУ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ТРОФІЧНИХ ВЕНОЗНИХ ВИРАЗОК</b>	112
<i>Швед Катерина, Назимок Євгенія</i> <b>СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК</b>	112
<i>Шеремета Данило</i> <b>ЕФЕКТИВНЕ ЛІКУВАННЯ КАМЕНІВ НИЖНИХ КЕЛИХІВ НИРОК. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МЕТОДИК</b>	113
<i>Шиманський А., Кондратюк Я., Шийка О.</i> <b>ДОСЛІДЖЕННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН В ДІЛЯНЦІ ТОВСТОКИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ВІНІЛІНУ</b>	114
<i>Шкурашівський В., Соловей Ю.</i> <b>СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ</b>	114
<i>Якимчук Олександр</i> <b>ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ РОЗЛАДІВ КИСНЕВОГО ГОМЕОСТАЗУ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ СЕПСИСІ</b>	115
<i>Якубовська Аріадна, Назимок Євгенія, Проняєв Дмитро</i> <b>ОПЕРАТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ</b>	115
<i>Ковальчук Валентина, Сушко Юрій</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЇ МІОКАРДІАЛЬНИХ М'ЯЗОВИХ МІСТКІВ, ЗАЛЕЖНІСТЬ ЇХ НАЯВНОСТІ ВІД СТАТЕВИХ ТА ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ</b>	116

## **Секція: Інфекційні хвороби, фтизіатрія, дерматологія**

**117**

<i>Безкоровайна Галина</i> <b>КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НАЙПОШИРЕНІШИХ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ, У ПАЦІЄНТІВ «КЛІНІКИ, ДРУЖНЬОЇ ДО МОЛОДІ»</b>	119
<i>Бугайчук Іванна</i> <b>АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ТОКСОПЛАЗМОЗУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ</b>	119
<i>Бідованець Олена</i> <b>ДІАГНОСТИКА ЗАГРОЗИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ У ВАГІТНИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ МІКОПЛАЗМОВОЮ, УРЕАПЛАЗМОВОЮ ТА/ЧИ ХЛАМІДІЙНОЮ ІНФЕКЦІЯМИ</b>	120
<i>Варицька Ганна</i> <b>ДИНАМІКА ПРИПИНЕННЯ БАКТЕРІОВИДІЛЕННЯ ХВОРИХ З НОВИМИ ВИПАДКАМИ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ, ЯКІ ДІАГНОСТОВАНО МОЛЕКУЛЯРНО - ГЕНЕТИЧНИМ АБО ФЕНОТИПОВИМ МЕТОДОМ</b>	121

<i>Васкул Надія</i> <b>ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ РИБОНУКЛЕЇНОВОЇ КИСЛОТИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С</b>	121
<i>Гвоздецький Андрій</i> <b>TORCH-ІНФЕКЦІЇ І ВАГІТНІСТЬ: ЗІСТАВЛЕННЯ УЗД І ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ДАНИХ</b>	122
<i>Гладиш Назарій</i> <b>ВІЛ-АСОЦІЙОВАНИЙ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЗА ДАНИМИ МІЖОБЛАСНОЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ЛІКАРНІ</b>	122
<i>Грубська Ольга, Носко Галина, Рижковський Андрій</i> <b>ЧАСТКА ХВОРИХ НА СНІД СЕРЕД НОВОВІЯВЛЕНИХ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ</b>	123
<i>Денчик Наталія, Кірсанова Тетяна</i> <b>ЧИ ПОТРІБНА У НАЦІОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРІ УКРАЇНИ ВАКЦИНА ПРОТИ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ?</b>	123
<i>Данилюк Любомир, Прокопишин Галина, Пастушина Ірина</i> <b>ЩО ТЕРНОПОЛЯНИ ЗНАЮТЬ ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ</b>	124
<i>Доценко Ярослава</i> <b>ЗНАЧЕННЯ СПЕЦИФІЧНИХ ВНУТРІШНЬОШКІРНИХ ТЕСТІВ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ЛАТЕНТНОЇ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ (ЛТБІ) У ДІТЕЙ</b>	125
<i>Жегестовська Діана, Палихата Мар'яна</i> <b>ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНІ ЗМІНИ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ ПЛЕВРИТ</b>	125
<i>Захарків Тетяна, Демах Валентина</i> <b>АНАЛІЗ СТОРІНОК ІСТОРІЇ ВЕНЕРОЛОГІЇ У ДЗЕРКАЛІ ФІЛАТЕЛІЇ</b>	126
<i>Зенів Леся</i> <b>РЕТРОСПЕКТИВНИЙ КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СПАЛАХУ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ГРИП Н1N1, PDM09 У ДІТЕЙ В ДРОГОБИЦЬКОМУ РАЙОНІ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ У 2009 РОЦІ</b>	126
<i>Катеринич Микола, Глоба Тамара, Демченко Катерина</i> <b>ЛЕПТОСПІРОЗУ КРАЩЕ ЗАПОБІГТИ</b>	127
<i>Лаєров Пилип</i> <b>ТРОПІЧНА МАЛЯРІЯ ТА МАЛЯРІЙНА КОМА</b>	127
<i>Леснянська Світлана, Корнага Тарас</i> <b>ЩО ЗНАЮТЬ ХВОРИ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ПРО СВОЄ ЗАХВОРЮВАННЯ?</b>	128
<i>Литвин Ганна, Прокоп'юк Анжела</i> <b>САРКОЇДОЗ У ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОМУ СТАЦІОНАРІ</b>	128
<i>Мазур Іванна</i> <b>ЧАСТОТА І ХАРАКТЕР ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ</b>	129
<i>Маркевич Оксана</i> <b>КЛІНІКО- ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПСОРИАЗУ У ДІТЕЙ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ)</b>	129
<i>Мельник Лариса, Кальмуцька Людмила, Васишин Оксана, Проць Леся, Якимів Ірена, Медецька Наталя, Брик Олександра</i> <b>ЕОЗИНОФІЛІЯ У ДИФЕРЕНЦІАЛЬНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ</b>	130
<i>Мусієнко Володимир, Скоропляс Валерій</i> <b>ПІСЛЯВАКЦИНАЛЬНІ УСКЛАДНЕННЯ БЦЖ</b>	130
<i>Нижник Галина, Бугель Василь, Бугель Ольга</i> <b>КІР НА ТЕРНОПІЛЛІ: КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ</b>	131
<i>Николаев Валентин</i> <b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РОЖИСТОЙ ИНФЕКЦИИ В БОЛГАРИИ И НА УКРАИНЕ</b>	131
<i>Носко Галина, Грубська Ольга, Рижковський Андрій</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ ЗА ПЕРІОД 2009-2014 рр</b>	132
<i>Ординська Ірина</i> <b>ТУБЕРКУЛЬОЗНА ІНФЕКЦІЯ В ПОЄДНАННІ З ВІЛ-СТАТУСОМ</b>	132
<i>Палихата Мар'яна, Жегестовська Діана</i> <b>ВПЛИВ ВАГІТНОСТІ НА ПРОЯВИ І ПЕРЕБІГ ТУБЕРКУЛЬОЗУ</b>	133
<i>Петренко Тетяна, Манін Сергій, Кірсанова Тетяна</i> <b>ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ КРАСНУХИ В УКРАЇНІ</b>	134
<i>Прокоп'юк Анжела, Довгань Ганна</i> <b>СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ</b>	134
<i>Ремез Яна, Макачук Алла, Ремез Лілія</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ МАЛАСЕЗІОЗУ ШКІРИ У ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ</b>	135



## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

<i>Русева Катерина, Дем'янчук Мар'яна</i> <b>ОБМІН ЗАЛІЗА ТА ЦЕРУЛОПЛАЗМІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С</b>	135
<i>Сойка Марія, Рондяк Ірина, Калька Іван</i> <b>ЩО ТЕРНОПОЛЯНКИ ЗНАЮТЬ ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ?</b>	136
<i>Соломенник Ганна, Левашова Альона, Бондар Олександр, Могиленець Олена, Юрко Катерина</i> <b>ПРОГНОСТИЧНЕ ТА ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ГАПТОГЛОБІНУ У ХВОРИХ ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ С</b>	136
<i>Струц Станіслав</i> <b>КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ З ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ В І С</b>	137
<i>Сурженко Вікторія</i> <b>ДЕРМАТОСКОПІЯ ЯК МЕТОД РАНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПСОРИАТИЧНОЇ ОНІХОДИСТРОФІЇ</b>	138
<i>Трубецький Максим, Бородіна Марія</i> <b>ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ПРАКТИЦІ ФТИЗИАТРА</b>	138
<i>Тугарова Ольга</i> <b>ТЕРБІЗИЛ – ПРЕПАРАТ НОВОЇ ГЕНЕРАЦІЇ У ЛІКУВАННІ МІКРОСПОРІЇ ТА ТРИХОФІТІЇ У ДІТЕЙ</b>	139
<i>Яцунський Тарас, Гвоздецький Андрій, Куліковський Богдан, Горбань Людмила, Кравець Оксана</i> <b>РІВЕНЬ ЗНАННЯ ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ ЧОЛОВІКІВ-ТЕРНОПОЛЯН</b>	140
<i>Ayodele Moses Oke</i> <b>EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL SIGNS OF EPSTAIN-BARR</b>	140
<b>Секція: Педіатрія</b>	<b>141</b>
<i>Адаховська Анастасія</i> <b>АНАЛІЗ ДАНИХ ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ В ДИНАМІЦІ ПРОТЯГОМ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ</b>	143
<i>Андрійчук О., Лазуркевич О.</i> <b>ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ КАТЕГОРІЙ</b>	143
<i>Андрущенко Н., Постолатій Я.</i> <b>СТРУКТУРА ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ РАНОГО ВІКУ</b>	144
<i>Буринюк Христина, Ортеменка Євгенія</i> <b>ІНТРАНАТАЛЬНІ ТА ПОСТНАТАЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ В ДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ НОРМАЛЬНОЮ ДО ТЕРМІНУ ГЕСТАЦІЇ МАСОЮ ТІЛА</b>	144
<i>Бортник Катерина</i> <b>НЕЗАЛЕЖНИЙ МОНИТОРИНГ ДОГЛЯДУ ЗА ПУПОВИННИМ ЗАЛИШКОМ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ</b>	145
<i>Волошин Станіслава</i> <b>БРОНХІАЛЬНА АСТМА – ГЕНЕТИЧНО ДЕТЕРМІНОВАНА ПАТОЛОГІЯ</b>	145
<i>Воробель Володимира, Власова Олена</i> <b>ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПЕРЕБІГУ АСТМИ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ШКОЛЯРІВ</b>	146
<i>Гвоздецька Юлія</i> <b>ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА КЛІНІЧНА КАРТИНА ЮВЕНІЛЬНОГО ІДІОПАТИЧНОГО АРТРИТУ У ДІТЕЙ ПРИКАРПАТТЯ</b>	146
<i>Глушко Катерина, Добровольська Леся, Лобода Ольга</i> <b>ЦИТОКІНОВИЙ СТАТУС У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ</b>	147
<i>Гринь Ярослав</i> <b>ПРОЯВИ ГЕНЕТИЧНО ДЕТЕРМІНОВАНИХ СТАНІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНІВ ЕКЗОГАМІЇ</b>	147
<i>Года Ілліана</i> <b>ПОШИРЕНІСТЬ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАДИ РОЗВИТКУ НЕВРАЛЬНОЇ ТРУБКИ У ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ РЕГІОНІ</b>	148
<i>Гриціє Христина, Шкіль Христина</i> <b>ПІЄЛОНЕФРИТ – ХВОРОБА ЧИ ЗАГРОЗА</b>	149
<i>Гучок Микола; Грибовський Євген</i> <b>ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ</b>	149
<i>Дзюбан Любомир, Боймиструк Роман</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНИХ ГАСТРОДУОДЕНІТІВ, АСОЦІЙОВАНИХ З Н. PYLORI У ДІТЕЙ</b>	150
<i>Дзюбан Любомир, Клопотюк Тетяна, Безкоровайна Наталія</i> <b>АДАПТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ГАСТРОДУОДЕНІТАМИ</b>	150
<i>Кіпібіда Ольга, Шульгай Анна-Марія, Редько Олеса</i> <b>ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДЕСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ДІТЕЙ</b>	151

<i>Кошарський Денис</i> <b>СТАН МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ УЧНІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ КЛАСИЧНОЇ ГІМНАЗІЇ</b>	151
<i>Крім Анастасія</i> <b>МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ У ПІДЛІТКІВ</b>	152
<i>Лагановська Олександра</i> <b>ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ</b>	153
<i>Леснянська Світлана, Довга Ірина</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ МУКОВІСЦИДОЗУ У ДІТЕЙ</b>	153
<i>Логин Людмила</i> <b>ІНФЕКЦІЯ СЕЧОВИДІЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ</b>	154
<i>Максим'як Юлія, Сарапук Ірина, Сивак Христина</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВРОДЖЕНОЇ ДІАФРАГМАЛЬНОЇ КИЛИ У НОВОНАРОДЖЕНОГО</b>	155
<i>Мартиняк Ольга, Муцяк Мар'яна, Ткачук Надія</i> <b>АЛІМЕНТАРНА ВОДНО-НІТРАТНА МЕТГЕМОГЛОБІНЕМІЯ У ДІТЕЙ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ</b>	155
<i>Масляник О., Nihal Palanivel</i> <b>ЗМІНИ РІВНІВ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У ХВОРИХ НА РОТАВІРУСНУ ІНФЕКЦІЮ</b>	156
<i>Матвійчук Ангеліна</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГРВИ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ТА РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ЇЇ ПРОФІЛАКТИЦІ</b>	156
<i>Муцяк Мар'яна, Мартиняк Ольга, Ткачук Надія</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ДІТЕЙ</b>	157
<i>Нижник Галина, Шайген Олена</i> <b>ВПЛИВ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ НА РОЗВИТОК ДІТЕЙ</b>	157
<i>Онуфрієнко О.</i> <b>ДОСЛІДЖЕННЯ ПОШИРНОСТІ ВРОДЖЕНИХ ПАТОЛОГІЙ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ</b>	158
<i>Пастушина Ірина</i> <b>ДІАГНОСТИЧНІ ПАРАЛЕЛІ СИНДРОМУ МАЛЬАБСОРБЦІЇ У ДІТЕЙ</b>	158
<i>Олійник Лілія, Гетманюк Віталій, Денисюк Михайло, Шевчук Анастасія, Пасюта Анна</i> <b>ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПРИЧИН ДИТЯЧОГО ТРАВМАТИЗМУ У ПЕРІОД 2003-2004 І 2013-2014 РОКІВ</b>	159
<i>Петраченко Вероніка</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ У ДІТЕЙ</b>	160
<i>Попова Татьяна, Квасова Полина</i> <b>РИСК РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ</b>	160
<i>Покришко Аліна, Мішин Юрій, Максєва Єлізавета</i> <b>ВИЗНАЧЕННЯ ЗДАТНОСТІ ЗБУДНИКІВ ПІЄЛОНЕФРИТІВ У ДІТЕЙ ДО ФОРМУВАННЯ БІОПЛІВОК</b>	161
<i>Прокопишин Галина</i> <b>ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ</b>	162
<i>Процюк Т. , Стукало Л.</i> <b>ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІУКВАННЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА БА ЗАЛЕЖНО ВІД ФЕНОТИПУ</b>	162
<i>Редько Олеся</i> <b>ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ФЕРМЕНТНИХ ПРЕПАРАТІВ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ ГЕПАТО-БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ</b>	163
<i>Рущенко Наталія</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО ЗАКРЕПУ У ДІТЕЙ</b>	163
<i>Репута Віктор</i> <b>СТАН МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ ІЗ ГОСТРИМ ТА ХРОНІЧНИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ</b>	164
<i>Сарапук Ірина, Максим'як Юлія</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ ФІЗІОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ЗДОРОВИХ НЕМОВЛЯТ</b>	165
<i>Семенюк Марія</i> <b>ВПЛИВ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ НА ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ</b>	165
<i>Сичик Христина</i> <b>АНАЛІЗ ПОШИРНОСТІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ СЕРЕД ДІТЕЙ ЧОРТКІВСЬКОГО РАЙОНУ</b>	166
<i>Труш Аліна, Прященко Марина</i> <b>ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНИХ ШКОЛЯРІВ</b>	166
<i>Туницька Олена</i> <b>ДІАГНОСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ЖОВЧНОГО МІХУРА ТА СФІНКТЕРА ОДДІ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ</b>	167
<i>Хабаль Вікторія, Дзюбан Любомир</i> <b>СИНДРОМ ЛЕЙНЕРА В ПРАКТИЦІ ПЕДІАТРА</b>	167

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

<i>Шульгай Анна-Марія</i> СУЧАСНІ НАПРЯМИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ЛЯМБЛІОЗУ У ДІТЕЙ	168
<i>Akinade Adedoyin Ayomikun</i> A CASE OF HEMORRHAGIC VASCULITIS. DIAGNOSIS OF SKIN RASH DURING HEMORRHAGIC VASCULITIS	168
<i>Amash Anastasiia</i> THE ROLE OF CHROMIUM IN THE DEVELOPMENT OF ALLERGIES IN CHILDRENS OF KHARKIV	169
<i>Ayodele Moses Oke</i> PERSONAL STORY - ACUTE PROMYELOCYTIC LEUKAEMIA PATIENT	169
<i>Łukasz Milczewski, Skupski Damian</i> HYDROCEPHALUS AND CONGENITAL DISEASES OF THE INFANTS	170
<i>Obiukwu Jessica, Obiaga Esther, Sydorenko Oksana</i> A STUDY ON THE TYPE, CAUSES, PREVENTION, PREVALENCE AND TREATMENT OF CONGENITAL ANOMALIES IN NIGERIA	170
<i>Tahir Imran</i> CLINICAL COURSE OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS IN CHILDREN	171

## **Секція: Неврологія та психіатрія 173**

<i>Андрійчук О., Кароль Д., Турчанська Н.</i> ІНФЕКЦІЙНО-ТОКСИЧНА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ НА ҐРУНТІ ПРАВЦЯ У НЕ ЩЕПЛЕНОЇ ДИТИНИ	175
<i>Бабенко Наталія</i> ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ, ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА ПРИ ПЕРЕЖИВАННЯХ НОСТАЛЬГІЇ	176
<i>Білецька Катерина</i> ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ДУХОВНІ АСПЕКТИ ДОПОМОГИ НЕВИЛІКОВНО ХВОРИМ	176
<i>Білоус Володимир</i> ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ “РИСПОЛЕПТ КОНСТА” ТА ПЕРОРАЛЬНОЇ ФОРМИ РИСПОЛЕПТУ	177
<i>Боженко Мирослав, Панчишин Ольга</i> МІОТОНІЧНА ДИСТРОФІЯ КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ І ДІАГНОСТИКА	178
<i>Бударна О., Наумець Н.</i> ОЦІНКА КОГНІТИВНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ	179
<i>Гвоздецька Юлія</i> ДО ОЦІНКИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ПОРТРЕТУ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ	179
<i>Дінков Анна-Мішель, Мілевська-Вовчук Любова, Вовчук Віктор</i> ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ДАНИХ ЕЛЕКТРОНЕЙРОМІОГРАФІЇ ПРИ ХРОНІЧНІЙ АЛКОГОЛЬНІЙ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ	180
<i>Заславська Надія, Горева Світлана</i> ДОСЛІДЖЕННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МЕРЕЖІ ІНТЕРНЕТ СЕРЕД МОЛОДІ	180
<i>Дубинецька Вікторія</i> ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВУ ТРАВМУ	181
<i>Кадобна Лідія</i> НОВА ФІЛОСОФІЯ АРТ-ТЕРАПІЇ	182
<i>Кодряну Юрій</i> ФОРМУВАННЯ МОРАЛЬНИХ ЯКОСТЕЙ У МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР	183
<i>Кохан Олена, Різниченко Олена, Черняк Анна</i> ЕФЕКТИВНОСТЬ СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА И НОРАДРЕНАЛИНА В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОПАТИЧЕСКИХ БОЛЕЙ	183
<i>Кубас Андрій, Тетюк Тарас, Салій Інна</i> ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ СТЕНОЗУ ХРЕБТОВОГО КАНАЛУ НА ПОПЕРЕКОВОМУ РІВНІ	184
<i>Куликова Катерина, Соколенко Анна, Статник Христина</i> СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ МОЛОДЕЖИ К СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНИ	184
<i>Мартинчук Людмила</i> ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ	185
<i>Мартинюк Ніна</i> КОМУНІКАТИВНИЙ КОМПОНЕНТ ПРОФЕСІЙНОЇ ЕТИКИ МАЙБУТНЬОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ	186
<i>Масловська Наталія</i> ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРРУАКТИВНІСТЮ	186
<i>Мелех Галина</i> КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ НООФЕНУ ПРИ ТИКОЗНИХ РОЗЛАДАХ У ДІТЕЙ	187

<i>Насалик Роксолана</i> <b>ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ЗА ШКАЛОЮ МОСА У ХВОРИХ З ГІДРОЦЕФАЛІЄЮ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ІШЕМІЇ МОЗКУ</b>	187
<i>Нитичук Микола, Співак Ярослав, Брюханова Анастасія, Кельман Вікторія</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ РІЗНИХ ЖАНРІВ МУЗИКИ НА АКТИВНІСТЬ КОРИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ</b>	188
<i>Новосядла Людмила</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ПІВКУЛЬНОГО АТЕРОТРОМБОТИЧНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ</b>	189
<i>Павлюк Мар'яна</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦІЄНТІВ З ПОВТОРНИМИ ІШЕМІЧНИМИ ІНСУЛЬТАМИ</b>	190
<i>Панчишин Ольга</i> <b>МІГРЕНЬ КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ДІАГНОСТИКА</b>	191
<i>Ремез Світлана</i> <b>ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНОГО І СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ХВОРІЮТЬ НА ШИЗОФРЕНІЮ</b>	192
<i>Сагайдак Любов</i> <b>ВЕРТЕБРОГЕННИЙ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ ТА КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ</b>	192
<i>Салій Марина</i> <b>РІВЕНЬ ЕНДОТЕЛІНУ-1 В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ЛАКУНАРНОГО ІНСУЛЬТУ</b>	193
<i>Ткачук Наталія</i> <b>ДІЛОВІ ІГРИ ЯК ЗАСІБ АДАПТАЦІЇ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР-МАГІСТРІВ ДО ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ</b>	193
<i>Фельдман Д., Михайлов В.</i> <b>ПСИХОЕМОЦІЙНІ ПОРУШЕННЯ У ОСІБ-ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ІЗ ЗОНИ АТО</b>	194
<i>Фингерова Ирина, Григорян Гюльнара</i> <b>ВЛИЯНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ</b>	194
<i>Ханас М., Думенько Л.</i> <b>НЕ ВСІ РАНИ ВІЙНИ Є ВИДИМІ, АЛЕ ВСІ ПОТРЕБУЮТЬ ЗЦІЛЕННЯ</b>	195
<i>Харковська Тетяна</i> <b>ПОРУШЕННЯ СНУ ПРИ ПТСР ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ</b>	195
<i>Хоменко М., Савченко О.</i> <b>ГЕМОРАГІЧНИЙ ІНСУЛЬТ - КЛІНІКО-НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЙНЕ СПІВСТАВЛЕННЯ</b>	196
<i>Черватюк Антоніна</i> <b>ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗодУ</b>	196
<i>Шкробот Христина</i> <b>ВЕСТИБУЛЯРНИЙ СИНДРОМ: ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ</b>	197
<i>Яворська Неля</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ СКРИНІНГУ ТА МЕДИКО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ</b>	198
<i>Ярош Ярослав</i> <b>ДЕРМОГРАФІЧНІ РОЗЛАДИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ СТРОКОВОЇ СЛУЖБИ</b>	198

## **Секція: Акушерство та гінекологія** **199**

<i>Багній Ліна, Геряк Вікторія</i> <b>СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ РАНЬОГО ГЕСТОЗУ ВАГІТНОСТІ</b>	201
<i>Босий Сергій, Гуцуляк Юрій</i> <b>РОЛЬ МАНУАЛЬНОЇ ВАКУУМ-АСПІРАЦІЇ У ЛІКУВАННІ ПІСЛЯПОЛОВОГИХ УСКЛАДНЕНЬ</b>	201
<i>Брюханова Анастасія</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА СПОСІБ РОДОРОЗРІШЕННЯ У ЖІНОК З АНОМАЛІЯМИ БУДОВИ МАТКИ</b>	202
<i>Буднік Тетяна</i> <b>ВІТАМІН Д ТА ВАГІТНІСТЬ</b>	203
<i>Гаврилов Олексій, Голота Іванна, Тимошенко Вікторія, Терещук Ірина</i> <b>ГОРМОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ У ВИГЛЯДІ ГІРСУТИЗМУ ЯК РЕЗУЛЬТАТ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ МАЛОГО ТАЗУ, ЩО ВИНИКЛА ЯК ПРОЯВ СТИГМ ДИЗЕМБРІОГЕНЕЗУ</b>	203
<i>Геник Ірина, Лабчук Андрій</i> <b>ДО ПИТАННЯ ЧАСТОТИ ТА СТРУКТУРИ ВІДШАРУВАННЯ ХОРІОНА У РАННІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ</b>	204
<i>Геряк Вікторія, Багній Ліна, Добрянський Тарас</i> <b>ПРОБЛЕМА ПОЛІПРАГМАЗІЇ В АКУШЕРСТВІ</b>	204
<i>Гриценко Андрій, Чернівецький Сергій, Марченко Андрій</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ІЗОМІМУНІЗАЦІЄЮ ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ</b>	205

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

<i>Дживак Володимир</i> <b>ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА РОДІВ У ЖІНОК ІЗ ЗАТРИМКОЮ РОСТУ ПЛОДА</b>	205
<i>Добко Олена</i> <b>ПЕРШОЧЕРГОВІСТЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ КАНДИДОЗНОГО КОЛЬПИТУ У ВАГІТНИХ</b>	206
<i>Довбенко Наталія, Колочун Наталія, Лимар Наталія, Петиш Віталій, Фінчук Софія</i> <b>ВПЛИВ ЕКЗОГЕННИХ ФАКТОРІВ НА МЕНСТРУАЛЬНУ ФУНКЦІЮ У ЖІНОК РАНЬОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ТА ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ</b>	206
<i>Довбенко Наталія, Колочун Наталія, Лимар Наталія, Петиш Віталій, Фінчук Софія</i> <b>МЕНСТРУАЛЬНА ФУНКЦІЯ У ЖІНОК РАНЬОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ НА ТЛІ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ</b>	207
<i>Дунець Ілона</i> <b>СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ</b>	207
<i>Добровольський Андрій, Задорожний Олександр</i> <b>СТАН ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ВАГІТНИХ ГРУПИ РИЗИКУ ПО ВНУТРІШНЬОУТРОБНОМУ ІНФІКУВАННЮ</b>	208
<i>Зеленко Ольга</i> <b>АЛЬТЕРНАТИВНИЙ МЕТОД ГЕМОТРАНСФУЗІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ АНЕМІЇ У ПАЦІЄНТОК З ФІБРОМІОМОЮ МАТКИ</b>	209
<i>Клімук Настасія, Левчук Олена</i> <b>КУЛЬТУРА СТАТЕВОГО ВИХОВАННЯ</b>	209
<i>Ковида Наталя</i> <b>ОПТИМІЗАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО ЗБІЛЬШЕННЯ ВАГІНАЛЬНИХ ПОЛОГІВ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДНЬОГО КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ НА БАЗІ ТИПОВОГО МІСЬКОГО ПОЛОГОВОГО БУДИНКУ</b>	210
<i>Козут Роксолана</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ЗАПЛІДНЕНИХ ЗА ДОПОМОГОЮ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ</b>	211
<i>Корман Ольга, Курило Оксана, Якимчук Юлія</i> <b>СУЧАСНЕ УЯВЛЕННЯ ПРО ПРИЧИНИ РОЗВИТКУ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ ВАГІТНОСТІ В ТЕРМІНІ ДО 22 ТИЖНІВ , З НАСТУПНОЮ ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНОЮ КОРЕКЦІЄЮ</b>	211
<i>Костів Лілія</i> <b>ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ В СТРУКТУРІ ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ</b>	212
<i>Кривицька Галина</i> <b>ЗАЛЕЖНІСТЬ ЧАСТОТИ ВИНИКНЕННЯ ТРАВМ М'ЯКИХ ТКАНИН ПОЛОГОВИХ ШЛЯХІВ ВІД СТУПЕНЯ ЧИСТОТИ ПІХВИ</b>	212
<i>Кузнецова Ганна</i> <b>СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ РОБОТИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ</b>	213
<i>Кучеренко Оксана, Чайка Григорій, Ломачук Богдана Олександрівна</i> <b>СОМАТОТИПОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ ПУБЕРТАТНИХ КРОВОТЕЧ У ДІВЧАТ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ РІЗНИХ МОРФОТИПІВ</b>	213
<i>Мазур Юрій</i> <b>АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ: АКТУАЛЬНІСТЬ, ДІАГНОСТИКА, ПРОФІЛАКТИКА</b>	214
<i>Маркович Тетяна</i> <b>ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ СПОНТАННІЙ ТА ІНДУКОВАНІЙ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ</b>	214
<i>Мартинюк Аліна, Пришляк Любов</i> <b>АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПАРТНЕРСЬКИХ ПОЛОГІВ</b>	215
<i>Мартинюк Вікторія</i> <b>ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНІВ ДЕТОКСИКАЦІЇ ПРИ ГЕНІТАЛЬНОМУ ЕНДОМЕТРІОЗІ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ</b>	215
<i>Несин Мар'яна</i> <b>АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ПРИ МАКРОСОМІЇ ПЛОДА</b>	216
<i>Олексяк Олена, Філюк Андрій</i> <b>ВПЛИВ РІВНЯ СВІТЛОВОГО ЗАБРУДНЕННЯ НА ЧАСТОТУ ВИНИКНЕННЯ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ У ЖІНОК</b>	217
<i>Перестюк Наталія</i> <b>ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА ВАГІТНІСТЬ ТА РОЗВИТОК ПЛОДУ</b>	217
<i>Паранчишин Василина, Савчак Ярослав</i> <b>ГНІЙНА ІНФЕКЦІЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ТАЗУ І СТЕГНА СПРИЧИНЕНА ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЮ СПІРАЛЛЮ - ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ</b>	218
<i>Петришин Наталя, Хміль Анна</i> <b>ВИВЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СИНДРОМУ ГІПЕРСТИМУЛЯЦІЇ ЯЄЧНИКІВ</b>	219
<i>Пістун Юлія, Геряк Вікторія, Добрянський Тарас, Дукмас Наталія, Швед Юлія</i> <b>ВПЛИВ РЕАКТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ ЖІНКИ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ</b>	219
<i>Пушко Антоніна</i> <b>ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ У ЖІНОК</b>	220

<i>Семиженко Лілія</i> ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО СТАТУСУ У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ	220
<i>Синоверська Мар'яна</i> ДИСПЛАЗІЯ ШИЙКИ МАТКИ – ФАКТОР РИЗИКУ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ	221
<i>Фартушок Тетяна</i> ОСОБЛИВОСТІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ ІНФІКОВАНИХ ВІРУСОМ ІМУНОДЕФІЦИТУ ЛЮДИНИ	221
<i>Філь Наталія</i> ВПЛИВ МЕТОДУ РЕГІОНАРНОГО ЗНЕБОЛЮВАННЯ НА ТРИВАЛІСТЬ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ ТА НА СТАН НОВОНАРОДЖЕНОГО	222
<i>Формазиук Тетяна, Якимчук Олександр</i> ОЦІНКА ПСИХОСОМАТИЧНОГО СТАНУ ЖІНОК З ФІБРОМІОМОЮ МАТКИ	222
<i>Франчук Марта</i> ЗАСТОСУВАННЯ РОЗВАНТАЖУЮЧОГО ПЕСАРІЮ "ЮНОН" ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ	223
<i>Франчук Уляна</i> ПРОГНОЗУВАННЯ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ІНФЕКЦІЇ ПЛОДА НА ОСНОВІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ОБСТЕЖЕНЬ	224
<i>Хоптяна О., Горобчук О.</i> РЕЗУЛЬТАТИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ЖІНОК З СИНДРОМОМ СКЛЕРОПОЛІКІСТОЗУ ЯЄЧНИКІЕ	224
<i>Хміль Марія, Нестеренко Надія, Хміль Анна</i> КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ДИСПЛАЗІЇ ШИЙКИ МАТКИ НА ТЛІ ПАПІЛОМАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ	225
<i>Червань Ірина, Бородай Інна</i> ПАТОЛОГІЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ДІВЧАТ З ПОРУШЕННЯМ СТАНОВЛЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ В ПУБЕРТАТНОМУ ВІЦІ	226
<i>Шкільна Оксана</i> ВПЛИВ ТРИВОЖНОСТІ ЗА ДИТИНУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ НА ПСИХО-ЕМОЦІЙНИЙ РОЗВИТОК ДИТИНИ В НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ	226
<i>Юренкова Христина, Говіка Світлана, Дичко Ірина</i> ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ПРИ МАКРОСОМІЇ ПЛОДА	227
<i>Якимчук Юлія</i> ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ КОНСЕРВАТИВНИХ І ОПЕРАТИВНИХ МЕТОДИК ЛІКУВАННЯ ТРУБНОЇ ВАГІТНОСТІ	227
<i>Ярославіцька Світлана, Ярославський Роман</i> ВПЛИВ МІОМИ МАТКИ НА РЕПРОДУКТИВНУ ФУНКЦІЮ	228
<i>Ярославіцька Світлана, Ярославський Роман</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ПРИ МІОМИ МАТКИ	228
<i>Lawrediana Bontie, Precious Enyichukwu, Sydorenko Oksana</i> ASSESSING THE EFFECTS OF IMMUNIZATION DURING PREGNANCY IN COMMUNITY OR LOCALITY IN GHANA	229
<i>Nwachukwu Blessing Chidinma, Oksana Sydorenko</i> COMPARATIVE MANAGEMENT OF UTERINE FIBROID IN WOMEN IN NIGERIA	229

## **Секція: Онкологія та радіаційна медицина** **231**

<i>Бондаренко Віра</i> ЕФЕКТИВНОСТЬ АНТРАЦИКЛИНОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ПОДТИПА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЕРВОЙ ЛИНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА: МЕТА-АНАЛИЗ ДАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	233
<i>Голотюк Володимир, Маліборська Світлана</i> СУЧАСНИЙ МЕТОД ПРОГНОЗУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ	233
<i>Гоцко Оксана</i> МОЖЛИВОСТІ ТА РОЛЬ СПЕКТРОФОТОМЕТРІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ПІГМЕНТНИХ УТВОРІВ ШКІРИ	234
<i>Грех Віталій</i> ІНТРАОПЕРАЦІЙНА ЦИТОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА КРАЇВ РЕЗЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ	235
<i>Костюченко Євгеній, Медведєв Михайло</i> АНАЛІЗ СТАНУ ЗАХВОРЮВАНОСТІ І СМЕРТНОСТІ ВІД ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ В УКРАЇНІ ТА АВСТРАЛІЇ	235
<i>Костюченко Євгеній, Медведєв Михайло</i> ЛІПОФІЛІНГ ЯК СУЧАСНА ТЕХІНКА РЕКОНСТРУКЦІЇ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	236

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

<i>Кривокульський Богдан</i> СПОСІБ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ВЕНОЗНИХ ТРОМБІВ В СУДИНАХ МАЛОГО ТАЗУ У ХВОРИХ НА РАК ТІЛА МАТКИ	236
<i>Лавренчук Олексій</i> РАДИКАЛЬНА ЛАПАРОСКОПІЧНА НЕФРЕКТОМІЯ В ПОРІВНЯННІ З ОПЕРАЦІЄЮ ВІДКРИТИМ ДОСТУПОМ ПРИ РАКУ НИРКИ	237
<i>Левашова Альона, Кебашвілі Саломе</i> ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ РІВНЯ VEGF У ХВОРИХ РАКОМ ЛЕГЕНЬ	237
<i>Ожиганов Андрій</i> ЗАСТОСУВАННЯ НОВОГО ФІЛЬТРАЦІЙНОГО МЕТОДУ ДІАГНОСТИКИ ДЛЯ УТОЧНЕННЯ ЕТІОЛОГІЇ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВИПОТУ	238
<i>Перевізнюк Богдана</i> ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПРЕНАТАЛЬНОГО УЗД-СКРИНІНГУ СИНДРОМУ ДАУНА	238
<i>Самбор Анастасія</i> РАННІ ТА ПІЗНІ УСКЛАДНЕННЯ ДІАТЕРМОКОНІЗАЦІЇ ШИЙКИ МАТКИ	239
<i>Твердохліб І.</i> ВПЛИВ ЙОДУ НА РОЗВИТОК РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	239
<i>Туманова Олена, Загурська Ольга</i> СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ СКРИНІНГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ	240
<i>Угляр Тетяна, Колча Юлія</i> ДЕНСИТОМЕТРИЧНИЙ МОНІТОРИНГ СТАНУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА НЕХОДЖКІНСЬКІ ЛІМФОМИ	240
<i>Яворська Юлія</i> ФРАКТАЛЬНІ ТА ТОПОЛОГІЧНІ ПАРАМЕТРИ УРАЖЕННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ХВОРИХ НА ЛІМФОМУ ХОДЖКІНА	241
<i>Яцишин Л., Шимчук Ю.</i> ЗАСТОСУВАННЯ ПОПЕРЕДНИКА ОКСИДУ АЗОТУ В ПРОГРАМІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ	241

## **Секція: Офтальмологія, стоматологія, ЛОР-патологія 243**

<i>Безпоповцев Артем</i> СТАН ПАРАДОНТА ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ	245
<i>Білозецький Іван</i> ВПЛИВ АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА ПЕРЕБІГ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ	245
<i>Дмитрів Вікторія</i> НЕДОСТАТНІСТЬ ФУНКЦІЇ СЛІЗНИХ ЗАЛОЗ ТА НАЯВНІСТЬ СИНДРОМУ «СУХОГО ОКА» У СТУДЕНТІВ IV І V КУРСІВ ІФНМУ	246
<i>Довганич Олександра</i> СКТ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ	246
<i>Карпа Оксана</i> ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «КАНДИБІОТИК» ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ХРОНІЧНИМ СЕРЕДНІМ ОТИТОМ	247
<i>Кирилюк Анастасія</i> ОЦІНКА ІНТЕНСИВНОСТІ КАРІЄСУ У 6 РІЧНИХ ДІТЕЙ	247
<i>Кривенко Людмила</i> ПРОЯВИ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ПОРОЖНИНІ РОТА ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АЛЕРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	248
<i>Литвинова Вікторія</i> ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНАХ РОГОВИЦЫ	248
<i>Маркевич Соломія</i> ПРИРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ ЕМАЛІ ЗУБІВ НА ТЛІ ГЕНЕТИЧНИХ ВІДХИЛЕНЬ ПРЕНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗУ	249
<i>Махлинець Наталія</i> ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОДОНТОГЕННІ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ НА ФОНІ НАРКОМАНІЇ	249
<i>Михайловська Ольга, Юринець Микола</i> УРАЖЕННЯ ЛОР-ОРГАНІВ ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ	250
<i>Орішко Анастасія</i> КЛІНІЧНЕ ВИВЧЕННЯ ВИКОРИСТАННЯ БЕЗКЛАПТЕВОЇ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ	250
<i>Орішак Остап</i> ГЕМОМІКРОЦИРКУЛЯТОРНЕ РУСЛО ПРИ СЕНСОНЕВРАЛЬНІЙ ПРИГЛУХОВАТОСТІ	251

<i>Питак Тетяна</i> ЗМІНИ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ТА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ	251
<i>Погорелюк Тарас</i> ПОВРЕЖДЕННЯ ЗУБНИХ ЗАЧАТКОВ В ПРОЦЕСЕ УДАЛЕННЯ МОЛОЧНИХ ЗУБОВ	252
<i>Попеску Дойніца</i> ВПЛИВ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ НА СТАН ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ДІТЕЙ	252
<i>Присяжнюк Олена, Козуб Юлія, Чикита Анна</i> СТУПІНЬ ІНФОРМОВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ М. ТЕРНОПІЛЬ ПРО ПРАВИЛА ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА	253
<i>Сороченко Наталія</i> СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ ІЗ ДИСТРОФІЧНИМ СПАДКОВИМ БУЛЬОЗНИМ ЕПІДЕРМОЛІЗОМ	253
<i>Турчин Соломія</i> СТАН ПРОТЕІНАЗО-ІНГІБІТОРНОЇ СИСТЕМИ КРОЛІВ З НЕПРОНИКАЮЧИМИ ПОРАНЕННЯМИ РОГІВКИ	254
<i>Тюріна Олена, Регалюк Валентина</i> ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ПРИ СИМПТОМАТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ КОН'ЮНКТИВІТІВ	254
<i>Семак Лілія, Ханас Марія</i> КЛІНІЧНА ОЦІНКА КОМБІНОВАНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ РЕЙНКЕ - ГАЙЕКА	255
<i>Шатковська Богдана</i> ФУРОСЕМІД ЯК ПРИЧИНА ПОРУШЕННЯ СЛУХУ У ДІТЕЙ	255
<i>Чубій Ірина</i> НОВІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ НА ЕКОЛОГІЧНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ	256

## **Секція: Клінічна імунологія та алергологія** **257**

<i>Городецький Володимир, Ярославський Роман, Ярославська Світлана</i> ВИВЧЕННЯ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ МОНТЕЛУКАСТУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПЕРСИСТУЮЧУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	259
<i>Кучеренко В.</i> ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ КРІОГЛОБУЛІНЕМІЙ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ НСV-ІНФЕКЦІЮ	259
<i>Піскарьова Анастасія, Літвинов Ігор</i> ВИЗНАЧЕННЯ СПЕЦИФІЧНИХ АЛЕРГЕН-КОМПОНЕНТІВ БЕРЕЗИ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ СПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ	260
<i>Семак Лілія, Бакалець Олена</i> СКАРИФІКАЦІЙНІ ТЕСТИ У ДІАГНОСТИЦІ ХРОНІЧНИХ АЛЕРГІЧНИХ ДЕРМАТОЗІВ	260
<i>Степанова Галина</i> СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПОШИРЕНOSTІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	261
<i>Adejola Emmanuel, Oksana Sysorenko</i> HIV/AIDS EDUCATION AMONG PEERS, YOUTHS AND ADULTS IN NIGERIA	261
<i>Чорнопищук Роман, Думанецький Віталій, Болінська Євгенія</i> ПОКАЗНИК МОРФОМЕТРИЧНОГО АНАЛІЗУ НЕЙТРОФІЛЬНИХ ГРАНУЛОЦИТІВ ЯК ОБ'ЄКТИВНИЙ КРИТЕРІЙ ЇХ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ	262

## **Секція: Медицина надзвичайних ситуацій** **263**

<i>Близнюк Руслан</i> ВПЛИВ ПОЛІТРАВМИ НА ПОРУШЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЦИТОЛІЗУ І ХОЛЕСТАЗУ В УМОВАХ СУПУТНОГО ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ	265
<i>Гула Марія</i> СУЧАСНІ ГЕМОСТАТИЧНІ ЗАСОБИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ У ВІЙНІ НА СХОДІ УКРАЇНИ	265
<i>Гудима Анастасія</i> ДИНАМІКА ЛІТОГЕННИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЖОВЧІ В УМОВАХ ТЯЖКОЇ ТРАВМИ РІЗНОГО ПОХОДЖЕННЯ В ПЕРІОД РАННІХ ПРОЯВІВ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ	266
<i>Максимів Роман</i> ДО ПРОБЛЕМИ ЗАСТОСУВАННЯ ТУРНИКЕТІВ В УМОВАХ ТИМЧАСОВОЇ ЗУПИНКИЗОВНІШНЬОЇ КРОВОТЕЧІ	266
<i>Кацак Тетяна</i> ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОЇ ПЕРОКСИДАЦІЇ В УМОВАХ КОМБІНОВАНОЇ ТРАВМИ В ПІЗНІЙ ПЕРІОД ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ	267
<i>Серватович Ангеліна</i> ВПЛИВ ФІТОЗАСОБУ НА ДИНАМІКУ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОЇ ПЕРОКСИДАЦІЇ В УМОВАХ КРАНІОСКЕЛЕТНОЇ ТРАВМИ В ПІЗНІЙ ПЕРІОД ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ	267



## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

<i>Кучабський Степан</i> ПАТОГЕННА РОЛЬ КРОВОТРАТИ У ПРОЯВАХ ПЕЧІНКОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ В УМОВАХ ТЯЖКОЇ ТРАВМИ РІЗНОГО ПОХОДЖЕННЯ	268
<i>Черномазюк Юлія</i> ДОСЛІДЖЕННЯ МОЖЛИВОСТЕЙ ФУНКЦІОНУВАННЯ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УМОВАХ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ	268
<i>Максимів Роман, Гудима Анастасія, Года Ілліана, Оренчук Ігор</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ШВИДКОГО ВІДНОВЛЕННЯ ОБ'ЄМУ ПЛАЗМОВТРАТИ В УМОВАХ ТЯЖКОЇ МЕХАНІЧНОЇ ТРАВМИ, УСКЛАДНЕНОЇ МАСИВНОЮ КРОВОТЕЧЕЮ	269
<i>Piotr Kimla</i> FIRST AID SKILLS OF UKRAINIAN SOCIETY	270

## **Секція: Експериментальна медицина 271**

<i>Алексевич К., Рицик О., Штробля О.</i> ДОСЛІДЖЕННЯ СТУПЕНЯ ЦИТОЛІЗУ КАРДІОЦИТІВ ЗА УМОВ УРАЖЕННЯ МІОКАРДУ ТОКСИЧНИМИ ДОЗАМИ АДРЕНАЛІНУ	273
<i>Амплеєв С., Гарбузова В., Розуменко І.</i> ВПЛИВ T134967G ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ANKH НА РОЗВИТОК ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ В ОСІБ, ЩО КУРЯТЬ І НЕ КУРЯТЬ	273
<i>Антоняк Богдана</i> МЕТАБОЛІЧНИЙ ВПЛИВ ПІОГЛІТАЗОНУ НА ВУГЛЕВОДНИЙ ОБМІН У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ НА ТЛІ ЗАМІСНОЇ ТЕРАПІЇ	274
<i>Аралова Вікторія, Суходольская Елена, Кулиш Роман, Лоскутов Александр.</i> ІННЕРВАЦІЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНИХ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ ЧЕЛОВЕКА	274
<i>Бакса Тетяна, Мацьків Тетяна</i> ЕФЕКТ СУБСТРАТУ ДЛЯ NO-СИНТАЗИ L-АРГІНІНУ ПРИ УРАЖЕННІ ПЕЧІНКИ АЛІЛОВИМ СПИРТОМ	275
<i>Бандрієський Михайло, Мацьків Тетяна, Мацько Артем</i> ВПЛИВ ІНГІБІТОРА СИНТАЗИ ОКСИДУ АЗОТУ НА ГЕПАТОТОКСИЧНІСТЬ АЛІЛОВОГО СПИРТУ	275
<i>Бандрієський Михайло, Мацько Артем</i> ВПЛИВ СТАНУ ТРИВОЖНОСТІ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН АВТОНОМНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ	276
<i>Бідованець Тарас, Суслова Наталія</i> БІОІМПЕДАНСНИЙ АНАЛІЗ СКЛАДУ ТІЛА ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ ЖИРОВОГО ОБМІНУ	276
<i>Боб О., Мялюк О., Марущак М.</i> ДИНАМІКА ВМІСТУ АЛЬДЕГІДО- ТА КЕТОНОПОХІДНИХ НЕЙТРАЛЬНОГО /ОМБ370НМ/ І ОСНОВНОГО /ОМБ430НМ/ ХАРАКТЕРУ В ПЛАЗМІ КРОВІ ЩУРІВ З АЛІМЕНТАРНИМ ОЖИРІННЯМ	277
<i>Бончик Тетяна</i> ФУЛЕРЕНИ C60 ПОСИЛЮЮТЬ ВИКЛИКАНИЙ ТОЛУОЛОМ ОКСИДАТИВНИЙ ТА НІТРООКСИДАТИВНИЙ СТРЕС	277
<i>Василець Юрій</i> ВПЛИВ НАДЛИШКУ ГОРМОНІВ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ НА ВМІСТ ВІДНОВЛЕНОГО ГЛУТАТІОНУ В ОРГАНАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН	278
<i>Вієчар Зоряна</i> МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СТРУКТУРНИХ КОМПОНЕНТІВ СЕРЦЯ В РАННІ ТЕРМІНИ ПРИ ТЯЖКІЙ ТА КОМБІНОВАНИЙ ТРАВМІ	278
<i>Галанджій М.</i> ЗМІНИ СТРУКТУРНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕЧІНКИ ЩУРІВ ІЗ КОМБІНОВАНИМ ДЕФІЦИТОМ ЙОДУ ТА МІДІ	279
<i>Гданський Сергій, Лойко Ігор, Герасимюк Назар.</i> УЛЬТРАСТРУКТУРНА РЕОРГАНІЗАЦІЯ ЕЛЕМЕНТІВ НЕФРОНА ПРИ ПОЄДНАНИЙ ТРАВМІ ГРУДНОЇ КЛІТКИ І СТЕГНА В ЕКСПЕРИМЕНТІ	279
<i>Глушак Павлина, Міщанчук Віктор</i> СТАН ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ЛЮДИНИ ЗА РОЗВИТКУ ЙОДОДЕФІЦИТНОГО ВУЗЛОВОГО КОЛОЇДНОГО ЗОБУ	280
<i>Гошовська Надія, Шалько Оксана, Свєреда Ганна</i> ПОРІВНЯННЯ ЗМІН ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ЩУРІВ ПІД ВПЛИВОМ АДРЕНОБЛОКАТОРІВ РІЗНИХ ГРУП	280
<i>Грибова І., Гарбузова В., Обухова О.</i> ЧАСТОТА АЛЕЛЬНИХ ВАРІАНТІВ ГЕНА ЕКТОНУКЛЕОТИД ПІРОФОСФОТАЗА/ФОСФОДІЕСТЕРАЗА 1 (ENPP1) ЗА ПОЛІМОРФІЗМОМ K121Q У ПАЦІЄНТІВ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З РІЗНИМ ІНДЕКСОМ МАСИ ТІЛА	281
<i>Гринчишин Оксана</i> ВПЛИВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ НА ТРАНСПОРТУВАЛЬНІ ФУНКЦІЇ ЕРИТРОЦИТІВ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДІАБЕТУ	281

<i>Данилів В., Бойко Л., Вашкеба-Бітлер Е.</i> <b>ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ЩУРІВ, ОДНОЧАСНО УРАЖЕНИХ КАРБОФОСОМ ТА ТЕТРАХЛОРМЕТАНОМ</b>	282
<i>Демкович Андрій</i> <b>ІМУНОПАТОГЕНЕТИЧНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСАХ В ПАРОДОНТАЛЬНИХ ТКАНИНАХ</b>	282
<i>Данилюк Любомир, Прокопишин Галина, Пастушина Ірина</i> <b>ЩО ТЕРНОПОЛЯНИ ЗНАЮТЬ ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ</b>	283
<i>Демчишин Ярослав</i> <b>ГОСТРИЙ АЛКОГОЛЬНИЙ ГЕПАТИТ: ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ПАТОЛОГІЇ У ЩУРІВ</b>	284
<i>Долик Наталія</i> <b>ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ РЕКОМБІНАНТНОЇ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗИ НА СТАН ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У НИРКАХ ЩУРІВ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ</b>	284
<i>Дубас В., Сич Н., Гвозд М.</i> <b>ВИВЧЕННЯ ШЛЯХІВ ОБМІНУ L-АРГІНІНУ У КРОВІ ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ДО ТА ПІСЛЯ ГЕМОДІАЛІЗУ.</b>	285
<i>Дуляк Ольга, Дорошак Андрій</i> <b>ВПЛИВ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ НА РОЗУМОВУ ДІЯЛЬНІСТЬ</b>	285
<i>Зарічна Ольга</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОГО ГЕПАТИТА У ЩУРІВ НА ТЛІ МЕРКАЗОЛІЛ-ІНДУКОВАНОГО ГІПОТИРЕОЗУ</b>	286
<i>Калюжка Владислав, Маркевич Микита</i> <b>ФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ СПАСТИЧНОГО СТАНУ М'ЯЗІВ ТА ЇХНЬОЇ РИГІДНОСТІ</b>	286
<i>Каримова Зарина; Полозов Станислав</i> <b>ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ОСНОВАНИЙ ШИФФА В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ КРЫС ПОД ДЕЙСТВИЕМ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ</b>	287
<i>Касюк Л., Парцей Х., Олексин М., Литвинюк Н., Слободян З.</i> <b>ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ЩУРІВ ПІД ВПЛИВОМ ЕНЕРГЕТИЧНИХ НАПОЇВ</b>	287
<i>Кислов А., Огнева Л., Сиренко В.</i> <b>ФОРМИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ КУЛЬТУРЫ СОВРЕМЕННЫХ УКРАИНЦЕВ В ГЕРОНТОЛОГИИ</b>	288
<i>Кібець Юлія</i> <b>ВИВЧЕННЯ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ МЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ВІРТУАЛЬНОМУ ПРОСТОРИ.</b>	288
<i>Кліщ Микола</i> <b>ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ РУХЛИВОСТІ НЕРВОВИХ ПРОЦЕСІВ У ШКОЛЯРІВ З СЛУХОВОЮ ДЕПРИВАЦІЄЮ</b>	289
<i>Ковальцова М., Огнева Л., Сиренко В, Голованова А.</i> <b>МЕХАНИЗМ НАРУШЕНІЙ ЕНДОКРИННОЇ ЧАСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЇ ЖЕЛЕЗИ У КРЫС ПРИ ГИПЕРКАЛОРИЙНОЙ ДИЕТЕ</b>	289
<i>Ковальчук Анастасія, Сорока Ірина</i> <b>ВПЛИВ СОРБЕНТУ «КАРБОЛАЙН» НА ПОКАЗНИКИ ПРОЦЕСІВ ЛІПОПЕРОКСИДАЦІЇ В ТВАРИН З ХРОНІЧНИМ ЕНДОТОКСИКОЗОМ</b>	290
<i>Куценко Марія</i> <b>ПЕРЕДСТАРТОВА ЛИХОМАНКА</b>	290
<i>Литвинюк Н., Слободян З., Парцей Х., Олексин М.</i> <b>ПРОМІЖНІ МЕТАБОЛІТИ ЕНЕРГЕТИЧНОГО ОБМІНУ ЩУРІВ ЗА УМОВ ВПЛИВУ ЕНЕРГЕТИЧНИХ НАПОЇВ</b>	291
<i>Максимів Роман</i> <b>ДО ПРОБЛЕМИ ЗАСТОСУВАННЯ ТУРНИКЕТІВ В УМОВАХ ТИМЧАСОВОЇ ЗУПИНКИ ЗОВНІШНЬОЇ КРОВОТЕЧІ</b>	291
<i>Максимів Роман, Гудима Анастасія, Гола Ілліана, Оренчук Ігор</i> <b>ЕФЕКТИВНІСТЬ ШВИДКОГО ВІДНОВЛЕННЯ ОБ'ЄМУ ПЛАЗМОВТРАТИ В УМОВАХ ТЯЖКОЇ МЕХАНІЧНОЇ ТРАВМИ, УСКЛАДНЕНОЇ МАСИВНОЮ КРОВОТЕЧЕЮ</b>	292
<i>Матлай Ольга</i> <b>ДОСЛІДЖЕННЯ ЧАСТОТИ А1298С ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГІДРОФОЛАТ РЕДУКТАЗИ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ АТЕРОТРОМБОТИЧНИМ ІНСУЛЬТОМ</b>	293
<i>Мацько Артем, Бандрівський Михайло</i> <b>ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СИСТЕМИ АНТИОКСИДНОГО ЗАХИСТУ У ЩУРІВ З ГОСТРИМ ГЕПАТИТОМ, ІНДУКОВАНИМ АЛІПОВИМ СПИРТОМ</b>	293
<i>Миронюк Дмитро, Вітяк Анна, Куліцька Марія</i> <b>РОЗВИТОК ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМУ В ЩУРІВ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ХОЛЕСТАЗУ</b>	294
<i>Михайлюк Ірина</i> <b>ПОРУШЕННЯ БІЛОКСИНТЕЗУВАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ В УМОВАХ СКЕЛЕТНОЇ, ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТА ПОЄДНАНОЇ ТРАВМИ В ПЕРІОД РАННІХ ПРОЯВІВ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ</b>	295
<i>Миц Ірина</i> <b>ВПЛИВ ПРЕ- І ПОСТНАТАЛЬНОГО СТРЕСУ НА МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ТВАРИН РІЗНОЇ СТАТІ</b>	295

## Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених

<i>Мороз Тарас</i> ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	296
<i>Нароха Віолетта</i> СТРУКТУРНО-МЕТАБОЛІЧНІ ЗМІНИ МІОКАРДУ ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ	296
<i>Немеш Маріанна</i> ПРАВИЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ ТА ФІЗИЧНІ НАВАНТАЖЕННЯ – ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ СКЛАДУ ТІЛА ТА БОРОТЬБИ З ОЖИРІННЯМ	297
<i>Нижник Галина, Тригуб Роман, Поліщук Ольга</i> СТАТЕВІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ПРИ МОДЕЛЮВАННІ ДИФУЗНОГО КАРДІОСКЛЕРОЗУ У ЩУРІВ	297
<i>Носівець Дмитро</i> ПАТОЛОГІЯ КІСТКОВОЇ ТА ХРЯЩОВОЇ ТКАНИН НА ФОНІ ТИРЕОЇДНОЇ ДИСФУНКЦІЇ	298
<i>Олійник Тетяна, Савосько Сергій</i> РІВЕНЬ СТРУКТУРНИХ І МЕТАБОЛІЧНИХ ЗМІН КОРИ ВЕЛИКОГО МОЗКУ ПРИ ЛОКАЛЬНОМУ ГЕМОРАГІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ	298
<i>Пилипович Наталія, Шалько Оксана, Пилипович Олена, Нестор Дмитро</i> ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ (ВСР) ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН ЗА УМОВ ВПЛИВУ ГІПОБАРИЧНОЇ ГІПОКСІЇ ПРИ ПОПЕРЕДНЬОМУ ЗАСТОСУВАННІ А1-АДРЕНОБЛОКАТОРА	299
<i>Пилипчук Ірина, Манорик Оксана</i> ЗМІНИ ОКРЕМИХ ПОКАЗНИКІВ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ПЕЧІНКИ ТА НИРОК ЩУРІВ ЗА УМОВ ІНДУКОВАНОГО КОЛІТУ	299
<i>Полозов С., Стоянова Ю.</i> ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА УРОВЕНЬ АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ В ТКАНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС	300
<i>Полозов С., Каримова Э., Илюха С., Скибина К.</i> ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА УРОВЕНЬ МОЛЕКУЛ СРЕДНЕЙ МАССЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У КРЫС	300
<i>Похваленная Валерия, Полозов С., Каримова З.</i> ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ В НАДПОЧЕЧНИКАХ ПЯТИМЕСЯЧНЫХ КРЫС В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ЧАСТОТОЙ 800-950 МГц	301
<i>Розуменко І., Гарбузова В., Амплеев С.</i> ВПЛИВ Т134967G ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА АНКН НА РОЗВИТОК ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ В ОСІБ, ЩО КУРЯТЬ І НЕ КУРЯТЬ	301
<i>Романів Світлана</i> ПОКАЗНИКИ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ОРГАНІЗМУ У КРОЛІВ З ХІМІЧНИМ ОПІКОМ РОГІВКИ НА ТЛІ МЕРКАЗОЛІЛ-ІНДУКОВАНОГО ГІПОТИРЕОЗУ	302
<i>Савченко Інна</i> ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ ЗАЛЕЖНО ВІД ЧАСТОТИ ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ С-1562Т ГЕНА ММР-9	302
<i>Савчук З.</i> АКТИВНІСТЬ ЛІЗОСОМАЛЬНИХ ФЕРМЕНТІВ У КРОЛІВ З ХІМІЧНИМ ОПІКОМ РОГІВКИ	303
<i>Сатурська Уляна, Перевізник Богдана</i> РІВЕНЬ ПРОЗАПАЛЬНИХ ГА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ БІЛИХ ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЮ ДИЛАТАЦІЙНОЮ КАРДІОМІОПАТІЄЮ	303
<i>Сойка Марія, Рондяк Ірина, Калька Іван</i> ЩО ТЕРНОПОЛЯНКИ ЗНАЮТЬ ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ?	304
<i>Табас П. С., Боднарчук Н. Я., Стецюк І.О.</i> ВПЛИВ ЯКОСТІ СНУ ТА ТРИВОЖНОСТІ НА СЕРЦЕВИЙ РИТМ	305
<i>Татарчук Людмила, Юрчишин Оксана, Сивик Марта, Собчук Олександр</i> ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ ЕРИТРОЦИТАРНИМИ ГРУПАМИ КРОВІ В СИСТЕМІ АВ0 ТА ТИПАМИ ТЕМПЕРАМЕНТУ	305
<i>Токар Маріанна, Стрільчук Денис, Карапутна Ірина</i> ВПЛИВ ГІПОТИРЕОЗУ НА РОЗВИТОК ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ГОСТРІЙ ХІРУРГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ КИШЕЧНИКА	306
<i>Турченко Валентин</i> ЛЕЙКОТРИЄНИ, ЇХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ	306
<i>Турченко Валентин</i> ЛЕЙКОТРИЄНИ. БІОХІМІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ. ПРИНЦИПИ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.	307
<i>Удуг Аліна</i> АНТИОКСИДАНТНО-ПРООКСИДАНТНИЙ БАЛАНС ТКАНИН ПЕЧІНКИ І ЛЕГЕНЬ В ДИНАМІЦІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ПОЛІТРАВМИ	308
<i>Яворська Аліна</i> ЗМІНИ ЦИРКАДІАННИХ ХРОНОРИТМІВ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ В БІЛИХ ЩУРІВ ЗА УМОВ НІТРАТНОГО ОТРУЄННЯ	308

<i>Яремишин Мар'яна</i> <b>МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СТРУКТУРНИХ КОМПОНЕНТІВ НИРОК В РАННІ ТЕРМІНИ ПРИ ТЯЖКІЙ ТА КОМБІНОВАНІЙ ТРАВМІ</b>	309
<i>Яриш Юлія</i> <b>ЗАЛЕЖНІСТЬ УСПІШНОСТІ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ВІД СИЛИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ</b>	309
<i>Яцунський Тарас, Гвоздецький Андрій, Куліковський Богдан, Горбань Людмила, Кравець Оксана</i> <b>РІВЕНЬ ЗНАННЯ ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ ЧОЛОВІКІВ-ТЕРНОПОЛЯН</b>	310
<i>Ястремський Володимир, Осінчук Роксолана, Маховський Василь</i> <b>СТАН НЕСПЕЦИФІЧНИХ АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТОМАТОЛОГІЧНИМИ ХВОРОБАМИ, ПОЄДНАНИМИ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ</b>	311
<i>Токарук Надія</i> <b>ХАРАКТЕРИСТИКА ДІАБЕТИЧНОЇ ЦИСТОПАТІЇ В ПІЗНІ ТЕРМІНИ СТРЕПТОЗОТОЦИНОВОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ МОРФОМЕТРИЧНОГО ТА КЛАСТЕРНОГО АНАЛІЗІВ</b>	311

## **Секція: Морфологія в нормі та при патології** **313**

<i>Аралова Вікторія, Жидков Євгеній, Суходольська Елена, Ткаченко Николай</i> <b>ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ТВЕРДОЙ ОБОЛОЧКИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА</b>	315
<i>Аралова Вікторія, Суходольська Елена, Кулиш Роман, Лоскутов Олександр</i> <b>ИННЕРВАЦИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА</b>	315
<i>Багній Ліна, Перевізіт Богдана, Грубська Оля, Шепеть Ірина</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ГІСТОЛОГІЧНИХ ЗМІН СУДИН ЛЕГЕНЬ ПІСЛЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ТЕРМІЧНОЇ ТРАВМИ</b>	316
<i>Багрій Галина, Варчак Ігор, Сас Андрій</i> <b>МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ПРИ УСКЛАДНЕНІЙ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБИ ЗА УМОВ ПОЛІМОРБІДНОСТІ</b>	316
<i>Бідованець Богдан</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ УРОДИНАМІКИ ХВОРИХ ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДУ З ДИСФУНКЦІЯМИ СЕЧОВОГО МІХУРА</b>	317
<i>Боймиструк Роман, Дзюбан Любомир</i> <b>МАКРОСКОПІЧНІ ЗМІНИ В ЛЕГЕНЕВІЙ ТКАНИНІ ТВАРИН З НОРМОТОНІЧНИМ ТИПОМ АВТОНОМНОЇ НЕРВОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ ВАЖКИХ ТЕРМІЧНИХ ОПІКАХ</b>	317
<i>Варакута Ольга</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ АРХІТЕКТОНІКИ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ЯСЕН В НОРМІ ТА ПРИ ЇЇ СТРУКТУРНІЙ ПЕРЕБУДОВІ НА ТЛІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТ</b>	318
<i>Вдовиченко Едуард</i> <b>АНАТОМО – ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ СУГЛОБІВ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ ПРИ ПЛОСКОСТОПОСТІ</b>	318
<i>Гарбуз Катерина</i> <b>МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГЛИОЦИТОВ КРУПНОКЛЕТОЧНЫХ ГИПОТАЛАМИЧЕСКИХ ЯДЕР ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ИСХОДАХ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА</b>	319
<i>Гаргула Тетяна, Ясіновський Олег</i> <b>ПОРІВНЯЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У СВИНЕЙ ТА БІЛИХ ШУРІВ</b>	319
<i>Головін Д.В., Кучер І.В.</i> <b>ВІКОВІ ТА СТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕЙРОНО-АНГІО-ГЛІАЛЬНИХ СПІВВІДНОШЕНЬ У КОРІ МОЗОЧКА</b>	320
<i>Горман Михайло, Гнатюк Аліна, Гриценко Іванна, Стадник Андрій</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ АНАТОМІЇ ПЕРЕГОРОДКОВОГО СОСОЧКОПОДІБНОГО М'ЯЗА ПРАВОГО ШЛУНОЧКА У ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН</b>	320
<i>Гурін Михайло</i> <b>РОЗВИТОК ЯЄЧОК. АНАТОМІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ РОЗВИТКУ БЕЗПЛІДДЯ</b>	321
<i>Джавадова Н., Киричок М., Чурпіта Б., Василик В.</i> <b>ЗМІНИ ХІМІЧНОГО СКЛАДУ КІСТОК СКЕЛЕТА У ТВАРИН АДАПТОВАНИХ ДО ЗАГАЛЬНОЇ ДЕГІДРАТАЦІЇ ОРГАНІЗМУ</b>	321
<i>Дмитрієв К., Стульнова В., Єкеніна Л.</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ГІПЕРЕМІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МЕХАНІЗМУ СПРИЧИНЕННЯ ТА ЇЇ МОЖЛИВЕ СУДОВО-МЕДИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ</b>	322
<i>Долинко Неля</i> <b>УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ В ЯЄЧКУ В УМОВАХ ЕТАНОЛОВОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ</b>	322
<i>Журавель Євгеній, Асанова Зарема, Хатипов Амет</i> <b>МІСЦЕВА РЕАКЦІЯ ТКАНИН НА ПОЛІПРОПІЛЕНОВИЙ СІТЧАСТИЙ ПРОТЕЗ ПРИ ЙОГО ІМПЛАНТАЦІЇ В ТКАНИНИ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ТА МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ЇЇ ЗМЕНШЕННЯ</b>	323
<i>Йосипенко Владислав, Лаврів Леся</i> <b>ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ ПРИВУШНОЇ ЗАЛОЗИ У ПЛОДІВ ЛЮДИНИ</b>	323

## Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених

<i>Киричок Юрій</i> <b>РЕАДАПТАЦІЙНІ ЗМІНИ КІСТОК ТВАРИН ПІСЛЯ НАСТАННЯ ЗАГАЛЬНОГО ЗНЕВОДНЕННЯ ОРГАНІЗМУ ВАЖКОГО СТУПЕНЯ</b>	324
<i>Котик Тарас</i> <b>РОЗМІРИ СЕРОМУКОЦИТІВ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ВІДНОСНА ОПТИЧНА ЩІЛЬНІСТЬ ЇХ ГРАНУЛ ПРИ СТРЕПТОЗОТОЦИНОВОМУ ДІАБЕТИ</b>	324
<i>Котик Христина</i> <b>РЕЗУЛЬТАТИ МОРФОМЕТРИЧНОГО АНАЛІЗУ МУКОЦИТІВ ПІД'ЯЗИКОВОЇ ЗАЛОЗИ З ВИКОРИСТАННЯМ БАГАТОВИМІРНОЇ СТАТИСТИКИ</b>	325
<i>Крамар Соломія, Стецюк Ігор</i> <b>ГІСТОХІМІЧНИЙ СТАН ОПІКОВОЇ РАНИ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ТЕРМІЧНІЙ ТРАВМІ</b>	325
<i>Кріпка Олена, Габор Галина, Боднар Роксолана</i> <b>МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СТРОМАЛЬНОГО КОМПОНЕНТУ МІОКАРДА ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ГІПЕРУРИКЕМІЇ</b>	326
<i>Кріпка Олена, Джавадова Наргіз, Клос Романія</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНИХ ЗМІН СУДИН СЕРЦЯ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ГІПЕРУРИКЕМІЇ</b>	326
<i>Кріпка Олена</i> <b>МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНОЇ РЕОРГАНІЗАЦІЇ СЕРЦЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН ЗА УМОВ ГІПЕРУРИКЕМІЇ</b>	327
<i>Литвинюк Світлана, Литвинюк Віталій, Біскупська Наталія</i> <b>МОРФОЛОГІЧНИЙ СТАН КРОВОНОСНИХ КАПІЛЯРІВ СА1 ТА СА3 ПОЛІВ ГІПОКАМПА ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ТЕРМІЧНІЙ ТРАВМІ ЗА УМОВ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІОФІЛІЗОВАНОЇ КСЕНОШКІРИ</b>	327
<i>Лісова Тетяна</i> <b>ВПЛИВ БЛОКАДИ СІМ'ЯВИНОСНОЇ ПРОТОКИ НА УЛЬТРАСТРУКТУРУ КЛІТИН СПЕРМАТОГЕННОГО ЕПІТЕЛІУ</b>	328
<i>Молчанова Анна, Гушка Юлія</i> <b>ИНТРАОРГАНИЙ НЕРВНИЙ АППАРАТ ПЕРИКАРДА В ПРЕ- И ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА</b>	328
<i>Нагорна Діана, Яковенко Вдадислав, Курик Олена</i> <b>ДІАГНОСТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНИХ НЕОПЛАЗІЙ, ЩО ПОШИРЮЮТЬСЯ ЛАТЕРАЛЬНО (LST)</b>	329
<i>Нестерук Сергій</i> <b>МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СТРУКТУР СТІНКИ СЕЧОВОГО МІХУРА ПРИ ГОСТРІЙ ЗАТРИМЦІ СЕЧІ В УМОВАХ ПОСТРЕЗЕКЦІЙНОЇ ЛЕГЕНЕВОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ</b>	329
<i>Перебейнос Оксана</i> <b>ЦИТОФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКІСНИХ ЗМІН БУКАЛЬНИХ ЕПІТЕЛІОЦИТІВ ЗА УМОВ ВПЛИВУ ВОГНИЩА ПАРОДОНТАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ</b>	330
<i>Попелнуха А., Буткевич В., Маринюк Д.</i> <b>МЕТАТЕЛЬНОЕ ОРУЖИЕ</b>	330
<i>Саркісова Ю., Паливода О., Павлюкович О., Кишкан Я.</i> <b>ДОСЛІДЖЕННЯ СТАТИСТИЧНОЇ СТРУКТУРИ РОЗПОДІЛІВ КІЬКОСТІ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ЗНАЧЕНЬ ФАЗОВОГО ЕЛЕМЕНТУ МАТРИЦІ МЮЛЛЕРА ПРИ ГОСТРІЙ КОРОНАРНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ</b>	331
<i>Свінціцька Тетяна, Ігор Луців, Віталій Дацко</i> <b>СТРУКТУРНІ ЗМІНИ НИРОК ТВАРИН У РАННІ ПЕРІОДИ ПІСЛЯ МОДЕЛЮВАННЯ ТЯЖКОЇ ТРАВМИ ТА МЕХАНІЧНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ШКІРИ</b>	331
<i>Сопель Олеся, Бенцал Ольга</i> <b>МОРФОЛОГІЧНА БУДОВА ПЕЧІНКИ СТАТЕВОЗРІЛИХ САМОК БІЛИХ ЩУРІВ З МОДЕЛЬОВАНИМ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ В ГОСТРИЙ ПЕРІОД</b>	332
<i>Стахурська Ірина, Орел Юрій, Крайча Марта, Дячук Наталія</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ПРОСТОРОВОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ В УМОВАХ ІНТОКСИКАЦІЇ НІТРИТОМ НАТРІЮ</b>	332
<i>Стравський Тарас, Стецюк Ігор</i> <b>ВПЛИВ ДОЗОВАНОГО СТЕНОЗУ СІМ'ЯНОГО КАНАТИКА НА СТАН КРОВОНОСНИХ СУДИН ЯЄЧКА У ЩУРІВ</b>	333
<i>Татарчук Людмила</i> <b>МАСОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЧАСТОК ПЕЧІНКИ ДОСЛІДНИХ ТВАРИН</b>	333
<i>Ткач Андрій</i> <b>МОРФОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕПАТОЦИТІВ В УМОВАХ ВАЖКОЇ ТЕРМІЧНОЇ ТРАВМИ</b>	334
<i>Шепарович Т., Грицишен В., Кондратюк О.</i> <b>СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ЄДИНОЇ НИРКИ, ЩО ЗАЛИШИЛАСЬ ПІСЛЯ НЕФРЕКТОМІЇ У ЩУРІВ</b>	334
<i>Федонюк Л., Підгайна І.</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ МАКРОСКОПІЧНОЇ БУДОВИ ТА КРОВОПОСТАЧАННЯ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ ДІТЕЙ ДО 1-ГО РОКУ</b>	335
<i>Юрик Я., Юрик І.</i> <b>РЕМОДЕЛЮВАННЯ АРТЕРІЙ НИРОК ЩУРІВ ДОРЕПРОДУКТИВНОГО ТА РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ЗА УМОВ ГІПЕРУРИКЕМІЇ</b>	336
<i>Ясіновський Олег, Ясіновська Юлія</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНОЇ ПЕРЕБУДОВИ КАМЕР СЕРЦЯ З РІЗНИМИ ТИПАМИ КРОВОПОСТАЧАННЯ ПІД ВПЛИВОМ СОЛЕЙ АЛЮМІНІУ</b>	336

## Секція: Фармакологія та фармація

<i>Альбедхані Оксана, Михалюк Олена</i> СВІТОВИЙ РИНОК ВИРОБІВ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ МЕДИЧНИХ ВИРОБІВ.	339
<i>Басараба Роксолана</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ГІДРОСИКОРИЧНИХ КИСЛОТ КОТЯЧИХ ЛАПОК ДВОДОМНИХ	339
<i>Бондар Оксана</i> АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ АНТИБІОТИКІВ РІЗНИХ ГРУП ПРИ ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ	340
<i>Бражник Роман</i> НАНОМЕТАЛИ В МЕДИЦИНІ	340
<i>Кернична Іванна, Бурма Марія</i> ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ САЛАТУ ПОСІВНОГО (LACTUCA SATIVA) В МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ	341
<i>Буткевич Т., Попович В.</i> ВИЗНАЧЕННЯ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СКЛАДУ СУХОГО ПОРОШКУ FLAMMULINA VELUTIPES ОТРИМАНОГО МЕТОДОМ ГЛИБИННОГО КУЛЬТИВУВАННЯ	342
<i>Вонс Богдана, Чубка Маряна</i> ДОСЛІДЖЕННЯ АСОРТИМЕНТУ ДОПОМІЖНИХ РЕЧОВИН, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬ ПРИ ВИРОБНИЦТВІ М'ЯКИХ ЛІКАРСЬКИХ ФОРМ	342
<i>Ворощак Галина, Хвалько Наталія</i> ВИКОРИСТАННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРІВ У ТЕРАПЕВТИЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ	343
<i>Гладких Федір</i> ВИВЧЕННЯ ЗНЕБОЛЛЮЧОЇ І ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ КОМБІНАЦІЇ ІБУПРОФЕНУ З ВІНБОРОНОМ НА МОДЕЛІ АД'ЮВАНТНОГО АРТРИТУ У ЩУРІВ	343
<i>Гнітько І., Гладішева С.</i> РОЗРОБКА ОПТИМАЛЬНОГО СКЛАДУ М'ЯКОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ФОРМИ З МІНОКСИДІЛОМ	344
<i>Гоголь Наталія, Денис Антоніна</i> МАРКЕТИНГОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРЕПАРАТІВ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ	344
<i>Грицик А., Телішевська Галина</i> ІДЕНТИФІКАЦІЯ ТРАВИ ВЕРЕСУ ЗВИЧАЙНОГО	345
<i>Гудзь Надія, Атаманчук Тетяна</i> ФІТОХІМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОНУ	345
<i>Гусак Людмила</i> ВИЗНАЧЕННЯ ЯКІСНОГО СКЛАДУ ТА КІЛЬКІСНОГО ВМІСТУ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН ВТОРИННОГО СИНТЕЗУ У КОРЕНЕБУЛЬБАХ ЧИСТЕЦЮ ЗИБОЛЬДА (Stachys sieboldii Miq. )	346
<i>Данилюк Богдана</i> ВМІСТ ОРГАНІЧНИХ КИСЛОТ У ТРАВІ ЧОРНОБРИВЦІВ ЗОЛОТИСТИХ (TAGETES LUCIDA CAV.)	346
<i>Дахим Ірина, Бердей Ігор</i> САПОНІНИ ТРАВИ СТОКРОТОК БАГАТОРІЧНИХ (BELLIS PERENNIS L.)	347
<i>Дзюба Софія</i> АНАЛІЗ БЕЗПЕЧНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ	347
<i>Дідківська Романа</i> АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ $\beta$ -АДРЕНОБЛОКАТОРІВ В ФАРМАКОТЕРАПІЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	348
<i>Дорошенко Оксана</i> ВМІСТ РЕЧОВИН ПЕРВИННОГО СИНТЕЗУ В ЗБОРІ ДІУРЕТИЧНОМУ	348
<i>Дуб Анастасія</i> ІДЕНТИФІКАЦІЯ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ФЕНОЛЬНИХ СПОЛУК У ТРАВІ ОСИМУМ BASILICUM L.	349
<i>Дякун Юлія, Дитко Діана</i> АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЗАСОБІВ, ЩО НАЛЕЖАТЬ ДО ГРУПИ ІНГІБІТОРІВ АПФ ТА РІВЕНЬ ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ У ТЕРАПІЇ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ	349
<i>Косяченко Костянтин, Ейбен Ганна</i> АНАЛІЗ ВИМОГ НОРМАТИВНИХ ДОКУМЕНТІВ ДО ДІЯЛЬНОСТІ УПОВНОВАЖЕНОЇ ОСОБИ	350
<i>Забігайло Юлія</i> ФАРМАКОЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИЗНАЧЕНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ЛІКАРЯМИ-ЕНДОКРИНОЛОГАМИ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ	350
<i>Зарічанська Олена</i> ВИЗНАЧЕННЯ МОНОСАХАРИДНОГО СКЛАДУ ТА КІЛЬКІСНОГО ВМІСТУ ПОЛІСАХАРИДІВ У ЛИСТКАХ ЛІЛІЙНИКА БУРО-ЖОВТОГО (HEMEROCALLIS FULVA L.) ТА ЛІЛІЙНИКА ГІБРИДНОГО (HEMEROCALLIS HYBRIDA VAR. "STELLA DE ORO")	351
<i>Іванченко Дмитро</i> ПОШУК БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ СПОЛУК СЕРЕД 8-АМІНО-1-Н-БУТИЛТЕОБРОМІНІВ	351

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

<i>Іванків Яна</i> <b>ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА ПОКАЗНИКИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ЗДОРОВИХ ТВАРИН</b>	352
<i>Іванченко Дмитро, Назаренко Марія</i> <b>СИНТЕЗ, ФІЗИКО-ХІМІЧНІ ТА БІОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ПОХІДНИХ 1-І-БУТИЛТЕОБРОМІНІЛ-8-ТІОЦТОВОЇ КИСЛОТИ</b>	352
<i>Кернична Іванна, Мулик Анна</i> <b>КУЛЬТИВОВАНІ ВИДИ РОДИНИ ЛОБОДОВІ</b>	353
<i>Колісник Юлія, Демчук Мар'яна</i> <b>АВС-АНАЛІЗ СПОЖИВАННЯ ПЕРОРАЛЬНИХ ГІПОГЛІКЕМІЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ</b>	353
<i>Концевич Вікторія</i> <b>АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ АНТИАНГІНАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ (ІХС)</b>	354
<i>Краєць Ірина</i> <b>ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРИ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ТЕРНОПОЛЯ</b>	354
<i>Кучер Т., Мерзлікін С.</i> <b>РОЗРОБКА СХЕМИ ТШХ-СКРИНІНГУ АНТИДІАБЕТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ КОМБІНОВАНИХ ОТРУЄННЯХ</b>	355
<i>Кучина Г., Гладишева С.</i> <b>ВИВЧЕННЯ РЕОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК НАЗАЛЬНОГО ГЕЛЮ З ДІЛТІАЗЕМОМ</b>	355
<i>Левіч Сергій, Михальченко Євген</i> <b>ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИМІКРОБНОЇ АКТИВНОСТІ ПОХІДНИХ 8-ГІДРАЗИНОМЕТИЛКСАНТИНІВ</b>	356
<i>Лех Ірина, Онишків Оксана</i> <b>МОНІТОРИНГ РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КАШЛЮ</b>	356
<i>Луканюк Мар'яна, Духніч Марія, Полонець Ольга</i> <b>ДОСЛІДЖЕННЯ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН У КВІТКАХ ТА ЛИСТКАХ ХРИЗАНТЕМИ САДОВОЇ БАГАТОРІЧНОЇ СОРТУ BELGO</b>	357
<i>Матвійчук Надія</i> <b>АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ ІНГІБІТОРІВ АПФ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ</b>	357
<i>Метьолькіна Ксенія, Березова Катерина, Калюжная Ольга, Стрілець Оксана</i> <b>ПЕРСПЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПОРИСТИХ ФІЛЬТРІВ НА ОСНОВІ ФТОРОПЛАСТУ У ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ БІОТЕХНОЛОГІЇ</b>	358
<i>Мілян Іванна</i> <b>ВИЗНАЧЕННЯ ВІЛЬНИХ ЦУКРІВ У ТРАВІ РОСЛИН РОДУ ВЕРОНІКА</b>	358
<i>Онишків Оксана, Чубка Мар'яна</i> <b>ОРГАНІЗАЦІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОГО НАВЧАННЯ ПРОВІЗОРІВ-ІНТЕРНІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ЗАГАЛЬНАФАРМАЦІЯ»</b>	359
<i>Островська Галина</i> <b>АМІНОКИСЛОТНИЙ СКЛАД ТРАВИ РОДОВИКА ЛІКАРСЬКОГО</b>	359
<i>Павленко Ірина, Тригубчак Оксана</i> <b>ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ТВЕРДИХ ЛІКАРСЬКИХ ФОРМ ДИКЛОФЕНАКУ</b>	360
<i>Панасюк Еліна</i> <b>ВМІСТ ДУБИЛЬНИХ РЕЧОВИН У ТРАВІ І ПІДЗЕМНИХ ОРГАНАХ БЕДРИНЦЮ ЛОМИКАМЕНЕВОМУ</b>	360
<i>Перевізник Богдана</i> <b>ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ НА ФОНІ ВВЕДЕННЯ ГЛУТАРГІНУ ПРИ ГОСТРОМУ ТОКСИЧНОМУ УРАЖЕННІ ПЕЧІНКИ</b>	361
<i>Покорна О., Васенда М.</i> <b>ВИВЧЕННЯ АСОРТИМЕНТУ АКТИВНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ІНГРЕДІЄНТІВ ВІТЧИЗНЯНОГО ТІ ІНОЗЕМНОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ</b>	361
<i>Полуйчак Наталія, Демчук Мар'яна</i> <b>МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ АСОРТИМЕНТУ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ, ЩО ПРЕДСТАВЛЕНІ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ ПОЛЬЩІ</b>	362
<i>Потішний Ігор</i> <b>ОРГАНІЧНІ КИСЛОТИ ЛИСТКІВ ТА КОРЕНЕВИЩ І КОРЕНІВ ДУДНИКА ЛІСОВОГО (ANGELICA SYLVESTRIS L.) І ДЯГЕЛЯ ЛІКАРСЬКОГО (ANGELICA ARCHANGELICA L.)</b>	362
<i>Рева Ольга, Войт Ольга</i> <b>ДОСЛІДЖЕННЯ СТАБІЛЬНОСТІ ОСНОВИ ДЛЯ РОЗРОБКИ М'ЯКОГО КОСМЕТИЧНОГО ЗАСОБУ АНТИВІКОВОЇ ДІЇ</b>	363
<i>Рибалкін Микола, Стрілець Оксана, Стрельников Леонід</i> <b>ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ «КАНДИДОЦИД» НА Т-, В-ЛІМФОЦИТИ ТА <math>\gamma</math>-ГЛОБУЛІН У КРОЛІВ</b>	363
<i>Савич Альона</i> <b>ДОСЛІДЖЕННЯ ДУБИЛЬНИХ РЕЧОВИН У ЗБОРІ АНТИДІАБЕТИЧНОМУ МЕТОДОМ ВЕРХ</b>	364
<i>Сандулович Анна, Шанайда Юрій</i> <b>ФІТОХІМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІПОФІЛЬНИХ СПОЛУК NIGELLA DAMASCENA L.</b>	364

<i>Свереда Ганна, Шалько Оксана, Гошовська Надія</i> <b>РОЗВИТОК АДАПТИВНИХ РЕАКЦІЙ ПРИ ДІЇ СЕЛЕКТИВНОГО А1-АДРЕНОБЛОКАТОРА ЗА УМОВ ГІПОКСІЇ</b>	365
<i>Слободянюк Любов, Демчук Мар'яна</i> <b>ДОСЛІДЖЕННЯ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КИСЛОТОЗАЛЕЖНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЩО ПРЕДСТАВЛЕНІ НА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ РИНКАХ УКРАЇНИ ТА ПОЛЬЩІ</b>	365
<i>Соколовська Анна, Михалюк Олена</i> <b>АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ІНФУЗІЙНИХ РОЗЧИНІВ ВІТЧИЗНЯНОГО ВИРОБНИЦТВА НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ</b>	366
<i>Стадник Марія, Демчук Мар'яна</i> <b>ВИБІР МЕТОДУ ОДЕРЖАННЯ ОРОДИСПЕРСНИХ ТАБЛЕТОК ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ</b>	366
<i>Стельмах Максим, Вітрова Юля</i> <b>ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ КОМБІНОВАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПАРАЦЕТАМОЛА ТА БУПІВАКАЇНА В ЛІКУВАННІ ГІПЕРАЛЬГЕЗІЇ</b>	367
<i>Стойко Лілія</i> <b>ДОСЛІДЖЕННЯ МАКРО- ТА МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО СКЛАДУ ТРАВИ ЗОЛОТОТИСЯЧНИКА ЗВИЧАЙНОГО (CENTAURIUM ERYTHRAEA RAFN.)</b>	367
<i>Теренюк Надія, Шморган Ярослав</i> <b>ПОШУК ПЕРСПЕКТИВНИХ АНТИМІКРОБНИХ АГЕНТІВ В РЯДУ 7-АРИЛАЛКІЛ-8-R-ТЕОФІЛІНІВ</b>	368
<i>Тригубчак Оксана, Войткова Лена</i> <b>МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМБІНОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ АЦЕТИЛСАЛІЦИЛОВОЇ КИСЛОТИ</b>	368
<i>Хвалько Наталія, Ворощак Галина</i> <b>АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБІОТИКІВ У ТЕРАПЕВТИЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ</b>	369
<i>Цимбал Ірина, Денис Антоніна</i> <b>ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ НАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ГЕРАТРИЧНИМ ХВОРИМ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ</b>	369
<i>Шевчук Оксана, Литвинчук Олег, Рижук Наталія</i> <b>СОРБЦІЙНО-ЦИТОКІНОВА КОРЕКЦІЯ ТРОМБОЦИТОПЕНІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ЦИТОСТАТИКА МЕЛФАЛАНУ</b>	370
<i>Taha Alhajjar, Zaid Ahmed, Liliya Logoyda</i> <b>DEVELOPMENT OF METHODOLOGY FOR DETERMINATION OF LORATADINE IN COMBINATION WITH PSEUDOEPHEDRINE IN MEDICINES</b>	370
<i>Abdulkhaleq Farhang, Yaroslav Shmorgan</i> <b>DEVELOPMENT AND VALIDATION OF NEW METHODS OF ANALYSIS FOR THE DETERMINATION OF LEVOCETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE IN MEDICINES</b>	371
<i>Alonge Oluwagbemileke, Liliya Logoyda</i> <b>DEVELOPMENT OF METHODOLOGY FOR SPECTROPHOTOMETIC AND CHROMATOGRAPHIC DETERMINATION OF PHENIBUT IN DIFFERENT MEDICINES</b>	372
<i>Musau Mutssi Taty, Nadiya Zarivna</i> <b>DEVELOPMENT OF THE SPECTROPHOTOMETIC AND CHROMATOGRAPHIC DETERMINATION OF DESLORATADINE IN TABLETS</b>	372
<i>Oriaifo Praise, Nataliya Gorlachuk</i> <b>DEVELOPMENT AND VALIDATION OF METHODS OF ANALYSIS FOR THE DETERMINATION OF CETIRIZINE HYDROCHLORIDE IN MEDICINES</b>	373
<i>Shkoda Oleksandr</i> <b>ANTIOXIDANTS' SEARCH STRATEGY OF 7,8-SUBSTITUTED DERIVATIVES OF 3-R-XANTHINE – PROSPECTIVE METABOLITOTROPIC ENDOTHELIOPROTECTORS</b>	373
<b>Секція: Біологія та мікробіологія</b>	<b>375</b>
<i>Воробель Ольга</i> <b>ГАЛАКТОЗЕМІЯ ЯК АУТОСОМНО-РЕЦЕСИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ</b>	377
<i>Галей Катерина, Крисюк Ірина</i> <b>МІКРОБНИЙ ПЕЙЗАЖ МАСОК АПАРАТІВ ШТУЧНОЇ ВЕНТИЛЯЦІЇ ЛЕГЕНЬ ВІДДІЛЕННЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ</b>	377
<i>Іващишин Соломія</i> <b>АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ СКРИНІНГ ПРОГРАМ НА ФКУ</b>	378
<i>Коваль Оксана</i> <b>КІЛЬКІСНИЙ ВМІСТ СУМИ ГІПЕРИЦИНІВ У РОСЛИНАХ HYPERICUM PERFORATUM L.</b>	378
<i>Купчак Мар'яна, Фафула Роман</i> <b>СТАН АРГІНАЗО-НО-СИНТАЗНОЇ СИСТЕМИ В ЛІМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ ПРИ РЕВМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ</b>	379
<i>Кучмак Оксана, Комендат Василь, Мричко Галина</i> <b>БІОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ДИСБІОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ НА ОСНОВІ LACTOBACILLUS RHAMNOSUS</b>	379



## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

<i>Кучмак О., Стецюк І., Позунь М.</i> <b>МІКРОБІОТА РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ</b>	380
<i>Овчарук Тетяна</i> <b>ПІДВИЩЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ ДО АНТИБІОТИКІВ ПІД ВПЛИВОМ ДЕКАМЕТОКСИНУ</b>	381
<i>Рябоконе Марія</i> <b>РОЛЬ КЛІНІКО-ГЕНЕАЛОГІЧНОГО МЕТОДУ В ДІАГНОСТИЦІ ПРИРОДЖЕНОЇ ТА СПАДКОВОЇ ПАТОЛОГІЇ</b>	381
<i>Сопель Олеся, Бенцал Ольга</i> <b>ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИМІКРОБНОЇ ДІЇ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН КРАСОЛІ ВЕЛИКОЇ</b>	382
<i>Яриш Юлія</i> <b>АНІЗАКІДНА ІНВАЗІЯ РИБИ, ЩО РЕАЛІЗОВУЄТЬСЯ НА ПРОДОВОЛЬЧИХ РИНКАХ МІСТА ТЕРНОПОЛЯ</b>	382
<i>Бігуняк Катерина</i> <b>ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ СИНДРОМУ ДАУНА</b>	383
<i>Стецюк Ігор, Криницька Інна, Мізь Андрій, Бандас Ірина</i> <b>ЗАГАЛЬНА ПРОТЕОЛІТИЧНА АКТИВНІСТЬ ПЛАЗМИ КРОВІ ЩУРІВ ЗА УМОВИ ТОКСИЧНОГО УРАЖЕННЯ СВИНЦЕМ</b>	383
<i>Syed Ahsan Ali</i> <b>ANALYSIS OF ISOLATED CARRIER AND CLINICAL STRAINS OF S.AUREUS AND THEIR SUSCEPTIBILITY TO DIFFERENT ANTIBACTERIALS</b>	384

## **Секція: Профілактична медицина, соціальна медицина і ООЗ, медична Інформатика 385**

<i>Авдійчук Оксана</i> <b>НАВАНТАЖЕННЯ НА МЕДИЧНУ СЕСТРУ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ЕНДОКРИНОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ</b>	387
<i>Байрамов А., Макарова В.</i> <b>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С В УКРАИНЕ</b>	387
<i>Биць Іванна</i> <b>ВИВЧЕННЯ ВАРТОСТІ ЛАБОРАТОРНИХ ОБСТЕЖЕНЬ ПРИ ДЕЯКИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ В УМОВАХ ПРИВАТНОГО СЕКТОРУ.</b>	388
<i>Біла Вікторія</i> <b>ФОРМУВАННЯ ЛІДЕРСЬКИХ ЯКОСТЕЙ У МАГІСТРІВ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ</b>	388
<i>Броньцький Ігор</i> <b>ВПЛИВ МОВИ ВИКЛАДАННЯ НА ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ</b>	389
<i>Бунт Катерина, Яцишин Марія</i> <b>БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ТРУПНОГО МАТЕРІАЛУ НА ЗАНЯТТЯХ З АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ</b>	389
<i>Варава Олена, Харченко Ольга</i> <b>ПСИХОДІАГНОСТИКА ТЕНДЕНЦІЙ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТІВ В ГРУПІ</b>	390
<i>Габрук Наталія</i> <b>ПІДГОТОВКА МЕДИЧНИХ СЕСТЕР БАКАЛАВРІВ ДО УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ</b>	391
<i>Гуменюк Оксана</i> <b>РОЛЬ ОПЕРАЦІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПОПЕРЕДЖЕННІ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНОЇ ІНФЕКЦІЇ</b>	391
<i>Гутченко Катерина, Шевчук Олександр, Шемчук Оксана, Сокирко Дмитро</i> <b>ОЦІНКА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПРИЙМАЛИ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ, ЯК ОДНОГО З ФАКТОРІВ УСПІШНОЇ ПРЕВЕНТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ БОЙОВОГО СТРЕСУ</b>	392
<i>Демків Євген, Бучинський Михайло, Гаврилюк Сергій, Томечек Маріо</i> <b>СОЦІАЛЬНІ ПАРАДИГМИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ</b>	392
<i>Демків Євген, Бучинський Михайло, Гаврилюк Сергій, Томечек Маріо</i> <b>ВІРА В БОГА ЯК ДЖЕРЕЛО ВНУТРІШНЬОЇ СИЛИ ДЛЯ БОРОТЬБИ ХВОРОГО З ОНКОЛОГІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ</b>	393
<i>Донець Оксана</i> <b>ВИЗНАЧЕННЯ АТИТРОМБОЦИТАРНИХ АНТИТІЛ У ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ</b>	393
<i>Єфіменко Тетяна, Фурдик Володимир</i> <b>ФАКТОРИ ВИНИКНЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ</b>	394
<i>Жила Любов, Думенько Лілія</i> <b>БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ОХОРОНИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я</b>	394
<i>Іванюк Андрій, Ясіновський Олег</i> <b>ВПЛИВ ПИТНОЇ ВОДИ З РІЗНИМ ВМІСТОМ СТЕАРАТУ КАЛІЮ В КОМБІНАЦІЇ З МАРГАНЦЕМ НА ПЕРЕКИСНЕ ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ В ОРГАНІЗМІ СПОЖИВАЧІВ</b>	395

<i>Карп'юк Ірина</i> РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ М. ТЕРНОПОЛЯ	395
<i>Кіндратів Іван, Курило Надія</i> ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ АБОРТУ В КОНТЕКСТІ БІОЕТИКИ	396
<i>Кіндратів Ігор, Рочко Орест</i> СТРАТЕГІЯ РОБОТИ ЦЕНТРІВ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ТА ДЕМОГРАФІЧНА КРИЗА В УКРАЇНІ: БІОЕТИЧНИЙ АСПЕКТ	396
<i>Ковида Дмитро, Рудинська Софія</i> ЛІДЕР-ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД В ПІДГОТОВЦІ КЕРІВНИКІВ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ	397
<i>Коломієць Олена</i> ПРОБЛЕМА ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ	397
<i>Крупа Тетяна, Зав'ялець Любомир</i> СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИРІШЕННЯ ПИТАННЯ ШВИДКОГО ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЙ ОПЕРОВАНИХ КУЛЬЦОВОГО ТА КОЛІННОГО СУГЛОБІВ	398
<i>Кузнєцова Дар'я, Деонега Анна</i> ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ ПРОТИ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ВІЛ СЕРЕД МОЛОДІ	398
<i>Курило Надія, Кіндратів Ігор</i> КСЕНОТРАНСПЛАНТАЦІЯ: МЕДИЧНІ ТА ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ	399
<i>Лемішка Христина, Смаль Марія, Миронюк Василь</i> ПРИЧИНИ ВІДМОВИ ВІД ДОНОРСТВА КРОВІ	399
<i>Лабівка Оксана</i> ФІЛОСОФІЯ ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ	400
<i>Лизак Марія-Володимира, Петросюк Софія</i> ПРОБЛЕМИ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ЖІНОК УКРАЇНИ	400
<i>Максимчук Оксана, Романюк Любов</i> СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ	401
<i>Марківська Інна</i> РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРОФІЛАКТИЦІ ІНТЕРЕНЕТ ЗАЛЕЖНОСТІ У ПІДЛІТКІВІ	401
<i>Микита Оксана, Ковида Дмитро</i> СТАН ПОІНФОРМОВАНОСТІ ЛІКАРІВ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ КЛІНІЧНИХ ЦЕНТРІВ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ ЩОДО ВИКОРИСТАННЯ МЕДИКО-ТЕХНОЛОГІЧНИХ ДОКУМЕНТІВ ЗІ СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ЩО ГРУНТУЮТЬСЯ НА ДОКАЗАХ	402
<i>Ососкало Валентина</i> ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ СТВОРЕННЯ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ ЦЕНТРІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ	402
<i>Петросюк Софія, Лизак Марія-Володимира</i> АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ	403
<i>Петюх Олена</i> РІВЕНЬ ДІАГНОСТИКИ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ У ЖІНОК УКРАЇНИ	403
<i>Писаренко Г., Богачова О., Поляков О.</i> РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ДОНОЗОЛОГІЧНИХ ФОРМ НЕРВОВО-ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ-УЧНІВ ПРОФЕСІЙНИХ АГРАРНИХ ЛІЦЕІВ	404
<i>Пінкевич Іванна, Майданюк Ірина, Драпак Оксана, Тис Олеся</i> ГЕМОРАГІЧНА ГАРЯЧКА ЕБОЛА: ПРОФЕСІОНАЛІЗМ І ПОЧУТТЯ ОBOB'ЯЗКУ	404
<i>Пінкевич Іванна, Майданюк Ірина, Драпак Оксана</i> ЕМПАТІЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В КОНТЕКСТІ СПАЛАХУ ГЕМОРАГІЧНОЇ ГАРЯЧКИ ЕБОЛА	405
<i>Прачек Соломія, Бондар Лілія</i> ДОСЛІДЖЕННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ІНТЕРЕНЕТ-ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ І ЮНАЦТВА	405
<i>Прохорчук Віталій, Слобода Мар'яна, Федорів Ольга</i> КОМБІНОВАНА ДІЯ НАНОЧАСТИНОК СВИНЦЮ НА СТАН КРОВІ У ЩУРІВ ПРИ ВЖИВАННІ ПИТНОЇ ВОДИ З СТЕАРАТАМИ	406
<i>Рочко Орест, Кіндратів Іван</i> ВАКЦИНАЦІЯ У КОНТЕКСТІ БІОЕТИКИ	406
<i>Рускова Катерина</i> СОСТОЯНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЛИОМИЕЛИТА В УКРАИНЕ	407
<i>Слобода Мар'яна, Прохорчук Віталій</i> ВПЛИВ ЗМІНИ ЧАСУ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ	407
<i>Тичина Ірина</i> ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ МАЙБУТНІХ ФЕЛЬДШЕРІВ У ВИВЧЕННІ ФАХОВИХ ДИСЦИПЛІН	408
<i>Тіхонова Катерина</i> ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ - ОСНОВА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ	408

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

<i>Троцюк Ніна, Сидоренко Оксана</i> <b>АНАЛІЗ СТАНУ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ</b>	409
<i>Шевченко Ольга</i> <b>КОМБІНОВАНА СИСТЕМА З ДЕРЖАВНОЇ ТА ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ – ШЛЯХ ДО ПОЗИТИВНИХ ДИНАМІЧНИХ ЗМІН</b>	410
<i>Шинкарчук Марина</i> <b>РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПОВЕРНЕНИХ ІЗ ЗОНИ АТО</b>	410
<i>Ширій Тетяна, Градик Роман</i> <b>АЛЬТЕРНАТИВА ЕВТАНАЗІЇ – ПАЛІАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ</b>	411
<i>Щудро О., Караванська Л., Фокіна Е.</i> <b>ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ХВОРИХ НА ІХС ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ</b>	411
<i>Юркевич Богдан, Куравська Юлія, Лобанова Галина</i> <b>ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАМЕТРІВ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ І ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ ТА СТИЛЮ ЖИТТЯ СТУДЕНТОК ІЗ СІЛЬСЬКОЇ ТА МІСЬКОЇ МІСЦЕВОСТЕЙ</b>	412
<i>Якимчук Олександр</i> <b>ПОШИРЕНІСТЬ СЕПСИСУ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТА РЕАНІМАЦІЇ.</b>	413
<i>Яковенко Надежда, Емец Марина, Суганяк Карина</i> <b>ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ У ЛИЦ, КОТОРЫЕ ИМЕЛИ СТАТУС РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА</b>	413
<i>Ярославицький Роман, Гвоздецький Андрій, Тригуб Роман</i> <b>ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА КОМПЛАЄНС ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ</b>	414
<i>Zinchuk A., Urazova L., Zinchuk O.</i> <b>AWARENESS OF PATIENTS WITH LUNG CANCER ABOUT THEIR HEALTH STATUS AS ONE OF THE COMPONENTS OF PERFORMACE THE QUALITY OF THE DOCTORS' WORK</b>	414
<i>Lutwin Karolina</i> <b>HEALTH AND ORGANIC FOOD</b>	415
<i>Erritali Abdelkhalek, Pytetska N.</i> <b>IMPORTANCE FOR MANAGEMENT OF MAJOR CARDIOVASCULAR RISK FACTORS</b>	416

## **Секція: Клінічне медсестринство 417**

<i>Боднар Людмила, Степанова Галина</i> <b>СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПОШИРНОСТІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ</b>	419
<i>Бондаренко Юлія</i> <b>СУЧАСНІ ЗАСАДИ ДОТРИМАННЯ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ ТА ДЕОНТОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ онкологічних хворих</b>	419
<i>Бухта Вікторія</i> <b>ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ</b>	420
<i>Бухта Дмитро</i> <b>ФІЗИОТЕРАПІЯ В ЗАГАЛЬНОМУ КОМПЛЕКСІ, ЯК ОСНОВА ПРОТИРЕЦИДИВНОГО ЛІКУВАННЯ</b>	420
<i>Глоба Тамара, Демченко Катерина</i> <b>РУХОВА АКТИВНІСТЬ В ЖИТТІ СТУДЕНТІВ КІРОВОГРАДСЬКОГО МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ ІМ. Є.І. МУХІНА</b>	421
<i>Гопаца Таїсія</i> <b>У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР БАКАЛАВРІВ ФОРМУВАННЯ ЛІДЕРСЬКИХ ЯКОСТЕЙ</b>	422
<i>Жепко Валентина</i> <b>РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРОФІЛАКТИЦІ МАСТОПАТІЇ</b>	422
<i>Коляса Марія, Деміда Світлана</i> <b>ВИЯВЛЕННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР</b>	423
<i>Куліш Т.</i> <b>ВИКОРИСТАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НАВЧАННЯ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МОЛОДШИХ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ</b>	423
<i>Булгакова Н.</i> <b>ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ДИСЦИПЛІН ХІРУРГІЧНОГО ЦИКЛУ</b>	424
<i>Мазур Людмила, Казан Ірина</i> <b>ЗАПРОВАДЖЕННЯ «ШКОЛИ ДІАБЕТИКА» В САМБІРСЬКІЙ ЦЕНТРАЛЬНІЙ РАЙОННІЙ ЛІКАРНІ</b>	424
<i>Ляшок Олена</i> <b>ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ КІРОВОГРАДСЬКОГО МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ ІМЕНІ Є.І. МУХІНА</b>	425

<i>Рудович Олена</i> РОЛЬ СІМЕЙНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ВИКОНАННІ ЗАХОДІВ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДА З ЗАХВОРЮВАННЯМ СЕРЦЕВО – СУДИННОЇ СИСТЕМИ	425
<i>Мойсеєнко Наталія</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСУ НА РОБОЧИХ МІСЦЯХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР РІЗНОГО ПРОФІЛЮ	426
<i>Мартиновець Анна</i> РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПАЛІАТИВНІЙ ТА ХОСПІСНІЙ ДОПОМОЗІ ІНКУРАБЕЛЬНИМ ХВОРИМ	426
<i>Новак-Мазепа Х.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНИХ ДЕФОРМАЦІЇ В РОБОТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ	427
<i>Перова Ірина</i> ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ СІМЕЙНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ З ПРОФІЛАКТИКИ ДИТЯЧОГО ПОБУТОВОГО ТРАВМАТИЗМУ	427
<i>Рощик Вікторія</i> ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАГІСТРІВ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ В УМОВАХ ЄВРОІНТЕГРАЦІЇ	428
<i>Стельмах Олена</i> РОЗ'ЯСНЮВАЛЬНА ТА ПРОСВІТНИЦЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДСЕСТЕР У РОБОТІ З ХВОРИМИ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	428
<i>Марсак І.</i> ТАКТИКА ВИБОРУ ДЕЗІНФІКУЮЧИХ ЗАСОБІВ У ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ	429
<i>Яворська Наталія</i> ПРОФЕСІЙНА КУЛЬТУРА МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР: СПЕЦИФІКА, СТРУКТУРА, ДИНАМІКА В УКРАЇНСЬКОМУ КОНТЕКСТІ	429
<i>Вербіцька Л.</i> РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	430
<i>Grace Asare</i> WHY NURSES ARE LEAVING BEDSIDE NURSING IN GHANA?	430
<i>Barahman Irina</i> SUBSTANCE USE DISORDER AND CORRELATIONS WITH TOBACCO USE AT THE METHADONE MAINTENANCE TREATMENT PROGRAM	431
<i>Iye Anthony, Onoh Nneka Queen, Anabuike Ogochukwu Marycynthia</i> A STUDY ON THE EFFECT OF ALCOHOL AMONG YOUNG ADULTS(18 - 35)YEARS A CASE STUDY OF ENUGU STATE NIGERIA	432
<i>Saka Adewale Mohammed, Oredoyin Olutade, Kayode Omobola</i> KNOWLEDGE ON PREVENTION OF EBOLA VIRUS DISEASE IN RURAL AREAS OF NIGERIA	433
 <b>Секція: Актуальні проблеми медицини (на англійській мові) 435</b>	
<i>Halei K., Krysjuk I.</i> MICROBE VARIETY OF THE MASKS OF THE DEVICES OF ARTIFICIAL LUNGS VENTILATION IN THE DEPARTMENT OF ANESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE	437
<i>Ibrahim Musa Aliyu, Sydorenko Oksana</i> A STUDY OF EBOLA, ETIOLOGY AND PREVENTION IN WEST AFRICA	437
<i>Khoroshchak Y.</i> CLASSIFICATION OF RAT'S SCIATIC NERVE MYELINATED FIBERS USING CLUSTER ANALYSIS	438
<i>Kolesnyk Alina, Manzheliy Viktoria, Smirnova Victoria</i> ANALYSIS OF TACTICS ACHIEVE TARGET BLOOD PRESSURE LEVELS IN AN OUTPATIENT SETTING	438
<i>Kumpanenko Yana</i> EFFICIENCY OF THE STEM CELL THERAPY IN THE DEGENERATIVE LIVER DISEASES TREATMENT	439
<i>Marańska Diana</i> LEGAL ASPECTS OF PLASTIC SURGERY IN CHILDREN	439
<i>Pyuryk Markiyan</i> TROCAR COMPLICATIONS AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY	440
<i>Riabukha Iryna</i> STUDYING THE CANADIAN NURSING EDUCATION SYSTEM AND IMPLEMENTING IT ELEMENTS INTO ZHYTOMYR NURSING INSTITUTE EDUCATIONAL ACTIVITY(BACHELOR DEGREE STUDY)	440
<i>Sytnikova Natalia, Ascheulova Tatyana, Danilo Roman</i> ADHERENCE OF PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE ASSOCIATED WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 FOR USE CARDIOLOGICAL DRUGS	441

## **Матеріали XIX Міжнародного конгресу студентів та молодих вчених**

<i>Vasheva Anastasia, Savelyeva Alona, Safargalina-Kornilova N.</i> <b>DISTURBANCES OF CARDIAC RHYTHM AND CONDUCTION IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE</b>	441
<i>Warzocha Mikołaj, Kozak Natalija</i> <b>PRIVATIZATION OF HEALTH CARE SYSTEM FROM THE ECONOMIC AND ETHICAL POINT OF VIEW</b>	442

## **Секція: Медичне право 443**

<i>Бігуняк Катерина, Гудима Анастасія, Мних Ольга</i> <b>ЕВТАНАЗІЯ – ПРАВО НА СМЕРТЬ: ЗА ЧИ ПРОТИ?</b>	445
<i>Богомазова Ірина</i> <b>ПРАВО НА ВІДМОВУ ВІД МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ: ОКРЕМІ АСПЕКТИ РЕАЛІЗАЦІЇ</b>	445
<i>Бунт Катерина, Яцишин Марія</i> <b>БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ТРУПНОГО МАТЕРІАЛУ НА ЗАНЯТТЯХ З АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ</b>	446
<i>Гуменна Надія</i> <b>ЗАКОНОДАВЧЕ РЕГУЛЮВАННЯ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД</b>	446
<i>Дацків О., Мельник О.</i> <b>АНАЛІЗ СТАТИСТИЧНИК ДАНИХ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ. ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ</b>	447
<i>Дячишин Ярина</i> <b>ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА: ПРАВОВА КВАЛІФІКАЦІЯ</b>	447
<i>Єкеніна Леся, Стульнова Валентина, Дмитрієв Костянтин</i> <b>ДІАГНОСТИКИ УШКОДЖЕНЬ ШКІРИ З ЗАСТОСУВАННЯМ МЕТОДУ КОЛОРИМЕТРІЇ</b>	448
<i>Єремейчук І., Моканюк І., Дмитрієв К.</i> <b>ЗАСЕКРЕЧЕНІ СТОРІНКИ З ІСТОРІЇ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ В СРСР 1917 - 1941 РР.</b>	448
<i>Зражевська Наталія</i> <b>ПРАВО НА ВІДМОВУ ВІД ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ ЯК ПРАВО НА ВІДМОВУ ВІД МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ</b>	449
<i>Ігнатенко В.</i> <b>МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕНІТАЛЬНОГО ТА ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ</b>	449
<i>Кіцкай Олена, Стецюк Зеновія</i> <b>КРИТЕРІЇ ОТРИМАННЯ ІНФОРМОВАНОЇ ЗГОДИ У НЕПОВНОЛІТНІХ ОСІБ</b>	450
<i>Клапатий Дмитро</i> <b>ПРАВО ЧЛЕНІВ СІМ'Ї НА ІНФОРМАЦІЮ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТА В РАЗІ ЙОГО СМЕРТІ</b>	450
<i>Кучер І.</i> <b>ПРАВОВІ АСПЕКТИ ЗАХИСТУ ЧЕСТІ, ГІДНОСТІ ТА ДІЛОВОЇ РЕПУТАЦІЇ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА У ВІТЧИЗНЯНОМУ ЗАКОНОДАВСТВІ</b>	451
<i>Левків Н.</i> <b>СУДОВО-МЕДИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЛЯМ КРОВІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД УМОВ ЇХ УТВОРЕННЯ</b>	451
<i>Лях Ю.</i> <b>МЕТОДОФУНКЦІОНАЛЬНІ ОЗНАКИ ВПЛИВУ ГМ РАУНДАПОСТІЙКОЇ СОЇ НА СІМ'ЯНИКИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН</b>	452
<i>Саркісова Ю., Кишкан Я., Баранюк А., Андрійчук А.</i> <b>ЕВТАНАЗІЯ – СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВА ПРОБЛЕМА ПРАВОНАВСТВА В УКРАЇНІ</b>	452
<i>Перевізіник Богдана</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ПРАВОВОГО ЗАХИСТУ НЕПОВНОЛІТНІХ ОСІБ ЗІ ЗАХВОРЮВАННЯМ ДЦП</b>	453
<i>Сенюта Ірина</i> <b>БЕЗПЕКА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ КОНФЛІКТІВ: DE POSSIBILI ET IMPOSSIBILI</b>	454
<i>Терешко Христина</i> <b>ПОРЯДОК ДОСТУПУ АДВОКАТА ДО ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ СВОГО КЛІЄНТА В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b>	454
<i>Тітаренко Ірина</i> <b>ДО ПИТАННЯ ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЇ ОЦІНЮВАННЯЗАГАЛЬНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТА</b>	455
<i>Трач Росоловська Світлана, Росоловський Олександр, Луцик Віталій</i> <b>ЯКІСТЬ ВЕДЕННЯ МЕДИЧНИХ ДОКУМЕНТІВ ПРЕДСТАВЛЕНИХ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ</b>	455
<i>Чорненький Михайло</i> <b>ЗАСТОСУВАННЯ ТЕРМІНУ «ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА» В ЮРИДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ</b>	456

Матеріали ХІХ Міжнародного медичного конгресу студентів та молодих вчених –  
Тернопіль: Укрмедкнига, 2015, - 486 с.

Комп'ютерний набір та верстка: С. Лотоцька  
Г. Островська  
А. Дуб  
М. Очеретна  
М. Бабій  
К. Галей  
І. Годя  
М. Бандрівський  
Ю. Яриш  
М. Сойка  
С. Турчин  
Ю. Крисюк  
О. Сопель  
Р. Боймиструк  
А. Мацько  
І. Стецюк  
Г. Прокопишин  
Л. Данилюк  
К. Бунт  
К. Андрушкевич  
В. Маховський  
О. Маркевич  
С. Маркевич  
П. Чиж  
Б. Куліковський

Підписано до друку 16.04.2015  
Формат видання 60x84/8  
Папір офсетний № 1. Гарнітура Arial. Друк офсетний.  
УМ. др. арк. 37,28  
Обл.-вид.арк. 38,0  
Наклад 450