



ХVІІ КОНГРЕС СВІТОВОЇ ФЕДЕРАЦІЇ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ

МАТЕРІАЛИ МІЖНАРОДНОГО НАУКОВОГО КОНГРЕСУ

Тернопіль, 20–22 вересня 2018 року

УДК 61(063)
К64

Редколегія: Корда М.М., Базилевич А.Я., Дзюбановський І.Я., Галайчук І.Й., Андрейчин М.А.,
Тищук М.М., Яніна А.М.

Рецензенти: Боярчук О.Р., Вадзюк С.Н., Геряк С.М., Кліщ І.М., Лучинський М.А., Маланчук Л.М.,
Небесна З.М., Сатурська Г.С., Сміян С.І., Швед М.І., Шкробот С.І., Шульгай А.Г.

XVII конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств / матеріали міжнар.
К64 наук. конгресу, м. Тернопіль, 20-22 верес. 2018 р. / редкол.: М.М. Корда та ін. – Тернопіль :
ТДМУ, 2018. – 358 с.
ISBN 978-966-673-335-4

У матеріалах XVII конгресу СФУЛТ висвітлено історію українських лікарських товариств у світі, проблеми охорони громадського здоров'я в Україні, подано актуальні питання хірургії, бойової травми, терапії, акушерства, гінекології, педіатрії, неврології, інфекційних хвороб, стоматології тощо, представлено досягнення фундаментальної та експериментальної медицини, показано роль видатних вчених у формуванні українських медичних шкіл, підкреслено історичне значення 100-літнього ювілею утворення «Міністерства Народного Здоров'я Гетьманату».

УДК 61(063)

СВІТОВА ФЕДЕРАЦІЯ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ

WORLD FEDERATION OF UKRAINIAN MEDICAL ASSOCIATION

СФУЛТ
Льва Толстого, 7
м. Київ, 01004
Україна

WFUMA
Lva Tolstoho, 7
Kyiv, 01004
Ukraine

Керівництво СФУЛТ

Президія:

Президент – *Андрій Базилевич*
Почесний президент – *Любомир Пиріг*
Віце президенти: *Роксоляна Горбова (США)*
Олег Мусій (Україна)

Відповідальний секретар: *Іван Сорока*

Правління – Україна:

Ігор Вакалюк	Світлана Мушак
Сергій Гаврилюк	Станіслав Нечаїв
Леонід Грищук	Ігор Паньків
Зоряна Жукровська	Микола Поліщук
Наталія Зимак-Закутня	Микола Тищук
Олена Євстігнеева	Іван Сорока
Олег Іванців	Олексій Хонда
Аким Литвак	

Правління – Крайові представники:

Василь Антонів (РФ)
Андрій Батрух (Німеччина)
Михайло Бобінець (Словаччина)
Борис Буняк (Північна Америка)
Олександра Гомола (Франція)
Роман Грег (Великобританія)
Микола Корпан (Австрія)
Ігор Коцюмбас (Австралія)
Лавро Богодар Кучинський (Бразилія)
Петро Стабішевський (Польща)
Микола Тищук (Україна)

Почесні члени правління:

Борис Білинський
Петро Бачинський
Валерій Чмир
Олег Ціборовський

ПРАВЛІННЯ

ВСЕУКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА,

ОБРАНЕ XVI З'ЇЗДОМ ВУЛТ, 30 ВЕРЕСНЯ 2017 р., м. КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСКИЙ

Олег Мусій – Президент ВУЛТ (м. Київ)

Микола Тищук – Голова Правління (м. Одеса)

Любомир Антонович – Почесний президент (Київ)

Базилевич Андрій Ярославович	Львів
Вакалюк Ігор Петрович	Івано-Франківськ
Волосовець Олександр Петрович	Київ
Гук Андрій Петрович	Київ
Дуда Олег Романович	Львів
Дурдикулієва Ніна Іванівна	Полтава
Кавецький Тарас Михайлович	Київ
Карабаєв Даніель Таїрович	Київ
Колоденко Володимир Олександрович	Одеса
Короленко Володимир Васильович	Київ
Корягін Юрій Анатолійович	Дніпро
Кравченко Володимир Григорович	Полтава
Кудик Вікторія Григорівна	Ужгород
Кукоба Віктор Павлович	Кривий Ріг
Кулик Михайло Михайлович	Київ
Літвак Аким Ізраїльович	Одеса
Луценко Марія Олександрівна	Одеса
Мазур Ірина Петрівна	Київ
Мазур Петро Євстахіївч	Тернопіль
Мушак Світлана Олександрівна	Київ
Надутий Костянтин Олександрович	Київ
Найда Ігор Володимирович	Київ
Нечаїв Станіслав Владиславович	Київ
Островський Мирон Миколайович	Львів
Панделі Лідія Дмитрівна	Хмельницький
Паньків Ігор Володимирович	Тернопіль
Перетяка Олег Павлович	Київ
Попіль Леся Степанівна	Івано-Франківськ
Седченко Ірина Володимирівна	Київ
Сенкевич Галина Вікторівна	Євпаторія
Середюк Нестор Миколайович	Івано-Франківськ
Скрипка Сергій Миколайович	Київ
Сміщук Юрій Олексійович	Київ
Ткач Борис Васильович	Хмельницький
Толстанов Олександр Костянтинич	Київ
Хонда Олексій Миколайович	Київ
Цурдук Валерій Володимирович	Херсон
Шведюк Степан Васильович	Луганськ
Шмідт Михайло Романович	Львів
Юзвішина Олена Володимирівна	Хмельницький
Ярмола Анна Петрівна	Львів

Почесні члени:

Бачинський Петро Петрович

Зелінський Олександр Олексійович

Ціборовський Олег Михайлович

СФУЛТ І УКРАЇНА

Акцентування, що відбувається XVII Конгрес, навіяло мені освідомлення, що в Україні проводиться вже п'ятнадцятий Конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств. Чи передбачав хтось такий хід подій, коли у 1977 році в США створювалася ця федерація. Були наші колеги-лікарі, доля яких загнала за океан не то що на здобуток хліба і поживи, але й для збереження життя. Українські лікарські товариства поступово з'являлися в різних державах, на різних континентах і об'єднувалися під прапором СФУЛТу. Першим президентом був обраний лікар Роман Осінчук. Це чи не єдина українська організація міждержавного масштабу на основі професійної спільності, яка існує понад 40 років. Час ішов, мінялися з часом обставини життя, політичні умови, в т. ч. і СРСР, який у другій половині 80-х років ХХ ст. докотився до так званої «перестройки».

Несподівано у травні 1989 року я із США, як завжди в розірваному і заклясному конверті зі службовим штемпелем «Получено в повреждённом виде», отримую запрошення на черговий з'їзд Українського лікарського товариства Північної Америки (УЛТПА). Мої ж ровесники, хоча минає понад 20 років, пам'ятають не лише скільки зусиль на той час коштувало отримання дозволу на виїзд за кордон, але й була небезпека допитів, переслідувань, а також вербування в ряди КГБ. Обійшлося в мене без ускладнень і я, нарешті, повірив, що буду в Америці, коли знявся в Москві у літаку на Нью-Йорк. Звідти – до Чикаго, де з виступами на з'їзді, на групових зустрічах, в гостинах відбув від 28 червня до 13 липня. Тільки тут довідався, що існує СФУЛТ і збагнув, що основним приводом мого запрошення було бажання провести III Конгрес СФУЛТ в Україні (після попередніх двох у Мюнхені та Відні). На цьому наполягали учасники II Конгресу (1988), хоча більшість учасників вважала це бажання ілюзорним. Ось із завданням організації і проведення III Конгресу СФУЛТу я повернувся до Києва, де довелося відповідати мені за все вже як депутатові Верховної Ради УРСР (від березня) та президентові Всеукраїнського лікарського товариства (від червня 1990 року). В організації Конгресу, який відбувся 03–16 серпня 1990 року у Києві та Львові, допомагали Міністерство охорони здоров'я і Товариство Україна. Дещо детальніше – в моїх спогадах «День за днем, рік за роком...».

СФУЛТ на той час вже очолював доктор Ахіль Хрептовський (до Харківського Конгресу 1993 р., коли у зв'язку зі станом здоров'я змінив його Павло Джуль (США). Першим Президентом СФУЛТу з України став Любомир Пиріг (Київ, 2000–2016), якого замінив Андрій Базилевич (Львів).

Усі заходи СФУЛТу відбуваються з підтримкою ВУЛТу. Якщо ВУЛТ, особливо в останні 2–3 роки активізувалося в питаннях організації системи охорони здоров'я в Україні, її формування, то завданнями СФУЛТ залишаються визначені її функції: збереження національної ідентичності лікарів-українців світу, плекання української мови, в т. ч. медичної термінології, видавнича діяльність (періодична література, посібники, монографії з перекладом українською мовою), утримання при українстві наступних поколінь лікарів-українців світу.



На виключається аналіз та оцінка стану системи охорони здоров'я в Україні та можливість пропозицій щодо її удосконалення з урахуванням реальної матеріальної ситуації і формування зустрічної позитивної реакції суспільства на розумні заходи.

Стан здоров'я населення України, демографічна ситуація займають немало місця на сторінках періодичної літератури, в публічних виступах і не приховуються, як бувало колись, від широкої публічної уваги.

Але чому все завмерло, нічого не покращується? Це я хочу показати на прикладі заголовків деяких моїх (із наявних від 1988 року) медико-публіцистичних статей, актуальність назв яких, на жаль, не втрачається: «Лікарю, будь інтелігентом!» (Літературна Україна, 06.09.1988); «Лікарю, будь милосердним!» (Агро, 17.02.1990); «Лікарю, будь громадянином!» (Радянська Україна, 19.04.1991); «Б'ємо на сполох – рятуймо генофонд!» (Голос України, 11.10.1991); «Про необхідність демографічної спрямованості державної політики України» (Матеріали наукової конференції. Ч. 1. Ред. Л.А. Пиріг. Київ, 1993. С. 125–127. «У своїй країні гинемо, вимираємо» (Українська газета, 1994, № 16), «Маємо найвищий рівень смертності» (Українська газета, 1997, № 17); «Чи може бути вірним клятві Гіппократа сучасний український лікар?» (Ваше здоров'я, 2000, № 22); «Охорона здоров'я в Україні як складова державотворення» (IV Міжнародний конгрес українців. Одеса, 26–29.08.2001. Кн. 1. С. 250–262); «Тернистий шлях реформування охорони здоров'я в Україні» (Ваше здоров'я, 2005, № 44, 45, 46, 48); «Чи пом'якшиться тернистість реформування галузі?» (Демократична Україна, 2014, № 11; Голос України, 2014, № 56); «Український лікар в сьогоденній Україні» (Народне здоров'я, 2016, № 1, 2, 3).

Можна було сподіватися, що в Україні не буде обставин, які викличуть подібні статті, а якщо навіть початково будуть, то протягом часу визрівання, формування нового покоління (25 років) такі обставини відійдуть в історію минувшини. Не вийшло... Адже треба відстоювати відроджену державну незалежність зі зброєю в руках.

Відомо, що лікарі-українці поза Україною користуються увагою і повагою. Місцеві українські лікарі могли б співпрацювати на науковій, на громадській нивах з місцевими осередками лікарів, використовуючи такі зв'язки з метою ширшого ознайомлення позаукраїнських колег зі своєю Батьківщиною в різних аспектах. Це допомагає у формуванні належного морально-сприятливого ставлення до українців, їх держави, що за нинішніх обставин має особливе значення для підтримки України на світовому міждержавному рівні.

Будучи позбавленим можливості взяти участь у XVII Конгресі СФУЛТ безпосередньо, бажаю його делегатам, учасникам і гостям успіхів у роботі засідань, в опрацюванні заходів для покращення діяльності СФУЛТу з метою зміцнення стійкості нашої державності, збереження та відновлення її людності, непорушності миру у світі.

Слава Україні!

*Любомир Пиріг,
Почесний президент СФУЛТ,
почесний президент ВУЛТ,
почесний президент Асоціації нефрологів,
академік НАМН України,
доктор медичних наук, професор,
заслужений діяч науки і техніки України,
дійсний член Наукового товариства ім. Шевченка,
народний депутат Верховної Ради України першого скликання*

**ВІТАЛЬНЕ ЗВЕРНЕННЯ ДО ДЕЛЕГАТИВ XVII КОНГРЕСУ СФУЛТ
РЕКТОРА ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
ПРОФЕСОРА МИХАЙЛА КОРДИ**

Шановні учасники XVII Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств!

Цього року ми радо приймаємо висококваліфікованих медиків і відомих науковців з різних міст України та з-за кордону в Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського МОЗ України. XVII Конгрес Світової федерації українських лікарських товариств є важливою подією для представників лікарського фаху, адже виступає комунікаційною і професійною платформою для співпраці лікарів-українців в усьому світі з метою вирішення актуальних проблем у системі охорони здоров'я.

Це чудова нагода для дискусії у колі колег, можливість почути один одного та спільно опрацювати вектор розвитку української медицини. На мою думку, конструктивний діалог та обмін досягненнями є вкрай важливими кроками на шляху якісних змін у галузі охорони здоров'я України. Цю ефективну професійну комунікацію лікарів-українців упродовж 41 року успішно підтримує та розвиває Світова федерація українських лікарських товариств, яка була створена у 1977 році з ініціативи Українського лікарського товариства Північної Америки.

Упродовж тривалої діяльності СФУЛТ стала визнаним і авторитетним громадським об'єднанням не тільки для ефективної взаємодії, а й для професійного вдосконалення лікарів-українців. Також пріоритетними напрямками роботи федерації є сприяння покращенню охорони здоров'я і зміцнення здоров'я народу України, розвиток української науки, участь у вирішенні медичних проблем, правовий та соціальний захист медичних працівників.

Програма цьогорічного конгресу Світової федерації українських лікарських товариств, як і всі попередні, є актуальною, адже охоплює питання організації медичної допомоги, реформування первинної та вторинної ланок надання медичної допомоги, перспективи запровадження національного медичного страхування, професійної автономії і професійної відповідальності лікарів, безперервного професійного розвитку і освіти, охорони материнства і дитинства, клінічної та експериментальної медицини, лікарської етики і деонтології тощо. Лікарі-українці з багатьох країн світу діляться знаннями й досвідом щодо нових методів діагностики та лікування в різних галузях медицини.

Впевнений, що саме завдяки подібним заходам збільшиться експертне середовище фахівців, здатних втілювати якісні зміни в системі охорони здоров'я в Україні.

Бажаю всім учасникам Конгресу творчого натхнення, цікавих дискусій та наснаги в роботі!



УКРАЇНСЬКІ ЛІКАРСЬКІ ТОВАРИСТВА У СВІТІ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

СЬОГОДЕННЯ СВІТОВОЇ ФЕДЕРАЦІЇ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ

БАЗИЛЕВИЧ А.Я.

*Президент Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ),
проректор з лікувально-профілактичної роботи Львівського національного
медичного університету імені Данила Галицького, доктор медичних наук, професор*

Створення Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ) у 1977 році ставило за мету об'єднання лікарів українського походження, які є членами національних лікарських товариств, розвиток професійної та наукової майстерності, проведення медичних конференцій і участь у міжнародних медичних конференціях, висвітлення результатів наукових праць українських лікарів, поширення гігієнічних та медичних знань серед населення, пропаганду досягнень медицини та здорового способу життя лікарями та науковцями.

Сьогодні осередки СФУЛТ діють у Північній Америці (США і Канада), Бразилії, Німеччині, Франції, Словаччині, Чехії, Польщі, Росії, Австралії, Австрії. Процес організації осередків товариства відбувається також в Литві, Іспанії та Португалії. В кожній країні члени національних осередків СФУЛТ проводять активну соціальну, культурну і громадську діяльність. Зазвичай основною професійною потребою були зустрічі лікарів та спілкування з метою обміну досвідом і впровадження сучасних технологій в охорону здоров'я.

Суттєвим етапом в житті СФУЛТ стало запровадження проведення конгресів. Перший відбувся у 1984 році в Мюнхені в приміщенні Українського вільного університету, наступний — у 1988 році у Відні. Під час III Конгресу СФУЛТ, який вперше відбувся в Україні (Київ–Львів, серпень 1990 року), членом СФУЛТ стало Всеукраїнське лікарське товариство (ВУЛТ), що спонукало змінити і доповнити статут з урахуванням розширення діяльності в Україні. І, починаючи з 1990 року, кожні два роки конгреси проводяться в Україні. В серпні 2016 року конгрес відбувся в Києві у переддень 25-ї річниці Незалежності України. Вперше йому передував пре-конгрес, який відбувся у Берліні (голова УЛТ Німеччини – д-р Андрій Батрух). Це була вдала спроба проведення конгресу у двох країнах. Наступний – XVII Конгрес СФУЛТ відбудеться 20–22 вересня 2018 року в місті Тернополі на базі Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського. Йому передує Пре-конгрес у Мюнхені 23–25 серпня 2018 року. Все більше закордонних колег-українців долучаються до проведення конгресів СФУЛТ. Також вони беруть участь в роботі з'їздів Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ).

В час між конгресами проводиться низка науково-практичних конференцій, семінарів, теледистанційних форумів (США, Канада, Велика Британія, Німеччина), що надають можливість українським лікарям, які живуть за кордоном, презентувати свої напрацювання з метою покращання якості послуг охорони здоров'я і медичної допомоги у всіх теренах України. Окремо можна виділити проведення СФУЛТом – США у 2002 та 2005 роках американсько-українських інтерактивних інтернет-конференцій з питань протидії ВІЛ-інфекції і СНІД, видання спільно з МОЗ і МОН України та численними товариствами наукової літератури. Важливими темами також стали дослідження і лікування раку молочної залози, поліомієліт, боротьба з інсультом.

За ініціативи та організації СФУЛТ (США) (д-р Роксоляна Горбова) з 2005 року створено «Сітку лікарів» — електронні форуми, які відбувалися щомісяця, у форматі телеконференцій, що надавало можливість українським лікарям, які живуть за кордоном презентувати свої надбання з метою покращання якості послуг охорони здоров'я і медичної допомоги у всіх теренах України. Українське лікарське товариство Північної Америки (УЛТПА) з 1955 року видає «Лікарський вісник» (редактор – д-р Роксоляна Горбова) та розповсюджує його у всіх регіонах України.

Ще в жовтні 2013 року, зусиллями СФУЛТ (США), перші 6 хірургів з різних куточків України пройшли офіційний вишкіл у США за програмами «Розвинена підтримка життя пораненого (ATLS)» (Advanced Trauma Life Support (ATLS)) та «Курс розвитку команди догляду поранених у віддалених місцях (RTTDC)» (Rural Trauma Team Development Course (RTTDC)), розрахованими на хірургів-травматологів, а в 2015 році додатково 4 хірурги пройшли вишкіл ATLS в Англії. В травні 2014 року зусиллями СФУЛТ (США), 12 хірургів з різних областей України пройшли у США курси National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT) – «Долікарняна підтримка життя пораненого (PHTLS)» (Medical Technicians has developed the Prehospital Trauma Life Support (PHTLS)). В жовтні 2014, року завдячуючи СФУЛТ (США), ще 4 лікарі з України пройшли офіційний вишкіл NAEMT в Німеччині – «Тактична допомога пораненим бійцям» (Tactical Combat Casualty Care (TCCC)). Після цього СФУЛТ (США) офіційно запроваджено ці міжнародні вишколи з травматології – надання домедичної допомоги (д-р Роксоляна Горбова). Разом офіційно впроваджено вісім різних курсів, які високоякісно викладаються спеціально вишколеними українськими лікарями зі співпрацею СФУЛТ (США).

Лікарі з багатьох країн долучилися до роботи Медичної служби Майдану. Починаючи з 2014 року, у зв'язку з військовими діями на Сході України українська діаспора долучилася до лікування та реабілітації бійців АТО. Важливою подією в забезпеченні АТО стала також передача допомоги зі США, яку склали системи фільтрації води, високобілкові харчі, теплий одяг, спальники, лікарські засоби, 10 000 джгутів SWAT, компресуючі пов'язки та різні хірургічні прилади. Долучився до цього також відділ УЛТПА – Клівленду. Також передано медичний вантаж, матеріалів і пов'язок (близько 50 тонн) з Німеччини.

Цікавим і корисним є проєкт «Сміх – це здоров'я!» (СФУЛТ-США), який полягає в передачі дитячим відділенням лікарень в Україні сучасних україномовних дитячих видань, веселих і цікавих мультфільмів, щоб перебування хворих дітей у лікарні було більш приємним і таким чином сприяло їх одужанню.

З 2016 року СФУЛТ долучився до ініціативи Міжнародного благодійного фонду "ОМНІ-Мережа для дітей" (проф. Володимир Вертелецький) щодо подолання епідемії вроджених вад розвитку, зокрема вад невральної трубки (в т. ч. спинно-мозкової кили – spina bifida) в Україні шляхом запровадження обов'язкового збагачення борошна фолієвою кислотою.

Важливим етапом сприяння професійному росту медичних працівників України була започаткована французько-українська освітня Програма для українських фахівців у сфері охорони здоров'я та фармації (голова УЛТ Франції – д-р Олександра Гомула) у співпраці з французькою неурядовою громадською організацією «Асоціація французько-української співпраці у сфері охорони здоров'я та фармації» (ASFUDS) і Українським лікарським товариством у Львові. В Програмі мають можливість брати участь лікарі всіх спеціальностей, провізори та інші працівники сфери охорони здоров'я, студенти, інтерни медичних університетів зі всієї України. Метою проєкту є ознайомлення вітчизняних лікарів і студентів медичних університетів з однією з кращих у світі моделей охорони здоров'я, роботою медичних установ і системою підготовки медичних кадрів у Франції, відвідування спеціалізованих музеїв медицини тощо. З 2017 року в програму додалося вивчення систем охорони здоров'я Німеччини, Італії, Португалії, Греції, Сербії та Швеції. У 2018 році відбулося ознайомлення з медициною Великої Британії та Грузії.

Основними завданнями сьогодення СФУЛТ є створення нових осередків в країнах, де ще не існує товариство чи діяльність була припинена. Актуальною є юридична реєстрація СФУЛТ в Україні, одержання приміщення. Ситуація в охороні здоров'я України спонукає до ще більшого об'єднання українських лікарів не тільки на Батьківщині, в Україні, але й всього світу. Держава потребує міжнародної підтримки, підтримки оборонної, економічно-фінансової, політичної, морально-психологічної. Жертовна праця членів СФУЛТ на користь українського суспільства зможе пришвидшити процес становлення охорони здоров'я держави.

СВІТОВА ФЕДЕРАЦІЯ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ ТА ПЕРСОНАЛІСТИЧНА БІОЕТИКА

ТЕРЕШКЕВИЧ Г. Т.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Ця нова навчальна дисципліна – персоналістична біоетика, що співзвучна з християнським вченням про людину, дістала вперше в Україні підтримку у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького, а також подальший розвиток у Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського.

Біоетика займається етичними питаннями запліднення, народження, життя, смерті, зокрема, можливостями розвитку і пошуків біологічної та медичної терапії. Біоетиці передували тисячолітній досвід медичної етики та деонтології. Етичні норми і правила в медицині починаються від Гіппократа та є актуальними і сьогодні. В «Каноні лікарської науки» Авіценні подається чимало етичних засад, зокрема вимога до лікаря зосередити першочергові зусилля на профілактиці хвороб, враховуючи індивідуальні особливості і унікальність кожної людської особи, яка з моменту запліднення є автономна, інтегральна, неповторна, створена Богом, як вінець Його творіння, і недопустимі будь-які дії всупереч її правам.

Біоетика є новим науковим напрямом, який в Україні перебуває на початковій стадії застосування у складних соціальних, політичних, економічних умовах (наслідки багатовікової колонізації України та довготривалих дій політичних репресій, штучного голодомору – десять мільйонів невинно вбитих життів, опустілі хати, де затихло життя сімей, яким замилувався Тарас Шевченко присвятив свій "Садок вишневий", — ідеології тоталітарного комуністичного режиму). Минуло стільки років і ця агресія проти народу модифікувалася, зло набрало вишуканіших форм.

В Україні щорічно здійснюється 200–250 тис. абортів, що перевищує європейські показники на 17 %. Чисельність населення України на сьогодні 42 433 663, а «зростання» чисельності – 28 555, що свідчить про демографічну проблему нашої держави, яка безпосередньо пов'язана з проблемою абортів. Це загрожує національній безпеці, рівно ж як і необрана нами війна «любви проти ненависті» на Сході України.

В наш час, на жаль, медицина втрачає риси лікарського мистецтва, все більше стає медициною технології, досліджень, клінічних випробовувань і бізнесу. Нелегко побороти погляди утилітарної етики, особливо поширені серед частини лікарів намагання до збагачення, незважаючи на моральні і матеріальні шкоди, які наносяться при цьому пацієнтам, а навіть колегам.

Перед суспільством і державою постає необхідність розвитку охорони здоров'я на засадах персоналістичної біоетики. Ці питання не може залишити поза увагою Українське лікарське товариство.

Біоетика є відкритою для нових наукових знань, ґрунтується на моральних засадах, зорієнтованих на пошану гідності людини як особистості в духовній, душевній і тілесній інтегральності та її розвиток, на збереження людського життя та здоров'я від моменту запліднення до природної смерті. За жодних обставин людину не можна розглядати як засіб для реалізації певних інтересів.

Як відомо, понад 150 років тому з Господнього благословення у Львові об'єдналися лікарі, які принесли вогонь своїх сердець і запалили свічку служіння людям. Це священне полум'я розлетілось по цілому світі вогнем милосердя лікаря, готового на самопожертву ім'я порятунку людського життя та здоров'я. Так було створене Українське лікарське товариство, яке відновило свою діяльність у Львові в 1990 році після 45-річної перерви. Це товариство вважає, що одним з його основних завдань є докорінна поправа морально-етичного рівня медичної громадськості через

переконливу та наполегливу пропаганду і навчання персоналістичної біоетики. Лікар Львівської обласної дитячої клінічної лікарні «ОХМАТДИТ» Богдан Надрага зазначив, що при вирішенні гострих, нерідко контроверсійних біоетичних проблем, які у наш час виникають дедалі частіше (прокреації, пренатальної діагностики, трансплантації, евтаназії, експериментальної терапії, генної інженерії тощо), позиція Українського лікарського товариства має бути однозначна, послідовна, принципова: недоторканість, святість та пошана гідності людського життя від моменту запліднення до Богом призначеного відходу.

Українські лікарі як представники християнської нації повинні керуватися у своїх діях при виконанні службових обов'язків євангельським вченням про людину, про її походження та життя на усіх його етапах. Допомога при нездужаннях у зміцненні здоров'я людини, полегшення фізичних і моральних страждань, збереження життя як найціннішого Божого дару – це служіння Христові в особі ближнього.

РЕЦЕПТ УСПІХУ УКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА У ЛЬВОВІ

Дуда О.Р., Сліпецький Р.Р.

м. Львів, Українське лікарське товариство у Львові

Засноване 1910 року у Львові з метою піклування здоров'ям українського населення, оборони професійних інтересів і піднесення знань лікарів Українське лікарське товариство існує вже понад 100 років та налічує більше 1100 членів. Жодна інша громадська організація не може похвалитися такими успіхами. У чому ж секрет успіху? Найперше, у людях, що становлять інтелігенцію нації та безапеляційно слідуєть основним ідеям товариства у різні, часто нелегкі часи, розвивають його, віддають свої сили, ідеї та натхнення.

У новітній історії члени УЛТ, піклуючись про фаховість та знання медичної спільноти, представлені у клініко-експертних комісіях ДООЗ ЛОДА, зокрема при атестації лікарів. Слідуючи новим викликам ХХІ століття, створена юридична комісія та юридичний сервіс 24/7 для правової допомоги лікарям у захисті їх прав. Змінено формат поширення важливої інформації через інтернет-комунікацію на веб-сторінці, цільову розсилку на e-mail та сторінку у Facebook. З метою підняття престижу товариства введено у дію проект прихильності «УЛТ – велика родина», що передбачає персональну дисконтну карту для кожного члена УЛТ зі знижками від партнерів. Об'єднання у товариство проводиться також на численних культурно-промоційних заходах, як наприклад, щорічний забіг «Здоровий лікар – здорова нація», «Маланка». Поважають члени УЛТ і свою історію: численні виставки у музеї в домівці УЛТ за рік відвідує більше 2800 людей, науково-промоційні заходи носять міжнародний характер та налічують більше 1000 учасників. Численні проблеми залишаються, однак незмінним залишається одне – міць спільноти медиків, що роблять спільну справу, справу Українського лікарського товариства у будь-які часи та відстоюють ідеї лікарського самоврядування.



ПРОФЕСІЙНА АВТОНОМІЯ
І ПРОФЕСІЙНА
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЛІКАРІВ.
БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ
РОЗВИТОК І ОСВІТА

ЛІКАРСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ *VERSUS* ЛІЦЕНЗУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ: СВІТОГЛЯДНИЙ І ПРАКТИЧНИЙ ВИМІРИ

Тищук М.М.

м. Одеса, Голова правління Всеукраїнського Лікарського Товариства

До історії питання. 6 квітня 2018 р. групою народних депутатів, до якої входили автори попередніх законопроектів про лікарське самоврядування О. Богомолець і О. Мусій та більшість членів профільного комітету ВРУ, була зареєстрована зведена редакція проекту Закону України «Про лікарське самоврядування», реєстраційний номер 8250. Це була завершальна дія в тривалому марафоні дискусій, узгоджень, експертиз і компромісів. До процесу обговорення долучились представники різних лікарських асоціацій і товариств, юристи й міжнародні експерти. Тепер справа за Верховною Радою.

12 червня 2018 р. Міністерством охорони здоров'я України було розміщено на своєму сайті для обговорення проект «Концепції про ліцензування професійної діяльності лікарів» (на момент друку статті цей документ із сайту МОЗ було видалено). Достеменною інформацією стосовно того, чому і як з'явився цей документ, ми не маємо. За стилем і формою подання, виглядає так, що це продукт, підготовлений в рамках грантової діяльності, в самому документі і оголошенні про оприлюднення інформація про авторів відсутня. На підставі детального вивчення і обговорення в експертному середовищі правління ВУЛТ дійшло висновку, що цей проект є адміністративною антитезою до лікарського самоврядування, протидією йому і перешкодою на шляху до запровадження реального самоврядування.

12 липня 2018 року в зв'язку з цим Правління ВУЛТ оприлюднило Заяву, яка отримала широку підтримку лікарської спільноти.

Аналіз сутності проекту концепції «Ліцензування професійної діяльності лікарів»

Отже МОЗ нарешті звернув увагу не лише на проблеми фінансування, але й на якість медичної допомоги і питання лікарської діяльності. Проте, як буде показано далі, щирість намірів і, тим паче, валідність методів є під великим сумнівом. Є три важливих моменти, які по-різному описані або хоча б згадані в цьому документі, але які, на нашу думку, потребують детального розгляду:

- по-перше, це розуміння того, що існуюча система оцінки кваліфікації лікарів, їх мотивування і суспільного визнання є застарілою і потребує переосмислення та кардинальних змін;
- по-друге, це усвідомлення того, що зазначена проблематика потребує законодавчого врегулювання;
- по-третє, це визнання того, що кращим способом вирішення таких питань є задіяння механізмів лікарського самоврядування.

При аналізі цих позицій будемо тримати в полі зору проголошені авторами проекту концепції професійного ліцензування цілі політики. Цілями політики є усунення причин низької якості медичної допомоги, пов'язані з медичним персоналом, а саме: підвищення мотивації лікаря (забезпечення достойної винагороди лікаря, що підтвердив свою кваліфікацію; визнання його професіоналізму незалежно від стажу роботи); підвищення професійного рівня (забезпечення постійного навчання лікаря; залежність права практикувати від такого постійного навчання); відповідальність лікаря (створення механізму виведення некомпетентних лікарів з професії незалежним органом).

В порівнянні з метою лікарського самоврядування, визначеною в проекті Закону України «Про лікарське самоврядування» № 8250. Стаття 2. Лікарське самоврядування є професійним самоврядуванням в охороні здоров'я, яке створюється з метою забезпечення належного здійснення лікар-

ської практики і дотримання її гарантій, забезпечення високого професійного рівня і професійної автономії лікарів, захисту професійних прав лікарів в інтересах охорони здоров'я пацієнтів і народу України.

Фіговий листок «турботи про якість», або ж, у всьому винні погані лікарі, треба їх позбуватися

Почнемо з першого моменту: **необхідності кардинальних змін.** Саме до цього питання в найбільшій мірі відноситься описова частина проекту концепції. Для добре відомої пострадянської української традиції є типовим давати широкий аналіз проблем, недоліків і питань, які потребують вирішення. На жаль, що стосується конструктивної частини концепції чи іншого документу, який готується певним державним органом, то вона вкрай рідко буває доброю. Не є винятком і «Концепція професійного ліцензування лікарів», яка винесена на обговорення МОЗ України.

Більше того, навіть в описовій частині цього документу є кілька курйозних моментів, що вірогідно обумовлені впливом політичної кон'юнктури, оскільки занадто велика частка відповідальності за якість медичної допомоги покладається, а точніше перекладається на лікарів. Хоч автори і пробують це замаскувати, коли пишуть *про «2.2 Низький професійний рівень певної частини медичного персоналу» (підкреслено автором)*, це враження не зникає. Бо в цілому текст концепції і висновки в ній вказують, що саме так хочуть бачити проблему автори/замовники цього документу. Як наслідок, виникає засаднича помилка: автори пропонують вирішити питання підвищення якості медичної допомоги через зовнішній (державний) контроль, що в сучасних умовах неможливо в принципі. Часи адміністративного контролю і примусу мають залишитися в минулому. Нові суспільні відносини, взаємопов'язана і різнопланова лікарська діяльність, високі професійні вимоги і постійно зростаючі очікування пацієнтів, наукові здобутки і нові технології надто складні, щоб питання якості медичної допомоги можна було вирішувати за допомогою «допуску», «іспитів», «ліцензійних рад» тощо, хоча таке бажання притаманне багатьом посадовцям.

Насправді проблема якості є системною, отже і вирішувати її слід системно. Звісно, кваліфікація лікарів та іншого медичного персоналу, їх мотивація, рівень і знову таки якість безперервної освіти мають велике значення, але певні акценти в проекті тексту концепції явно його перебільшують, а певні пасажі є просто образливими для лікарів. Безвідповідальність непрофесійного медичного персоналу можна описати такими факторами: недосконалість законодавства, що регулює лікарську професію; відсутність ефективного механізму виведення некомпетентного персоналу з ринку медичних послуг; відсутність незалежного органу, який може оцінити питання компетентності лікаря.

Автори вдаються навіть до логічної невідповідності. Наприклад, беруться статистичні дані щодо материнської смертності і кількості кваліфікованого персоналу, який був присутній під час пологів в Україні і в ряді європейських країн, і на цій підставі робиться висновок, що така висока смертність безперечно пов'язана з кваліфікацією лікарів. Яке обладнання, яке медикаментозне забезпечення, в якому стані і чому саме в такому стані жінка потрапляє до родильного залу або операційної, інші важливі для такого висновку обставини до уваги не беруться. Звісно, такі висновки є некоректними і неприйнятними при підготовці серйозного документу.

Інший приклад стосується кількості лікарів в різних країнах. І знову маємо некоректне порівняння, тому що в Україні береться загальна кількість лікарів, а для Європи традиційним є використання не загального показника лікарів, а саме тих, які займаються лікарською практикою і безпосередньо надають медичну допомогу. При коректному зіставленні виявиться, що в Україні лікарів навряд чи більше, ніж в Польщі, і в два рази менше, ніж в Німеччині. При цьому обидві ці країни скаржаться на нестачу лікарів, а Україна є їх донором. На жаль, щодо цього маємо не втішний прогноз. Але якщо до процесів, які наростали впродовж останнього десятиліття і прискорилися завдяки ще тільки оголошеній «медичній реформі», додасться ще й таке ліцензування, то відтік лікарів стане ще більшим, а отже, і якість, а тим паче доступність медичної допомоги різко зменшаться.

Загальновідомо, і автори концепції також це знають і навіть дають перелік чинників, що питання якості медичної допомоги потребує системного підходу і цілої низки заходів, до яких відносяться і питання лікарської діяльності в цілому. Ліцензування чи інші процедури контролю професійної діяльності лікарів є лише одним із компонентів, до того ж таке ліцензування, яке пропонується в зазначеному проекті, ні в якій мірі не відповідає європейським традиціям.

Підсумовуючи, слід вказати, що основною вадою констатуючої частини проекту концепції є штучне притягнення проблеми якості медичної допомоги для обґрунтування жорсткого державного контролю за лікарями шляхом запровадження додаткового ліцензування. (*Виглядає як спроба прикрити фіговим листочком жагуче прагнення до володарювання*).

І повертаючись до першого пункту, тобто необхідності змін, ми, звісно, підтверджуємо, що існуюча система атестації застаріла, вона не визначає реальний рівень кваліфікації і не стимулює лікарів, система оплати праці, яка опирається на кваліфікаційні категорії є неефективною, діяльність кваліфікаційно-експертних комісій формальна і не повноправна. Відповідно цю систему необхідно змінювати. А от що саме і як саме змінювати МОЗ і лікарська спільнота бачать по-різному.

Законодавче врегулювання чи адміністративне унормування?

Автори документу, оприлюдненого МОЗ, називають його проектом Концепції. Це з очевидністю вказує на горизонт мислення і розуміння сучасної системи охорони здоров'я. Адже в зазначеному документі йдеться лише про один із її компонентів, а саме – регулювання лікарської діяльності. При цьому вся суть «концепції» зводиться до пропозиції запровадження ліцензування професійної діяльності на зразок американського. При цьому не береться до уваги, що не лише фінансові і юридичні умови лікарської діяльності в США радикально різняться з європейськими, але й адміністративний контекст абсолютно відмінний. В США, як федеративній державі, питання ліцензування віднесені до компетенції штатів і вирішуються в кожному з них на підставі їх законів.

На противагу цьому законопроект «Про лікарське самоврядування» № 8250 дійсно є системним документом, який розширює і органічно доповнює існуюче законодавче поле стосовно охорони здоров'я. Остання редакція проекту закону не обмежується виключно питаннями діяльності самоврядної організації, а передбачає законодавче врегулювання найважливіших аспектів лікарської діяльності, в тому числі тих, які пов'язані з професійною відповідальністю і якістю надання медичної допомоги. Законопроект визначає сутність цієї діяльності і детально описує її найважливішу частину – лікарську практику.

Загальною метою законопроекту є визначення різнопланових аспектів регулювання лікарської діяльності на засадах самоврядування в інтересах пацієнтів. І в тій мірі, в якій якість медичної допомоги залежить від етичної поведінки і сумлінного виконання лікарями своїх обов'язків, законопроект пропонує завершений цикл дій, відповідальності лікарів в процесі їх професійної діяльності, з одного боку, і повноважень, процедур, заходів обмеження і накладення стягнень з боку самоврядної лікарської організації по відношенню до її членів-лікарів – з іншого.

Проте, що стосується системи оцінки і контролю якості медичної допомоги в цілому, то це, як вже зазначалося вище, більш широке питання, яке потребує концептуального вирішення відповідно до кращих європейських практик і свого законодавчого врегулювання. Саме такий підхід личить Центральному органу виконавчої влади, відповідальному за політику в охороні здоров'я. Але чи спроможне МОЗ до такої роботи і чи готове Воно опиратися на досвід кращих вітчизняних фахівців, схоже, питання риторичне.

Лікарська спільнота на численних обговореннях питань, що стосуються лікарської діяльності і ситуації в національній охороні здоров'я, давно дійшла важливого висновку: основним інститутом та інструментом, який має бути задіяним для оцінки якості і контролю за діяльністю лікарів, є лікарське самоврядування, самоврядування людей, які вибрали дуже тяжку, відповідальну і почесну професію лікаря. Як показує європейський і світовий досвід, лікарі не потребують наглядців з боку держави, вони спроможні самостійно, і аж ніяк не гірше адвокатів, архітекторів, нотаріусів та інших вільних професій, вирішувати питання своєї професійної діяльності. Це є загальноприйнята практика: держава віддає в руки самих лікарів коло питань, які стосуються безпосередньо їх діяльності і вони несуть за це відповідальність, а відповідальність держави є в тому, щоб законодавчо врегулювати ці питання і забезпечувати умови для їх здійснення.

На сьогодні в Україні законодавчого врегулювання шляхом прийняття спеціального закону потребують два питання: перше – яким чином має бути створена і як має функціонувати лікарська самоврядна організація; друге – що таке лікарська діяльність (лікарська практика) і як вона має здійснюватися. Відповіддю на ці питання і є законопроект «Про лікарське самоврядування» за № 8250, який після тривалого обговорення і міжнародної експертизи зареєстрований великою групою депутатів, фактично з усіх фракцій. В країнах Європи є закони щодо регулювання

лікарської діяльності, як такої. Звісно, вони містять положення про ліцензування (сертифікацію, апробацію), але не обмежуються цим. До прикладу, ми детально аналізували закон «Про право на лікарську практику», який діє в Польщі. Це важливий закон, який є дотичним до закону «Про ізби лікарські», тобто про самоврядну лікарську організацію. Разом ці два закони створюють простір, який забезпечує ефективне функціонування лікарів в національній системі охорони здоров'я. Чому так, бо для всіх зрозуміло, що лікарі є найвідповідальнішою і найважливішою професією у будь-якій системі охорони здоров'я. Враховуючи європейський досвід, який українські лікарі вивчали протягом десятилітнього плідного спілкування зі своїми колегами з Австрії, Албанії, Болгарії, Німеччини, Польщі, Словаччини тощо, авторам законопроекту № 8250 вдалося поєднати ці два питання і вписати в рамках одного законодавчого акту положення про те: (а) як заснувати самоврядну лікарську організацію, як вона має діяти, які повноваження матиме, яку відповідальність за своїх членів нестиме і (б) як лікарі мають здійснювати свою практику, яку професійну відповідальність нестимуть у разі неналежного її виконання та/чи порушення етичних норм, як підвищуватимуть свій професійний рівень, яких стандартів мають дотримуватимуся тощо.

На політично незаангажований погляд, реформаторський МОЗ демократичної країни не мав би обмежуватися питаннями ліцензування, які є фактично адміністративними заходами, а повинен би якнайактивніше підтримувати і просувати зазначений закон. Але чи так це насправді?!

На основі сказаного можна зробити два принципових висновки:

1. Проект Концепції ліцензування професійної діяльності лікарів» має бути відкликаним. Замість цього треба створювати концепцію регулювання лікарської діяльності і сприяння її здійсненню. Важливими елементами для втілення такої концепції має бути паралельна розробка плану дій адаптованого до наших реалій.

2. Абсолютно невідкладним завданням є промоція прийняття і імплементації Закону України «Про лікарське самоврядування». Навколо цього мають об'єднатися всі лікарські спільноти України.

Деякі акценти стосовно змісту і суті даних проектів

Нижче подаємо короткі відповіді на найбільш поширені запитання, що торкаються обох проектів: Закону «Про лікарське самоврядування» і Концепції про ліцензування професійної діяльності лікарів».

Чи сприятиме ліцензування поліпшенню якості медичної допомоги і які побічні ефекти цього заходу?

Важливим є те, що йдеться **ще про одну форму ліцензування**, і хоча автори намагалися показати, що вона відрізняється від ліцензування господарської діяльності, але ліцензування – це все-таки ліцензування, тому в концепції прописуються і пропонуються процедури саме адміністративного контролю за діяльністю лікаря, тоді як лікарі – це є одна з найпомітніших вільних професій, а вільні професії потребують не адміністративного контролю, а регулювання, оскільки вони мають достатні механізми для само- і взаємоконтролю. Тобто, або ми маємо солдатів і гвинтиків, що типово для адміністративної системи, або ми маємо поважних і гідних своєї професії людей, як це типово для вільного світу. Тому в законопроекті «Про лікарське самоврядування» мовиться про право на здійснення лікарської діяльності, а в цій концепції мова йде про допуск. А значить, і про те, що створюється спеціальний квазінезалежний орган, який буде цей допуск/недопуск контролювати. Далі все, як в пісні: і тепле місце для довірених персон, шляхом незалежного конкурсу допущених до світлого кола 30 святих «ліцензійної ради», і робота для анти-корупціонерів забезпечена. До чого це може призвести автори концепції і самі усвідомлюють. Запровадження тотального екзаменування лікарів з багатьох причин в найменшій мірі призведе до поліпшення якості медичної допомоги, чим вони ніби опікуються, проте цілком вірогідно ще більше відверне лікарів від професії або від її здійснення в Україні, отже і доступність, і якість медичної допомоги для бідних та інших вразливих верств населення стануть ще проблемнішими.

Якою має бути відповідальність лікарів?

В проекті закону мова йде про професійну відповідальність, бо це є надзвичайно важливим суспільним інтересом – професійна відповідальність лікарів, а в проекті концепції мова йде про дисциплінарну відповідальність (Звісно, є ще кримінальна і адміністративна відповідальність лікарів, оскільки всі рівні перед законом, відповідно, мають відповідати за його порушення. Але це не є ефективним щодо якості медичної допомоги). Проте, це не одне й те ж саме. В українських ре-

аліях це питання має бути обов'язково визначено законодавчо. Дисциплінарна відповідальність, як справедливо зазначають автори концепції, достатньо описана в законодавчих актах, які вже прийняті в Україні. Проте потребує визначення, що саме є професійною відповідальністю лікаря, незалежно від того чи він працює по найму і на нього поширюються норми дисциплінарної відповідальності визначені трудовим законодавством, чи цей лікар є ФОП, чи він здійснює незалежну професійну діяльність – лікарську практику. В концепції, щоправда, є згадка про незалежну професійну діяльність, бо це прописано в податковому кодексі, але далі ця тема не висвітлюється, хоча така форма діяльності напряду стосується лікаря, як представника вільної професії. Професійна відповідальність порівняно з дисциплінарною – це більше широке і глибоке поняття і в цьому понятті етика є надзвичайно важливою. Лікарська практика і професійна відповідальність лікаря за свою діяльність – це те, що люди добровільно беруть на себе і хочуть відповідати своєму високому призначенню, а їхні колеги повинні їм у цьому допомагати, бо колегіальність є одною з найкращих і найважливіших чеснот лікарського загалу.

Бути, чи не бути атестації?

В цьому пункті позиції практично співпадають, атестацію, як обов'язкову процедуру, що поширюється на всіх лікарів, потрібно скасовувати. Проте, на наш погляд, в подальшому атестація може здійснюватися, як локальний захід керівництвом медичних закладів або інших установ, в яких працюють медпрацівники, в тому числі лікарі. Якщо у цьому, на думку власника чи уповноваженого органу є підстави, то цей власник, наприклад, держава, громада, приватний бізнес може його здійснити, створивши свою атестаційну комісію або звернувшись до незалежної атестаційної комісії, агенції, в тому числі, самоврядної лікарської організації на основі відповідного договору. Якщо будуть чітко визначені мета і процедура такої атестації, то від неї може бути певна користь. Але це не має поширюватися на всіх лікарів, зокрема тих, які здійснюють приватну практику.

Чи повинні бути регулярні екзамени для лікарів, які вже мають право на лікарську практику?

Ми вважаємо, що це зайве і нічого доброго не добавляє. Етап екзаменування має бути завершеним тоді, коли лікар отримує своє почесне звання і приступає до лікарської практики. Тут має бути чітко розмежована відповідальність держави і лікарської самоврядної організації.

Звернемось знову до концепції. Там досить чітко і послідовно описано, які існують етапи в підготовці лікарів і вказано на те, що далі лікарі повинні здійснювати безперервний професійний розвиток¹ З цим у нас суперечностей немає. Тобто, на етапі навчання лікарів функції і відповідальність держави є визначальними, вона повинна розробляти і контролювати освітні стандарти, видавати ліцензії освітнім закладам, затверджувати програми, організовувати екзаменаційні іспити і робити все інше, що дозволяє забезпечити високу якість медичної освіти і підготовку відповідальних і кваліфікованих спеціалістів. Державні органи, які за це відповідають, повинні, тим не менше, прислухатися до думки лікарів як досвідчених експертів і долучати представників лікарського самоврядування до експертизи відповідних регуляторних актів, як це і передбачено в законопроекті «Про лікарське самоврядування».

Як мають бути врегульовані питання післядипломної освіти лікарів?

З моменту, коли людина отримала диплом про медичну освіту, лікарська спільнота повинна підключатися до процесу його становлення як лікаря і допомагати молодим колегам стати професіоналами своєї справи. Мова, зрозуміло, йде про стажування (зараз це інтернатура, в майбутньому має бути резидентура). В багатьох країнах використовується термін «безперервна професійна освіта». До цього складного і дуже відповідального завдання мають бути долучені кращі лікарі-практики, вони повинні цього хотіти, вони повинні за це отримувати відповідну винагороду і пошану. В більшості країн лікарів-наставників допомагають підібрати і делегують саме лікарські самоврядні організації. Але й на цьому етапі роль держави все ще є визначальною, оскільки вона регулює діяльність освітніх інститутів і акредитує клініки та практики для резидентури і таким чином контролює високу якість підготовки лікарів, перш ніж вони розпочнуть самостійну лікарську практику. Визначальним моментом для цього є отримання лікарем сертифікату спеціаліста, наприклад лікаря загальної практики-сімейної медицини, кардіолога, хірурга тощо. Визначення переліку лікарських спеціальностей також є прерогативою держави, у лікарського самоврядування щодо цього має бути дорадче право.

Яким має бути державний контроль діяльності сертифікованих лікарів?

Після того, як лікар отримав сертифікат спеціаліста і позбувся приставки «стажист», він стає повноправним членом лікарської самоврядної організації і отримує Свідоцтво на право здійснення лікарської практики за своєю спеціальністю. Це є знаменний момент, після якого лише сам лікар і самоврядна лікарська організація визначають, як йому здійснювати свою професійну діяльність. Ніяких додаткових екзаменів, ніяких спеціальних комісій, ніяких ліцензійних рад. Це наше категоричне і дуже чітке уявлення: якщо держава за допомогою освітніх інститутів і спеціальної інтернатури або резидентури, де є заключний іспит, зробила висновок що лікар оволодів професією і став спеціалістом, видала відповідний сертифікат, то її роль і завдання виконані. Далі мають бути використані інші механізми контролю і самоконтролю, які не потребують наглядачів і державних контролерів. Це є справою особистої і корпоративної відповідальності лікарів. Як показує світова практика цього цілком достатньо для покарання тих лікарів, які допускають неприйнятні помилки і вчиняють такі дії, які не відповідають високому званню лікаря. Для цього у відповідності із законом лікарська самоврядна організація повинна створити належні інститути і механізми, як це передбачено в законопроекті № 8250.

Як і чому лікарі мають підвищувати свій професійний рівень?

Для чого лікарі мають підвищувати свій професійний рівень є питанням риторичним, а ось як саме, і чому вони будуть це робити – потребує вивчення, оскільки існуюча система є неефективною і має великі прогалини. Більшість лікарів і багато освітян-медиків згодні з тим, що обов'язково-примусове проходження передатестаційного циклу є анахронізмом і підтримує запровадження європейських підходів, які визначені відповідною Постановою КМУ і чекають на уточнення наказом МОЗу. Загальний принцип не викликає заперечень і є таким: лікар має право сам визначати, які знання йому на часі отримати або освіжити, які нові навички і методики пора освоїти. Інформація про безперервний професійний розвиток лікаря відноситься до категорії відкритої і має бути доступною через Реєстр лікарів. Очевидно, лише найбільш скрупульозні пацієнти будуть в деталях вивчати те, що в міністерській концепції названо «освітнім портфоліо», але ця інформація з Реєстру лікарів, без сумніву, не залишиться поза увагою потенційних працедавців і страхових компаній. Фактично це є достатнім стимулом для підвищення лікарем своєї кваліфікації: хочеш отримувати кращу зарплату і менше платити за страхування професійної відповідальності – вчись. Припустився помилки – доведи свою кваліфікацію завдяки своїм здобуткам у безперервному професійному розвитку і страхова компанія буде на твоєму боці.

Слід сказати, що від помилок не застрахований ніхто і не було жодного лікаря в світі, який би хоча б раз в житті не помилявся, але відверто кажучи, помилки від незнання або переоцінки своїх можливостей, які більше властиві молодим лікарям, – це завжди власний осуд і страждання, а ще страх такого ж осуду з боку колег, хіба це не є достатнім покаранням за помилку. Є ще помилки, обумовлені, в тому, перевантаженням, побутовими негараздами і в підсумку професійним вигоранням – тут треба бачити кожного окремого лікаря, але лікувати потрібно систему в цілому. І є, на жаль, ще третя категорія лікарських помилок, де лікаря фактично «підставляють», коли він працює в таких умовах, що реальне дотримання протоколів та клінічних настанов неможливе і раніше чи пізніше проблем не оминати. В цьому випадку основне питання, чому лікар погоджується так працювати і чи можна це змінити. Очевидно, що безперервний професійний розвиток лікаря, крім фахових знань і навичок, має включати певну юридичну і економічну підготовку, комунікативні і організаційні навички тощо.

Мати повагу колег, довіру і пошану пацієнтів – це великі заохочення для здобуття лікарем знань в будь-якому віці, навіть у найповажнішому, особливо, коли його гідність і честь поцінуються належно, матеріально і морально. Власне, це і є найкращим запобіжником від помилок і важливим компонентом підвищення якості медичної допомоги.

Хто має надавати освітні послуги лікарям і хто має це контролювати?

Крім участі в наукових заходах (конгресах, конференціях, симпозіумах тощо) та самоосвіти лікарі можуть і повинні за власним вибором проходити курси тематичного удосконалення, тренінги, семінари, стажування і тому подібне в різних освітніх або медичних закладах. Важливо, щоб було створено конкурентне середовище добросовісних і відповідальних провайдерів медичних знань, незалежно від форм власності. Це стосується національних і міжнародних освітніх заходів і Акредитацією освітніх інститутів і закладів, які мають можливість і право надавати освітні по-

слуги лікарям, в європейських країнах займаються самоврядні лікарські організації або держава і самоврядні лікарські організації, те саме стосується обліку безперервного професійного розвитку (освіти) лікаря. Такий порядок передбачає і законопроект «Про лікарське самоврядування»: лікарі можуть навчатися в усіх закладах, що мають ліцензію МОН України або в закладах акредитованих самоврядною лікарською організацією. Що стосується закордонних освітніх інституцій, то визнання такого навчання має здійснюватися на основі акредитації міжнародними, в першу чергу європейськими, лікарськими організаціями.

Яким чином законопроект про лікарське самоврядування стосується лікарської практики і її якості?

Як зазначалося вище, питання лікарської практики є у фокусі уваги в законопроекті. Вони виписані в тій мірі, яка дозволяє ефективно функціонувати лікарському самоврядуванню і забезпечувати професійну автономію лікарів на благо їх пацієнтів. Моральний і правовий імператив, що вся діяльність лікаря підпорядкована інтересам опіки за здоров'ям його пацієнтів і що ні державні органи, ні хто інший не може втручатися в професійну діяльність лікаря, втілена у відповідні законодавчі новели. Зокрема, в законопроекті передбачена гнучка система і розподіл повноважень між органами самоврядування лікарів щодо розгляду і врегулювання спорів і конфліктів, які можуть виникати в процесі лікарської діяльності. Для цього створюється етична комісія, комісія з належної лікарської практики, а також передбачені механізми медичного арбітражу і медіації. Таким чином, залежно від того, яким є випадок, він може розглядатися відповідним органом. Рішення про те, хто, яким чином і в якій послідовності має брати до розгляду той чи інший випадок, прийматиме уповноважений професійної відповідальності. Інститут уповноважених професійної відповідальності є новим для українського досвіду, але це є дуже важлива демократична альтернатива атестаційним комісіям, ліцензійній раді та іншим подібним органам. Декоративна зміна способу створення комісії (конкурсний відбір) і її назви (атестаційної та клініко-експертної комісії на ліцензійну раду) не змінює власне принципів: вони залишаються адміністративно-каральними. Ми певні, що ці поки що невідомі в нашій практиці роль і позиція утвердяться відразу після створення організації лікарського самоврядування, оскільки згідно із законопроектом уповноважені мають бути в кожному регіоні обрані безпосередньо лікарською спільнотою з числа найбільш відповідальних, чесних і кваліфікованих лікарів. При цьому їх завданням не є безпосередній розгляд спорів і колізій, а лише їх адміністрування. Що стосується етичної комісії, комісії з належної лікарської практики та медичного арбітражу, то їх члени також будуть обиратися на визначений законом термін із числа найбільш достойних лікарів, що практикують в цьому регіоні. Звичайно, на таких же засадах обиратимуться і члени аналогічних органів національного рівня. Оскільки, ці питання є досить об'ємними, їх подальша деталізація не є доцільною в межах даної статті. Для цього краще звернутися безпосередньо до законопроекту № 8250 (див. на сайті ВРУ).

Якою є позиція МОЗ щодо лікарського самоврядування?

Публічно ця позиція ледь-ледь артикульована. Заявити відверто, що вони не підтримують загальноєвропейську практику законодавчого визнання права лікарів на самоврядування очільники МОЗ не можуть, оскільки це суперечить програмним документам Уряду Президента та й самій Угоді про асоціацію, проте, де-факто вони старанно саботують цей процес. Це прикро ще й тому, що актуальний законопроект розроблений на основі попереднього, автором якого був заступник Міністра Р. Ілик. Звісно, цей документ доопрацьований і суттєво доповнений, але в основі, а саме в частині діяльності самоврядної організації, він є продовженням попередніх напрацювань.

А чи потрібне ліцензування професійної діяльності лікарів?

Автор(и) проекту відповідної концепції самі розуміють, яку плутанину вони вносять пропозицією щодо двох паралельних ліцензувань лікарської діяльності. Проте не це головне, принципово важливим є не тлумачення терміну, а визначення по суті: ліцензуватися має виключно господарська діяльність, як це передбачено діючим законодавством – такою є позиція лікарів.

Більше того, якщо держава буде послідовною в реалізації задекларованих нею намірів щодо подальшої лібералізації господарської діяльності, то вона цілком могла б суттєво спростити цей вид ліцензування і навіть виключити з переліку видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню, лікарську практику, яку здійснює лікар особисто у відповідності до своєї спеціальності. В першу чергу, це пішло б на користь пацієнтів завдяки тому, що доступ до медичної допомоги забезпечувався швидше і краще. Тобто, відмова від ліцензування лікарської практики, що

здійснюється на первинному рівні є актуальною і особливо доцільною в умовах реформування фінансування системи охорони здоров'я. І це питання фактично в компетенції МОЗ підготувати і затвердити відповідні зміни до ліцензійних вимог.

Що стосується ліцензування професійної діяльності як такої, то це справа надмірна і навіть шкідлива. Вона не відповідає європейським традиціям, а те, що в США називається ліцензією, в Україні розумно і відповідно до наших традицій потрібно називати правом на здійснення лікарської практики і – це головне – здійснювати на принципово інших засадах (більш детально див. нижче), які прописано в законопроекті № 8250. Що стосується документу, який має засвідчувати це право, то для цього достатньо звичайного свідоцтва, яке має видавати лікарська самоврядна організація. Єдиною підставою для отримання такого свідоцтва має бути внесення даних до Єдиного реєстру лікарів України. Такий підхід дозволяє відійти від надмірного адміністрування, дублювання функцій і документів. Цього цілком достатньо. Ніякі іспити, комісії, допуски не потрібні.

На наше тверде переконання, і саме так це трактується в законопроекті «Про лікарське самоврядування», верифіковані державою Україна диплом про вищу медичну освіту і сертифікат лікаря-спеціаліста, цілком достатні для отримання свідоцтва на право здійснення лікарської практики. Більше того, з часом, і не таким далеким, потреба в паперовому засвідченні цього права взагалі має відпасти, оскільки самоврядна лікарська організація має обов'язок створювати (і несе за це повну відповідальність) реєстр лікарів, як відкриту базу даних і, будь-хто, як пацієнт, так і будь-який державний орган зможе легко і просто перевірити, чи має та чи інша особа право на здійснення лікарської практики. Є в реєстрі – значить має, немає в реєстрі – значить не має такого права. Якщо до лікаря були застосовані заходи щодо його професійної відповідальності, а саме тимчасове або повне припинення такого права, то це також буде видно із самого реєстру. На запит пацієнта, суду чи державної інституції лікарська самоврядна організація має видати відповідну довідку, Єдиний реєстр може формувати також витяги в автоматичному режимі з відомостями, які підлягають оприлюдненню у відповідності до закону.

Повторимося, але це важливо. Процедура повинна бути простою і абсолютно прозорою. Якщо людина отримала вищу медичну освіту у акредитованому і ліцензованому державою навчальному закладі, про що свідчить її диплом, пройшла відповідне стажування під наглядом старших колег, в кінці стажування здала ще один іспит в незалежному центрі тестування (сьогодні це «Крок-3») і отримала сертифікат лікаря-спеціаліста, який також видається виключно акредитованими державою навчальними інституціями, то очевидно, що цього достатньо для включення до реєстру лікарів. Це означає, що лікарська спільнота визнає такого спеціаліста своїм членом і він автоматично отримує право на здійснення лікарської практики в певному регіоні України за місцем її реєстрації. Якщо лікар прагне і має можливість здійснення лікарської практики не в одному регіоні, а в кількох, то про це має бути внесений відповідний запис до реєстру; ніяких додаткових іспитів і комісій.

Як бути і яким чином має бути розв'язана колізія?

Оптимальний варіант розв'язання більшості питань лікарської діяльності, а значить і багатьох проблем системи охорони здоров'я в цілому, є якомога швидше прийняття Закону «Про лікарське самоврядування». Держава має всіляко сприяти його імплементації: створенню і початку роботи організації лікарського самоврядування, дуже важливої і потрібної публічної інституції. На це потрібен певний час, але якщо б закон був прийнятий в другому читанні навесні 2019 року, то вже в 2020 році така організація могла б розпочати свою діяльність і десь приблизно за півтора-два роки вийти на ефективне функціонування у повному обсязі (кінець 2021 – початок 2022 року). Таким є оптимістичний прогноз. Завдяки нашим зусиллям він має стати реалістичним, бо інакше запровадження лікарського самоврядування буде відкладено ще надовго.

ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДОСВІД ШЛЯХІВ УДОСКОНАЛЕННЯ КЛІНІКО-БІОХІМІЧНИХ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ МІЖНАРОДНОГО РІВНЯ ІQ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ У СВІТЛІ ПРОФЕСІЙНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ

Бачинський П.П., Цігнадзе Т.П.

м. Дніпро, Дніпровський Національний університет ім. Олеса Гончара, факультет медичних технологій діагностики, соціології та реабілітації; обласна дитяча клінічна лікарня.

Один із співавторів статті після навчання в Київському медичному інституті ім. акад. О.О. Богомольця на лікувальному факультеті (1950–1956 рр.) та закінчення аспірантури на кафедрі біохімії цього ж інституту (1956–1960 рр.) за власним бажанням був направлений МОЗ України працювати асистентом кафедри біохімії Тернопільського державного медичного інституту. Інститут тільки розпочав своє існування і був під особливим наглядом відповідних партійних органів. Ректором Тернопільського медінституту призначили Петра Омеляновича Огія, як досвідченого організатора. Така увага уряду СРСР до Тернополя не була випадковою. Справа в тім, що практично кожна друга сім'я, що проживала в Тернопільській області, мала родичів за кордоном, яким дозволялось відвідувати родичів у Тернополі. Для інших закордонних громадян існувала т. з. «залізна завіса» і не дозволявся в'їзд. А щоб враження було сприятливим, у Тернополі з населенням у 1960 р. 44 тис. жителів було відкрито три вузи: медичний інститут (лікувальний факультет), педагогічний інститут, політехнічний інститут. Побудовані підприємства машинобудівної, харчової та легкої промисловості, музично-драматичний театр і філармонія, багато інших установ. Постачання продуктів харчування до магазинів Тернополя було набагато кращим, ніж у Києві або Москві. За короткий період (1960–1971 рр.) населення Тернополя зросло на 100 тис. осіб. Наша сім'я (дружина Алла Валентинівна, виписалась з Києва і приїхала в Тернопіль, чим дуже здивувала місцевого міліціонера) та дві доньки, що народились в Тернополі (молодша є співавтором статті) увійшли до складу тих 100 тис. осіб, на яких збільшилось населення Тернополя. Використовуючи увагу партійних органів до забезпечення всім необхідним вузів Тернополя, один з співавторів статті (П.П. Бачинський) вперше у медичних вузах СРСР організував на базі обласної клінічної лікарні потужну і оснащену новітньою апаратурою біохімічну клініко-діагностичну науково-дослідну лабораторію, за допомогою якої успішно виконувалась власна докторська дисертація, а також дисертаційні дослідження багатьох співробітників Тернопільського медінституту. Про якість роботи вказаної клініко-біохімічної лабораторії свідчить той факт, що коли в Москві на XII Міжнародному конгресі з переливання крові (17–23 серпня 1969 р.) була зроблена доповідь «Увеличение сроков хранения консервированной крови методом эндогенного обогащения крови доноров адениловыми соединениями» одному зі співавторів статті прийшло 10 запитів з різних країн світу (США, Данія, Німеччина, Італія та ін.) з проханням більш детально висвітлити деталі технології дослідження.[3]

Так, на початку існування Тернопільського медичного інституту ми одні з перших вийшли на міжнародну медичну арену з дуже важливими результатами, адже потреба у переливанні крові з максимально збереженими еритроцитами – це щоденна потреба як у мирний час, так і в період збройної агресії, яку Україна зазнає від Росії у даний час. З самого початку роботи в Тернопільському медінституті один зі співавторів статті звернувся до завідувача кафедри госпітальної хірургії д. м. н., проф. Ю.Т. Коморовського з проханням бути консультантом при виконанні теми докторської за темою «Особенности углеводного обмена в норме и при демпинг-реакции» [2]. При цьому вперше в світі був запропонований новий підхід до лікування і обстеження хворих з демпінг-синдромом. Вивчивши відому літературу, як вітчизняну, так і зарубіжну, один зі співавторів статті як виконавець докторської дисертації дійшов висновку, що велика кількість ускладнень при лікуванні хворих з демпінг-синдромом пов'язана з відсутністю комплексного підходу, що необхідно долучати клінічних біохіміків, невропатологів, патофізіологів, фахівців з оперативної хірургії, патогістологів, психіатрів. Такий підхід був схвалений професором Ю.Т. Коморовським, а виконавцем-організатором був призначений доцент кафедри біохімії П.П. Бачинський. Була вперше організована

госпіталізація хворих з проявами демпінг-синдрому з метою підготовки до повторної операції з необмеженим часом перебування в клініці, як до повторної операції, так і після її проведення. За даними вітчизняної і зарубіжної літератури та власними спостереженнями при демпінг-синдромі хворі знаходяться в депресивному стані, до лікарів втрачається довіра, оскільки перша операція призвела до тяжких ускладнень, які загострюються при споживанні солодощів, де є глюкоза. Водночас відомо, що клітини кори головного мозку одержують енергію тільки з глюкози. Під час виконання докторської дисертації на базі новоствореної клініко-біохімічної лабораторії в обласній Тернопільській лікарні, де хворих з демпінг-синдромом оперував проф. Ю.Т. Коморовський, а асистував йому доцент П.П. Бачинський, вперше в світовій лікарській практиці і науці був розшифрований біохімічний механізм трансмембранного переносу спожитої глюкози в клітинах тонкого кишечника за допомогою K,Na^+ -АТФ-ази, що приводила до накопичення Na^+ в клітинах кишечника, їх набухання з викликом потужного больового збудження хворого з демпінг-синдромом. Складність лікування таких хворих була ще і в тім, що після першої операції з приводу розповсюдженої виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, коли хвору людину рятують від потужної внутрішньої кровотечі, вона потрапляє в поле зору терапевтів, які й лікують ускладнення. Таке лікування затягується як через недостатню професійність терапевтів, так і самого хворого, адже він вже втратив віру в лікарів після першої операції, бо від кровотечі врятували, а від ускладнень з гострими больовими відчуттями – ні. Виходячи з вказаних обставин, доц. П.П. Бачинський запропонував вперше зібрати на базі Тернопільського медичного інституту Всесоюзний симпозиум хірургів і терапевтів, які обстежують та лікують хворих з виразкою шлунка та дванадцятипалої кишки до операції та хворих з демпінг-синдромом після першої операції, щоб не звинувачувати одне одного, а відкрито обговорити спільну надзвичайно гостру і важливу проблему та знайти спільний вихід із складної ситуації.

Ініціатива була схвалена ректором Тернопільського медичного інституту д. м. н., професором П.О. Огієм, завідувачем кафедри госпітальної хірургії д. м. н., проф. Ю.Т. Коморовським. Виконавцем-організатором призначили доц. П.П. Бачинського. Були запрошені до участі Всесоюзне наукове товариство гастроентерологів, Всесоюзний науково-дослідний інститут гастроентерології, І Московський ордена Леніна і ордена Трудового Червоного прапора медінститут ім. І.М. Сеченова. Персонально були запрошені, приїхали і виступили як з привітальними словами, так і з доповідями перші особи в медицині СРСР: Міністр охорони здоров'я СРСР Б.В. Петровський, Голова оргкомітету симпозиуму, головний хірург СРСР М.І. Кузін, Голова Всесоюзного товариства гастроентерологів В.Х. Василенко, всесвітньо відомий гастроентеролог О.М. Уголев та багато інших. З доповідями виступили 79 лікарів [4].

На медичному симпозиумі в Тернополі було багато особливого. По-перше, за ініціативою заступника декана, доцента П.П. Бачинського та підтримки проф. Ю.Т. Коморовського, декана О.Н. Люльки, проректора з питань науки О.А. Яроша та ректора П.О. Огія студенти старших курсів були звільнені від відвідування занять, щоб мати змогу брати участь в засіданнях Всесоюзного медичного симпозиуму. По-друге, вперше взяли участь в роботі одночасно хірурги і терапевти. По-третє, приїхали з доповідями і виступили як практикуючі лікарі, так і викладачі медінститутів із 7 столичних медінститутів (Москва, Київ, Вільнюс, Мінськ, Рига, Тбілісі, Ташкент). На симпозиумі вперше було зроблене стенографування доповідей та дискусій при обговоренні доповідей.

Для цього організатор-виконавець, який придумав цей захід, мусив йти у Тернопільське обласне відділення комітету держбезпеки і просити дозвіл зібрати стенографісток, що працювали в Тернопільських установах, та дати їм завдання стенографувати виступи всіх секційних засідань симпозиуму. Розшифровані стенограми були відредаговані доцентом П.П. Бачинським. Він же організував їх видання книжками на 344 сторінки кожна. Було видано 1 тисячу екземплярів по ціні кожного 1 карбованець 60 копійок. Кожний учасник отримав книжку «Диагностика и лечение постгастрорезекционных синдромов у язвенных больных. Симпозиум 16–18 марта г. Доклады и прения. Тернополь – 1968 г.». З багатьох медвузів та лікарень Радянського Союзу надійшли замовлення на цю книжку, адже навіть не відвідавши цей симпозиум, читач міг майже повністю одержати відповіді на дуже важливі питання терапевтичного та хірургічного лікування, клініко-лабораторної діагностики та реабілітації хворих з демпінг-синдромом. Як не прикро визнавати, але цей безперечно важливий досвід не був повторений ні на одному з наступних симпозиумів чи з'їздах медичного спрямування. Не використовується він і тепер, коли є всі технічні засоби, за допомо-

гою мобільного телефону робити те, що ми робили за допомогою стенографістів. Перейняли наш досвід лише під час Горбачовської «Перебудови» на партійній конференції у Москві з наступною публікацією матеріалів, що відбулася у 1984 р., тобто через 17 років після нас. Ще одна прикрість: коли відзначали 60-річчя Тернопільського медичного університету ім. І. Горбачевського і видали присвячену вказаній події красиво оформлену книжку спогадів, про події стосовно медицини міжнародного і Всесоюзного значення, які є актуальними і сьогодні та й для майбутнього, укладачі не забажали згадати, хоч і сьогодні ще працюють учасники згаданих подій.

Висновки.

1. Внесок в українську і світову медичну науку тих, хто народився в Тернополі, і тих, хто працював у медичній сфері в Тернополі, суттєвий. Його варто пам'ятати і використовувати для нових досягнень.

2. Використовуючи нові технології, необхідно записати всі виступи учасників XVII конгресу СФУЛТ – доповіді, запитання до виступаючих, відповіді та обговорення доповідей, резолюцію конгресу, відповіді, звернення до Президента України, Верховної Ради та Уряду України з наступною публікацією окремою книжкою та її розповсюдженням серед медичної спільноти.

3. На період роботи XVII конгресу СФУЛТ 20–23 вересня 2018 р. ректорату та учбовій частині Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського забезпечити можливість студентам старших курсів відвідати засідання Конгресу з усіх програмних питань, як реалізація однієї з кращих форм навчання у вищому медичному закладі і яка була вперше реалізована в Тернополі в 1967 році.

4. Хто зумисне чи не зумисне, не пам'ятає і не аналізує минуле, той не зможе зрозуміти і прийняти важливих рішень і дій сьогодні та не зможе передбачити майбутнього.

Список використаних джерел

1. Бачинський П. П., Василенко В. Х., Коморовський Ю. Т., Коржукова П. Н., Кузин М. И., Огий П. Е., Широкова К. И. Диагностика и лечение постгастрорезекционных синдромов у язвенных больных. *Материалы Всесоюзного симпозиума 16–18 марта 1967 г.* (Доклады и прения). Тернополь, 1968. 343 с.

2. Бачинский П. П. Особенности биоэнергетических процессов у больных с демпинг-синдромом. *Там же.*

3. Бачинский П. П., Маринюк В. И., Фрондзей И. В. Увеличение сроков хранения консервированной крови методом эндогенного обогащения крови доноров адениловыми соединениями *Материалы XII Международного Конгресса по переливанию крови.* Москва : Медицина, 1969. С. 39.

СПІВПРАЦЯ ПАЦІЄНТСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ ТА ЛІКАРСЬКИХ АСОЦІАЦІЙ У НАДАННІ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З РІДКІСНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Боярчук О.Р.¹, Глушко К.Т.¹, Кошманюк М.В.², Кінаш М.І.¹

¹ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

²Громадська організація «Об'єднання батьків дітей з розщипиною хребта і гідроцефалією «Сяйво Духу», Україна

В статті описано важливість співпраці некомерційних пацієнтських організацій батьків хворих дітей з медичними працівниками. Некомерційні організації, котрі об'єднують хворих чи їх представників, мають важливе значення для захисту прав пацієнтів та підтримки власне пацієнтів чи їх сімей. Часто вони є єдиним джерелом поширення інформації про захворювання, особливо рідкісне чи хронічне. Залучення представників пацієнтських організацій до організації охорони здоров'я є важливим для реформування системи охорони здоров'я.

Ключові слова: пацієнтська організація, лікарські товариства, діти.

COOPERATION BETWEEN PATIENTS ORGANIZATIONS AND PROFESSIONAL ASSOCIATIONS FOR THE IMPROVEMENT OF MEDICAL CARE IN CHILDREN WITH RARE PATHOLOGY

O. R. Boyarchuk¹, K. T. Hlushko¹, M.V. Koshmanyuk², M. I. Kinash¹

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University¹, Ternopil, Ukraine

Non-profit organization "Association of Parents of Children with Spina bifida and Hydrocephalus "Radiance of the Spirit"², Ukraine

This article describes the importance of co-operation between non-profit patient organizations and healthcare workers. Non-profit organizations that bring together patients or their representatives are important for the protection of patients' rights, as well as promotion. Often, they are the only source of information about the disease, especially if it is rare. Attracting representatives of patient organizations to health care is important for reforming the health care system.

Key words: patient organization, medical societies, children.

За визначенням Європейського агентства з контролю за лікарськими засобами (European Medicines Agency) термін «пацієнтська організація» це – некомерційна організація, яка орієнтована на пацієнта і в якій більшість членів керівних органів складають пацієнти і / або особи, котрі за ними доглядають (в разі, якщо пацієнти не можуть представляти себе самі) [1, 12]. Основним завданням даних організацій є захист прав пацієнтів та досягнення забезпечення їх потреб. Наявність батьківської організації особливо у випадку хронічного захворювання дитини є важливою світовою тенденцією.

Значного поширення в світі пацієнтські організації набули в 2000-х роках. На даний час у світі пацієнтські організації досить поширені. Залежно від мети вони можуть створюватися на різних рівнях. Зокрема, це може бути регіональне об'єднання, національне чи більш масштабне, наприклад європейське чи світове. Переважно такі організації об'єднують людей чи їх представників з певною хворобою чи групою захворювань. Центральне місце в таких пацієнтських групах відводиться саме індивідуальному досвіду, обговоренню власних переживань і відчуттів. Особистий досвід переживання хвороби є важливим для інших і допомагає пацієнтові чи його батькам (опікунам) справитися зі змінами, котрі виникли в їх житті. Саме тому пацієнтські організації створюються переважно для людей з хронічними і / або рідкісними хворобами. У такій ситуації все життя людини змінюється назавжди, і багатьом часто важко змиритися з цим і прийняти «нового» себе [3, 4, 8].

Особливого значення створення таких організацій набуває при рідкісних захворюваннях у дітей. Об'єднання батьків чи опікунів хворих дітей має важливе значення в першу чергу для них самих. Адже покращується можливість їхнього спілкування між собою, що має важливе психологічно-соціальне значення. Пацієнтські організації є джерелом інформації та підтримки постраждалих сімей; вони відіграють важливу роль у підвищенні обізнаності про рідкісні хвороби серед громадськості та медичної спільноти, які в свою чергу можуть сприяти ранній діагностиці [9]; у визначенні та підвищенні обізнаності про конкретні проблеми, які мають значення для хворих людей [10]. Окрім того, у світі пацієнтські організації мають ключове значення в проведенні досліджень з вивчення та лікування різних захворювань, особливо орфанних хвороб [10]. Оскільки дана патологія є досить рідкісною, то часто лише активність батьків щодо захисту прав їх дитини на допомогу та лікування є вирішальною.

Наприклад, в 1994 році утворився Європейський альянс хвороби Гоше (ЕАГ), котрий під своєю егідою об'єднав 31 асоціацію (з 32 країн Європи) і 8 асоційованих членів (в 7 країнах Європи), котрі об'єднують пацієнтів та сім'ї, що страждають на хворобу Гоше (ХГ) [12]. Основна роль ЕАГ полягає у підтримці пацієнтських організацій хвороби Гоше, сприянні укладенню керівництв та рекомендацій, повідомленні про останні новини в розумінні етіології та патогенезу даної патології; заохоченні проведення досліджень ХГ; роботі з медичними працівниками та науковцями для визначення пріоритетів у вивченні цього захворювання та його терапії; представленні інтересів пацієнтів Гоше у європейських та міжнародних організаціях та органах; допомозі в забезпеченні відповідного лікування, котре було б доступним для всіх пацієнтів, які його потребують [12].

Пацієнтські організації є потужним стимулом для наукових досліджень з покращення діагностики захворювань та ведення пацієнтів з рідкісною патологією. На сьогодні є низка пацієнтських організацій в світі, які об'єднують батьків та дітей, хворих на первинні імунodefіцити (ПІД). У 1980 році у США було створено Immune Deficiency Foundation (IDF), національну пацієнтську орга-

нізацію, метою якої було покращення діагностики і лікування пацієнтів з ПІД через дослідження, навчання та підтримку. В 1987 році батьками хлопчика Джефрі Модела, котрий хворів на ПІД і в 15 років помер від пневмонії, був створений фонд Jeffrey Modell Foundation (JMF) допомоги людям з ПІД. У даний час це є всесвітня некомерційна організація, котра фінансує клінічні дослідження, створює лабораторії, підтримує хворих і їх сім'ї, сприяє поширенню знань про первинні імунodefіцити серед лікарів різних спеціальностей. Центри Jeffrey Modell Foundation створені в різних країнах світу. Велике значення фонд надає просвітницькій роботі серед лікарів та населення, створенню інфраструктури ранньої діагностики ПІД [6, 7]. З цією метою поширюються брошури щодо насторожуючих ознак імунodefіциту, котрі були виділені консультативною медичною радою фонду. Активну підтримку фонд надає впровадженню скринінгу новонароджених для виявлення ТКІД та Т-клітинної лімфопенії.

У 1990 році в Оксфорді, Великобританія було прийнято рішення про створення Міжнародної організації пацієнтів з первинними імунodefіцитами (ІРОПІ). Через два роки, в 1992 році, ІРОПІ була офіційно створена в Лугано, Швейцарія. ІРОПІ забезпечує міжнародне представництво та підтримку національних пацієнтських організацій ПІД у всьому світі. Сприяли створенню організації як провідні науковці, так і батьки дітей з ПІД. З моменту свого створення ІРОПІ проводить свою місію по підвищенню обізнаності, доступу до ранньої діагностики та оптимального лікування пацієнтів з ПІД у світі.

Дані пацієнтські організації тісно співпрацюють з міжнародними професійними організаціями: Європейським товариством імунodefіцитів (ESID), Товариством клінічних імунологів Північної Америки (CIS), міжнародною групою медичних сестер для імунodefіцитів (INGID), Латино-американським товариством ПІД (LASID), багатьма федеральними та національними професійними асоціаціями. На сьогодні всі конференції ESID, CIS, LASID відбувається за активної участі пацієнтських організацій.

В Україні громадська організація «Рідкісні імунні захворювання» (ГО «РІЗ») заснована у 2014 році. Її створили батьки дітей та пацієнти з ПІД. Організація націлена на сприяння підвищення стандартів медичного обслуговування пацієнтів, науковому та практичному вирішенню сучасних завдань у галузях імунології, сприяння задоволенню медичних та організаційних потреб фахівців у галузях імунології. ГО «РІЗ» тісно співпрацює з міжнародними пацієнтськими організаціями та з Всеукраїнською асоціацією дитячої імунології на основі спільності інтересів для сприяння розвитку дитячої імунології в Україні. За останні роки розвиваються регіональні центри пацієнтських організацій, у тому числі у Тернопільській області. Батьки дітей, хворих на ПІД активно долучаються до просвітницької роботи, забезпечення своїх дітей найкращими лікувальними тактиками, які сьогодні існують в світі.

Іншим прикладом активної роботи пацієнтських організацій є об'єднання пацієнтів та дітей із spina bifida та/або гідроцефалією. Міжнародна федерація Spina bifida та гідроцефалія (IF SBH) була заснована пацієнтами з spina bifida та їх сім'ями у 1979 році. Протягом багатьох років вона виросла з добровільного об'єднання в професійну організацію з глобальним покриттям, демократичною структурою та прозорими підзвітними процесами. Члени IF SBH тісно співпрацюють з медичними і освітніми фахівцями та дослідниками, враховуючи важливість такої кооперації для розвитку та покращення якості життя дітей та дорослих із spina bifida. Як відгалуження Міжнародної федерації Spina bifida та гідроцефалія в 1990-х роках утворилась організація Child-help, метою якої було надати однаковий доступ до медичної допомоги та передового світового досвіду дітям з обмеженими можливостями з країн, що розвиваються.

За ініціативою батьків Тернопільської області у травні 2017 року створено Громадську організацію «Об'єднання батьків дітей з розщипиною хребта і гідроцефалією «Сяйво Духу». **Місією ГО «Сяйво духу» є сприяння покращенню якості життя людей з Spina bifida і / або гідроцефалія та членів їх сімей, а також захист прав та свобод, задоволення законних інтересів сімей, які виховують дітей з даними діагнозами. Важливою метою організації є розповсюдження знань про способи запобігання дефектів нервової трубки і вроджених вад розвитку, поширення серед громадськості інформації про spina bifida і гідроцефалію.**

Співробітники Тернопільського державного медичного університету тісно співпрацюють із пацієнтськими організаціями. Три роки поспіль спільними зусиллями проводяться заходи до Всесвітнього тижня первинних імунodefіцитів, метою яких є підвищення настороженості насе-

лення щодо даної проблеми. Відбулася зустрічі дітей та їх батьків з інформаційною метою та окресленням проблем, з якими стикаються батьки та їх діти.

У травні 2018 року на базі Тернопільської обласної дитячої лікарні була проведена клінічна конференція щодо сучасних можливостей ведення і реабілітації дітей із *spina bifida*. У даному заході, крім лікарів брала участь також голова організації «Сяйво духу», що представляє дітей з цією патологією та їх сім'ї. Під час роботи цього заходу були обговорені сучасні аспекти діагностики і терапії нейрогенного сечового міхура, шляхи їх впровадження у медичну практику, а також основні проблеми з якими стикаються батьки та їх діти. Завдяки кооперації зусиль вирішено створити обласний центр допомоги дітям з *spina bifida* на базі обласної дитячої лікарні з залученням спеціалістів лікарні та кафедри дитячих хвороб з дитячою хірургією.

Визначальною є роль пацієнтів чи їх організацій і в дослідженні різних захворювань, особливо рідкісних, генетичних патологій [10]. Пацієнти та їх організації долучаються до проведення досліджень (як фундаментальних, так і клінічних), особливо на ранніх стадіях, участі в розробці лікарських засобів та визначенні їх вартості. Одним з найуспішніших прикладів є Association Française contre les Myopathies, яка щороку виділяє біля 60 мільйонів євро на проведення досліджень. Окрім того, організації пацієнтів у Європі внесли в загальному 13 мільйонів євро на дослідження в 2010 році [10].

Часто, умовою співпраці між різними фондами та дослідницькими медичними установами є саме наявність пацієнтських організацій, котрі співпрацюють між собою. Адже, діяльність спонсорських організацій спрямована саме на допомогу людям, котрі цього потребують.

Таким чином, співпраця лікарів та пацієнтських організацій є важливою ланкою надання медичної допомоги та покращення якості життя дітей і дорослих. Об'єднання зусиль пацієнтських організацій з професійними лікарськими асоціаціями лише сприятиме удосконаленню медичної допомоги, впровадженню передової світової практики. Пацієнтські організації можуть впливати на реформування системи медичного забезпечення. Це є важливим для безоплатного надання дороговартісних ліків чи спеціального харчування. Наприклад, в Європі створені спеціальні структури котрі забезпечують участь пацієнтів в прийнятті рішень щодо змін в системі охорони здоров'я, що визначено спеціальною рекомендацією комітету міністрів Ради Європи №R(2000)5 [1].

Отже, розвиток пацієнтських організацій в Україні є важливою світовою тенденцією. Співпраця між пацієнтськими організаціями та лікарськими асоціаціями спрямована на покращення надання допомоги, підвищення тривалості та покращення якості життя дітей та дорослих з рідкісною та хронічною патологією і може мати важливе значення в проведенні подальших наукових досліджень та реформуванні системи охорони здоров'я.

Список використаних джерел.

1. Крашенинникова Ю. А. Роль НКО в управлении системой здравоохранения и перспективы развития пациентского движения в России. Журнал исследований социальной политики. 2009. Т. 7, № 4. С. 519–534.
2. Латышева Е. А. Первичные иммунодефициты: состояние проблемы на сегодняшний день. JMF-центры в России. Вопросы современной педиатрии. 2013. Т. 12, № 6. С. 73–77.
3. Масюк С. В. Деятельность пациентских организации в системе здравоохранения российской федерации. Вестник Университета. 2015. № 6. С. 44–49.
4. Пациентский активизм и борьба с хроническими заболеваниями [Електронний ресурс]. URL: <https://biomolecula.ru/articles/patsientskii-aktivizm-i-borba-s-khronicheskimi-zabolevaniiami>
5. European Medicines Agency. Criteria to be fulfilled by patients' and consumers' organisations involved in European Medicines Agency activities [Electronic resource]. URL: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Regulatory_and_procedural_guideline/2009/12/WC500018099.pdf
6. Global overview of primary immunodeficiencies: a report from Jeffrey Modell Centers worldwide focused on diagnosis, treatment, and discovery / V. Modell, M. Knaus, F. Modell et al. Immunologic Research. 2014. Vol. 60, no. 1. P. 132–144.
7. Modell V., Orange J.S., Quinn J., Modell F. Global report on primary immunodeficiencies: 2018 update from the Jeffrey Modell Centers Network on disease classification, regional trends, treatment modalities, and physician reported outcomes. Immunologic Research. 2018. Vol. 66. P. 367–380.
8. Kelly M. P., Field D. Medical sociology, chronic illness and the body. Sociol Health & Illness. 1996. Vol. 18. P. 241–257.

9. Limb L., Nutt S., Sen A. Rare Disease UK: Experiences of rare diseases [Electronic resource]. An insight from patients and families, 2010. URL: <http://www.rare-disease.org.uk/documents/RDUK-Family-Report.pdf>.
10. Mavris M., Le Cam Y. Involvement of patient organisations in research and development of orphan drugs for rare diseases in Europe. *Molecular Syndromology*. 2012. Vol. 3. P. 237–243. doi: 10.1159/000342758.
11. Peeters M. G. P., Delnoij D. M. J., Frieleac R. D. Stronger, but not (yet) an equal. The use of quality improvement instruments and strategies by patient organisations in the Netherlands. *Social Science & Medicine*. 2014. Vol. 115. P. 56–63. URL: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.043>
12. The European Gaucher Alliance: a survey of member patient organisations' activities, healthcare environments and concerns / I. Žnidar, T. Collin-Histed, P. Niemeyer, J. Parkkinen, A. G. Lauridsen, S. Zariņa, et al. *Orphanet Journal of Rare Diseases*. 2014. Vol. 9. P. 134–148. doi: 10.1186/s13023-014-0134-4.

БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК І ОСВІТА В МЕДСЕСТРИНСТВІ

Дуб Н.Є.¹, Шашков Ю.І.¹, Шашкова З.Р.²

¹м. Львів, Вищий навчальний комунальний заклад Львівської обласної ради «Львівський інститут медсестринства та лабораторної медицини імені Андрея Крупинського»,

²м. Моршин, ТОВ «ХЕЛС МАСТЕР» (санаторій «Мармуровий палац»)

Одним із основних аспектів популяризації та розвитку медсестринської професії є формування системи, в якій заохочується і підтримується освітнє зростання. Йдеться не лише про базову освіту середнього медичного персоналу, а й про безперервне навчання впродовж усього життя. Процес безперервного навчання сприятиме формуванню медичної сестри як особистості та фахівця, який крокує в ногу з часом у мінливому середовищі, що дозволить досягнути найвищих щаблів піраміди потреб Абрахама Маслоу: потреби у визнанні оточуючими та потреби в самореалізації.

Безперервне навчання може здійснюватись шляхом проходження курсів підвищення кваліфікації, налагодження контактів з професійними колегами, самостійного вивчення нових матеріалів, читання професійної літератури, дотримання вимог до сертифікації, отримання вищого освітнього ступеня.

Серед основних характеристик, притаманних особам, які здатні постійно підвищувати свій теоретичний та професійний рівень, тобто навчатися безперервно впродовж усього життя, виділяють наступні: інноваційність, гнучкість, готовність до змін, адаптивність, творчість, самостійність, відповідальність.

Формування системи безперервної освіти у медсестринстві можливе лише за умови активної взаємодії трьох зацікавлених сторін: освіти, практики, державного регулювання.

Професійний розвиток і безперервна освіта в медсестринстві дозволять значно підвищити кваліфікаційний рівень медичних сестер усіх спеціальностей, змінити їх ставлення до своєї роботи, а також покращити співпрацю між лікарями, медсестрами та пацієнтами.

УКРАЇНСЬКА МЕДИЦИНА ПЕРЕД ВИКЛИКОМ ГІДНОСТІ ЛЮДСЬКОЇ ОСОБИ

Луць І., ЯРЕМАК К.В.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Україна у ХХ столітті пережила один з найбільш жахливих і людиноненависницьких режимів, який спричинив мільйонні жертви. Пресвята Діва Марія у Фатімі в 1917 році попереджувала: «Якщо послухають мої прохання, Росія навернеться й настане мир; якщо ні, поширюватиме свої помилки по світі».

Після здобуття незалежності в Україні постало питання відносин між поняттями загального та індивідуального добра і поваги до людської гідності. На конституційному рівні визнано, що життя і здоров'я людини є найвищою цінністю, парламент прийняв закони щодо медичної діяльності, в яких враховано біоетичну проблематику; запроваджено вивчення біоетики у медичних закладах; затверджено етичний кодекс медичного працівника. Та на практиці поняття гідності людини не стало невід'ємною категорією суспільної свідомості практики в галузі медицини.

Біоетичне законодавство України має численні прогалини та невідповідність до міжнародних стандартів. Невизначені гарантії з питань медичного втручання: умови його правомірності, трансплантації, онкології, психіатрії, хірургії, генетичних тестів тощо. Не всі медики усвідомлюють необхідність біоетичної регламентації діяльності лікаря. Головна проблема – поряд із позитивною сучасною риторикою людина сприймається тільки інструментом для збагачення чи інших цілей, а її гідність зневажається. Церква та лікарські товариства у тісній співпраці покликані посилено працювати над тим, щоб усунути суперечність між задекларованими цілями і реальним станом, лікарі повинні здобувати засновані на міцних моральних основах біоетичні знання.



- ЗМІНИ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я:**
- РЕФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ТА ВТОРИННОЇ ЛАНОК НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ
 - ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я
 - ФІНАНСУВАННЯ, ПЕРСПЕКТИВИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
 - МЕДИЧНА ОСВІТА, УПРАВЛІННЯ І САМОВРЯДУВАННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я, ЛІЦЕНЗУВАННЯ, СЕРТИФІКАЦІЯ, АКРЕДИТАЦІЯ ТОЩО

АНТИКРИЗОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ МЕТАЕТИКИ. НОВІ ОБРІЇ ГУМАНІЗАЦІЇ СУСПІЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ (ВІД КОНФРОНТАЦІЇ ДО ДІЄВОГО САМОВРЯДУВАННЯ – СПІВТВОРЧОСТІ ТА СИСТЕМНОГО ЗЦІЛЕННЯ)

Гордієнко О.В.

м. Київ Україна Українська асоціація з біоетики (УАБ), Комісія з питань етики НМАПО імені П.Л. Шупика, Філія № 1 КНП «КДЦ» Шевченківського р-ну м. Києва.

Кризовий стан української медицини наближається до критичної межі. Це доба прийняття відповідальних системних рішень. У цей час стратегічна політика влади в програмних документах МОЗ демонструє деструктивний варіант антикризового менеджменту у застарілій площині мислення дебіт = кредит, повністю відмежувавшись від здобутків, напрацювань і фахових ініціатив медичної спільноти. Ще жива і життєздатна, активно працююча, система штучно заганяється у «прокрустове ложе» жорсткого тоталітарного правління, яке знищуватиме паростки будь-якої ініціативи і культивуватиме армію слухняних біороботів. А це – гірше, ніж рабство. Це гуманітарна і суспільна деградація.

Чим відповідь медична спільнота свавільній експансії чужих – агресивних методів системного реформування??? Вже відповідає!!! Потужною консолідацією активних творчих сил фахових медичних асоціацій (ВУЛТ, Національна Лікарська Рада, Українська Медична Експертна Спільнота) *навколо ідеї впровадження фахового лікарського самоврядування і консенсусної розробки стратегії конструктивного системного реформування з максимальним збереженням творчого потенціалу.* За максимально короткий проміжок часу уся медична система повинна фактично «вирости на голову» у своїй свідомості, щоб сягнути рівня суспільного дозрівання зі значно ширшим спектром суспільних функцій і суспільної відповідальності.

Українська асоціація з біоетики (УАБ), усвідомлюючи свою соціальну місію – активну відповідальність за збереження і розвиток Життя, теж має «вирости на голову» і виводить на соціальну арену **Метаетику – новітню філософію системної гармонізації і зцілення**, організації системи гуманітарної безпеки і забезпеченого розвитку. *У фокусі її відповідальності Здорове – повноцінне Життя Людини – її Безпека та Розвиток. Активне сприяння створенню достатніх організаційних, правових і соціально-економічних передумов для забезпечення зцілення і повноцінної самоактуалізації Людини – Суспільства – Держави.* Задекларована «людиноцентричність» реформування медичної системи, має набути свого реального втілення. У цьому сенсі Метаетика у соціальному ландшафті медичних реформ повинна висвітлити **нові обрії гуманізації суспільної взаємодії** (від конфронтації до співтворчості і взаємопотенціювання через партнерство і відродження до-Віри). Вона має стати **Ідейною Основою Гуманізації** – *джерелом активної ініціації та промоції принципів гуманітарної безпеки, соціального партнерства і здорового природнього забезпеченого розвитку – суспільним навігатором гармонії та рівноваги.* Метаетика, як сполучна тканина живого організму, має забезпечувати повноцінну регенерацію, природне очищення, зцілення і безпечний розвиток медичної системи. В перспективі вона має явити взірць **потужної Життєстверджуючої Гуманітарної Технології, впроваджуючи принципи людяності, милосердя і солідаризації.**

ПРОПОЗИЦІЯ: Комісії з лікарської етики ВУЛТ та профільних медичних асоціацій трансформувати у **Комісії з лікарської етики та гуманітарної експертизи**, делегувавши їм функції гуманітарної експертизи та моніторингу і представництво інтересів медичних колективів у діалозі з адміністраціями разом з комісіями з належної медичної практики. Разом вони створюватимуть

Систему гуманітарної безпеки та забезпеченого розвитку – самоврядну складову державно-соціального партнерства. Це перші кроки до реального системного зцілення – стабілізації та збалансованого розвитку.

Державна – (відцентрова) і самоврядна – (доцентрова) вертикаль мають співпрацювати у цілковитій відповідності і взаємопотенціюванні (як два ланцюжки ДНК), створюючи **новітню гармонійну архітектуру державно-самоврядної взаємодії, нову культуру партнерської співпраці**, колегіально створюючи достатні передумови для повноцінного функціонування і ефективного розвитку Системи забезпечення Здоров'я.

СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ПЕРСПЕКТИВИ ДЛЯ УКРАЇНИ

Гук А.П., СТЕПАНЕНКО А.В.

м. Київ, Українська медична експертна спільнота

Незважаючи на відмінність організації моделей охорони здоров'я у світі, їх об'єднує єдина мета – спроможність надавати ефективну і якісну медичну допомогу. Досягнення цієї мети залежить від багатьох чинників, основним з яких є ефективність організаційного устрою системи охорони здоров'я, її фінансування (за визначенням ВООЗ мінімально прийнятний рівень — 6,4 % від ВВП, для порівняння, в Україні — 2,6 % у 2017 році), наявність кваліфікованих кадрів, сучасних медичних технологій і обладнання, дієвої системи забезпечення якості медичної допомоги.

Усім сучасним моделям охорони здоров'я світу притаманна наявність п'яти механізмів, що забезпечують якість надання медичної допомоги: обов'язкове ліцензування медичних закладів, їх акредитація та сертифікація (можуть бути як обов'язковими, так і добровільними), стандартизація (зазвичай у національних стандартах і клінічних протоколах існують дві категорії критеріїв — обов'язкові й бажані) і, нарешті, безпосередньо контроль якості, який передбачає внутрішній та зовнішній аудит.

В Україні ліцензування поширюється на всіх юридичних осіб незалежно від їх організаційно-правової форми та фізичних осіб-підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики. Якщо ліцензування гарантує мінімальні стандарти для безпеки пацієнта та мінімізує ризики для здоров'я, то акредитація медичних закладів покликана забезпечити безперервне підвищення якості й націлена на досягнення оптимальних стандартів. Національний орган з акредитування через незалежне зовнішнє оцінювання публічно підтверджує досягнення акредитаційних стандартів тим чи іншим закладом. У Великій Британії цим займається United Kingdom Accreditation Forum (UKAF) – мережа неурядових організацій NHS, яка підзвітна уряду; у Франції – HAS, орган влади у сфері охорони здоров'я (незалежна некомерційна публічна наукова організація); у США – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO; національна некомерційна організація).

Оскільки в Україні акредитація здійснюється не незалежною структурою, як це відбувається у більшості країн ЄС, а МОЗ України, котре перевіряє підпорядковані йому ж заклади, це створює об'єктивні перешкоди для забезпечення належної якості медичної допомоги в охороні здоров'я.

Наступний механізм, що забезпечує якість надання медичної допомоги, – сертифікація, яка підтверджує відповідність закладів охорони здоров'я міжнародним стандартам ISO 9000. Наявність такої системи в галузі охорони здоров'я сприяє забезпеченню чіткості та прозорості її діяльності, істотному підвищенню ефективності лікування хворих, зниженню його вартості і підвищенню задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням. Наказом МОЗ України від 20.12.2013 р. № 1116, який набув чинності 17 січня 2014 року, внесено зміни до процедури акредитації закладів охорони здоров'я, які зокрема передбачають, що для отримання вищої акредитаційної категорії закладом вторинного рівня необхідно пройти перевірку на відповідність вимогам стандартів ISO й отримати сертифікат відповідності національному стандарту ДСТУ ISO 9001:2009 «Системи управління якістю. Вимоги».

Щодо запровадження механізму стандартизації слід зазначити: Україна гармонізована зі світовою практикою розробки медико-технологічних документів, яка передбачає наявність клінічних рекомендацій (настанов), медичних стандартів (МС) і протоколів надання медичної допомоги. За європейською методологією зазначені документи розробляються на засадах доказової медицини, а не за допомогою експертного методу (коли домінує «думка авторитетів»), і за певною клінічною темою (діагноз, синдром), а не за спеціальністю. До того ж над ними працюють мультидисциплінарні робочі групи за участю фахівців усіх суміжних спеціальностей.

Кожна окрема країна, що розробила або адаптувала клінічні настанови (як основу доказової медицини), надалі має можливість здійснити наступний крок, наприклад, розробити клінічні протоколи або (і) медичні стандарти. Останні є передусім інструментом для організаторів охорони здоров'я, МОЗ, Уряду. Їх визначають за тим, що саме може забезпечити національна система охорони здоров'я. Розробку МС ініціюють не лікарі й професійні асоціації, а Уряд, Міністерство, проте в Україні цього не відбувається. До того ж у європейських державах МС не розробляють на кожен нозологію (у цьому немає потреби), а лише на основні хвороби, що посідають перші місця за захворюваністю та смертністю населення.

Рівень медичної допомоги, який може забезпечити держава, в Уніфікованому клінічному протоколі медичної допомоги є «обов'язковим» критерієм (це можливості країни «на сьогодні»), і протокол слугує його досягненню. Якщо ж ці критерії не збігаються з ідеальним (найкращим) рівнем, зазначеним у клінічних настановах, останні визнаються в уніфікованих протоколах «бажаними», і завдання МОЗ — зробити все, аби якнайшвидше їх досягнути. Тобто уніфіковані клінічні протоколи аж ніяк не позбавляють українських лікарів можливості найкращої практики. «Бажані» критерії вимагають від МОЗ та Уряду забезпечити галузь сучасними методами лікування. Локальні протоколи, які розробляють самі заклади (із часовою шкалою й переліком медичних втручань, визначенням виконавців), включають й індикатори якості.

Ще один дієвий механізм контролю якості — клінічний аудит (внутрішній і зовнішній). Уперше його запровадили у Великій Британії, а за останні 30 років він запроваджувався і в більшості країн світу. Зовнішній аудит здійснюють відповідні національні організації, внутрішній – безпосередньо команда лікарів медичного закладу (самоконтроль), оскільки вони зацікавлені в належній якості медичної допомоги (у тому числі фінансово). Наприклад, у Великій Британії участь всіх практикуючих лікарів у клінічному аудиті є обов'язковою.

Завдання клінічного аудиту – порівняти наявну клінічну практику з передовою заради вдосконалення медичних послуг. Аудит може включати оцінку процесу надання медичної допомоги та/або її результату (відповідно до теми й завдань). Таку оцінку здійснюють за відповідними критеріями, які вказують, чого потрібно досягти, аби відповідати найкращій практиці.

Наказом МОЗ від 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» у державі проголошено принцип безперервного підвищення якості, невід'ємною складовою якого є клінічний аудит.

Наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» задекларовано більшість відомих у світі методів такого контролю: зовнішній і внутрішній, самооцінка медичних працівників, експертна оцінка, клінічний аудит, моніторинг системи індикаторів якості, атестація/сертифікація відповідно до вимог чинного законодавства України та ЄС. Реально ж клінічний аудит проводять тільки в окремих закладах охорони здоров'я України – передусім через незнання механізму його проведення, нерозуміння ролі індикаторів у локальних протоколах (а нещодавно МОЗ їх взагалі скасував), а також через відсутність мотивації колективів медичних закладів. Адже рівень якості, зазначений у критеріях та індикаторах надання медичної допомоги, жодним чином не пов'язаний із зарплатою лікарів та фінансуванням медичного закладу.

Однак ще з радянських часів залишився і широко використовується на практиці експертний метод визначення якості (оцінка результатів; відхилення від стандартів; аналіз окремих випадків надання медичної допомоги), який МОЗ активно впроваджує й донині. Зокрема Наказ МОЗ України від 05.02.2016 р. № 69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування» «осучаснює» експертну оцінку другої та третьої груп експертизи, яка здійснюється у випадках смерті пацієнтів, розбіжності встановлених діагнозів, недотримання стандартів медичної допомоги та медичного обслуговування, клінічних локаль-

них протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення, а також у випадках, котрі супроводжувалися скаргами заявника тощо.

Таким чином, хоча в нормативних документах МОЗ і зазначені сучасні методи контролю якості – клінічний аудит та моніторинг, на практиці здійснюється експертна оцінка результату й окремих небажаних випадків із вжиттям «організаційних заходів» для покарання винних. Тоді як клінічний аудит у медичному закладі проводиться зазвичай один раз на квартал і має на меті не покарання окремих працівників за те, що не було досягнуто прийнятної якості, а пошук можливостей для її досягнення.

Спробу «прорвати» щільне кільце радянської «експертизи якості» в Україні було здійснено у 2013–2014 роках. Для цього з'явилися й об'єктивні передумови: в Уніфікованих клінічних протоколах уперше почали зазначати критерії й індикатори якості, розроблені на науковій (доказовій) основі, котрі й було введено в ці документи для здійснення моніторингу.

Наказом МОЗ України від 11.09.2013 р. № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги» було визначено Порядок моніторингу, його процедуру та форми подання індикаторів. Інший Наказ МОЗ (від 19.06.2014 р. № 414) затверджував відповідний перелік клінічних індикаторів щодо лікування осіб із гіпертонічною хворобою і цукровим діабетом 2-го типу. Однак реально він не запрацював, оскільки на те не було ані політичної волі, ані бажання мати об'єктивну інформацію про рівень досягнення або недосягнення згаданих індикаторів. Без моніторингу цей результат не відомий ні лікарю, що безпосередньо надає допомогу пацієнтам, ні медичному закладу, ні Міністерству.

Нещодавнє скасування локальних протоколів (де зазначалися індикатори якості, за якими мав би здійснюватись моніторинг у кожному конкретному медичному закладі) викликає сумніви у технічній можливості здійснення контролю якості медичної допомоги за допомогою використання головного інструменту – індикаторів якості. Адже саме на підставі їх досягнення чи недосягнення можна говорити про оплату медичної послуги страховою компанією, лікарняною касою, державним органом тощо.

Зокрема, потрібно враховувати, що висока якість медичної допомоги має економічну межу. У 70-ті роки минулого століття в США уперше з'явилися публікації із застереженнями щодо негативних наслідків застосування надмірно високих критеріїв якості, внаслідок чого витрати на охорону здоров'я можуть досягнути 50 % ВВП. Водночас з'явилася концепція оптимальної якості відомого експерта Хану Вуорі, який досліджував зв'язки факторів, котрі її визначають. Він стверджував, що спочатку підвищення якості обходиться відносно дешево, однак поступово витрати настільки зростають, що подальше нарощування ресурсів може призвести до її зниження. Оптимальна ж якість визначається тим, що користь від послуг перевищує їх вартість і відповідає раціональному використанню ресурсів.

Розвиток концепції оптимальної якості отримав наукове продовження в багатьох економічно розвинених країнах, які здійснюють оцінку медичних технологій (ОМТ), перш ніж певна технологія, метод лікування чи ліки будуть дозволені до використання в національній системі охорони здоров'я.

У процесі такої ОМТ збирають, систематизують, аналізують та інтерпретують результати наукових досліджень. За результатами цієї роботи формулюються принципи орієнтованого на пацієнта, безпечного й ефективного надання медичної допомоги, які й сприяють створенню якісної системи охорони здоров'я.

Цими питаннями займається міжнародна мережа агенцій ОМТ (International Network of Agencies for Health Technology Assessment — INAHTA), державні органи (AHRQ NIH), незалежні організації (PCORI) тощо. В усьому світі відома організація з розробки клінічних настанов — Національний інститут клінічної досконалості (National Institute for Clinical Excellence (NICE), Велика Британія). Це незалежний експертний орган, котрий фінансується із держбюджету (70 млн фунтів стерлінгів щорічно), у штаті якого — 450 співробітників, а також залучають близько 3000 позаштатних експертів. Замовник робіт — міністерство охорони здоров'я (NHS). Крім клінічних настанов NICE готує експертні висновки з ОМТ, керівництва для організації охорони здоров'я за окремими медичними процедурами і цільовими програмами.

Висновки NICE з ОМТ відповідають на головне політичне питання: яку медичну технологію обрати для лікування певного захворювання. Крім клінічної ефективності оцінюють і витрати.

Використовують так званий індикатор користі медичних втручань для здоров'я пацієнтів — показник інкрементальних витрат на один збережений рік якісного життя (QALY). Якщо втручання з пороговим значенням витрат на один QALY обходиться менше ніж у 20 тис. фунтів стерлінгів, воно має високі шанси бути схваленим, впровадженим в охорону здоров'я і профінансованим державою. Якщо ж витрати перевищують 30 тис. фунтів стерлінгів, така ймовірність дуже мала. Це ще раз підтверджує тезу про те, що якість має свою вартість і що вона повинна бути оптимальною й логічною.

Такий непростий для України шлях до якісної медицини неможливий без проведення клінічного аудиту у медичних закладах, який допоможе зрозуміти, наскільки реальна практика відрізняється від належної. А для управління якістю у медичних стандартах та клінічних протоколах потрібно закласти відповідні інструменти – критерії та індикатори якості на доказових засадах і здійснювати їх моніторинг з подальшою оцінкою та здійсненням заходів для покращення.

У даний час фахівці активно переглядають клінічні протоколи надання медичної допомоги, куди мають бути інтегровані індикатори, лише досягнувши яких, можна говорити про якісну медичну допомогу (адже вони відповідають так званим «міжнародним» стандартам). Тільки як виконати ці «ідеальні» протоколи при нинішньому ресурсному забезпеченні галузі? Чи не залишаться вони тільки побажаннями? І хто ще, окрім лікаря, відповідатиме за те, що пацієнту відмовлять у наданні медичної допомоги за затвердженим протоколом через відсутність відповідного обладнання або технологій?

Задля створення повноцінної системи управління якістю медичної допомоги в Україні необхідно насамперед узагальнити досвід країн ЄС і адаптувати найкращі практики. Потрібно проявити й певну гнучкість (не за суттю, а за формою), враховуючи різні особливості (наприклад, стосується це амбулаторії чи групової практики лікарів-приватних підприємців). Можливо, потрібні й певні пілотні проекти, адже у зв'язку з децентралізацією з'являється дуже багато регіональних ініціатив. Місцеві громади наразі наділені широкими повноваженнями і можуть ухвалювати вагомі рішення, у тому числі й щодо контролю якості медичної допомоги. Однак без створення цілісної системи управління якістю на загальнодержавному рівні це будуть тільки проекти локального, а не всеукраїнського значення.

ПІСЛЯДИПЛОМНЕ НАВЧАННЯ ЯК ФАКТОР ФАХОВОГО РОСТУ

Голик Й. Г.¹, Голик Ю. Й.²

¹м. Львів, Львівський медичний коледж післядипломного навчання

²м. Львів, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Історія медсестринства тісно переплітається з розвитком клінічної науки і практики. Впровадження новітніх технологій в діагностично-лікувальний процес, виконання новітніх і удосконалення старих, класичних операційних втручань спонукають медсестринство до поглибленого вивчення та засвоєння сучасних досягнень хірургії. Від умінь та знань медсестри у багатьох випадках може залежати доля пацієнта і навіть успіх операції. Тому на післядипломне навчання покладається велика відповідальність.

Свій початок, як медичне училище післядипломного навчання медсестер у Львові, наш навчальний заклад бере з 1985 р. Першим його організатором і керівником на базі Львівської клінічної лікарні НМД була Л.Ф. Куліковська. В 1987 р. цей заклад очолив І.М. Луць. У 1991 р. ухвалою Львівської обласної ради медичне училище післядипломної освіти перейменовано на коледж. З травня 2014 р. за рішенням конкурсної комісії коледж очолила Л.Г. Вовк. За короткий час вона значно розширила й покращила навчальні площі та технічно оснастила навчальні класи. В коледжі розпрацьовані нові програми циклів удосконалення та циклу спеціалізації «Парамедик», поновлено і укомплектовано навчально-методичну документацію. Педагогічний склад коледжу складає 47 осіб, із них – 5 кандидатів медичних наук, один кандидат історичних наук, один доктор філософії в галузі психології та 7 викладачів-методистів. Координаторами навчально-методичної роботи є методичний кабінет та 6 циклових комісій.

На циклах увага зосереджується на рівні і якості організації робочого місця медсестри, відповідно до етапів «Медсестринського процесу», дотримання правил асептики і антисептики, етико-деонтологічних, конституційних і правових норм поведінки з пацієнтами з урахуванням реформування в системі охорони здоров'я.

Важливими завданнями для викладачів коледжу є: досягти підвищення фахового рівня медсестер, ознайомити їх з сучасними технологіями в проведенні діагностичного й лікувального процесу, зі стандартними вимогами в цих заходах, навчити проводити медсестринське діагностування та надавати необхідну своєчасну допомогу. Важливим для медсестри є також знання фармакокінетики і фармакодинаміки призначених лікарських засобів.

В останні роки Львівський медичний коледж післядипломного навчання провів навчально-методичні конференції, тематичні семінари для викладачів медколеджів Львівщини, майстер-класи з невідкладної медичної допомоги. і став ініціатором нових підходів у післядипломному навчанні для інших коледжів регіону, провів кілька зустрічей з їх директорами. Свою діяльність адміністрація коледжу спрямовує на подальше удосконалення післядипломної освіти та налагоджує співпрацю з медичними академіями Польщі, Чехії, підписано меморандум з німецькою клінікою Ернест фон Бергман. З пропозиціями та намірами щодо покращання післядипломного навчання медсестер директор коледжу поділилася, виступаючи недавно з трибуни Верховної Ради в день парламентських слухань про освіту. Удосконалення та покращення післядипломного навчання підвищить кваліфікацію медсестер і наблизить їх до європейського фахового рівня.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Гуцук І.В.

м. Острозька, Національний університет «Острозька академія»

Розвиток чи реформування будь-якої системи (галузі народного господарства) неможливе без матеріального, кадрового і особливо нормативно-правового забезпечення. Наша вітчизняна система охорони громадського здоров'я (далі СОГЗ) – не є винятком.

Загальновідомо, що здоров'я людини майже на 70 % залежить від багатьох чинників, на більшість з яких медична галузь не має безпосереднього впливу. Тобто СОГЗ, за нашим розумінням, повинна передбачати не тільки надання індивідуальних і суспільних послуг населенню на різних рівнях управління (національному, регіональному, місцевому та локальному), але й першочергово заходи, які впливатимуть на організацію діяльності інших ЦОВВ (міністерств, держслужб, держкомітетів, агенцій та ін.). При цьому, особливу увагу слід приділяти соціальним, екологічним та економічним детермінантам здоров'я, керуючись підходом «охорона здоров'я в усіх політиках держави» як загальнонаціональним принципом визнання пріоритетності безпеки у питаннях життя і здоров'я людини, безпечного середовища її життєдіяльності перед будь-якими іншими інтересами і цілями у сфері господарської діяльності; функціонування суспільства на засадах сталого (збалансованого) розвитку. Незважаючи на те, що на урядовому рівні в 2016–2017 рр. були прийняті деякі рішення стосовно розвитку СОГЗ в Україні, проте запропонований до обговорення проект закону «Про систему громадського здоров'я», який був розміщений на сайті МОЗ, є поверховим та спробою вмонтувати у тіло даного проекту закону нову редакцію Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення».

Стратегічно, на нашу думку, даний законопроект мав би:

- мати назву «Про систему **охорони/захисту** громадського здоров'я»;
- акумулювати в собі засадничі принципи спеціалізованих Законів України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб» з їх подальшою відміною;
- законодавчо зафіксувати дефініцію і врегулювати запровадження на державному, регіональному та місцевому рівнях загальнонаціонального принципу «Охорона здоров'я в усіх політиках держави»;

- передбачати створення національної інституції у вигляді компетентного органу як ЦОВВ за підпорядкуванням не Міністерству охорони здоров'я, а Кабінету Міністрів України, та включення його керівника до складу Ради Національної Безпеки і Оборони України;
- передбачити створення моніторингової системи та інформаційного фонду щодо детермінант і методологічних підходів з аналізу ризиків у сфері громадського здоров'я та підготовки відповідної щорічної Національної доповіді;
- зініціювати подальше нормативно-правове забезпечення процедури з відшкодування нанесених збитків здоров'ю і життю людини на індивідуальному та популяційному рівні;
- сприяти оптимізації кадрової політики та внесенню необхідних змін до діючих нормативно-правових актів з цього питання в т. ч., наприклад, до ДКП 003-2010;
- надати запобіжники від остаточної руйнації та подальшої «тихої» приватизації матеріально-технічної бази ліквідованих об'єктів СЕС(санепідстанцій).

ПИТАННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ РОЗБУДОВИ НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Гуцук І.В., Кулеша Н.П., Гуцук В.І., Гільман А.Ю., Нікітчук У.І.

м. Острог, Національний університет «Острозька академія»

Збереження здоров'я людини – як наукова, так і практична проблема – належить до глобальних проблем людства. Поняття «здоров'я» включає в себе багато різноманітних значень, воно є складним, містить в собі не тільки медико-біологічні, але в т. ч. й соціальні та філософські аспекти. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) «здоров'я» – це стан повного фізичного, психічного (душевного) та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад. При цьому, ВООЗ розглядає психічне здоров'я як стан благополуччя, при якому кожна людина може реалізувати свій власний потенціал, впоратися з життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти.

Дані численних наукових досліджень доводять, що лише впродовж двох останніх десятиліть рівень поширення психічних захворювань різного генезу у світі збільшився майже в 30 разів. За оцінками експертів ВООЗ, на даний час психічні розлади становлять 12 % глобального тягаря хвороб в усіх країнах світу, а до 2020 р. на їх долю припадатиме 15 % років життя, втрачених через непрацездатність (Disability-adjusted life year — DALY). Найчастіше до патологічних змін, які відбуваються у стані психічного здоров'я, відносяться психічні зрушення донозологічного характеру, що являють собою низку проміжних, між нормою та патологією, якісно різних за своєю природою психопатологічних і психоневрологічних станів, відзначаються наявністю ознак виснаження та зриву адаптаційно-компенсаторних механізмів, призводять до формування різноманітних проявів соціальної та психічної дезадаптації.

Актуальною дана проблема є і для нашої держави. В Україні перебуває на обліку у зв'язку з розладами психіки та поведінки близько 1,7 млн жителів, із них майже 700 тис. (більш ніж 40 %) – внаслідок розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та наркотиків. Вітчизняна система охорони психічного здоров'я в цілому успадкувала радянську систему з усіма її перевагами та недоліками і яка за роки незалежності не зазнала істотних організаційно-структурних змін. Дотепер вона залишається переважно сфокусованою на біомедичних підходах, які реалізуються, в основному, в стаціонарних відділеннях психіатричних та наркологічних закладів охорони здоров'я. Недостатня увага приділяється профілактиці, психосоціальному методам, організації охорони психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги, наданні психотерапевтичної допомоги, реабілітаційним заходам, а також службам охорони психічного здоров'я, які функціонують в територіальних громадах, недостатньо розвинуті амбулаторне раннє втручання на рівні територіальних громад та практика домашнього супроводу. Окрім цього, в Україні має місце проблема кадрового забезпечення системи охорони психічного здоров'я, що визначає необхідність змін з метою забезпечення населення якісною допомогою відповідно до протоколів (в тому числі посилення ролі фахівців у сфері охорони громадського здоров'я, соціальних працівників, ерготерапевтів, психо-

логів і психотерапевтів у наданні допомоги, впровадження спеціалізації медичних сестер у сфері психічного здоров'я тощо). Система вищої та післядипломної освіти у сфері охорони психічного здоров'я потребує системного та диференційованого удосконалення як щодо змісту освітніх програм, так і методології навчання та оцінки компетентностей.

Вирішення вищевикладених проблем має бути передбачене як при реформуванні національної системи охорони здоров'я, так і при розбудові системи захисту громадського здоров'я на індивідуальному та популяційному рівні. Досягнення стратегічних цілей у сфері охорони психічного здоров'я потребує міжгалузевої взаємодії, що є логічним продовженням запровадження базової політики розвитку системи охорони громадського здоров'я за загальнонаціональним принципом «Охорона здоров'я в усіх політиках держави».

РОЗВИТОК СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ЄВСТІГНЕЄВА О., Гук А.,

м. Київ, Київське відділення громадської організації «Українська асоціація сприяння охороні здоров'я населення»

За даними дослідження-рейтингу медичного видання The Lancet, на основі розроблених ООН у 2015 році Цілей сталого розвитку, Україна посіла 118-те місце зі 188 в рейтингу за показниками здоров'я і благополуччя нації. Український середній показник – 54 зі 100 можливих. Поруч з Україною – Сирія (117), Росія (119) та Білорусь (120). Найближча європейська країна – Молдова, яка посідає 80-те місце. Гірші показники мають лише африканські, центрально-азіатські та деякі близькосхідні країни. У лідерів рейтингу – Ісландії, Сингапуру і Швеції – по 85 балів.

Показники, за якими формували рейтинг, – показники дитячої смертності, материнської смертності, рівень вживання алкоголю та тютюнопаління, захворюваність на ВІЛ-інфекцію/СНІД, туберкульоз і гепатит В, смертність від насильницьких дій (у жінок і чоловіків, включаючи фізичне, сексуальне та психологічне насильство) тощо.

Згідно з даними рейтингу, в Україні найгірші справи за такими показниками, як смертність від військових дій (3), вживання алкоголю (8), ВІЛ-інфекція (31), самогубства (34) і насильство (38). За показником вживання алкоголю гірші справи, ніж в Україні, лише в Білорусії (0) та Росії (7). Не спостерігається загроз для здоров'я населенню в нашій державі лише від таких факторів як стихійні лиха, малярія та забуті тропічні хвороби. За цими пунктами Україна отримала по 100 зі ста можливих балів.

Виправити ситуацію може розвиток дієвої системи охорони громадського здоров'я.

Громадське здоров'я – дуже широке поняття, яке охоплює й ситуацію із захворюваністю, і стан профілактики, і тенденції, і контроль та запобігання захворюванням. В рамках євроінтеграції планується довести українські стандарти профілактики захворювань та надання медичної допомоги до європейських. Тоді буде змога працювати в рамках єдиної системи, бачити тенденції, успішно долати епідемії та припиняти наростання негативної статистики вже в зародку. Передусім «громадське здоров'я» як категорія в рамках реформи охорони здоров'я йде пліч-о-пліч з категорією «профілактика і запобігання». І сама суть реформи системи охорони громадського здоров'я полягає у запровадженні принципу «Здоров'я в усіх стратегіях». Відповідно до Угоди про асоціацію з ЄС, Україна має наступні зобов'язання у сфері громадського здоров'я:

- зміцнення спроможності управління охороною здоров'я, зокрема у сфері громадського здоров'я;

- підготовка до впровадження в Україні *acquis* ЄС у сфері охорони здоров'я, зокрема тих, що передбачені у відповідних додатках до Угоди про асоціацію, включаючи ті, що стосуються тютюну, тканин і клітин крові, інфекційних захворювань;

- запобігання неінфекційним хворобам шляхом медичної освіти та пропагування здорового способу життя і шляхом заходів, прив'язаних до основних визначальних факторів охорони здоров'я та проблем, таких як здоров'я матері та дитини, психічне здоров'я, алко-, нарко- і тютюнозалежність, а також посилення залучення громадянського суспільства.

Побудова сучасної системи охорони громадського здоров'я можлива за умови прийняття відповідного спеціального закону, який буде регулювати сферу громадського здоров'я, а також стратегій за певними напрямками громадського здоров'я, а саме: біологічної безпеки, розвитку національної системи крові, контролю за неінфекційними хворобами, а також стримування стійкості до протимікробних засобів.

Важливим напрямком мають стати заходи з формування відповідального ставлення населення до свого здоров'я зі збільшенням частки населення, яке веде здоровий спосіб життя та позбавилося від шкідливих звичок, профілактика неінфекційних захворювань, формування у молоді навиків безпечної поведінки та зниження рівня ризикованої поведінки.

КОНЦЕПЦІЯ ПЕРЕХОДУ НА СТРАХОВУ МЕДИЦИНУ У ВЕЛИКИХ МІСТАХ УКРАЇНИ

Єрмак С.М., Рожков В.С.

м. Одеса

Переймаючи зарубіжний досвід реформ, в Україні робиться наголос на розвиток сімейної медицини. При цьому часто забувають, що кваліфікованих фахівців поки катастрофічно не вистачає (більше 20 000), а на їх підготовку потрібно чимало часу і коштів. Ситуація, що склалася, вимагає нових нестандартних підходів і рішень для якісного поліпшення системи охорони здоров'я, особливо охорони здоров'я першого і другого рівнів.

Ми пропонуємо ексклюзивний підхід до різкого поліпшення медицини першого і другого рівнів з подальшим переходом на страхову медицину – медицину нового рівня, спрямовану на профілактику і максимально наближену до пацієнта (Єрмак С. М., Рожков В.С. Концепція переходу на страхову медицину в великих містах України. Свідоцтво про реєстрацію авторського права № 78844 від 05.05.2018).

Для вирішення цього завдання пропонується у великих містах України запропонувати будівельним компаніям, які планують будівництво великого будинку або поруч розташованих будинків (чисельністю квартир 500–600), при проектуванні будинку планувати будівництво медичного центру площею 120–130 кв. м і створювати дочірні медичні компанії, відкриваючи при цьому другий медичний бізнес.

Відмінною особливістю цих центрів стане їх цілодобова робота, забезпечувати яку будуть відразу чотири фахівці (сімейний лікар, терапевт, педіатр, кардіолог). Це дасть можливість усім, хто проживає в будинку, мати своїх лікарів-фахівців, отримувати безкоштовну невідкладну медичну допомогу, проводити консультації, обстежуватися, амбулаторно лікуватися, отримувати лікарняні листи та інші медичні послуги.

У кожного вже виникло питання: «А за які кошти створювати такі центри?» Відповідь дуже проста. На етапі будівництва будинку, де запланований такий центр, його оснащення, утримання медперсоналу, покупка медикаментів та інші витрати в розрахунку на один рік відразу закладаються в продажну вартість одного квадратного метра (приблизно від 0,5 до 1 %). Таким чином, мешканці цього будинку фінансують своє медичне обслуговування терміном на 1 рік, отримуючи цілодобове безкоштовне медичне обслуговування. Подальша життєздатність таких центрів буде залежати від бажання мешканців утримувати такий медичний центр в своєму будинку (в будинках).

За підтримки даної концепції охорона здоров'я отримує ексклюзивну медицину нового рівня, місто різко покращує медичне обслуговування своїх громадян, створюючи одночасно нові робочі місця для медиків. Мешканці таких будинків забезпечують себе якісною медичною допомогою першого і другого рівня. Будівельна компанія підвищує свій рейтинг, розвиває другий медичний бізнес. Купівля квартир в таких будинках стане більш привабливою. Всі зацікавлені сторони залишаються у вигаді.

Після ознайомлення з концепцією висновки для обговорення в широких колах медичної громадськості напрошуються самі:

- 1) медичні послуги першого і другого рівнів самі йдуть за пацієнтом. Медицина стає профілактичною з обов'язковою щорічною диспансеризацією;
- 2) фінансування цих послуг лягає на пацієнтів (~ від 2–3 тис. на рік, що прийнятно для наших громадян);
- 3) Засоби що виділяються державою на медицину першого і другого рівнів перерозподіляються на медичні послуги третього рівня (що дозволить дати гідну оплату медикам і значно знизити вартість передбачуваних послуг цього рівня, яка для більшості населення сьогодні неприйнятно);
- 4) створювана мережа сімейних амбулаторій стане хорошою матеріально-технічною базою для переходу на сімейно-страхову медицину;
- 5) в масштабах міста це тисячі нових (добре оплачуваних) робочих місць для медиків, а для країни десятки тисяч медичних вакансій.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ СПОСІБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ ВУЗІВ

КАЛІБЕРДА Я.Г., ЄРОШКІНА Т.В.

м. Дніпро, Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара

Спосіб життя є найбільш значимим чинником (до 50 %), що обумовлює здоров'я. У проведеному нами соціологічному дослідженні взяли участь понад дві тисячі студентів міста Дніпра, віком 18–22 роки. За статтю 75,5 % учасників дослідження склали жінки, 24,5 % – чоловіки. З них 60,3 % постійно мешкають у м. Дніпро, 22,5 % – у Дніпропетровській області. 45 % вважають, що розумніше вести здоровий спосіб життя: не палити, не вживати спиртне, займатись спортом, раціонально харчуватись. Між тим 41 % опитаних вважають, що краще – «ні в чому собі не відмовляти». Тверезого способу життя дотримуються 37 % студентів. Більше 50 % знають, що алкоголь може сприяти виникненню серйозних захворювань організму, а 8 % – що вживання алкоголю може вплинути на стан здоров'я їхніх майбутніх дітей. Між тим 7 % респондентів впевнені у нешкідливості невеликих доз алкоголю. Палять цигарки 52 % студентів, з них – 43 % жінки. 44 % вказали, що серед їхніх друзів є наркомани. На питання, чи шкідливе епізодичне вживання наркотиків, відповіли «так» 81,5 % студентів. 100 % опитаних розуміють, що СНІД – небезпечне захворювання, але механізм зараження для багатьох із них невідомий. Так, 14 % вважають факторами ризику користування загальним посудом, басейном, санвузлом; 12 % – при доторкуванні до хворого, рукоштовканні, 5 % – при розмові, чханні. Лише 21 % опитаних знають, що заразитися СНІД можна і від людини, яка ще не має явних ознак захворювання. Нами розроблена комплексна програма поглиблення знань та підвищення свідомості студентів щодо вищевказаних проблем.

ЗА КРОК ДО РЕФОРМ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ: ДИНАМІКИ ПОКАЗНИКІВ РОБОТИ ЛОР ВІДДІЛЕННЯ МІСЬКОЇ ДИТЯЧОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ М. ЛЬВОВА

КВІТ Д.І.^{1,2}, ЗАБРОВАРНА-МИКИТЮК Т.М.¹, СЕМЕНЮК О.О.^{2,1}, ГЕРЕГА С.Р.¹,
РАБА Б.М.¹, ЛИНДА Б.Л.¹

¹Комунальна міська дитяча клінічна лікарня, м. Львів

²Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Вступ. У 2018 р. система охорони здоров'я України (ОЗ) «перейшла Рубікон» на шляху свого реформування, зокрема, через зміну принципів її фінансування. Засади реформи фінансування системи ОЗ викладено у відповідній Концепції та схвалено Кабінетом Міністрів ще у 2016 р. [1]. У грудні 2017 р. Президент України підписав прийняті Верховною Радою України закони, які запо-

чаткували реформу ОЗ України [2, 3]. Таким чином планується вирішити проблеми ОЗ, серед яких – низька якість та ефективність надання медичних послуг, неефективне витрачання бюджетних коштів і, як наслідок, непосильні витрати з сімейних бюджетів ОЗ [4]. Перехід від утримання наявної мережі закладів ОЗ незалежно від кількості та якості фактично наданих ними послуг, коли більшість закладів мають недостатнє навантаження, зношені основні фонди, застаріле медичне обладнання («гроші ходять за інфраструктурою»), до оцінки кількості та якості фактично наданих послуг, які буде вибирати сам пацієнт, а не його територіальна приналежність, вимагають проведення змін як в роботі структурних підрозділів, так і стилі керівництва й роботи лікарів.

Мета: проаналізувати динаміку роботи дитячого ЛОР відділення Комунальної міської дитячої клінічної лікарні м. Львова (КМДКЛ) напередодні реформ у 2015–2017 рр., виявити тренди та спрогнозувати можливості подальшого розвитку.

Матеріали і методи. Даний аналіз базується на узагальненій інформації зі звітів про роботу дитячого ЛОР відділення КМДКЛ за 2015–2017 рр. Штат укомплектовано згідно з розписом, середній вік лікаря – 37 років. Відділення оснащено оглядовим та хірургічним інструментарієм, ендоскопічною стійкою та двома мікроскопами. Спектр операцій, що проводяться у відділенні, включає як планові (операції на лімфоглотковому кільці, функціональна ендоскопічна синус-хірургія, ультразвукова дезінтеграція носових раковин, риносептопластика, шунтування барабаних перетинки), так і ургентні – розкриття гнійників ЛОР органів, допомога при травмах (ПХО ран, репозиція кісток носа).

Лікування виконується згідно з показаннями, визначеними чинними національними протоколами, міжнародними рекомендаціями щодо надання лікарської допомоги населенню і локальними протоколами, розробленими на їх основі.

Результати та їх обговорення. За результатами аналізу встановлено, що загальна кількість стаціонарних пацієнтів у 2017 р. у порівнянні з 2015 р. зросла на 17,7 % (194), водночас кількість внутрішніх переведень у ЛОР відділення зменшилася вдвічі, тоді як із відділення у 2017 р. переведень не було (проти 0,4 % пацієнтів у 2015 р.).

Зросла кількість пацієнтів з районів області (5,9 % у 2015 р. і 22,7 % – у 2017) та з інших областей (0,12 %). На нашу думку, це результат не лише ефективної роботи закладу з промоції своєї діяльності та виходу за межі ролі міської установи, але й ріст кваліфікації і персонального авторитету лікарів у населення. Серед пацієнтів міста Львова найбільше було мешканців Шевченківського району (30,4 %), в якому розміщується КМДКЛ, та Сихівського (23,1%), який хоч і розміщений на протилежному кінці міста Львова, проте є одним з найбільш заселених районів, де в єдиному спостерігається природній приріст населення [5].

На 19,4 % зросла кількість пацієнтів, скерованих приймальним відділенням КМДКЛ, яких разом з пацієнтами без скерувань слід розцінювати як пацієнтів із самозверненнями. Кількість скерувань з дитячих поліклінік м. Львова різко зменшилася (21,7 % у 2017 і 21,9 % – у 2016 проти 40,6 % у 2015 році). Це, на нашу думку, вже може свідчити про підготовку первинної ланки до реформи, коли лікарі будуть «боротися» за пацієнта і не скеровувати у стаціонар за першої ж нагоди.

У віковій структурі пацієнтів у 2017 р. переважна більшість була у віці понад 7 років (53,2 % проти 41 % у 2015–2016 рр.), спостерігається збільшення кількості в 1,8 раза у групі дітей 1–2 роки. На нашу думку, це може бути свідченням довіри до лікарів відділення, адже батьки таких малих дітей віддають перевагу лікуватися не амбулаторно, а у стаціонарі. Цьому сприяє й висока імовірність ускладнень у дітей цього віку через черговий критичний період розвитку імунної системи, а, отже, і природній гіпоімунний стан.

Спостерігається скорочення тривалості перебування у стаціонарі на 0,8 ліжкодня (л/д) (з 6,0 у 2015 до 5,2 – у 2017 р.). Відсоток виконання л/д теж зростає (105,4 %, 106,0 % і 106,2 % у 2015–2017 рр., відповідно). Такі результати інтенсифікації роботи – наслідок виваженого менеджменту керівництва як елемент комплексної підготовки медичного закладу до роботи в нових умовах фінансування ОЗ.

Збільшилась кількість пацієнтів, у яких тривалість захворювання становила понад 5 д (15 % у 2015 проти 30 % та 23 % у 2016–2017 рр., відповідно). Збільшується кількість пацієнтів із середнім ступенем тяжкості при поступленні (84 % у 2017 проти 77 % та 82 % у 2015–2016 рр., відповідно) за рахунок зменшення вдвічі пацієнтів у тяжкому стані (8 % у 2017 проти 16 % у 2015 р.). Це може свідчити і про неефективність лікування на амбулаторному етапі, і відсутність вузьких спеціалістів за місцем проживання (скорочення ставок та перехід на сімейну медицину).

Хірургічна активність зросла на 11,5 % у 2016 р. і на 9,5 % у 2017 р. (76,5 % і 74,5 %, відповідно). Хоча у 2016 р. хірургічна активність на 2 % нижча, ніж у 2017 р. за рахунок більшої загальної кількості пацієнтів, проте у абсолютних значеннях кількість прооперованих пацієнтів щороку зростає (714, 927 та 962 у 2015–2017 рр., відповідно). Спостерігається зростання питомої ваги ургентних оперативних втручань (24,1 % у 2015 р., 29 % у 2016 і 31,3 % – у 2017 р.), що ще раз свідчить на користь КМДКЛ як лікарні невідкладної допомоги.

У нозологічній структурі пролікованих у 2015–2017 рр. переважали пацієнти з гіпертрофією аденоїдів (36,0 %, 32,9 % і 39,2 %, відповідно), гіпертрофією мигдаликів (20,1 %, 23,5 % і 23,5 %, відповідно), гострими отитами (11,8 %, 11,0 % і 9,5 %, відповідно), гострими синуїтами (25,4 %, 19,8 % і 22,2 %, відповідно), серед яких найбільше було пацієнтів із гострим верхньощелеповим синуїтом (10,8 %, 8,5 % і 11,5 %, відповідно). Серед хронічної патології переважали пацієнти з хронічним тонзилітом (11,1 %, 10,7 % і 10,4 %, відповідно), хронічним риносинуїтом (7,7 %, 6,8 % і 7,9 %, відповідно) та хронічним отитом (4,1 %, 3,5 % і 3,0 %, відповідно). Спостерігається тенденція до зменшення кількості пацієнтів з хронічною патологією, які, за міжнародними тенденціями, не завжди потребують госпіталізації чи тривалого перебування у стаціонарі. Серед проведених лікарями відділення операцій за період 2015–2017 рр. переважали аденотомія (33,5 %, 39,4 % і 38,6 %, відповідно), тонзилотомія (19,0 %, 22,2 % і 22,1 %, відповідно).

З вересня 2016 р. в роботу відділення впроваджена нова методика скринінгу слуху методом отоакустичної емісії (ОАЕ), яка проводиться на базі відділення патології новонароджених пацієнтам та дітям раннього віку з груп ризику, а з січня 2017 р. – на базі консультативної поліклініки КМДКЛ. Всім пацієнтам, які при проведенні ОАЕ отримали негативний результат, проводиться більш детальне обстеження слуху методом ААВР (автоматизований тест реакції стовбура головного мозку), що дає змогу виявити рівень втрати слуху (в т. ч. при потребі – під загальним знечуленням). Всього проведено 835 обстежень ОАЕ, негативний результат виявлено у 62 (7,4 %), методом ААВР обстежено 59 дітей, зниження слуху виявлено у 37 пацієнтів, з них зниження I–II ст. – 7, II–III ст. – 18, III–IV ст. – 12.

Летальних випадків за звітний період у відділенні не було. Крім того, працівники постійно підвищують свою кваліфікацію. Так, за звітний період лікарі пройшли 3 ТУ, 2 ПАЦ, два курси навчання в Україні та 3 закордонних стажування (Бельгія, Польща, Білорусь), організовано 2 науково-практичні конференції, наявні 19 публікацій, 14 виступів на конференціях та 4 виступи на телебаченні.

Висновки та перспективи. 1. Спостерігається інтенсифікація роботи за рахунок зростання загальної кількості пацієнтів, збільшення хірургічної активності, скорочення л/д, ріст кількості пацієнтів з районів області та інших областей, зменшення госпіталізації пацієнтів з хронічною патологією.

2. Ріст основних показників – не лише наслідок виваженого менеджменту керівництва як елемент комплексної підготовки медичного закладу до роботи в нових умовах фінансування ОЗ на тлі зменшення скерувань з поліклінік м. Львова (за рахунок підготовки до сімейної медицини чи відсутності вузьких спеціалістів), але й результат росту кваліфікації і персонального авторитету лікарів за рахунок постійного навчання в Україні та за кордоном, молодого середнього віку та активної участі в науково-практичній та популяризаційній роботі.

3. Незважаючи на розширення мережі приватних медичних закладів, які пропонують ЛОР допомогу, працівникам ЛОР відділення КМДКЛ не лише вдається втримувати, але й покращувати кількісні показники своєї роботи і готуватися до нової системи фінансування ОЗ.

Список використаних джерел

1. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р. *Урядовий кур'єр*. 27.01.2017. № 16.
2. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*. 2018. № 5. Ст. 31.
3. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України : Закон України / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*, 2018, № 2, ст.8
4. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво / Д. Баценко, П. Брагінський, М. Бучма та ін. Київ ; Міністерство охорони здоров'я України, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ТОВ «Агентство «Україна». Київ, 2018. 368 с.
5. Демографічна ситуація у Львові у 2016 році. URL: http://www.lv.ukrstat.gov.ua/ukr/si/express/2017/v1103_30.pdf

АНАЛІТИЧНИЙ ПОГЛЯД НА ДИНАМІКУ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ В УКРАЇНІ І СВІТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇХ ПОДОЛАННЯ

В. Г. КРАВЧЕНКО¹, В. І. СТЕПАНЕНКО²

¹м. Полтава, Медичний центр

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

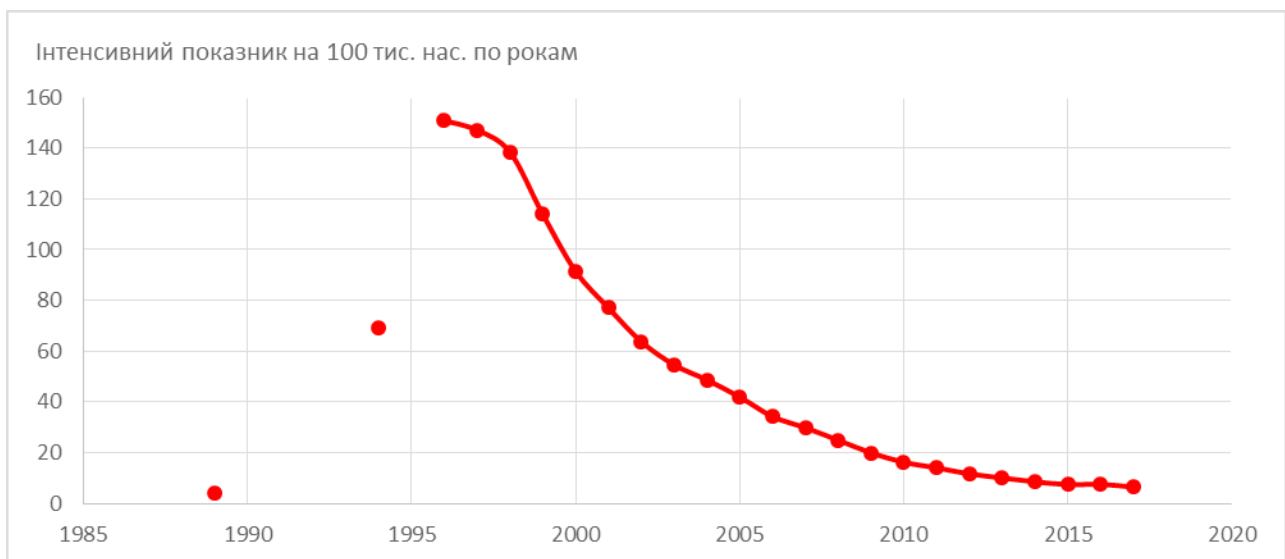
Сексуально-трансмісивні хвороби, інакше, інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), викликаються більш ніж 20 збудниками. За класифікацією ВООЗ хвороби, які передаються статевим шляхом, поділяють на: «класичні» венеричні хвороби – це сифіліс та гонорея (існує ще декілька хвороб, розповсюджених переважно у тропічних країнах, наприклад, м'який шанкр); інфекції з переважним ураженням статевих органів (хламідіоз, трихомоніаз, мікоплазмоз, генітальний герпес); інфекції з переважним ураженням інших органів (СНІД, гепатит В). Боротьба з цими хворобами відноситься до важливих напрямів діяльності органів охорони здоров'я, оскільки вони належать до соціально-небезпечних і широко розповсюджених у світі, в тому числі у високорозвинутих країнах Європи і Америки. Увага суспільства до проблеми венеричних хвороб обумовлена їх розповсюдженістю, тяжкими наслідками для здоров'я хворого і впливом на нащадків. Найбільш розповсюдженими ІПСШ є трихомоніаз, хламідіоз, сифіліс і гонорея. Згідно з узагальненою літературно-аналітичною інформацією, щорічно 357 млн людей набувають одну з чотирьох ІПСШ – трихомоніаз (143 млн), хламідіоз (131 млн), гонорею (78 млн) та сифіліс (5,6 млн), понад 500 млн людей живуть з інфекцією генітального герпесу. За цими ж даними, у багатьох країнах, особливо в Західній Європі, у 2010–2014 роках виявлено різке збільшення числа зареєстрованих випадків інфікування сифілісом: більше ніж удвічі у Бельгії, Франції, Німеччині, Великій Британії, Ірландії, Люксембургу, Мальті, Норвегії, Португалії. В США у 2000–2001 рр. число зареєстрованих випадків первинного і вторинного сифілісу становило 2,1 на 100 тис. населення, що було найнижчим від початку звітування з 1941 р., після чого рівень захворюваності збільшувався майже щороку і вже у 2014 р. зріс до 6,3 випадку на 100 тис. населення, що стало найвищим показником від 1994 р. В Росії захворюваність на ІПСШ зросла в період з 1990 по 2006 рік (у порівнянні з 1995 р.) у 12 разів.

Проблему ІПСШ не можна відокремлювати від проблеми епідемії ВІЛ/СНІД, оскільки за результатами численних досліджень встановлено, що наявність ІПСШ суттєво підвищує ризик передачі та інфікування ВІЛ статевим шляхом. Згідно з інформацією спецбюлетеня Глобальної статистики ВІЛ [8], у 2016 р. загальносвітове число людей, які живуть із ВІЛ, складало 36,7 (30,8–42,9) мільйона. В Україні з 1987 р. офіційно зареєстровано 7 490 нових випадків ВІЛ-інфекції, за цей час померли від СНІД 42 987 людей. Захворюваність на ІПСШ в нашій країні включно зі СНІД складає близько 329,8 на 100 тис.

Упродовж багатьох десятиліть головним маркером і люстратором венерологічної напруженості в світі був сифіліс, небезпечність якого є не тільки одним із показників рівня охорони здоров'я країн, але й завжди визнавалась моральним тягарем будь-якого суспільства. І навіть, незважаючи на нестримний наступ ВІЛ/СНІД та хламідійної інфекції останніх десятиріч, не зменшив увагу органів охорони здоров'я до сифілітичної патології, її епідеміологічної підступності і важких наслідків для хворих при неотриманні ефективної терапії. Історії венерології відомі епідемії сифілісу в Європі і світі з часів Х. Колумба. Характерно, що захворюваність на сифіліс повсякчас мала хвилеподібний характер і була пов'язана з різними соціальними вибухами, війнами, економічними та іншими суспільними кризами. Кожному спалаху сифілітичної інфекції притаманні «свої» епідеміологічні особливості, які й слугували основними чинниками розповсюдження інфекції і складнощами для приборкання епідемії.

Спеціалістам-венерологам старшого покоління добре відома епідемія сифілісу в колишньому Союзі в повоєнний період: так, у 1945 році рівень захворюваності становив 174,6 на 100 тис. населення, а вже через 10 років він знизився до 3,5. В Україні, починаючи з 60-х років, захворюваність на сифіліс знову стала зростати, а вже в 1968 році рівень її став найбільш низьким і склав 2,8 випадку на 100 тис. населення [22]. Справедливості ради слід відзначити, що аналогічний підйом захворюваності на сифіліс і гонорею відбувався в цей період і в інших республіках тодішньої країни. У наступні десятиріччя відповідний показник захворюваності в Україні залишався на віднос-

но низькому рівні з незначними коливаннями, зокрема, у 1989 році він становив 4,1 на 100 тис. З 1991 року епідемія сифілісу повністю охопила всі країни колишнього Союзу, захворюваність в багатьох країнах пострадянського простору збільшилась в десятки і сотні разів [2]. В республіці Казахстан, за новітніми даними НДШВІ МОЗ РК, не дивлячись на відносно благополуччя, відзначене в останні роки, рівень захворюваності на сифіліс в 2012 р. склав 34,1 на 100 тис. населення, тоді як пік захворюваності припав на 1997 р., складаючи 268,9 випадків і перевищуючи аналогічний показник 1991 року в середньому в 16 разів [2]. Спалаховидне зростання захворюваності на сифіліс у Незалежній Україні розпочалося у 1994 році, коли інтенсивний показник досяг 69,0 випадків на 100 тис. населення, у 1996 р. – 150,8 випадків, а у 1997 році – 147,1. Підвищення захворюваності у ці роки спостерігалось практично у всіх регіонах України. Тобто, захворюваність на сифіліс в Україні з 1989 по 1997 рік зроста порівняно з 80-ми роками у 36 разів, наблизившись до рівня захворюваності у першому повоєнному році. Така епідеміологічна ситуація із захворюваністю на сифілітичну інфекцію в Україні була визнана експертами ВООЗ та МОЗ України як епідемія [1, 11, 22]. Правда, темпи зростання цього показника дещо знизилися в усіх регіонах України в 1997 р. в середньому на 3,4 % і на 6,7 % в 1998 р., при середньому показнику захворюваності 138,4 випадку на 100 тис. населення. Згідно зі статистичними даними, з тих пір відзначається тенденція до поступового, але неухильного зниження рівня захворюваності (4–7,16) – див. мал. 1. (2000 рік – інтенсивний показник 91,5; 2001 – 77,1; 2002 – 63,8; 2003 – 54,7; 2004 – 48,7; 2005 – 42,0; 2006 – 34,3; 2007 – 29,9; 2008 – 25,0; 2009 – 20,0; 2010 – 16,3; 2011 – 14,1; 2012 – 11,7; 2013 – 10,1; 2014 – 8,6; 2015 – 7,5; 2016 – 7,6; 2017 – 6,5). Таким чином, реєстрація хворих на сифіліс у 2017 році зменшилася у порівнянні з 2000 роком у 14 разів, хоча показники все ще залишаються вище бажаних.

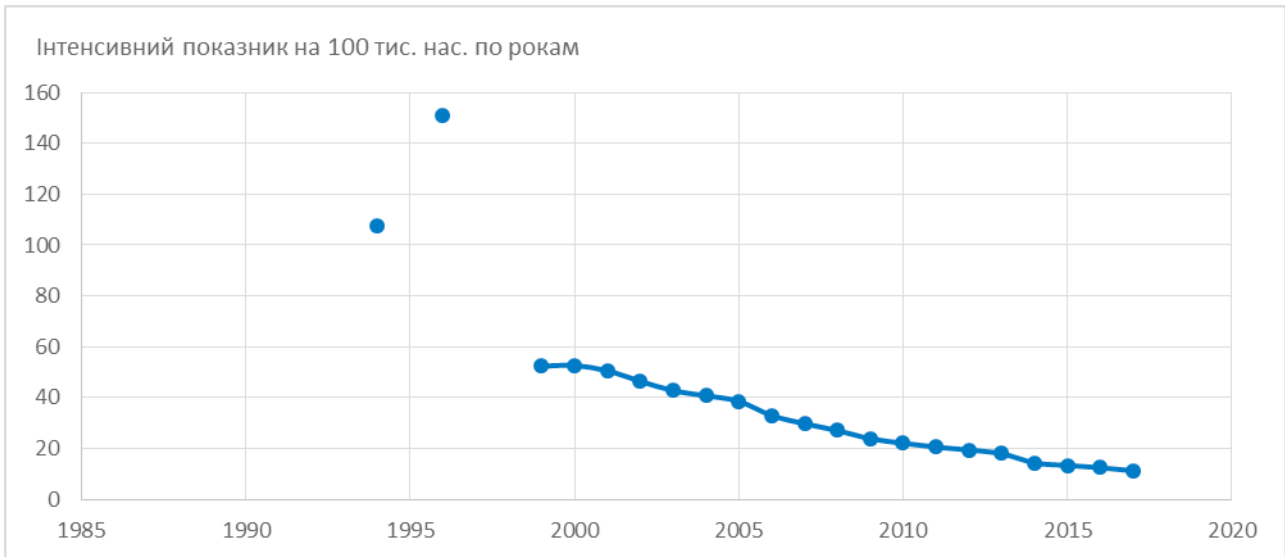


Мал. 1. Динаміка захворюваності на сифіліс в Україні (1989–2017 рр.)

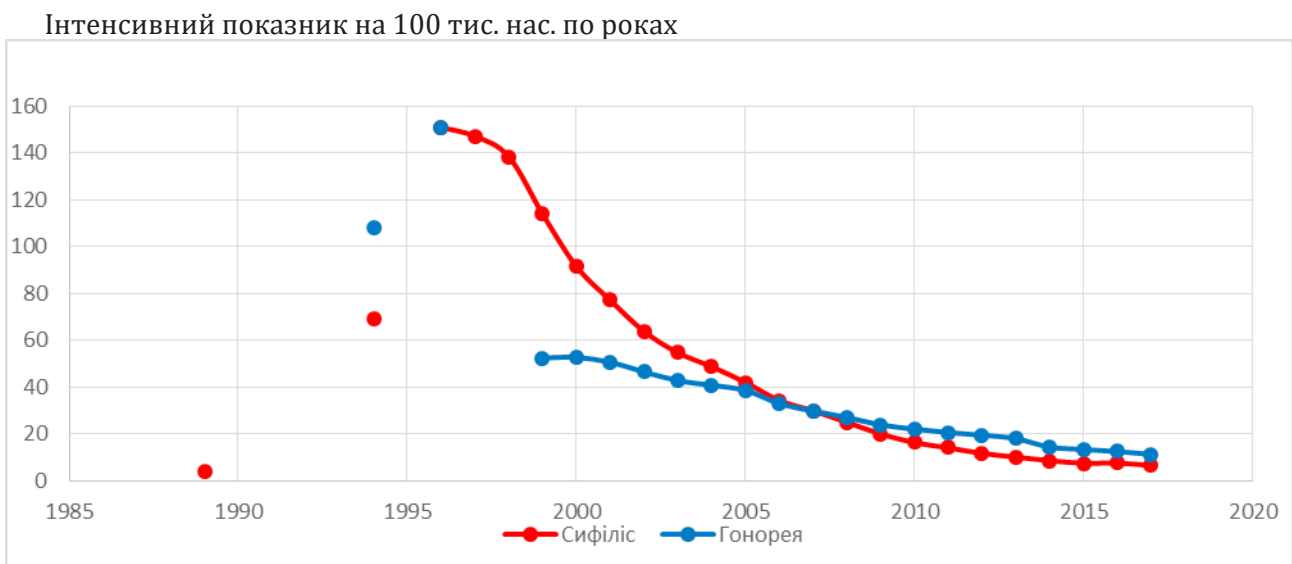
Динаміка захворюваності на гонорею в Україні в 2000–2017 рр. представлена на мал. 2. Про рівень захворюваності до 2000 р. можна судити в певній мірі хоча б по співвідношенню хворих на сифіліс/гонорею, яке становило в різні попередні роки 1 : 12, 1 : 15 і вище (до 1 : 30–40). Але це співвідношення різко впало з 1999 р., коливаючись з 2000 р. від 0,58 до 1,79. Так, наприклад, в 1990 р. на одного хворого на сифіліс реєстрували 12,2 хворих на гонорею, а в 1998 р. – 0,4, тобто, умовно близько 700 000 хворих не звернулися за медичною допомогою [10]. Рівень захворюваності на гонорею у 2004 році становив 40,8 на 100 тис. населення і був навіть нижчим, ніж рівень захворюваності на сифіліс (48,7), що розглядається як «необ'єктивність» звітних матеріалів [22].

Неадекватне зниження рівня захворюваності на гонорею пов'язане, безумовно, з порушеннями в реєстрації пацієнтів відповідними структурами, які не контролюються органами та закладами охорони здоров'я (лікарі приватної практики, медичні кооперативи, спільні підприємства, медичні працівники різних спеціальностей, а також особи без медичної освіти). Офіційні статистичні дані не відображають повною мірою реальний стан захворюваності та інфікованості на ПСШ. Зокрема, реєстрація сифілісу, за різними оцінками, здійснюється лише від 10 до 40 % ре-

альної кількості випадків сифілісу [3, 4, 20]. Відповідно, не всі контакти реєструються і обстежуються, постійно рветься епідеміологічний ланцюжок, що унеможлиблює максимальне охоплення обстеженням джерел зараження і статево-побутових контактів. Велике число потенційних пацієнтів з ІПШС займаються самолікуванням або користуються послугами сумнівних «спеціалістів». Розповсюдженню практики самолікування сприяє реклама високоефективних засобів лікування цих інфекцій, вільний продаж антибактеріальних лікарських препаратів і доступність схем лікування. Це до того ж значною мірою дезорієнтує населення, формуючи легковажне ставлення до можливих наслідків захворювань.



Мал. 2. Динаміка захворюваності на гонорею в Україні (1994–2017 рр.)



Мал. 3. Співвідношення динаміки захворюваності на сифіліс і гонорею (1989–2017 рр.)

Спалаховидне зростання захворюваності на сифіліс, та мабуть і інших інфекційних хвороб, пов'язане, на нашу думку, крім медико-біологічних і соціальних чинників, ще й з космогенічними впливами, з комплексом екологічних чинників, які впливають на патогенність і вірулентність збудників хвороб. Заперечувати космопланетарний феномен не слід, і тому є приклади з попереднього досвіду епідеміології. Чи може хто не пам'ятає, хоча б на побутовому рівні, спалахи захворювань на коросту в 60-ті роки минулого століття, що набуло розмаху епідемії, на вошивість тощо?! Старші за віком організатори охорони здоров'я в центрі і в областях, як і професіонали-ве-

нерологи, добре пам'ятають піки захворюваності на сифіліс, коли після різкого її зниження відбувалося нове невблаганне зростання захворюваності на ті ж саме сифіліс і гонорею (не кажучи вже про трихомоніаз!). Завдяки напруженим зусиллям, добрій організації диспансерно-профілактичних, протиепідемічних заходів захворюваність вдавалося кожного разу максимально зменшувати, хоча і не долати доконечно. Справедливості ради слід відзначити чітку організацію протиепідемічної діяльності дермато-венерологічної служби України по подоланню ІПСШ, визначну організаційно-методичну роль Харківського НДІ дерматології і венерології, диспансеризацію хворих, організацію патронажних центрів з професійною зосередженістю всієї медичної спільноти і громадськості.

Сьогодні стан захворюваності на ІПСШ, можна сказати, стабілізувався: захворюваність на різні форми сифілісу і гонорею мають тенденцію до зменшення, хоча й продовжують реєструватися на високому епідеміологічному рівні, спостерігається несприятлива тенденція із захворюваннями на хламідіоз, трихомоніаз, ВІЛ/СНІД і мікоплазмоз [16, 24]. Істинна картина захворюваності на урогенітальну інфекцію в нашій країні повноцінно не реєструється з багатьох причин і в цьому відношенні слід запроваджувати серйозні відомчі рішення.

Здавалось би, на часі нарощувати зусилля в подоланні ІПСШ, оптимізувати діяльність дермато-венерологічної служби методично і організаційно. В зв'язку з цим доречно висловити деякі перестороги. Керівництво органів охорони здоров'я допускає сьогодні, на мій погляд, ризик нехтування найкращими традиціями протиепідемічної роботи і диспансерним досвідом, напрацьованими багатьма поколіннями дерматовенерологів нашої країни в протистоянні з ІПСШ. Сьогоднішнє ставлення до лікарської галузі дермато-венерології з боку керівних органів охорони здоров'я (МОЗ України) може стати в недалекому майбутньому великим прорахунком. Недостатня увага до ефективного планування забезпеченості професійними кадрами дермато-венерологів, до підвищення якості їх підготовки на всіх рівнях може призвести, врешті-решт, до аврального вирішення цих питань при черговій «несподіваній» зміні епідеміологічної ситуації з інфекційними шкірними хворобами, і особливо з ІПСШ! Заспокоєння успіхами в інфекційній галузі медицини загалом недоречно, особливо у венерології та, особливо, в сифілідології. Недарма засновник наукової сифілідології Жан Альфред Фурн'є ще у другій половині XIX ст. попереджав про небезпечні епідеміологічні колізії, порівнюючи сифіліс з «мавпочкою, яка невідомо, що може утнути...». Перебудова і вдосконалення загальної медичної служби в нашій країні безумовно необхідні, але не можна допускати втрат за рахунок недооцінки чи руйнування однієї з колись добре організованої галузі – дерматовенерології. Доречно нагадати сьгоднішнім реформаторам хоча б про сумнозвісне ослаблення уваги МОЗ в 60–70-ті роки до фтизіатричної служби при великих на той час досягненнях у боротьбі з туберкульозом. Зараз «маємо те, що маємо» – епідемічні проблеми із захворюваністю, включаючи феномен мультирезистентності збудників туберкульозу... Змінюються часи, змінюється й епідеміологія венеричних захворювань. Так, в 60–80-ті роки головними епідеміологічними «маркерами» зростання венеризму були, головним чином, так звані «суспільно-негативні елементи», такі як нероби – «тунеядці», безпритульні – «бомжі», люди аморальної поведінки, алкоголіки, наркомани, таксисти, гомосексуалісти, внутрішня міграція населення, тощо [13, 15, 17]. Сучасні медико-соціальні дослідження свідчать про тенденцію до підвищення сексуальної активності молоді в усьому світі. Це результат надмірно високої інформатизації через ЗМІ, які спекулюють на сексі, формуючи до нього неадекватний інтерес, впливу молодіжної субкультури, відсутності традиції індивідуального захищення статевих стосунків, вживання алкогольних напоїв, наркотиків, що призводить до підвищеної захворюваності молоді і людей активного репродуктивного віку [16]. Сьогоднішня епідеміологічна ситуація у венерології наповнена новими рисами, притаманними «демократичному» суспільству. Україна вступила в XXI століття, на жаль, з одними з найгірших в Європі показників життєдіяльності і тягарем багатьох соціально-економічних та демографічних проблем. Гальмування економічних і соціальних реформ, неповна трудова зайнятість або безробіття, низький рівень заробітної плати і несвоєчасна їх виплата, недостатня правова та соціальна захищеність громадян, соціально-політичне напруження тощо стали ознакою життя більшості населення [23]. На цьому фоні виросла частка торговців-«човників», трудова міграція за кордон, зросли прихована проституція і «секс-індустрія», різко окреслилось розшарування соціальних груп населення, особиста всюдозволеність, втрата частиною молоді моральних орієнтирів, соціальна розгубленість, медійна доступність до порнографії, практична відсутність

статевого виховання дітей і підлітків, санітарна безграмотність – ось неповний перелік головних епідеміологічних чинників потенційної загрози «несподіваного» різкого підвищення захворюваності на ІПСШ. Окрім цього, ніхто не відміняв феномена бактерійної резистентності і біологічної трансформації бактерій, зокрема збудників сифілісу і гонореї, пристосування мікрофлори до медикаментозних засобів, включаючи сульфаніламідів і антибіотики. Антибіотикорезистентність за своїми параметрами сьогодні перетворилася в загально-світову проблему, проблему державної національної безпеки [14, 21].

Однією з причин поширення ІПСШ є низька обізнаність населення, особливо молоді, про надзвичайну важливість збереження репродуктивного здоров'я. Більшість молодих людей залишається безграмотною, не маючи необхідних медико-біологічних знань щодо статевих відносин, профілактики венеричних захворювань та інших питань взаємовідносин статей, зокрема, морально-етичних та психологічних [5]. Тому на часі є розроблення чіткої і насправді дієвої системи гігієнічного та статевих виховання дітей і підлітків, щодо суті та способів запобігання ІПСШ і небажаний вагітності. Важливу роль у наданні якісної комплексної медико-соціальної допомоги має відігравати міжсекторальна взаємодія різних галузей і секторів, що опікуються питаннями сексуального та репродуктивного здоров'я, оскільки тільки серед хворих на сифіліс превалюють особи фертильного віку – (64,6 ± 6,5) % [4]. Запальні захворювання жіночих геніталій, залежні в значній мірі від руйнівного впливу на них ІПСШ, завдають непоправної шкоди репродуктивному здоров'ю жінок, тоді як стан репродуктивного здоров'я нашої нації знаходиться далеко за межами міжнародних стандартів [24]. Частота реєстрації сифілісу та хламідійної інфекції у жіночій половині населення у 2013 р. становила 9,0 та 75,4 на 100 тис. жінок, за цей самий період зареєстровано зростання частоти урогенітального мікоплазмозу. Так, у 2009 р. захворюваність на урогенітальний мікоплазмоз становила 106,9 на 100 тис. жіночого населення, а у 2013 р. – 115,7, тобто перевищувала 100,0. Захворюваність жіночого населення на урогенітальний мікоплазмоз у 2015 р. становила 88,8 на 100 тис. жінок, а хламідійні інфекції – 54,5. Істотне збільшення частки запальних захворювань репродуктивної системи має найбільш несприятливі наслідки, якщо вони перенесені у підлітковому віці. Частота сальпінгітів, оофоритів у дівчаток підліткового віку коливається в окремих регіонах у діапазоні від 2,4 до 364,5 при середньому в Україні показнику 150,8 на 10 тис. дівчат [24]. Згідно з сучасною Концепцією, координацію діяльності структур, відповідальних за питання поліпшення в країні репродуктивного і сексуального здоров'я, мають здійснювати «Міжвідомчі ради», створені при Кабінеті Міністрів України, обласних, міських та районних адміністраціях або органах виконавчої влади. Організація системи надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на захворювання шкіри та ІПСШ, безумовно, потребує вдосконалення структурного і функціонального змісту, направлено на покращення матеріально-технічної бази дермато-венерологічних закладів, зміцнення інтегративних зв'язків між лікарями-дерматовенерологами, акушерами-гінекологами, урологами та лікарями загальної практики. Потребує також покращення професійної підготовки з питань дерматовенерології, як фахівців-дерматовенерологів, так і суміжних спеціалістів та лікарів загальної практики, подолання негативних стереотипів у ставленні до осіб з ІПСШ і СНІДом, а також залучення громадськості до участі в подоланні інфекцій шкіри і ІПСШ [1, 11, 22]. Вдосконалення системи організації дерматовенерологічної допомоги повинно відбуватися з урахуванням реформування системи охорони здоров'я в Україні та збереженням і удосконаленням вітчизняного досвіду дерматовенерологічної допомоги. Незворотним наслідком відмови від диспансерного методу в венерології буде втрата контролю над рівнем захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, та погіршення репродуктивного здоров'я населення фертильного віку [22].

Створення в Україні в 2015 році Центру громадського здоров'я має на меті консолідацію національних ресурсів для більш ефективного і оперативного реагування на загрози для здоров'я населення зі збереженням кадрового та матеріально-технічного потенціалу оздоровчих установ. Центр громадського здоров'я розглядається як база для посилення функцій епіднадзора за інфекційними та неінфекційними захворюваннями. Серед іншого, планується запровадити сучасні інструменти для забезпечення епіднадзора у реальному часі (у тому числі запровадження інформаційних систем), розроблення та впровадження оновлених тренінгових програм для системи громадського здоров'я в цілому, покращення матеріально-технічної бази [18]. Реформування моделі дерматовенерологічної служби є складовою частиною загальної системи реформування охорони здоров'я в Україні і нової філософії державної соціальної політики.

Список використаних джерел

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Проект «Сифіліс» державного експертного центру МОЗ України. Київ, 2017.
2. Баев А. И. Некоторые аспекты врожденного сифилиса и сифилиса беременных (обзор). *Здоровье Казахстана*. 2018. № 5(70).
3. Бондаренко Г. М., Процак В. В. Прихований сифіліс: шляхи покращення метаболічної терапії. *Журнал дерматовенерології та косметології імені М.О. Торсуєва*. 2011. № 1–2 (24).
4. Бондаренко Г. М., Унучко С. В., Губенко Т. В., Матюшенко В. П. Клініко-епідеміологічні особливості сифілісу на сучасному етапі. *Дерматологія та венерологія*. 2014. № 2 (64). С. 65–70.
5. Валецька Р. О. Основи валеології : підручник. Луцьк, 2007. 348 с.
6. Волкославская В. Н., Гутнев А. Л. Динамика заболеваемости патологией кожи и инфекциями, передающимися половым путем населения Украины за последние годы (2000–2010 гг.). *ARS медика*. 2011. № 15. С. 23–26. (Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии: материалы VI съезда дерматовенерологов Республики Беларусь. Витебск, 24–25 нояб. 2011 г.)
7. Волкославская В. Н., Гутнев А.Л. О заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, в Украине. *Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія*. Спец. Випуск. 2011. № 1. С. 10–12.
8. Глобальная статистика ВИЧ. *Информационный бюллетень*. 2017.
9. Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Київ : ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», 2017.
10. Калюжна Л. Д. Стан дерматовенерологічної служби напередодні VII З'їзду дерматовенерологів України. *Український медичний часопис*. 1999. № 4(12). С. 6–9
11. Концепция борьбы с болезнями, передающимися половым путем, и программа ее реализации в Украине на период 1995–2000 годы. Харьков : Украинский НИИ дерматологии и венерологии МОЗ Украины, 1994. 35 с.
12. Короленко В. В. Аналіз епідеміологічної ситуації щодо сифілісу в країнах Європейського Союзу та Сполучених Штатах Америки як передумова створення системи державного управління соціально небезпечними інфекціями. *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. 2016. № 2. С. 98–104.
13. Кравченко В. Г. Разработка средств и усовершенствование методов индивидуальной профилактики венерических болезней : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1985. 37 с.
14. Кравченко В. Г., Дашук А. М. Антибіотикорезистентність і місцеві антисептичні лікарські засоби як медична проблема. *Актуальні питання дерматології, венерології, і ВІЛ/СНІД інфекції* : збірник наук. праць. Харків : Водний спектр, 2018. С. 12–19.
15. Кравченко В. Г., Степаненко В. І. Роль та місце профілактичних заходів у подоланні епідемії захворювань, що передаються статевим шляхом, в Україні. *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. 2002. № 4. С. 57–59
16. Мавров Г. І., Чинов Г. П. Контроль інфекцій, що передаються статевим шляхом, в епоху керованої охорони здоров'я. *Журнал дерматології, венерології, косметології*. 2005. № 2. С. 66–72
17. Мавров Г. І. Інфекції, що передаються статевим шляхом, в Україні (2003–2007): епідеміологія, організація контролю, тенденції та проблеми. *Інформаційний бюлетень*. Київ, 2009.
18. Мавров Г. І. Інфекції, що передаються статевим шляхом, – один із чинників поширення вірусу імунодефіциту людини. *Клінічна імунологія, алергологія, інфектологія*. 2009.
19. Нізова Н. М. Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні : матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю. 24–25.05.2017 р., м. Ужгород. *Здоров'я нації*. 2017. № 3 (44). С. 12–13.
20. Показники лікувально-профілактичної допомоги хворим шкірними і венеричними захворюваннями в Україні. Київ : Центр медичної статистики МОЗ України, 2009–2015.
21. Салманов А. Г. Антимікробна резистентність та інфекції, асоційовані з медичною допомогою в Україні. Київ, 2015. 451 с.
22. Степаненко В. І. Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). *Здоров'я України*. URL: https://phc.org.ua/pages/diseases/other_social_diseases/std
23. Ціборовський О. М. Здоров'я населення і фактори ризику, що впливають на його стан, як об'єкт управління (огляд літератури) Україна. *Здоров'я нації*. 2015. № 2 (34). С. 13–18.
24. Щорічні доповіді про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України, 2013–2014–2015 рр. Київ : ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МО України».
25. Улумбекова Г. Э. Что надо делать: научное обоснование. Стратегия развития здравоохранения РФ до 2020 года. М. : Геотар-медиа, Здравоохранение России, 2010. 96с.

СТАН ДИХАЛЬНОЇ ТА ІМУННОЇ СИСТЕМ У ДІТЕЙ, ПЕРЕМІЩЕНИХ ІЗ ЗОНИ КОНФЛІКТУ НА СХОДІ УКРАЇНИ

**КОЛПАКОВ І.Є., СТЕПАНОВА Є.І., ЛЕОНОВИЧ О.С., СОРОКА А.О., СРІБНА В.Д.,
ВДОВЕНКО В.Ю.**

*м. Київ, Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини
Національної академії медичних наук України»*

Діти, які мешкають у зоні конфлікту на сході України, постійно знаходяться у стані страху та невизначеності. Хронічна стресова ситуація в поєднанні з недоліками в охороні здоров'я, нерегулярне опалення взимку, відсутність якісного, повноцінного харчування призводять до розвитку імунодефіцитних станів і збільшення захворюваності.

Проведено стаціонарне обстеження та лікування 234 дітей. Аналіз показав, що в структурі виявленої патології перше місце посідали хвороби органів дихання. Більше третини дітей (37,61 %) мали обтяжений алергологічний анамнез; 8,12 % дітей страждали на бронхіальну астму. При дослідженні вентиляційної функції легенів встановлено високу частоту (47,44 %) прихованої обструкції на різних рівнях бронхіального дерева, що в подальшому може бути чинником ризику розвитку хронічних неспецифічних захворювань дихальної системи.

За даними імунологічного обстеження у 22,65 % дітей виявились суттєві відхилення з боку імунної системи, а саме: зменшення кількості Т-лімфоцитів, розбалансування їх регуляторних субпопуляцій, зменшення відносної кількості В-лімфоцитів, зниження концентрації сироваткових імуноглобулінів А та G, помірна супресія фагоцитарної функції нейтрофільних гранулоцитів, що є характерним для вторинної імунної недостатності, яка виявлялася на тлі хронічної соматичної патології та обтяжувала перебіг патологічного процесу.

ЗАСАДНИЧІ ПРИНЦИПИ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ТРУДОВОГО РЕСУРСУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАЙДА І., ХАНЕНКО С.

м. Київ, ГО «Українська асоціація сприяння охороні здоров'я населення»

Медичні кадри є однією з найважливіших складових ресурсів охорони здоров'я будь-якої країни, які забезпечують ефективність діяльності медичної сфери в цілому, що робить трудовий потенціал пріоритетом у функціонуванні охорони здоров'я як системи, де кадрова політика будується з урахуванням національних потреб, оптимальних заходів управління персоналом і позитивного світового досвіду.

ВООЗ визначило, що головним завданням зараз є мобілізація політичної волі і фінансових ресурсів для систем охорони здоров'я та її найважливішого компонента в довгостроковому плані – кадрового ресурсу охорони здоров'я (КРОЗ) [1].

Ефективна кадрова політика має бути спрямована на покращення результативності діяльності як окремого медичного працівника, так і системи охорони здоров'я в цілому. А стратегія вироблення кадрової політики повинна ґрунтуватися на реальних потребах медичної галузі.

Значущість даного компонента системи охорони здоров'я засвідчили підсумкова доповідь і рекомендації Комісії високого рівня з питань зайнятості у сфері охорони здоров'я й економічного зростання Генеральному секретарю ООН Пан Гі Муну на сесії Генеральної асамблеї ООН 20 вересня 2016 р. у Нью-Йорку: «Країни занадто довго розглядали працівників охорони здоров'я як чергову статтю витрат, а не як мету інвестицій, які можуть мати потрібну віддачу в плані підвищення рівня здоров'я населення, економічного зростання й глобальної безпеки у сфері охорони здоров'я» (д-р Маргарет Чен, генеральний директор ВООЗ) [2].

Саме тому в останні роки все частіше підкреслюють, що метою кадрової політики є підготувати потрібних працівників потрібної кваліфікації, поставити їх в потрібне місце і дати потрібне

завдання. І при цьому важливо зберегти гнучкість для реагування на кризові ситуації, вирішення існуючих проблем і передбачення майбутніх подій [3].

Ми маємо зростити працівника, який:

- має здібності до професії, а також мотивацію до цієї роботи;
- успішно вирішує завдання, згідно зі своїми службовими обов'язками;
- задоволений працею та соціальним статусом;
- досягає бажаних для суспільства результатів шляхом якісного виконання своїх функціональних обов'язків;
- використовує сучасні технології,
- засвоює норми, еталони професії (нормативні критерії) та використовує їх у щоденній професійній діяльності;
- виконуючи професійні обов'язки, розвиває індивідуальність;
- досягає необхідного рівня особистісних якостей, професійних знань і вмінь;
- відкритий для фахового навчання, здобуття досвіду та здатний адаптуватися до змін;
- відданий професії;
- соціально активний;
- готовий до якісної та кількісної оцінки власної праці.

При розробленні політики у сфері охорони здоров'я область планування кадрових ресурсів залишається неперіоритетним чинником такої політики. Те, що відбувається, зосереджено більшою мірою або на витратах і кінцевих результатах, або на кадрових потребах конкретних програм в галузі охорони здоров'я.

Поглиблений аналіз вказує на низку проблем у кадровому забезпеченні галузі, зокрема має місце скорочення чисельності медичних працівників, неукомплектованість посад лікарів і середнього медичного персоналу, постаріння кадрового потенціалу та регіональна диспропорція кадрового забезпечення. Неналежним чином відбувається підвищення рівня кваліфікації медичних працівників. Відбір на навчання та процедура працевлаштування молодих спеціалістів не відповідають вимогам суспільства. Ситуацію погіршує недосконала система планування кадрового складу охорони здоров'я.

Зазначене є ознакою відсутності концептуального проектування і стратегічного планування кадрової політики в охороні здоров'я, що, у свою чергу унеможливорює ефективність запровадження ефективних змін медичної галузі, розпорошення та неадекватне використання фінансових ресурсів, відхід від соціально-орієнтованих принципів політики у сфері охорони здоров'я.

Для досягнення мети кадрової політики пропонується використання ціннісно-цільового і компетентнісного підходів, як складових процесу постійного вдосконалення, що забезпечує якісне функціонування усієї системи трудових ресурсів та ефективну діяльність установ охорони здоров'я сьогодні і на перспективу [4].

Такі підходи дозволяють визначити принципи і цінності політики трудових ресурсів, чітко визначити цілі, які стоять перед кадровим забезпеченням галузі, створити професійну модель сучасного фахівця та його професійний образ.

Керівники усіх рівнів мають бути зорієнтовані на:

- реальне управління людьми через оптимізацію їхньої трудової діяльності;
- готовність працювати на результат у рамках цілісної системи виховання;
- впровадження інноваційних методичних прийомів і відповідної матеріальної бази для забезпечення професійного, духовного, інтелектуального, фізичного й соціального розвитку працівників, створення здорового творчого середовища в колективах.

В цілому стратегічне планування та розроблення політики у сфері трудових ресурсів охорони здоров'я мають ґрунтуватися на таких складових:

- Оцінка існуючого стану медичних кадрів і потенціалу, необхідного для здійснення політики в області кадрових ресурсів охорони здоров'я (КРОЗ).
- Планування кадрових ресурсів, що насамперед визначається.
- Комплексна інформаційна система охорони здоров'я.
- Управління людським капіталом охорони здоров'я, що охоплює не тільки управління людьми, а й управління процесами на різних рівнях системи, здійснюване самими людськими ресурсами за допомогою ціннісно-цільового та компетентнісного методів управління.

– Визначення пріоритетних потреб і дій на основі існуючого стану кадрових ресурсів охорони здоров'я з демонстрацією послідовності здійснення політики, розробленням і реалізацією пріоритетних дій в області кадрових ресурсів охорони здоров'я.

– Впровадження професійного медичного самоврядування з поступовими передаванням регуляторних та управлінських функцій до самоврядної інституції.

Розвиток трудового капіталу охорони здоров'я має здійснюватись на основі розроблення і прийняття Концепції кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні, стратегічних планів з визначеними короткостроковими і довгостроковими цілями моніторингу і бути адаптованим до головних змін в секторі охорони здоров'я та узгодженим з більш широкими стратегіями соціально-економічного розвитку.

Здійснення заходів щодо лідерства, управління і раціонального використання трудового потенціалу дозволить забезпечити відносне скорочення загальної величини витрат на утримання даного блоку нематеріального виробництва, поліпшення якості наданих лікувально-оздоровчих послуг, зниження рівня цін і підвищення економічної ефективності праці працівників медичної галузі в ринковій економіці.

Важливою складовою змін є впровадження реальної системи моніторингу (збору, обробки, систематизації, аналізу трудових ресурсів), яка дозволить отримати об'єктивну комплексну оцінку персоналу, мінімізувати фактор суб'єктивності з боку осіб, що проводять оцінку і приймають рішення, має проводитися за допомогою використання методів економіко-математичного моделювання.

Ефективний моніторинг і оцінка кадрових ресурсів охорони здоров'я в країнах вимагає розробки узгодженого набору показників і засобів вимірювання для обґрунтованого прийняття рішень адміністраціями різного рівня та іншими зацікавленими сторонами.

Будь-яка спроба визначити розмір і основні характеристики трудових ресурсів охорони здоров'я вимагає певного рівня аналізу наявної інформації з кількох джерел.

Збір, обробку та розповсюдження інформації рекомендується здійснювати з використанням стандартизованих на міжнародному рівні класифікацій для соціально-економічної статистики (або їх національний еквівалент), зокрема:

- Міжнародний Стандарт Класифікації Професій;
- Міжнародний Стандарт Класифікації Виробничої Економічної Діяльності;
- Міжнародний Стандарт Класифікації Освіти;
- Всесвітній атлас трудових ресурсів охорони здоров'я [5; 6; 7].

Основними показниками функціонування кадрового забезпечення галузі вважаються такі:

Рекомендований ключовий показник 1: Кількість працівників охорони здоров'я на 10 000 населення.

Рекомендований ключовий показник 2: Розподіл працівників охорони здоров'я за професією / спеціалізацією, регіоном, місцем роботи і статтю.

Рекомендований ключовий показник 3: Щорічна кількість випускників медичних освітніх установ на 100 000 населення, з градацією за рівнем освіти і спеціалізацією [5; 8].

Важливими показниками для оцінки стану справ з кадровим забезпеченням системи охорони здоров'я є також показники, які віддзеркалюють систему управління кадровими ресурсами.

Серед інших показників, які характеризують наявний стан та прогноз на покращання ситуації, варто виділити ще такий значущий для суспільства показник, як частка видатків на оплату праці медичного персоналу (у порівнянні з розміром прожиткового мінімуму та розміром середньої заробітної плати в економіці).

Таким чином, на сьогодні задоволення потреб населення щодо цілей сталого розвитку і загального доступу до медико-санітарної допомоги вимагає максимально можливого використання обмежених ресурсів та забезпечення їх стратегічного застосування за допомогою прийняття і здійснення науково обґрунтованої політики щодо кадрових ресурсів охорони здоров'я, адаптованої до місцевих умов [1].

Дана теза підкреслена Комісією високого рівня з питань зайнятості у сфері охорони здоров'я й економічного зростання ООН (2016 р.): «Країни занадто довго розглядали працівників охорони здоров'я як чергову статтю витрат, а не як мету інвестицій, які можуть мати потрібну віддачу в плані підвищення рівня здоров'я населення, економічного зростання й глобальної безпеки у сфері охорони здоров'я» [2].

Список використаних джерел:

1. Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. [Электронный ресурс]. Доклад Секретариата. Проект, представленный на 138-й сессии Исполнительного комитета ВОЗ. Декабрь 2015 г. URL: http://www.who.int/hrh/resources/russian_global_strategyHRH.pdf?ua=1 (дата звернення 30.07.2018 р.).
2. Рекомендації Комісії високого рівня з питань зайнятості у сфері охорони здоров'я й економічного зростання Генеральному секретарю Організації Об'єднаних Націй Пан Гі Муну на сесії Генеральної асамблеї ООН – Нью-Йорк: 20 вересня 2016.
3. Оценка финансирования, образования, управления и политического контекста для стратегического планирования кадровых ресурсов здравоохранения. [Электронный ресурс]. Публикации Всемирной организации здравоохранения. 2009. URL: http://www.who.int/hrh/tools/assess_financing_ru.pdf?ua=1 (дата звернення 31.07.2018 р.).
4. Найда І., Бовтрук Н. Ціннісно-цільовий та компетентнісний підходи у підготовці керівних кадрів системи охорони здоров'я (державних службовців, менеджерів, лідерів): спільні риси та відмінності. Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я: зб. текстів матер. наук.-практ. конф. Київ, НАДУ при Президентові України, 22 квітня 2015 р. Київ : ДСК-Центр, 2015. 159 с.
5. Моніторинг будівництва елементів систем охорони здоров'я: керівництво показників і стратегії їх вимірювання. Всесвітня організація охорони здоров'я. Гліон, Швейцарія, 28-29 Вересня 2006 р. та Дар-ес-Салам, Об'єднана Республіка Танзанія, 16-17 квітня 2008 р.
6. Monitoring and evaluation of health systems strengthening. An operational framework. [Електронний ресурс]. Paper prepared by WHO, World Bank, GAVI and Global Fund, and IHP. 2009. URL: http://www.who.int/healthinfo/HSS_MandE_framework_Nov_2009.pdf (дата звернення 30.07.2018 р.).
7. Handbook on monitoring and evaluation of Human Resources for health with special applications for low- and middle-income countries. [Електронний ресурс]. Paper prepared by WHO, World Bank and USAID. 2009. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44097/9789241547703_eng.pdf?sequence=1 (дата звернення 31.07.2018 р.).
8. Розбудова охорони здоров'я: світовий досвід vs українські реалії. [Електронний ресурс]. Аптека. 2017. № 3 (1074). URL: <https://www.apteka.ua/article/396491> (дата звернення 31.07.2018 р.). – Назва з екрана.

ОРГАНІЗАЦІЯ САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНИХ І ПРОТИЕПІДЕМІЧНИХ ЗАХОДІВ У БІЛГОРОД-ДНІСТРОВСЬКОМУ РАЙОНІ ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ

ПОГОРЕЛЬЧУК Т.Я.¹, Бодня К.І.², Данько О.П.³, Мельник Л.П.⁴, Напханюк В.А.⁴, Волкожа Т.С.¹, Вовк В.В.¹, Таран О.М.¹, Карбан С.О.¹, Ігнатенко С.М.¹, Федорончук Т.М.¹, Душаніна Т.І.¹, Машлевська К.П.¹, Журбенко Т.І.¹, Кімуржи Н.І.¹, Гринь В.Г.¹, Алексеєнко Н.А.¹, Головченко П.І.⁵, Шаповал С.Д.⁵, Лавріненко М.В.⁶, Олійник В.О.⁷

м. Білгород-Дністровський, ¹Відокремлений підрозділ «Білгород-Дністровський міськрайонний відділ лабораторних досліджень Державної установи «Одеський обласний лабораторний центр МОЗ України»,

м. Харків, ²Харківська медична академія послядипломної освіти,

м. Київ, ³Державна Установа «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В.Громашевського НАМН України»,

м. Одеса, ⁴Державна установа «Одеський обласний лабораторний центр МОЗ України»,

⁵Білгород-Дністровське районне управління Головного управління

Держспродспоживслужби в Одеській області», м. Білгород-Дністровський, Одеська обл.,

м. Одеса, ⁶Комунальне некомерційне підприємство «Шкірно-венерологічний диспансер»,

⁷Товариство з обмеженою відповідальністю «Ніка-Мед-Аккерман»

Стратегічним напрямком у профілактиці і боротьбі з паразитозами є санітарно-паразитологічний нагляд за об'єктами довкілля, направлений на зниження або виключення ризику нових заражень, наукові основи якого розроблені санітарною паразитологією.

Спеціалісти Білгород-Дністровської санепідслужби є співавторами нормативних і методичних документів: СанПин 3.2.569.96 и 3.2.1333-032 «Профилактика паразитарных болезней» (Москва: Госсаннадзор, 2003. 4-й вып. 3(13) сентябрь).

Мета виконаних робіт – вивчити:

- комплексну дію біологічних агентів довкілля на прояви і перебіг різних захворювань;
- ефективність препаратів прометрин, полікарбонин для дезінвазії довкілля при стронгілоїдозі;
- ефективність лікування стронгілоїдозу;
- пріоритетні напрямки профілактики дирофіляріозу, ентеробіозу у Білгород-Дністровському регіоні, Одеської області, Україна;
- зміни в етіологічній структурі та інвазованості населення збудниками паразитозів та хворих на ВІЛ-інфекцію у населення Одеської області за 2014–2018 роки;
- досвід роботи Білгород-Дністровської санепідстанції у підвищенні кваліфікації лікарів;
- морфологічні зміни яєць аскариди під впливом дезінфікуючих засобів;
- дезінфікуючі засоби та їх овоцидна активність;
- удосконалити заходи боротьби по охороні довкілля та динаміці захворюваності стронгілоїдозом, ентеробіозом, дирофіляріозом, ехінококозом, кишковими інфекціями і інвазіями в Білгород-Дністровському регіоні Одеської області.

Консультативну допомогу з цих питань надають провідні фахівці закладів медичної освіти:

- Харківська медична академія післядипломної освіти, факультет громадського здоров'я – К.І. Бодня, М.І. Хвисьок, О.М. Хвисьок, В.П. Малий, Е.І. Федоров;
- ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України» – А.М. Зарицький, О.П. Данько, В.Р. Шагінян;
- головний редактор журналу «Сучасні інфекції» – академік національної академії медичних наук України Ж.І. Возіанова;
- Міністерство охорони здоров'я України – завідувач відділу медичної паразитології С.М. Ніколаєнко, О.С. Сагач;
- м. Одеса, обласна санітарно-епідеміологічна служба – Н.І.Бешко;
- обласний лабораторний центр ДУ«ООЛЦ МОЗ України» –Л.П. Мельник, В.А. Напханюк;
- Одеський медичний університет – А.Д. Тимченко;
- м. Вінниця, обласна санітарно-епідеміологічна служба – Т.П. Філоненко;
- Республіка Беларусь, м. Вітебськ, медичний університет – О.Я. Бекиш, В.Я. Бекиш.

Актуальність. Проведення санітарно-паразитологічних, санітарно-гігієнічних, санітарно-бактеріологічних досліджень є актуальним по встановленню ризику розповсюдження збудників паразитозів у довкіллі, зміні епідситуації в регіоні та удосконаленню профілактичних заходів.

Встановлено, що паразитарні хвороби ведуть до різноманітних форм набутого імунodefіциту, пов'язаного з виключенням відповіді Т-системи імунітету на антигени, включаючи антигени самого збудника паразитарного захворювання, а також до менш виражених дефектів клітинного та гуморального імунітету.

Показано несприятливий вплив аскаридозу, токсокарозу, ентеробіозу на збереження імунітету після вакцинації проти дифтерії, правця, кору.

Дуже актуальною була проблема підготовки спеціалістів держсанепідслужби до участі в роботі науково-практичних конференцій. І ця участь дала успіх. Спеціалістами Білгород-Дністровської міськсанепідстанції держсанепідслужби України (1993–2012 рр.), відокремленим підрозділом Білгород-Дністровським міськрайонним відділом лабораторних досліджень ДУ «Одеський, обласний лабораторний центр МОЗ України»: (1913–2015 рр.), Центром Громадського здоров'я МОЗ України (2016–2018 рр.) опубліковано 82 науково-практичні роботи в матеріалах науково-практичних конференцій, з'їздів, конгресів симпозиумів в різних містах України, республіки Беларусь (м. Вітебськ).

Матеріали та методи досліджень.

Використовувались гельмінтологічні, санітарно-гельмінтологічні, санітарно-паразитологічні методи, метод епідеміологічного нагляду, статистичні методи.

Приведені дані свідчать, що вода питна, відкритих водойм, стічна, ґрунт, ягоди, овочі в регіоні не є безпечними за санітарно-бактеріологічними, санітарно-хімічними, санітарно-паразитологічними показниками.

На об'єктах довкілля виявлялись яйця гельмінтів (гостриків, аскарид, токсокар), личинки стронгілоїдів – *Strongyloides stercoralis* і цисти кишкових найпростіших (лямблій, ооцисти криптоспоридій).

Результати та обговорення.

Спектр збудників паразитозів, що виявляються в Україні, Одеській області постійно розширюється внаслідок активізації міграційних процесів, які погіршують епідемічну ситуацію в країнах.

Впровадження комплексу санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів, передбачених схемою епідеміологічного нагляду за паразитарними хворобами в умовах курортної зони дозволило значно знизити рівень захворюваності стронгілоїдозом в регіоні, а також забрудненості навколишнього середовища збудником стронгілоїдозу.

Наші дослідження показали, що для дезінвазії навколишнього середовища від личинок стронгілоїдів можна використовувати полікарбоцин і прометрин, які в 2 % та в 3 % концентрації протягом 10 діб забезпечили повне очищення ґрунту від збудника стронгілоїдозу.

Білгород-Дністровською паразитологічною лабораторією розроблені тексти лекцій та опитувальні листи по трансмісивних паразитозах:

– малярії, кліщовому енцефаліту, дирофіляріозах, лейшманіозах,

– трихінельозу для лікарів лікувально-профілактичних закладів Білгород-Дністровського регіону, області.

Для ефективності заходів з профілактики ентеробіозу в дитячих дошкільних закладах, школах, закритих дитячих закладах нами, з урахуванням регіональних, медико-санітарних законодавчих актів, нормативно-методичних документів, аналізу даних літератури, результатів власних досліджень впроваджена система заходів з профілактики ентеробіозу, яка включає:

1. Виявлення та лікування хворих, дезінвазію довкілля, санітарно-гігієнічне навчання серед дітей, дорослих, персоналу, санітарно-гельмінтологічний моніторинг за об'єктами довкілля у дитячих дошкільних закладах, школах, закритих дитячих закладах, мікроевгніщах інвазії.

Результати проведеного опитування дітей і дорослих свідчать, що рівень їх знань збільшився у дітей з $(9,5 \pm 0,6)$ % до $(78,9 \pm 1,3)$ %, таким чином в 8,3 раза, а в дорослих – з $(16,7 \pm 1,1)$ % до $(88,1 \pm 1,4)$ % – у 5,3 раза.

2. Знижені екстенсивні показники забрудненості довкілля яйцями гостриків.

Проведена робота по удосконаленню системи заходів з профілактики ентеробіозу в дитячих дошкільних закладах, школах, закритих дитячих закладах зменшила ризик зараження збудником ентеробіозу.

В 2017 році зареєстровано 12 випадків пневмоцистозу у дорослих ВІЛ-інфікованих в Одеській області.

Висновки.

Моніторингом, санітарно-епідеміологічним наглядом за станом об'єктів довкілля, проведеним в м. Білгород-Дністровському, Одеської області, показано, що бактеріологічні, санітарно-хімічні забруднення та забруднення довкілля збудниками паразитарних хвороб (ґрунту, води питної, стічної, водойм, овочів) спричиняють хронічні захворювання систем травлення, ендокринної, імунної, органів дихання, кістково-суглобового апарату за період 2005–2009 роки.

У 2005–2009 роках мала тенденцію до зниження кількості хворих з ГКІ, викликаними патогенною та умовно-патогенною мікрофлорою: холероподібними вібріонами – 0 % від числа обстежених хворих з ГКІ з 2001–2009 рр., б. сальмонелами з 1,9 % (2005 р.) до 1,6 % (2009 р.), відповідно – шигелами з 2,8 % до 1,9 %; умовно-патогенною мікрофлорою – з 19,8 % до 13,8 %.

Стійку тенденцію до зниження у 2005–2009 роках мали рівні ураженості населення кишковими паразитарними хворобами: аскаридозом з 0,018 % до 0,011 % від числа обстежених осіб, трихурозом – з 0,042 % до 0,029 %, ентеробіозом – з 2,46 % до 2,11 %, лямбліозом – з 0,038 % до 0,012 %.

У всіх випадках відмічено тяжкі прояви захворювання, подовжувався період реконвалесценції і затягувалося видужання хворих з мікст-інфекціями (дизентерія+ентеробіоз, дизентерія+лямбліоз, ВГА+лямбліоз, бронхіти+ентеробіоз, лямбліоз).

Це є підтвердженням того, що наявність глистяної інвазії впливає на імуногенез, підвищується сприйнятливість до інших захворювань.

Досвід Білгород-Дністровської міськСЕС засвідчив, що проведення комплексу заходів сприяє очищенню об'єктів довкілля від кишкової мікрофлори і збудників кишкових паразитозів, зниженню захворюваності населення і загальному оздоровленню від поєднаних інфекцій і паразитозів.

При виконанні науково-практичної роботи – кращого показника підвищення кваліфікації спеціаліста МОЗ України – в повному обсязі реалізується функція лікаря держсанепідслужби (1993–2012 рр.) лабораторного Центру МОЗ України (2013–2015 рр.), Центру Громадського здоров'я МОЗ України (2016–2018 рр.) організаційна, методична, аналітична, виконавча і контрольна.

У забезпеченні епідблагополуччя з паразитарних хвороб на території Одеської області є частка професіоналізму кожного фахівця, які й надалі готові вирішувати нові задачі, що ставить життя. Медичну профілактику паразитарних хвороб треба здійснювати згідно з сучасною концепцією, яка передбачає перенесення головної уваги медичного працівника з хворої людини – на здорову людину.

Список використаних джерел

1. Романенко Н. А., Семенова Т. А. Совершенствование системы санэпиднадзора – необходимое условие повышения эффективности профилактических мероприятий при паразитозах. *Медицинская паразитология и паразитарные болезни*. 2000. № 4. С. 3–6.
2. Романенко Н. А. Роль и место паразитарных болезней в патологии человека и их значимость в вакцинопрофилактике. *Сборник материалов 1-й Международной конференции стран СНГ «Медицина и Фармация», Украина, г.Одесса, 27–29 ноября 2003.*
3. Лысенко А. Я., Турьянов М. Х., Лавдовская М. В., Подольский В. М. ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциированные заболевания. *Медицинская паразитология и паразитарные болезни*. 1996. № 2. С. 361–370.
4. Інвазованість та видовий склад збудників кишкових паразитозів та хворих на ВІЛ інфекцію у населення Одеської області за 2014-2016 роки / О. П. Данько, В. Р. Шагінян та ін. . *НПК*. 2017.
5. Бодня К. І., Марченко В. Г., Єфіменко Т. П., Холтобіна Л. В. Схема обстеження хворих на паразитози за клінічними показниками в практиці сімейного лікаря : методичні рекомендації. Харків, 2005.
6. Возіанова Ж. І. Інфекційні і паразитарні хвороби. Київ : Здоров'я, 2000. 904 с.
7. Ефективний підхід до вирішення проблеми епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: Проект курсу дій нового Президента України. Спеціальна доповідь. Київ : Трансатлантичні партнери проти СНІДу, 2005. 14 с.

СТАН ЗДОРОВ'Я ТА ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ДІТЕЙ, ПЕРЕМІЩЕНИХ ІЗ ЗОНИ КОНФЛІКТУ НА СХОДІ УКРАЇНИ

СТЕПАНОВА Є.І., Позниш В.А., Гриценко Т.В., ШЕПЕЛЮК Т.В., АЛЕКСЕЙЧУК Т.В., КОЛПАКОВ І.Є., ВДОВЕНКО В.Ю.

м. Київ, Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України»

Внаслідок подій, які відбуваються на сході України, понад 2 млн мешканців Луганської та Донецької областей були вимушені переселитися до інших регіонів України. Виникла нова велика загроза для здоров'я та психологічного стану дітей.

За період 2014–2017 років проведено комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 1355 дітей, переміщених із зони конфлікту на сході України. Встановлено, що переважна більшість (75,0 %) дітей мали хронічну соматичну патологію, а індекс патологічної ураженості у обстежених дітей дорівнював 4,7. Майже чверть обстежених дітей потребували не лише амбулаторного, але й стаціонарного лікування. У більшості дітей, які були госпіталізовані до стаціонару, соматична патологія супроводжувалася розладами невротичного та астеновегетативного характеру, наявністю вторинної імунної недостатності і порушеннями прооксидантної та антиоксидантної рівноваги, що може значно погіршити перебіг основного патологічного процесу і знизити ефективність лікувальних заходів. При оцінці психоемоційної сфери дітей встановлена наявність станів тривожності (у 100 %), агресивності (у 95,7 %) та виснаження (у 91,3 %), при цьому високий рівень тривожності, агресивності та виснаження виявлявся відповідно у 47,8; 50,0 та 38,1 %.

Низький рівень здоров'я та висока частота порушень з боку психоемоційної сфери дітей, переміщених із зони конфлікту на сході України, вимагають розроблення системи медико-психологічної реабілітації цих контингентів дитячого населення.

РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ПОПУЛЯЦІЇ ХЛОПЧИКІВ 9-РІЧНОГО ВІКУ М. ЛЬВОВА

ФЕДОРЕНКО В.І., РИЗА Л.В., КІЦУЛА Л.М., КОЗАК Л.П.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Фізичний розвиток (ФР) належить до важливих критеріїв стану здоров'я дитини. Рівень і гармонійність ФР є індикаторами екологічного і соціального благополуччя.

Мета роботи: оцінити гармонійність і регіональні особливості ФР 9-річних хлопчиків м. Львова.

Методи дослідження: скринінг-оцінка ФР 212 хлопчиків м. Львова за індексом маси тіла (ІМТ). Отримані дані порівнювали з результатами скринінг-оцінки ФР популяції хлопчиків 9 років України (Платонова, 2013 р.).

Установлено, що гармонійний ФР мали (76,89 ± 2,90) % львівських хлопчиків із середнім значенням ІМТ 16,68 кг/м² і межами нормативних значень ІМТ 14,13–19,43 кг/м². Тоді ж у популяції хлопчиків України спостерігалася менша частка дітей з гармонійним фізичним розвитком: (55,08 ± 3,24) %, $p < 0,001$. Поміж львівських дітей виявлено менше хлопчиків із дефіцитом (8,49 ± 1,91 %) та перевищенням маси тіла (9,43 ± 2,01 %) порівняно з однолітками в Україні ((17,37 ± 2,47) % та (15,68 ± 2,37) %, відповідно). На відміну від популяції українських дітей, серед хлопчиків м. Львова практично не було дітей із виснаженням: (0,47 ± 0,47) % – у м. Львові, (5,08 ± 1,43) % – в Україні. Кількість хлопчиків з ожирінням у м. Львові і в Україні вірогідно не відрізнялися: (4,72 ± 1,46) % та (6,78 ± 1,64) %, $p > 0,05$).

Отже, регіональні особливості ФР 9-річних хлопчиків м. Львова полягають у тому, що відсоток гармонійного ФР поміж львівських хлопчиків є на 25,78 % вищий, ніж у популяції їхніх однолітків у середньому в Україні.

НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ НА КЛІНІЧНИХ БАЗАХ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ. ПРАВОВА РЕГЛАМЕНТАЦІЯ

Синиця В.В., Гриновець В.С., Довганик В.В.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Основним завданням вищого медичного навчального закладу є підготовка якісного спеціаліста-медика, тому клінічні кафедри змушені звертатись по співпрацю до лікувальних закладів. Така співпраця є врегульована «Положенням про клінічний лікувально-профілактичний заклад охорони здоров'я», яке затверджене наказом МОЗ України № 174 від 05.06.1997 р. зі змінами від 09.09.2013 р., наказ МОЗ № 792.

Одним із завдань клініки є проведення навчально-виховного процесу у студентів. Доволі часто студентам доручають проведення окремих діагностичних або лікувальних маніпуляцій, оскільки підготувати якісного професіонала-медика без оволодіння практичними навичками неможливо. Проте, відповідно до чинного законодавства, студент не може займатись медичною діяльністю, оскільки не має відповідної освіти. Зокрема, у статті 33 Основ законодавства про охорону здоров'я говориться наступне: «Медична допомога надається відповідно до медичних показань професійно підготовленими медичними працівниками, які перебувають у трудових відносинах із закладами охорони здоров'я, що забезпечують надання медичної допомоги згідно з одержаною відповідно до закону ліцензією, та фізичними особами - підприємцями, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку і можуть перебувати з цими закладами у цивільно-правових відносинах».

Кожен пацієнт, який потрапляє в лікарню має право на вибір лікаря. Пацієнти клінічних закладів також користуються усіма правами, наданими їм законодавством, тому на викладачів і студентів, які долучаються до курації хворих, лягають надзвичайно важливі етичні зобов'язання. Адже пацієнт дає згоду на лікування конкретному лікарю, а тому участь студентів у лікувальному про-

цесі під час заняття повинна також обов'язково визначатись окремою згодою кожного пацієнта, оскільки студент, фактично, не є лікарем.

ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я – ОСНОВА ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ

ЯВОРСЬКА Ж.Б.

*м. Львів, Львівський інститут медсестринства та лабораторної медицини
імені А. Крупинського*

Медицина завжди була приватною справою, здібності до зцілення людей передавались із покоління в покоління. Медична допомога заможному населенню надавалася вдома та фінансувалась особистими коштами, плату за медичні послуги іноді встановлював сам лікар, виходячи із статків хворого пацієнта. Опіка нужденних носила характер християнської, приватної, суспільної благодійності. Недостатність медичної допомоги для малозабезпечених верств населення та її висока вартість спонукали робітників до взаємодопомоги, взаємного страхування. Діяльність держав в охороні здоров'я обмежувалась проведенням санітарно-епідемічних заходів у місцях громадського користування. Підготовка лікарів довгий час проходила у сім'ях (сімейна традиція), у загальних школах при храмах, спеціальних приватних та державних вищих медичних школах. Охорона здоров'я, турбота про бідних, безпритульних, калік, хворих стає головною сферою діяльності християнської церкви чи світською, благодійницькою справою. Фінансування шпиталів – притулків, аптек, лікарень довгий час здійснювалось за рахунок грошей приватних осіб, фінансова підтримка забезпечувалась деколи послугами служителів церкви. У Європі лікарняна медична допомога надавалась за плату у муніципальних, приватних, благодійних закладах, а безкоштовна, найбільш бідним верствам, – деякими благодійними організаціями і лікарями органів міського самоврядування. Сільське населення було позбавлене належної медичної допомоги. Тому потрібно було запровадити загальні економічні правила оплати за медичні послуги та фінансування галузі охорони здоров'я [Москаленко В.Ф., Економіка охорони здоров'я. Вінниця, 2010. С. 12].

У ХХ ст. з'явилась необхідність вивчення особливостей дії загальних економічних законів, закономірностей виробництва і споживання медичних послуг з метою розробки ефективних державних стратегій планування та раціонального використання ресурсів. У структурі економічної науки можна виділити два рівні – фундаментальна економіка і прикладні (галузеві) економіки, до яких належить економіка охорони здоров'я. Фундатором її як науки вважається американський економіст-інституціоналіст Кеннет Ерроу. У 1963 р. в популярному американському журналі вийшла його перша стаття з економіки охорони здоров'я «Невизначеність та економіка добробуту в охороні здоров'я». Відтоді ця галузь науки успішно розвивається, а з початку 1990-х років навчальний предмет «Економіка охорони здоров'я» викладається у вищих медичних навчальних закладах України. Ця наукова дисципліна є складовою частиною соціальної медицини, ґрунтується на законах економічної теорії, застосовує фінансові, маркетингові, управлінські підходи у своїх дослідженнях. Економіка, поряд з філософією і з самою медициною, виникла у стародавньому світі, у Греції. Тому базується на висновках і дослідженнях старогрецьких та давньоримських вчених (Аристотель, Платон, Ксенофонт, Варрон, Колумелла). Економіка – це наука, яка вивчає економічні відносини у виробництві, розподілі, обміні, споживанні, у сфері фінансового обігу. Економіка охорони здоров'я вивчає способи вдосконалення діяльності із забезпечення здорового способу життя людей і підтримання їх нормальної життєдіяльності, а також шляхи найраціональнішого використання економічних ресурсів для цієї мети [Камінська Т.М., Основи економічної теорії. Київ, 2010. С.18].

Предметом економіки охорони здоров'я є дослідження економічних відносин, які об'єктивно складаються між людьми в процесі надання медичної допомоги. Економіка встановлює характер поведінки медичних організацій, підприємств, які використовують обмежені ресурси для здійснення медичної, медико-профілактичної, фармацевтичної, санаторно-курортної, медико-дослідницької діяльності. Вона формує рекомендації для державного регулювання охорони здоров'я, виходячи із сутності й функцій фінансів, бюджетної, податкової, кредитно-банківської та грошо-

вої політики. Неможливо правильно оцінити становище лікарів, їхні доходи, ситуації на ринку праці медичних працівників, не маючи уявлення про рівень та якість життя людей, головні аспекти людського розвитку, причини безробіття та шляхи розвитку соціально-культурної сфери. Система охорони здоров'я у виробничому секторі економіки України представлена медичною промисловістю, яка включає хіміко-фармацевтичну промисловість, мікробіологічну промисловість, медичне приладобудування та медико-санітарну промисловість. Об'єктом економіки охорони здоров'я є здоров'я населення, суб'єктами – Всесвітня організація охорони здоров'я, Міністерство охорони здоров'я України, Департаменти охорони здоров'я кожної області, заклади охорони здоров'я, лікарі, медперсонал та пацієнти.



РЕАБІЛІТАЦІЯ І МЕДИКО-
СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ,
ПОСТТРАВМАТИЧНІ СТАНИ
(БОЙОВА І ПОБУТОВА ТРАВМА),
АДАПТАЦІЯ УЧАСНИКІВ
ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

ВПРОВАДЖЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПОРУШЕННЯХ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ, ВІКОМ ВІД НАРОДЖЕННЯ ДО 4 РОКІВ, НА ПРИКЛАДІ ПРОГРАМИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ

Гдиря О.В., Міщук Т.М.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Благодійна Установа Навчально-Реабілітаційний Центр «Джерело» (НРЦ «Джерело»)

В умовах становлення та розвитку фізичної та реабілітаційної медицини в Україні важливим є вивчення і впровадження досвіду роботи реабілітаційних відділень, які працюють на засадах науково обґрунтованих світових практик. Раннє втручання (РВ) – це міждисциплінарна сімейно-центрована система допомоги дітям раннього віку з порушеннями розвитку та дітям груп біологічного і соціального ризику, спрямована на покращення розвитку дитини і підвищення якості життя родини. В Україні такої допомоги, за оцінкою експертів, можуть потребувати близько 250 000 дітей у віці від 0 до 4 років.

Благодійна Установа Навчально-Реабілітаційний Центр «Джерело» (НРЦ «Джерело») започаткувала діяльність відділення Раннього втручання у 2002 році, в умовах якого щороку послугу Раннього втручання отримують до 130 дітей, віком від народження до 4 років, та їх сім'ї. Робота відділення побудована на основних засадах організації послуг Раннього Втручання (РВ), що в першу чергу передбачає сімейну центрованість. При наданні послуг РВ об'єктом допомоги є не лише дитина з порушеннями розвитку, але й її сім'я. Послуги РВ скеровані як на розвиток дитини, так і на «нормалізацію» життя сім'ї та підвищення якості її життя. Надання допомоги у відділенні РВ здійснюється мультидисциплінарною реабілітаційною командою, яка складається з лікаря, фізичного терапевта, психолога, логопеда, соціального працівника. Перед призначенням індивідуальної реабілітаційної програми проводиться загальна оцінка відповідності розвитку дитини до вікових нормативних показників (опитувальник KID, RCDI) та рівня порушення розвитку різних сфер, який оцінюється кожним спеціалістом (шкала Альберта, BSID, комунікативна матриця, шкала Росетті, GMFCS та ін). За допомогою Міжнародної Класифікації Функціонування (МКФ) оцінюють функціональні можливості, структурний рівень ураження, перешкоди для участі та обмеження при виконанні різних видів діяльності, бар'єри і сприятливі фактори самої дитини та її оточення.

Оцінка результатів послуги у відділенні РВ НРЦ «Джерело» проводиться за критеріями: динаміка розвитку дитини, її участь у різних соціальних ситуаціях, компетентність сім'ї щодо особливостей своєї дитини, підтримка сім'єю соціальних контактів.

СПЕКТР УРАЖЕНЬ СЛУХОВОГО АНАЛІЗАТОРА У СЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ ЗА ДАНИМИ 66-ГО ВІЙСЬКОВОГО МОБІЛЬНОГО ГОСПІТАЛЮ У 2015–2017 РОКАХ

ГЕРБИШ Ю.О.¹, СВІТЛИЧНИЙ В.В.², СЕМЧИШИН І.М.¹, СЕМЕНЮК О.О.³

¹м. Львів, Військово-медичний клінічний центр Західного регіону,

²м. Покровськ, 66-й військовий мобільний госпіталь,

³м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вступ. Ріст вибухових травм (ВТ) пов'язаний і зі збільшенням терористичної активності за останні десятиріччя [1], і через військові конфлікти на Близькому Сході (Ірак, Афганістан, Йорданія, Саудівська Аравія, Ізраїль) [2, 3, 4] та сході України. Ураження слухового аналізатора (СА) може відбуватися на різних етапах вибухових уражень (первинні – прямі ефекти від зміни тиску – розрив барабанної перетинки (БП), вторинні – проникаючі і осколкові поранення, третинні – наслідки структурного колапсу і вибухової хвилі, четвертинні – опіки) [5, 6] і рівнях його структур (БП, слухові кісточки, слуховий нерв, центри в головному мозку). Перфорація БП може виникнути вже при тиску < 0,5 атмосфери, що у 8–10 менше тиску ураження інших органів [7].

Мета. Проаналізувати спектр уражень СА за 2015–2017 роки у службовців Збройних сил України (ЗСУ), які були пацієнтами 66-го військового мобільного госпіталю (ВМГ), структуру евакуйованих, і запропонувати шляхи покращення діагностики, лікування і реабілітації таких пацієнтів в закладах тилової дислокації.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз даних пацієнтів з ураженням СА в 66-му ВМГ за 2015–2017 рр. Акутравма – специфічне ураження слухової системи внаслідок дії звуків високої інтенсивності (більше 120–130 Дб). Баротравма – це пошкодження органів та систем, викликане перепадом тиску в зовнішньому середовищі (пороговий перепад тиску для вуха складає 1–5 мм рт. ст.). Клінічно чітко роз'єднати випадки акутравми та акубаротравми буває вкрай важко, тому ми застосовуємо термін «акубаротравма» (АБТ). Доцільно встановлювати діагноз АБТ у випадку очевидних ознак значимого впливу зміни тиску – ураження структур середнього вуха (розрив БП, ушкодження ланцюга слухових кісточок) або діагностованої контузії.

Результати та їх обговорення. За отриманими даними, кількість пацієнтів з АБТ в 66-му ВМГ протягом 2015–2017 рр становила 178, 121 та 131 осіб відповідно, що у процентних значеннях становило 3,4%, 2,9% та 3,5% від загальної кількості пацієнтів, відповідно, та 8,4%, 8,7% та 11,1% від загальної кількості поранених і травмованих, відповідно. Хоч в абсолютних значеннях кількість пацієнтів з АБТ зменшується, що можна пов'язати і з покращенням екіпірування ЗСУ, і бойовим досвідом, проте росте їх питома вага у структурі поранених та травмованих, а також – здовження середнього ліжкодня (1,6; 3,8 і 3,6 у 2015–2017 рр., відповідно), що можна пов'язати з покращенням діагностичного і лікувально-реабілітаційного процесів у госпіталі.

Сукупна структура уражень СА за 2015–2017 рр. була наступною: гостра АБТ з явищами сенсоневральної приглухуватості (СНП) – 208 (48,4 %, з них евакуйовано – 101, 23,5 %); гостра АБТ з явищами ЗП розривом БП – 21 (4,9 %, евакуйовано – 4,7 %), АБТ + ЗЧМТ – 87 (20,2 %, евакуйовано – 64, 14,9 %); АБТ + ВЧМТ – 4 (0,9 %, всіх евакуйовано); АБТ + опіки різних локалізацій – 11 (2,6 %, евакуйовано – 10, 2,4 %); АБТ + вогнепальні осколкові поранення – 78 (18,1 %, евакуйовано – 58, 13,4 %); АБТ + інші травми – 21 (4,9 %, евакуйовано – 16, 3,7 %)

Аналізуючи спектр уражень СА по роках, примітно, що переважна більшість пацієнтів були з гострою АБТ і явищами СНП у 2015 році (100, 56,2 %) проти 51 (42,1 %) і 57 (43,5 %) у 2016–2017 рр., відповідно. Зменшується питома вага евакуйованих пацієнтів з цією патологією (35,4 %, 14, % і 16 % у 2015–2017 рр., відповідно). На другому місці за кількістю пацієнти з АБТ + ЗЧМТ (19,7 %, 19,1 % і 22,1 % у 2015–2017 рр., відповідно, більшість з них евакуйовано (14,6 %, 11,6 % і 18,3 %, відповідно). Зростає кількість пацієнтів з АБТ і вогнепальними осколковими пораненнями у 2015–2017 рр. – 11,2 %, 19,1 % 26,7%, відповідно, з них евакуйовано – 10,1 %, 12,5 % і 19,1 %, відповідно.

Незначною була кількість пацієнтів із гострою АБТ і явищами ЗП та розривом БП (3,4 %, 6,6 % і 4,6 % у 2015–2017 рр., відповідно), всі вони були евакуйовані, крім 1 пацієнта (0,8 %) у 2017 році.

Були евакуйовані всі пацієнти з АБТ і ВЧМТ у 2015–2017 рр. (1,1 %, 0,8 %, 0,8 %, відповідно). Кількість пацієнтів з АБТ і опіками різних локалізацій у 2015–2016 рр. становила 2,8 % (всіх евакуйовано) та 4,1 % (евакуйовано 3,3 %), відповідно, у 2017 р. таких пацієнтів не поступало. Поєднання АБТ з іншими травмами у 2015–2017 рр. становило 5,6 % (евакуйовано 5,1 %), 7,4 % (евакуйовано 4,1 %) і 1,5 % (всіх евакуйовано), відповідно.

Американські і британські автори [8, 9] рекомендують проведення обов'язкової аудіометрії всім пацієнтам, що постраждали від ВТ, після евакуації. На жаль, у нас бракує даних (принаймні аудіометрії) пацієнтів з АБТ для діагностики порушень слуху з різних причин: переважання тяжкості поєднаної чи комбінованої травми; повернення в частину, а потім – демобілізації і перехід під юрисдикцію цивільних закладів охорони здоров'я (ОЗ); брак розвиненої сурдологічної служби у спеціалізованих військових закладах тилової дислокації (четвертого рівня медичної допомоги, зокрема – у Військово-медичному клінічному центрі Західного регіону – ВМКЦ ЗР). Тим не менше, втрата слуху і вушний шум на даний час є другою найпоширенішою проблемою серед американських ветеранів [10]. Невчасна діагностика уражень слуху в осіб, що постраждали від ВТ, а, отже, невчасне лікування й реабілітація, безсумнівно ведуть до навантаження як на військову, так і на цивільну систему ОЗ та державу.

Висновки. Збільшення ВТ неминуче призводить до зростання числа АБТ, оскільки для ураження СА достатньо у 8–10 разів меншого тиску, ніж для інших органів, а саме ураження може відбуватися на різних рівнях СА та поєднуватися з іншими, більш тяжчими, травмами.

АБТ потребує сурдологічної опіки (принаймні – аудіометрії), рівень забезпечення якою в системі як цивільної, так і військової ОЗ недостатній.

Невчасна діагностика, лікування і реабілітація пацієнтів з АБТ сприяють глибокій інвалідизації військовослужбовців і збільшують соціальне й матеріальне навантаження на військову, цивільну ОЗ та державу.

Список використаних джерел.

1. Champion H. R., Holcomb J. B., Young L. A. Injuries from explosions: physics, biophysics, pathology, and required research focus. *J. Trauma*. 2009. Vol. 66. P. 1468–1477.
2. Bridges E. J. Blast injuries: from triage to critical care. *Crit. Care Nurs. Clin. North Am.* 2006. Vol. 18. P. 333–348.
3. Housden S. Blast injury: a case study. *Int. Emerg. Nurs.* 2012. Vol. 20. P. 173–178.
4. Goh S. H. Bomb blast mass casualty incidents: initial triage and management of injuries. *Singapore Med. J.* 2009. Vol. 50. P. 101–106.
5. Gans L., Kennedy T. Management of unique clinical entities in disaster medicine. *Emerg. Med. Clin. North Am.* 1996. Vol. 14. P. 301–326.
6. Cullis I. G. Blast waves and how they interact with structures. *J. R. Army Med. Corps.* 2001. Vol. 147. P. 16–26.
7. Harrison C. D., Bebarta V. S., Grant G. A. Tympanic membrane perforation after combat blast exposure in Iraq: a poor biomarker of primary blast injury. *J. Trauma*. 2009. Vol. 67. P. 210–211.
8. Helfer T. M., Jordan N. N., Lee R. B. Post deployment hearing loss in US army soldiers seen at audiology clinics from April 1, 2003, through March 31 2004. *Am. J. Audiol.* 2005. Vol. 14. P. 161–168
9. Horrocks C. L. Blast injuries: biophysics, pathophysiology and management principles. *J. R. Army Med. Corps.* 2001. Vol. 147. P. 28–24.
10. Chandler D. Blast-related ear injury in current U.S. military operations. *ASHA*. 2006. Vol. 11. P. 8–9.

РОЗВИТОК НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ

Гук А.П., Степаненко А.В.

*м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова
Національної академії медичних наук України»*

Нейрореабілітація – це надскладний, патогенетично обґрунтований процес міждисциплінарного комплексного лікування і проведення відновних заходів з обов'язковим застосуванням методів медичного, медико-психологічного, медико-педагогічного і медико-соціального впливу.

Нейрореабілітації потребують пацієнти після хірургічних втручань на головному і спинному мозку з приводу пухлин, різноманітної судинної патології, порушень ліквороциркуляції, наслідків тяжкої черепно-мозкової травми, вад розвитку центральної нервової системи (ЦНС) і т. д. Особливу групу складають пацієнти з інсультами і травмою центральної нервової системи (понад 300 000 випадків щорічно).

Сучасна нейрореабілітація є невід'ємною частиною комплексного лікування хворих з тяжкими захворюваннями і ураженнями ЦНС, що в значній мірі забезпечує сприятливий результат лікування.

Пацієнти із захворюваннями ЦНС потребують особливих мультидисциплінарних підходів до лікування, при ефективній реалізації яких можна отримати не тільки значно кращий результат лікування, але й суттєвий економічний ефект.

Ранній початок реабілітації (перші у 24 години після хірургічного втручання), всебічна діагностика порушень функцій пацієнта, направленість реабілітаційного процесу на максимально можливе відновлення або компенсацію функцій зумовлюють вибір найбільш ефективного мінімуму з широкого мультидисциплінарного набору обладнання і високоінтелектуальної діагностичної і лікувальної техніки, методів реабілітаційного впливу, методів контролю.

Складовими подальшого розвитку нейрореабілітації в Україні є:

1. Оптимізація реанімаційних протоколів (седації, міорелаксації, корекції водно-електролітних, трофічних, гемодинамічних порушень, корекція болю, запалення т. ін.).
2. Нутритивна і фармакологічна підтримка пацієнта при виконанні реабілітаційних заходів.
3. Рання вертикалізація під безперервним моніторингом основних функцій.
4. Оцінка реабілітаційного потенціалу і ризиків проведення реабілітаційних заходів.
5. Формування індивідуальної реабілітаційної програми (ефективний мінімум) та інструментального контролю ефективності і безпеки її реалізації).

Для вирішення соціально важливих завдань з реабілітації пацієнтів після тяжкої травми ЦНС, судинних захворювань, після хірургічного лікування на головному і спинному мозку в рамках реалізації державного інвестиційного проекту на 2018–2020 рр. створюється «Національний науково-практичний центр нейротравми і нейрореабілітації» у складі Державної установи «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України».

Метою діяльності Центру є надання якісної, високотехнологічної медичної допомоги постраждалим з нейротравмою, інсультами та їх наслідками, розробка і впровадження в клінічну практику України нових методів діагностики та лікування пацієнтів з нейрохірургічною патологією, забезпечення функціонування загальнодержавної системи моніторингу причин нейротравми та вивчення її епідеміології, координація проведення наукових досліджень, запровадження сучасних методів контролю за виконанням відповідних клінічних протоколів і стандартів надання нейрохірургічної допомоги та нейрореабілітації.

TREATMENT OF CIVILIAN VICTIMS IN WAR CONFLICTS AND AFTER TERRORIST ATTACKS

WROBLEWSKI A.

Szczecin, Poland, SPSK-1 Pomeranian Medical University

Last years significantly increased number of war conflicts and terrorist attacks round the world. The most vulnerable is civilian population. The work presents experience of more than 1800 operations done by author during the humanitarian mission in the countries in war and terrorist threat.

Among whole number of victims number of children is significant – from 15-20% (Yemen, Congo, and Afghanistan) till 30-35 % in Iraq and Nigeria with no gender difference. Age of 8-12 years is near 50 %, younger – 15 %, older – 35 %. Structure of injuries depends of country and used weapon: Improvised Explosive Devices – limbs and superficial whole body wounds (30 %), Land Mines – lower limbs-up to 95 %, abdomen penetrating wounds – 35 %, chest penetrating wounds – 10 % (in most cases concomitant injuries), Gun-shot Wounds-abdomen&chest – 75 %, limbs – 40 %, head – 10 %. Burns in most cases

presents as concomitant after blasts. Severity of injuries depends of damaging agent-shells or bullets, number of agents, velocity, e-kinetic energy.

Using proper Trige system possible select the most prognosticate patients. Surgical treatment in 4 stage algorithm: - Selection & Resuscitation - Damage, Bleeding, Sepsis Control Surgery, - Restoration of Physiology, - Definitive Surgery. In treatment using standard treatment protocols according to local NGO (Non-Government Organization) policy what permit to avoid misunderstanding between medical staff from different countries. Essential in surgical treatment especially in mass causality cases – extensive debridement, damage control surgery, priority of life-saving operations. Using of Bogota bag, different haemostatic materials significantly improving results of surgery. "Second look" surgery performed in 24 (rare), 48 (optimal) till 72 (depends of indications) hours after primary operation. In vascular surgery using direct anastomosis or vein grafts, in case of lack of time or experience – naso-gastric tube flashed by heparin as a provisional vascular stent. Delayed primary closure usually done on 4-6 day. Mortality rate depends of medical facilities, experience of medical staff and environment and varies from 12-15 % to 30 % (experience of author's missions).

Conclusions. Number of civilian victims in present is high and unfortunately increasing; high percentage of children in structure of injured; proper Triage essential for good results of treatment; following of basic surgical algorithm significantly improving survival of patients; the main task is to decrease mortality as much as possible (to stop war now we have no possibility).



НАУКОВІ ЗДОБУТКИ
ТА ІННОВАЦІЙНІ
ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЦИНІ
(ЗА СПЕЦІАЛЬНОСТЯМИ):
ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ,
ПРОФІЛАКТИКА,
НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ

а) акушерство та гінекологія

ПЛАНОВЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ З ПЕРВИННИМ СИМПТОМНИМ ХРОНІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК З КОРОТКОТЕРМІНОВИМ ПЕРЕБУВАННЯМ В АКУШЕРСЬКОМУ СТАЦІОНАРІ

АНТОНЮК-КИСІЛЬ В.М.¹, ДЗЮБАНОВСЬКИЙ І.Я.², ЄНІКЕЄВА В.М.¹, ЛІЧНЕР С.І.¹,
ЛИПНИЙ В.М.¹

¹м. Рівне, Комунальний заклад «обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради,

²м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Медицина в багатьох випадках консервативна, особливо по відношенню до неакушерських хірургічних втручань під час вагітності. Існує, майже як догма, уявлення про недоцільність і небезпеку планового хірургічного втручання при первинному симптомному хронічному захворюванні вен (ПСХЗВ) в басейні сафенових і/або несафенових вен під час вагітності. Проте в останні роки з'явилися публікації про можливість і безпечність планового хірургічного лікування ПСХЗВ нижніх кінцівок, промежини та зовнішніх статевих органів або в поєднанні у стаціонарних умовах. Окрім того у світі існує чітка тенденція перенесення планових хірургічних втручань, в тому числі флебологічного профілю, в амбулаторні умови. Це стосується і вагітних. Літературних джерел, присвячених цій тематиці, не так і багато.

Мета дослідження: оцінити безпечність, як для вагітної, так і плоду, планового хірургічного лікування ПСХЗВ в умовах короткотермінового перебування в стаціонарі (до 72 годин за термінологією IAAS).

Матеріал і методи дослідження. На базі комунального закладу «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради за період з початку 2013 р. по перший квартал 2018 р. прооперовано 256 вагітних з ПСХЗВ C2s-C4sErAr, p.Pr (за нерозгорнутою класифікацією CEAP 2002 р.). Показання до оперативного втручання: у 196 вагітних (76,56 %) наростали явища хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок, зовнішніх статевих органів, промежини, незважаючи на проведену консервативну терапію; у 34 пацієнток (13,28 %) з метою підготовки пологових шляхів до природних пологів при варикозному розширенні вен зовнішніх статевих органів і промежини, зменшуючи ризик кровотеч при розриві варикозних вузлів, тим самим звужували показання до хірургічних пологів; у 26 хворих (10,16 %) за їх бажанням – для покращення косметичних проблем, обумовлених варикозним розширенням вен зовнішніх статевих органів і/або на відкритих частинах нижніх кінцівок. Всім оперованим вагітним жінкам виконано дуплексне сканування вен з картографуванням патологічних зон (рефлюкси, варикозні конгломерати), кардіотокографію (КТГ), фетометрію (ФМ) як до, так і після операції.

Результати дослідження та їх обговорення. Оперативні втручання виконували тільки при згоді вагітних, за відсутності протипоказань до операції, як з боку соматичного, так і акушерського статусів, тільки в умовах акушерського стаціонару. Всі оперативні втручання виконували без премедикації, використовували для знеболення тумесцентну анестезію і хірургічну методику по типу CHIVA при низхідному розвитку ПСХЗВ, а при висхідному – поєднання методик CHIVA і ASVAL. У 100 % вагітних під час хірургічного втручання, в післяопераційному періоді порушень соматичного статусу, тонуусу матки у вагітної, серцебиття плоду (дані КТГ, ФМ) не зафіксовано. За

суб'єктивною оцінкою вагітних, порушень кількості та якості рухів плоду не відмічено, і ними ж відмічено у 98 % випадках позитивний клінічний результат хірургічного втручання. Оперовані у II та на початку III триместрів у 85 % знаходились на протязі 24 годин, 10 % – на протязі 48 годин в умовах стаціонару, після чого виписувались під спостереження акушера-гінеколога за місцем проживання, 5 % оперованих наприкінці III триместру залишались у стаціонарі до пологів.

Висновки. Проведене планове хірургічне лікування ПСХЗВ в умовах короткотермінового перебування в акушерському стаціонарі під тумесцентною анестезією з використанням хірургічних методик по типу CHIVA при низхідному розвитку ПСХЗВ, а при висхідному – поєднання методик CHIVA і ASVAL, що «консервують стовбури сафенових і/або несафенових вен», чітко за індивідуальними показаннями, з урахуванням соматичного і акушерського стану вагітних, у II–III триместрах є безпечним у 100 % оперованих, як для перебігу вагітності, так і розвитку плоду, пологів і післяпологового періоду, коротким періодом реабілітації і не потребує післяопераційної медикаментозної підтримки. У 98 % випадків, за суб'єктивною оцінкою оперованих, отримано позитивний клінічний результат в післяопераційному періоді. Рекомендоване носіння еластичного трикотажу класу компресії 2 при фізичних навантаженнях.

ОЦІНКА СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ВАГІТНИХ З РАННІМ ТА ПІЗНІМИ ЇЇ ПРОЯВАМИ

БЕН АМОР МАРІАМ, ГНАТКО О.П., МАРУЩЕНКО Ю.Л.

м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Проведено оцінку розвитку прееклампсії за ступенем тяжкості у 123 жінок у третьому триместрі вагітності з раннім (< 34 тижнів) та пізнім (> 34 тижнів) її проявом. Діагноз прееклампсії та ступінь її тяжкості визначали з урахуванням ступеня артеріальної гіпертензії, протеїнурії та генералізованих набряків у відповідності до Наказу МОЗ України щодо гіпертензивних станів під час вагітності. Одним із критеріїв оцінки тяжкості прееклампсії вважали тривалість її перебігу від початкового терміну вагітності, в якому з'явилися клінічні прояви. Встановлено, що серед обстеженого контингенту вагітних ранній початок прееклампсії мав місце у 49 (39,8 %), а пізній – у 74 (60,2 %), тобто в 1,5 раза частіше зустрічалась пізня прееклампсія. З усіх вагітних легкий ступінь прееклампсії відмічено у 35 (28,5 %), середній – у 39 (31,7 %) та тяжкий – у 49 (39,8 %). Оцінка прееклампсії за ступенем тяжкості при різних термінах її маніфестації показала, що при ранньому розвитку прееклампсії легкий ступінь відмічено у 10,2 % вагітних, середній – у 32,7 %, тяжкий – у 57,1 %; при пізній маніфестації прееклампсії легкий ступінь відмічено у 40,5 %, середній – 31,1 % та тяжкий – у 28,4 %. Отже, при ранній прееклампсії найчастіше зустрічався середній і, особливо, тяжкий її ступінь. Легкий ступінь мав місце в 3,2 раза рідше, ніж середній, та в 5,6 раза рідше, ніж тяжкий ступінь. При пізньому розвитку даного ускладнення вагітності легкий ступінь відмічено найчастіше, а саме, на 23,3 % частіше, ніж середній ступінь, та на 30,0 % – ніж тяжкий ступінь.

Висновки. Тяжкі ступені розвитку даного ускладнення вагітності частіше супроводжують ранню прееклампсію, що може мати прогностичне значення для наслідків вагітності.

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ВИРІШЕННЯ АКТУАЛЬНИХ ПИТАНЬ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

ГАЛИШИЧ Н. М., ДАНКОВИЧ Н. О.

м. Львів, Львівський медичний центр «Мати та дитина»

Репродуктивне здоров'я в сучасних умовах набуває значної актуальності. Проблема безпліддя в молодих сім'ях зазнала в останні десятиріччя значної гостроти. Для надання допомоги неплід-

ним парам і була створена мережа клінік репродуктивного здоров'я «Мати та дитина». Метою створеного центру є надання допомоги пацієнтам в реалізації найзаповітнішої мрії – народження здорової дитини.

Напрямами роботи центру є застосування допоміжних репродуктивних технологій у лікуванні пар з різними формами безпліддя; підготовка до вагітності; спостереження вагітності; лікування фонової та передракової патології шийки матки; консервативна гінекологія; оперативна гінекологія; хірургія; урологічна допомога; еферентна терапія; консультування з питань патології молочних залоз; лабораторна та функціональна діагностика, у тому числі пренатальна діагностика; передімплантаційна генетична діагностика методом порівняльної геномної гібридизації; ICSI; кріоконсервація яйцеклітин.

Спеціалізація Львівського філіалу медичного центру «Мати та дитина» – повний цикл допомоги неплідним парам у реалізації репродуктивної функції. Робота в центрі проводиться в законодавчому і нормативному полі; ми впроваджуємо та застосовуємо стандартні операційні процедури в усіх напрямках надання медичної допомоги; вводимо інноваційні підходи для діагностики та лікуванні безпліддя з індивідуальним підходом до кожного пацієнта. В клініці широко впроваджені сучасні комп'ютерні технології (медичної електронної системи, автоматизованих робочих місць тощо) та створені комфортні умови для перебування пацієнтів з орієнтацією на бажаний результат.

CERVICAL CONDITION IN PREGNANT WOMEN AFTER DESTRUCTIVE METHODS OF CERVICAL TREATMENT

GNATKO O.P, SKURIATINA N.G.

Kyiv, O.O. Bogomolets National Medical University

93 primigravidas who had been treated for mild cervical dysplasia for the last 3 years according to the standard algorithm including antiviral, anti-inflammatory and hormonal therapy were examined. At the final stage, destructive treatment methods were used. Based on the method of destruction, the patients were divided into groups: Group 1 included 36 (38.7 %) patients treated with cryodestruction; Group 2 included 31 (33.3 %) patients treated with radio wave surgery; Group 3 (control) included 26 (28.0 %) patients who refused to have the destructive methods. Cervical evaluation included: speculum examination, simple and advanced colposcopy, cytological examination of the cervical canal and cervix materials. Cervical cyanosis was observed in all pregnant women with the correct cylindrical cervical form in 28 (77.8 %) patients of Group 1, 25 (80.6 %) of Group 2 and 14 (53.8 %) patients of Group 3. Cervical hypertrophy was observed by 3.3 times less frequent in Group 1 and by 4.3 times less frequent in Group 2 than in Group 3. Cervical hypertrophy was by 25.0 % more often in patients after cryodestruction than after radio wave surgery. Physiological ectopia occurred in 6 (21.4 %) patients of Group 1, in 5 (16.1 %) patients of Group 2. In Group 3 there was no physiological ectopy. Deciduosus was observed by 1.4 times less frequent in Group 1, and by 2.4 times less frequent in Group 2 than in Group 3. Clinical signs of cervicitis were found in 16 (44.4 %) of pregnant women of Group 1, in 12 (38.7 %) in Group 2 and in 17 (65.4 %) in Group 3. According to colposcopic examination, 2/3 of the pregnant women had a relevant normal cervical epithelium after the destructive methods. In Group 3, pathological colposcopic pattern was observed: tender mosaic in 65.4 % and both tender mosaic and ectopic cylindrical epithelium in 34.9 %, which indicated the existence of the pathological cervical condition. Cicatricial changes as radial striation and visualization failure of the transformational zone were observed in Groups 1 and 2 after destructive methods. Radial striation was by 2.2 times more often, and visualization failure of the transformational zone was by 2.0 times more often in Group 1 than in Group 2. Thus, the use of radio wave surgery in primigravidas is more careful method. Colposcopic pattern of cervicitis was confirmed in 16 (44.4 %) patients of Group 1, 12 (38.7 %) in Group 2 and 17 (65.4 %) in Group 3. Consequently, this pathological cervical condition was observed by 1.5 times more often in Group 3 than in Group 1 and by 1.7 times more often in Group 2. The cytological results showed that "cytogram without specific findings" was in 20 (55.6 %) women in Group 1, 19 (61.3 %) in Group 2; the inflammatory type was in 16 (44.4 %) and 12 (38.7 %), respectively. 8 (30.8 %) patients of Group 3 had the inflammatory type and 18 (69.2 %) had mild dysplasia.

Conclusions. Destructive surgical methods for cervical pathology provide a radical therapeutic effect in eliminating the dysplastic process. It is recommended to use radio wave surgery in primigravidas as a more careful destructive method.

ДИСГОРМОНАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

ГОЛОТА Л.І.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Рак молочних залоз (РМЗ) у структурі онкологічної захворюваності жіночого населення посідає перше місце, складає 50 % від онкологічної патології жіночої репродуктивної системи, не маючи тенденції до зниження. РМЗ – не тільки важлива медична, а й соціальна та економічна проблема, адже для її успішного вирішення потрібна державна соціальна програма, яка забезпечує організацію ранньої діагностики, введення скринінгових програм, навчання жінок методам самообстеження. У протираковій боротьбі поряд з ранньою діагностикою злоякісних пухлин не менше значення має своєчасне виявлення і лікування передпухлинних захворювань, в тому числі дисгормональних захворювань молочних залоз (ДЗМЗ), частота яких серед жінок репродуктивного віку складає 50–80 %, а у поєднанні з гінекологічною патологією – до 95 %, оскільки ризик розвитку РМЗ на фоні ДЗМЗ, за даними різних авторів, збільшується від 4–9 % до 37 %.

Метою дослідження було оцінити ефективність запропонованого комплексу лікування при дифузних формах ДЗМЗ.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 98 пацієнтів з дифузною формою дисгормональних захворювань молочних залоз. Середній вік складав $(37,3 \pm 7,3)$ року. Тривалість захворювання від 9 місяців до 7 років. Основною скаргою жінок був біль з іррадіацією в плече, шию, руку, відчуття «розпирання» в молочних залозах, які виникали в передменструальний період, а також наявність ущільнень в молочних залозах (в одній або двох), виділення з сосків (зеленуваті, молочивні). Всім жінкам було проведено ретельний збір анамнезу, огляд, пальпацію молочних залоз, ультразвукову ехографію, жінкам, старшим 35 років – мамографію. У 92 % жінок відмічено порушення менструального циклу (аномальні маткові кровотечі, недостатність лютеїнової фази, ановуляторні цикли). В анамнезі: раннє менархе, викидні, невиношування вагітності, гіперпластичні процеси репродуктивних органів – ендометріоз, міома матки, гіперплазія ендометрія). Пальпаторно – помірно виражене дифузне ущільнення, фіброзна тяжистість, гладкі еластичні утвори, рухливі, не зв'язані з оточуючими тканинами. При гормональному обстеженні виявлено: підвищення вмісту естрогенів і пролактину, зниження рівня прогестерону та кортикостероїдів. Перед призначенням лікування, залежно від причини дисгормональних розладів, жінки були проконсультовані і проліковані у відповідних спеціалістів (ендокринолог, терапевт, психотерапевт або невропатолог). Враховуючи поліетіологічність і складність патогенезу дисгормональних розладів, обрано комплексний метод лікування, що включає: мастодинон по 30 крапель 2 рази на добу, прожестожель на кожну молочну залозу по 2,5 г 2 рази на добу у 2-гу фазу менструального циклу, валеріана по 2 таблетки 3 рази на добу, аевіт по 1 капсулі на добу, аскорутин по 1 таблетці 3 рази на добу, йодомарин по 200 мкг на день, хофітол по 2 таблетки 2 рази на добу. Тривалість прийому даного комплексу 3 місяці. У наступні 2 місяці перерви проводили оцінку динаміки лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз результатів лікування виявив «відмінний» ефект терапії (повне зникнення симптомів) вже після першого курсу у 80 (81,6 %) жінок. Решта хворих потребували більш тривалого лікування (2–3 курси). Проаналізувавши «добрі» (позитивна динаміка) – у 14 (14,3 %) і «задовільні» (стабілізація процесу) – у 4 (4,1 %) жінок результати, було виявлено, що головними причинами, які підтримували існування ДЗМЗ є хронічні запальні захворювання жіночих статевих органів, неусунені стресові ситуації (проведено відповідне лікування).

Висновки. При дифузних формах ДЗМЗ необхідне проведення патогенетично обґрунтованої консервативної терапії, скерованої на нормалізацію стану нейроендокринної системи, усунення дисбалансу гормонів у тканинах молочних залоз, нормалізацію їх структури. Комплексне лікування

ДЗМЗ сприяє покращенню якості життя за рахунок усунення суб'єктивних проявів захворювання і припинення прогресування процесу, що в кінцевому результаті призводить до зменшення захворюваності на рак молочної залози.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ АТРОФІЧНОГО ВАГІНІТУ

ГРЕСЬКО М.Д.

м. Чернівці, Україна, ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»

Екосистема піхви здорової зрілої жінки складається з анаеробної і аеробної мікрофлори, які знаходяться в рівновазі, де домінують молочнокислі бактерії, переважно *Lactobacillus*, захищаючи її від колонізації патогенними бактеріями. Рівновага може бути порушена будь-якою локальною або генералізованою патологією.

Метою дослідження було проаналізувати дію Цикатридини на вагінальні атрофічні ознаки у жінок постклімактеричного періоду.

Матеріал отримано у групі з 30 пацієнтів в період фізіологічної менопаузи, які застосовували Цикатридину. Ефективність лікування оцінювали після 6 тижнів і наступних 3 місяців від початку терапії за допомогою візуального огляду шийки матки і піхви.

Гіалуронова кислота (основний компонент Cicatridina®) поглинає воду, тоді як її здатність зв'язувати молекули білка та утворювати сітку протеогліканів покращує гідратацію тканин і транспортування поживних речовин, забезпечуючи необхідний тонус тканин, харчування та еластичність. В умовах атрофії та дистрофії слизової оболонки піхви, Цикатридину сприяє регенерації епітелію. Завдяки наявності гіалуронової кислоти в позаклітинному матриксі та її здатності регулювати утворення прозапальних цитокінів і міграцію клітин Цикатридину сприятливо впливає на процеси загоєння, включаючи формування нормального епітелію.

У представлений групі з 30 пацієнтів в період фізіологічної менопаузи у 17 випадках кольпоскопічним оглядом було відзначено помітне поліпшення і повну відсутність скарг у вигляді вагінальної сухості та свербіжу чи дискомфорту при статевих стосунках, на противагу картині, що спостерігалася в контрольній групі.

У жінок після фізіологічної менопаузи застосування Цикатридини інтравагінально дає такий же результат, як і місцево застосовувані естрогени.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЕНДОМЕТРІОЗУ, АСОЦІЙОВАНОГО З ТИРЕОЇДНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ, ПРИ БЕЗПЛІДІ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Грицько М.І.

м. Львів, Національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність теми зумовлена зростанням частоти захворювань щитоподібної залози за останні 15 років, зокрема, частота аутоімунного тиреоїдиту серед жінок репродуктивного віку зростає у 5–10 разів. Обстежено 43 пацієнтки репродуктивного віку від 25 до 41 років (середній вік 35,1 року), які страждали на безпліддя впродовж 2–6 років. У 22 з них (52,4 %) в ході комплексного дослідження були виявлені вогнища зовнішнього генітального ендометріозу і зниження функції щитоподібної залози (ЩЗ) – субклінічний гіпотиреоз; 20 пацієток (47,6 %) попередньо лікувалися у ендокринолога з приводу аутоімунного тиреоїдиту з проявами гіпотиреозу. У 9 з них діагностовано маніфестну форму гіпотиреозу. Основними проявами гіпотиреозу були дисменорея з перевагою олігоменореї, надмірна маса, набряки кінцівок, парестезії. За локалізацією процесу у 9 хворих (21,4 %) був виявлений ретроцервікальний ендометріоз, у 9 (21,4 %) – ендометріоз

очеревини малого таза, у 11 (26,2 %) – поширені форми і у 13 (33,3 %) – ендометроїдні одно- або двосторонні кисти яєчників, які асоціювалися з маніфестною формою гіпотиреозу. В анамнезі цих пацієнток відмічали самовільне переривання вагітності на ранніх стадіях.

Отже, у жінок репродуктивного віку безпліддя асоціюється з розвитком зовнішнього генітального ендометріозу на тлі гіпотиреозу. Зниження секреції тиреоїдних гормонів, які є модуляторами дії естрогенів на клінічному рівні, ймовірно призводить до прогресування гісто- та ембріогенезу гормоночутливих структур і формування ендометріозу і безпліддя. Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення і лікування таких пацієнтів.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ГОРМОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ ГІПЕРПЛАЗІЙ ЕНДОМЕТРІУ У ЖІНОК З ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

ГРОХОВСЬКА М.В.

*м. Львів, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПДО*

Диференційований підхід до застосування гормонотерапії в лікуванні гіперплазій ендометрію у жінок з екстрагенітальною патологією зумовлений різноманітністю патогенетичних ланок розвитку патологічного стану.

Ставили за мету оцінити антипроліферативний ефект і вплив гестагенних препаратів (похідних дідрогестерону, норетістерону, 17 ОН-прогестерону) на обмінні процеси.

Сто п'ятнадцять пацієнток перименопаузального віку з гіперплазією ендометрію були розподілені на групи та підгрупи залежно від присутньої соматичної патології і застосованого синтетичного гестагена відповідно. Хворим проводили загальноклінічні обстеження, вивчали гормонogramу та показники ліпідного і вуглеводного обміну, ехографічне, ендоскопічне та гістологічне обстеження.

Встановлено, що характер екстрагенітальної патології у жінок з гіперпластичними процесами ендометрію суттєво не впливав на патоморфологічні перетворення ендометрію при застосуванні різних груп прогестагенних препаратів. Виявлено різницю у впливі на ліпідний спектр крові даних прогестагенів. Застосування похідних дідрогестерону і норетістерону сприяло зниженню рівня загального холестерину. В той же час при призначенні похідних дідрогестерону спостерігалося зниження рівня атерогенної фракції ліпідів на 10,2 %, а також, тенденція до зниження рівня тригліцеридів (на 6,7 %), тоді як похідні норетістерону та 17-ОПК не впливали на показники ліпідних фракцій.

Отже, зниження атерогенного потенціалу ліпідів внаслідок застосування похідних дідрогестерону можна розцінювати як позитивний вплив на обмінно-метаболічні порушення у жінок з гіперпластичними процесами ендометрію та екстрагенітальною патологією.

КИСЛОТНО-ЛУЖНИЙ СТАН КРОВІ У ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПОГРАНИЧНИХ ПУХЛИН І РАННЬОЇ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЯЄЧНИКІВ

ЄГОРОВ О.О.

м. Харків, Харківська медична академія післядипломної освіти, Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті № 2

Мета дослідження – вивчення змін кислотно-лужного стану вагітних після органозберігаючого лікування пограничних пухлин і ранньої онкологічної патології яєчників.

В основну групу увійшли 40 вагітних після органозберігаючого лікування пограничних пухлин і ранньої онкологічної патології яєчників (злоякісні пухлини яєчників Ia та Ic стадій). Контрольну групу склали 40 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності. Для визначення кислотно-лужного стану і газів крові використовували капілярну кров з нігтьової фаланги пальця. За допомогою аналізатора AVL-330 (Данія) визначали: рН, парціальний тиск вуглекислого газу і кисню, вміст бікарбонатів плазми, дефіцит лугів крові, загальний вміст стандартних бікарбонатів, насичення крові киснем у наступних термінах гестації: 10–14, 15–19, 20–23, 24–27, 28–31, 32–39 тижнів.

Вивчення динаміки кислотно-лужного стану і газів крові у вагітних після органозберігаючого лікування пограничних пухлин і ранньої онкологічної патології яєчників показало, що парціальний тиск вуглекислого газу, парціальний тиск кисню, вміст бікарбонатів плазми, дефіцит лугів крові, загальний вміст стандартних бікарбонатів, насичення крові киснем в усіх триместрах вагітності достовірно не відрізнявся від показників у жінок з фізіологічним перебігом вагітності. Це свідчить про відсутність негативного впливу перенесеного онкологічного захворювання.

СТАН ЛІМФОЦИТАРНОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ЖІНОК З ПЕРЕРИВАННЯМ ВАГІТНОСТІ В РІЗНІ ТЕРМІНИ

КОРОВАЙ С.В.

м. Харків, Харківська медична академія післядипломної освіти

Особлива увага дослідників на сьогодні зосереджена на імунологічних аспектах переривання вагітності [8, 5, 3]. Імунні механізми забезпечують нормальне запліднення яйцеклітини, імплантацію та плацентацию, інвазію трофобласта і, як наслідок, нормальний перебіг вагітності. Однак толерантність до плоду розглядають як мультифакторний феномен, природа якого залишається у стадії вивчення [2]. Крім того, супроводження вагітності неспецифічною «транзиторною» імуносупресією – системним проявом реактивності організму жінки – сприяє підвищенню його чутливості до дії несприятливих чинників, через що імунні механізми можуть стати причиною розвитку перинатальної патології. Так, наприклад, за даними [2], встановлений зв'язок між психічним здоров'ям вагітних жінок і станом їх імунної системи, зокрема, депресія жінок під час вагітності є чинником, що несприятливо впливає на результати вагітності. Результати попередніх досліджень свідчать про порушення поведінкових реакцій, психічного стану жінок з перериванням вагітності, а також процесів нейроендокринної регуляції, які так чи інакше є інтегрованими з імунними, для забезпечення компенсаторно-приспосувальних реакцій до чинників різного походження. Вважається, що порушення імунних процесів при цьому є найбільш ранньою ознакою несприятливих змін в організмі вагітної жінки [4, 7, 10]. Але протиріччя у поглядах на характер імунних порушень при невиношуванні вагітності вимагають проведення подальших досліджень у цьому напрямку.

Мета дослідження – у жінок з різними термінами переривання вагітності оцінити особливості стану лімфоцитарної ланки імунітету шляхом визначення у периферійній крові вмісту відносного рівня Т-лімфоцитів з маркером активації CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺ та В-лімфоцитів з маркером CD19⁺.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 227 вагітних жінок, які поступили до Харківського міського перинатального центру, з них 190 мали клінічні ознаки загрози передчасних пологів у термін гестації 23–36 тижнів. Формування клінічних груп проводилось залежно від терміну вагітності у вигляді передчасних і своєчасних пологів. До I групи залучено 48 жінок з раннім перериванням вагітності (середній вік – (23,6±5,1) року), що завершилась пологами у термін від 23 до 27 тижнів. Залежно від гестаційного терміну всі вагітні із загрозою недоношування мали наступний розподіл: 23–25 тижнів – 23 вагітних (Ia підгрупа); 26–27 тижнів – 25 вагітних жінок (Iб підгрупа). До II групи залучено 142 жінки (середній вік – (24,7±4,2) року) з пізнім терміном переривання вагітності в термін від 28 до 36 тижнів, яких залежно від терміну пологів розподілили по підгрупах: IIa – 38 осіб, 28–30 тижнів; IIб – 48 осіб, 31–33 тижні; IIв – 56 осіб, 34–36 тижнів. До III (контрольної) групи увійшли 37 жінок з фізіологічним перебігом вагітності (середній вік –

(26,1±2,7) року), що завершилась пологам без ускладнень у термін 38–41 тиждень. Критеріями включення жінок до груп були: молодий репродуктивний вік, одноплідна вагітність, відсутність гестозу, гострих і хронічних гінекологічних та соматичних захворювань. Діагностика передчасних пологів проводилась за наявності абдомінального больового синдрому та структурних змін шийки матки. Дослідження проводились з дотриманням принципів біоетики. Для вивчення популяційного складу лімфоцитів периферійної крові використовували стандартні набори на основі моноклональних антитіл проти антигенів (ТОВ НВЛ «Гранум», Україна) та методу виробника, що базується на реакції розеткоутворення з еритроцитами, на яких абсорбовані моноклональні антитіла проти рецепторів CD3⁺ (загальна популяція Т-лімфоцитів), CD4 (Т-хелпери/індуктори), CD8⁺ (Т-цитотоксичні лімфоцити/супресори), CD19⁺ (В-лімфоцити).

Статистичне опрацювання одержаних результатів проводили з використанням ліцензійних стандартизованих пакетів прикладних програм багатомірного статистичного аналізу Statistica 6.1. Ураховуючи відсутність нормального розподілу даних використовували медіану вибірки (Me), значення нижнього (Q25) і верхнього (Q75) квантиля. Порівняння показників у групах проводили за непараметричним тестом Манна–Уїтні.

Результати та їх обговорення. У жінок з перериванням вагітності в ранні терміни (І група) по відношенню до жінок ІІІ групи відмічається вірогідне ($p < 0,001$) зниження в крові відносного рівня CD3⁺-маркера Т-лімфоцитів у середньому на 23 % (Іа підгрупа – на 19 %, Іб підгрупа – на 26 %), що дозволяє припустити наявність імунодефіциту та розглядати як стресову реакцію організму (таблиця). У жінок з передчасними пологам у термін гестації 28–36 тижнів (ІІ група) рівень у крові CD3⁺, навпаки, незначно, але вірогідно ($p = 0,014$) збільшувався по відношенню до жінок з фізіологічним перебігом вагітності на 13 %, що відображує певне активування клітинно-ефекторної ланки імунітету. При цьому у пацієнток ІІа підгрупи не виявлено вірогідних змін ($p = 0,246$) загального вмісту Т-лімфоцитів, тоді як у пацієнток ІІб і ІІв підгруп реєструвалось вірогідне ($p \leq 0,001$), порівняно з ІІІ групою, підвищення в середньому на 20 % та 22 % відповідно. Привертає увагу вірогідне ($p < 0,001$) зниження на 23 % рівня CD3⁺ у жінок І групи при порівнянні з жінками ІІ групою.

Таблиця. Відносний вміст субпопуляцій лімфоцитів у периферичній крові жінок груп спостереження (Me (Q25; Q75))

Показник	І група (23–27), n = 48		ІІ група (28–36), n = 142			ІІІ група (38–41) n = 37
	Іа (23–25) n = 23	Іб (26–27) n = 25	ІІа (28–30) n = 38	ІІб (31–33), n = 48	ІІв (34–36) n = 56	
CD3 ⁺ , %	49 (36; 59) ¹		77,5 (55; 88) ^{1,2}			64 (51; 79)
	49 (39; 66) ¹	47 (34; 59) ¹	56,5 (39; 78)	80 (67,5; 88) ¹	83,5 (66,5; 93) ¹	
CD4 ⁺ , %	30,5 (24,5; 40) ¹		50,5 (43; 64) ²			46 (38; 56)
	30 (25; 40) ¹	31 (23; 40) ¹	35,5 (27; 44) ¹	54 (47; 63,5) ¹	58,5 (49; 73,5) ¹	
CD8 ⁺ , %	37 (30; 44) ¹		36 (29; 45) ¹			29 (25; 35)
	36 (30; 44) ¹	40 (30; 47) ¹	27,5 (23; 33)	33 (29,5; 44) ¹	41 (35,5; 50) ¹	
CD4 ⁺ /CD8 ⁺	0,85 (0,68; 1,11) ¹		1,38 (1,07; 1,77) ^{1,2}			1,67 (1,32; 1,97)
	0,83 (0,68; 1,13) ¹	0,86 (0,69; 1,00) ¹	1,13 (0,86; 1,83) ¹	1,54 (1,17; 1,92)	1,37 (1,15; 1,67)	
CD19 ⁺ , %	8 (6; 10) ¹		14 (10; 20) ²			12 (10; 17)
	7 (5; 10) ¹	9 (6; 10) ¹	9,5 (8; 11) ¹	14 (10; 18)	20 (15; 28) ¹	

Примітки: ¹ – відмінності від ІІІ групи статистично значущі на рівні $p < 0,05–0,001$; ² – відмінності між І та ІІ групами статистично значущі на рівні $p < 0,05–0,001$.

У крові пацієнток I групи та її підгруп спостерігалось зниження ($p < 0,001$) відносного вмісту Т-лімфоцитів-хелперів з фенотипом $CD3^+CD4^+$ в середньому на 33 % по відношенню до пацієнток III групи (таблиця). По відношенню до значень жінок II групи відносний рівень $CD3^+CD4^+$ лімфоцитів також був зниженим ($p < 0,001$) на 39 %. На такому тлі у жінок I групи по відношенню до жінок III групи спостерігалось підвищення відносного рівня Т-цитотоксичних лімфоцитів з фенотипом $CD3^+CD8^+$ на 29 % (по підгрупах – однакова тенденція змін рівня показника), тоді як по відношенню до жінок II групи вірогідних змін не виявлено ($p = 0,460$). Отже, у жінок I групи відзначається недостатність проліферативної активності $CD3^+CD4^+$ Т-хелперів при зростанні цитотоксичних $CD3^+CD8^+$ -лімфоцитів.

У крові пацієнток II групи не виявлено вірогідних ($p = 0,098$) змін вмісту $CD3^+CD4^+$ лімфоцитів по відношенню до жінок з фізіологічним перебігом вагітності (таблиця). Але по підгрупах жінок відзначалось вірогідне ($p \leq 0,005$) зниження $CD4^+$ субпопуляції, вагітність яких закінчилась пологами у термін 28–30 тижнів у середньому на 26 %, тоді як у термін 31–33 тижні та 34–36 тижнів, навпаки, підвищення на 17 % та 28 % відповідно. При цьому відносний вміст Т-цитотоксичних лімфоцитів з фенотипом $CD3^+CD8^+$ у крові жінок II групи вірогідно ($p < 0,001$) по відношенню до контролю збільшувався на 26 %. Зміни рівня цього показника по підгрупах були наступними: у жінок IIa підгрупи не виявлено вірогідної різниці ($p = 0,335$), тоді як у жінок IIб і IIв підгруп встановлено підвищення ($p < 0,001$) на 27 % і 47 %. Отже, у жінок II групи спостерігається деяке підвищення Т-клітинних механізмів захисту за рахунок зростання активності $CD3^+CD4^+$ Т-хелперів, необхідних для генерування ефекторних $CD3^+CD8^+$ цитотоксичних лімфоцитів.

Взагалі збільшення в крові кількості $CD8^+$ Т-лімфоцитів свідчить про недостатність імунітету, зниження гіперактивності імунної системи. З іншого боку, підвищення відносного рівня $CD8^+$ Т-клітин можливо є відображенням загального стимулювання цієї клітинної субпопуляції і важливим ланцюгом патогенезу невиношування вагітності.

В оцінці стану імунної системи значна роль відводиться обчисленню імунорегуляторного індексу – співвідношення Т-хелперів до Т-супресорів. У жінок I групи та її підгруп, імунорегуляторний індекс був вірогідно ($p < 0,001$) знижений на 47 %, ніж у жінок з фізіологічним перебігом вагітності. Аналогічна тенденція відзначалась і у пацієнток II групи, але зниження індексу було менш вираженим: вірогідно ($p = 0,0099$) на 16,5 % у пацієнток IIa підгрупи, невірогідно ($p = 0,405$) на 8,2 % – у жінок IIб підгрупи, вірогідно ($p = 0,031$) на 13,5 % – у жінок IIв підгрупи (в цілому по II групі жінок на 12 %, $p = 0,029$). Суттєве зниження імунорегуляторного індексу у жінок I групи пов'язано з пригніченням Т-хелперної складової та підкреслює наявність імуносупресії Т-клітинного типу. Зниження індексу у жінок II групи відбувається на користь цитотоксичних Т-лімфоцитів.

У крові жінок I групи визначено вірогідне ($p < 0,001$) зниження рівня $CD19^+$ (основного маркера В-лімфоцитів – важливої ланки гуморальної імунної відповіді) порівняно з жінками контрольної групи в середньому на 40 % (у Ia підгрупі на 42 %, Ib підгрупі – на 38 %) (таблиця). Слід зазначити вірогідне ($p < 0,001$) зниження вмісту $CD19^+$ лімфоцитів і при порівнянні з II групою на 51 %. У жінок з передчасними пологами у термін гестації 28–36 тижнів (II група) реєструвалось підвищення кількості $CD19^+$ в середньому на 23 %, але воно було невірогідним ($p = 0,062$) по відношенню до III групи. Зміна цього показника по підгрупах виявилась неоднозначною: у пацієнток IIa підгрупи спостерігалось вірогідне зниження ($p < 0,001$) в середньому на 26 %, у пацієнток IIб підгрупи невірогідне ($p = 0,147$) збільшення на 15 %, а у пацієнток IIв підгрупи – вірогідне ($p < 0,001$) підвищення на 62 %.

В-лімфоцити є основним джерелом нормальних антитіл та аутоантитіл до гормонів, рецепторів гормонів і нейротрансмітерів. Гуморальний імунітет до того ж бере участь у компенсаторно-приспосувальних механізмах материнського організму, сприяючи пролонгуванню вагітності [9]. Зниження рівня $CD19^+$ у жінок з перериванням вагітності в термін 23–30 тижнів свідчить про пригнічення проліферативної активності цих лімфоцитів і зниження антитілоутворення, а також підтверджує зрив адаптаційних механізмів, спрямованих на збереження вагітності. Зростання кількості $CD19^+$ у жінок з перериванням вагітності в термін 31–36 тижнів може свідчити, навпаки, про підвищення антитілоутворення та деяке напруження компенсаторно-приспосувальних механізмів.

Отже, одержані результати дозволяють дійти висновку, що у жінок з передчасними пологами в різні терміни по відношенню до жінок з фізіологічним перебігом вагітності, що завершилась пологами без ускладнень в термін 38–41 тиждень, відбувається, перш за все, накопичення ци-

тотоксичних CD3⁺CD8⁺ лімфоцитів, що може свідчити про несвоєчасність їх елімінації, внаслідок чого відбувається ушкоджуючий вплив на плаценту та плід [6]. На цьому тлі у жінок з перериванням вагітності в терміни 23–30 тижнів (Ia, Ib та IIa підгрупи) відбувається зниження кількості CD4⁺, що свідчить про слабкість CD4⁺ Т-клітинної відповіді. Крім того, зниження Т-хелперної фракції спряжено з підвищенням відсоткового вмісту CD8⁺ субпопуляції. Наслідком такого дисбалансу є зниження імунорегуляторного індексу CD4⁺/CD8⁺, що пов'язують зі стресовими ситуаціями, ендокринними порушеннями [10]. У крові жінок з перериванням вагітності в пізні терміни (31–36 тижнів) реєструється підвищення Т-хелперної фракції, що зазвичай впливає на ставлення материнського організму до плоду, зокрема, воно стає більш агресивним, що може бути, на думку деяких дослідників, також причиною невиношування вагітності [1, 9, 10, 12].

Висновки. 1. У жінок з перериванням вагітності в ранні та пізні терміни по відношенню до жінок з фізіологічним перебігом вагітності, що завершилась пологами без ускладнень у термін 38–41 тиждень, відбуваються зміни функціональної активності лімфоцитів за активаційними маркерами з маніфестуючими ознаками підвищення цитотоксичних CD3⁺CD8⁺ лімфоцитів і зниження імунорегуляторного індексу CD4⁺/CD8⁺, здатними чинити ушкоджуючий вплив на плаценту та плід.

2. У жінок з перериванням вагітності у термін 23–30 тижнів по відношенню до жінок з фізіологічним перебігом вагітності відзначається наявність імунологічних порушень на користь активації цитотоксичних Т-лімфоцитів (на 29 %, $p < 0,001$) при пригніченні Т-хелперів (на 31 %, $p < 0,001$) і проліферативної активності В-лімфоцитів (на 36 %, $p < 0,001$). У жінок з перериванням вагітності в пізні терміни – 31–36 тижнів активація цитотоксичних Т-лімфоцитів (на 40 %, $p < 0,001$) відбувається на тлі активації Т-хелперів (на 23 %, $p \leq 0,005$) та В-лімфоцитів (на 50 %, $p < 0,001$).

3. Виявлені порушення в імунній системі жінок з передчасними пологами в ранні та пізні терміни призводять до змін імунологічної відповіді і компенсаторно-приспосувальних механізмів, виявлення та усунення яких дозволять підвищити ймовірність виношування вагітності.

Список використаної літератури

1. Вовк І. Б., Кондратюк В. К., Трохимович О. В., Коваленко А. І. Загроза переривання вагітності в ранні терміни: сучасні погляди на етіологію, патогенез, діагностику та лікування (огляд літератури). *Здоров'я жінчини*. 2012. № 5 (71). С. 50–56.
2. Выговская Л. А. Современные представления о роли иммунологических факторов в патогенезе, диагностике, прогнозировании и профилактике развития внутриутробной инфекции (обзор литературы). *Репродуктивное здоровье. Восточная Европа*. 2015. № 1. С. 117–126.
3. Иванов И. И., Черипко М. В., Могилевская А. А., Косолапова Н. В., Прочан Е. Н. Этиологические аспекты репродуктивных потерь. *Таврический медико-биологический вестник*. 2013. Т. 16, № 2, Ч. 2 (62). С. 181–187.
4. Иммунологические и инфекционные аспекты невынашивания беременности / П. Н. Веропотвелян, Н. П. Веропотвелян, Л. А. Тарасова [и др.]. *Жіночий лікар*. 2009. № 4. С. 16–19.
5. Коньков Д. Г., Чернов А. В., Кукуруза І. Л. Сучасні аспекти дослідження предикторів передчасних пологів з точки зору доказової медицини. *Вісник морфології*. 2012. Т. 18, № 1. С. 193–197.
6. Радиш Т. В., Чернишов В. П. Імунопатофізіологічні особливості перебігу ранньої вагітності у жінок зі звичним невиношуванням. *Фізіологічний журнал*. 2005. Т. 51, № 2. С. 65–72.
7. Сухих Г. Т., Ванько Л. В. Имунные факторы в этиологии и патогенезе осложненной беременности. *Акушерство и гинекология*. 2012. № 1. С. 128–136.
8. Шевченко А. О., Любомирська К. С., Кирилюк О. Д. Невиношування вагітності: акцент на чинники ризику, патогенез та прогнозування. *Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології*. 2016. Т. 10, № 2–3. С. 58–63.
9. Щербаков А. Ю., Чен Шуи, Щербаков В. Ю. Патогенетические особенности невынашивания беременности с исходом в неразвивающуюся беременность. *Международный медицинский журнал*. 2008. № 3. С. 49–51.
10. Pearlstein T. Depression during pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2015. Vol. 29 (5). P. 754–764.
11. Sokolov D. I., Stepanova O. I., Selkov S. A. The role of the different subpopulations of CD4⁺ T-lymphocytes during pregnancy. *Medical Immunology*. 2016. Vol. 18, № 6. P. 521–536.
12. Warning J. C., McCracken S. A., Morris J. M. A balancing act: mechanisms by which the fetus avoids rejection by the maternal immune system. *Reproduction*. 2011. Vol. 141 (6). P. 715–724.

РЕГІОНАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ ПРОВЕДЕННЯ І ЕТАПУ НАЦІОНАЛЬНОГО ПРОЕКТУ «FEMINITY OF THE FUTURE»

Маланчук Л.М., Мартинюк В.М., Маланчук С.Л., Куценко В.В.
м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

З огляду на збільшення в суспільстві питомої ваги жінок пострепродуктивного віку та підвищення терміну працездатності виникає необхідність збереження їхньої професійної та соціальної активності.

Регіональне обстеження в рамках проекту охопило 121 жінку пострепродуктивного віку: 40-45 років – 29 % пацієнок, 46-50 років – 39 %, 51-55 років – 17 %, 15 % – віком 56 років і більше.

За результатами клінічного обстеження у 70 % жінок групи дослідження виявлено надмірну масу тіла (ІМТ>25); у 31 % пацієнок діагностовано артеріальну гіпертензію; 56 % вели малорухомий спосіб життя; у 14 % спостерігалось пізнє менархе; 13 % не реалізували свої репродуктивні бажання. Більшість пацієнок не розглядали ці фактори як чинники розвитку менопаузальних розладів.

Лише близько 22 % серед опитаних жінок проходили обстеження на предмет кардіоваскулярного ризику в пострепродуктивному періоді (визначення рівня цукру крові, холестерину, вимірювання артеріального тиску та визначення статусу курця).

Цервікальний скринінг, мамографію, УЗ дослідження, як методи раннього скринінгу раку органів репродуктивної системи проводили лише 23 % жінок з групи дослідження.

Обтяжений спадковий онкологічний анамнез спостерігався у 3-7 % пацієнок, в залежності від зони локалізації (матка, молочна залоза), проте більшість опитаних не асоціювали ці дані з можливою появою у них онкопатології в пострепродуктивному періоді.

За шкалою MRS симптоми легкого перебігу КС спостерігалися у 56 % респондентів дослідження; середнього ступеню тяжкості – 38 %, важкого ступеню – 6 %. При цьому 45 % жінок вважали себе практично здоровими.

Таким чином, отримані дані свідчать про недостатню інформованість жіночого населення щодо факторів кардіоваскулярного ризику та онкопатології репродуктивної системи, асоційованої з пострепродуктивним віком, проявів менопаузального синдрому та важливість своєчасної діагностики і корекції цих порушень з метою збереження якості життя та соціальної активності.

COMPLEX TREATMENT OF INFERTILITY IN WOMEN WITH OBESITY AND POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

SOLSKYY S.YA., GNATKO O.P., SOLSKYY V.S., CHUBATYY A.I.
Kyiv, Bogomolets National Medical University, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine

Fifty patients with infertility caused by Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) and with different stages of obesity were included in the study. All women enrolled into the study did have anovulation with normal prolactin level.

During the trial, on top of parameters listed above the following was assessed: weight, BMI, waist circumference, glucose tolerance. All women were divided into 2 groups. Patients in Group I (n = 24) were receiving low calories diet, with restriction of animal fat. Women in Group II (n = 26) on top of this were also receiving metformin in the dose of 500 mg twice daily for the duration of 6 months. Hormone levels were assessed prior to treatment and right after its completion. Upon normalization of metabolic disorders, ovulation stimulation with clostilbegyt was performed. In case of ineffectiveness of ovulation stimulation while also in cases of absence of pregnancy in women with restored ovulation laparoscopic ovarian drilling (LOD) was performed.

Results. During first stage of treatment we observed decrease in patients' weight and BMI by 9.03% in Group I and by 16.26 % in Group II. After stimulation with clostilbegyt restored ovulation was observed in 29.17 % of cases in Group I and in 46.16 % cases in Group II with frequency of pregnancy at 16.67 % и 23.08 % respectively. After LOD was performed for all remaining non-pregnant women in both groups (20 in each), ovulation was observed in 60 % of women in the Group I and in 85 % in Group II. Frequency of pregnancy counted based on total group numbers was 37.5 % и 57.7 % respectively. As such overall frequency of pregnancy in Group I was 54.17 %, while in the second – 80.77 %.

Conclusions. Use of metformin in complex treatment of infertility in women with PCOS and obesity showing better results comparing to low calories diet alone. Sequential use of drug stimulated ovulation and LOD allowing to significantly increase frequency of desired pregnancy.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ЗОВНІШНЬОГО ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ І ЙОГО ВПЛИВ НА СТАН ОВАРІАЛЬНОГО РЕЗЕРВУ ЯЄЧНИКІВ

Сольський С.Я., Чубатий А.І.

м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

В дослідження було включено 126 пацієток з ендометріомами яєчників. Усі хворі були прооперовані ендоскопічним шляхом. Після оперативного втручання всім жінкам було рекомендовано проведення протирецидивного лікування шляхом призначення агоністів ГнРГ. Дали згоду на проведення такого лікування 94 пацієтки (I група), а 32 жінки (II група) від нього відмовилися. Оцінка оваріального резерву проводилась на підставі проведення УЗД та визначення рівня антимюлерового гормону до хірургічного лікування та через 3–4 місяці після проведення протирецидивного лікування (I група), а в II групі через 6 місяців після хірургічного лікування. Пацієтки I групи (n = 94) протягом від 4 до 6 місяців після операції отримували трипторелін 3,75 mg, кожні 28 днів. Усі вони знаходилися під нашим наглядом і після закінчення протирецидивного лікування на протязі двох років. Частота рецидивів ендометріозу яєчників в цій групі склала лише 3,2 % випадків. Водночас в II групі протягом двох наступних років рецидив зовнішнього генітального у 7 (21,87 %) хворих виник, що потребувало повторного оперативного втручання. Повторні ендометріодні кісти виникли у 2 з них в тому ж яєчнику, де і вперше, а у 5 – в протилежному. Визначення стану оваріального резерву яєчників показало незначне зниження останнього (до 15 %) в обох порівнюваних групах, в той же час достовірної різниці цього показника у пацієток I та II груп не було.

Висновки: 1. Лікування зовнішнього генітального ендометріозу має бути обов'язково комбінованим.

2. Комбіноване хірургічне лікування зовнішнього генітального зовнішнього ендометріозу не справляє суттєвого негативного впливу на оваріальний резерв яєчників.

ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ОЦІНКИ СТАНУ ПЛОДА ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ВИСОКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИЗИКУ

Яремчук Т.П.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вагітність високого перинатального ризику переважно складають клінічні випадки передчасного розриву плодових оболонок в термінах 26–34 тижнів вагітності з пролонгуванням вагітності та важка екстрагенітальна патологія вагітних, яка призводить до формування плацентарної дисфункції/недостатності з дистресом плода або необхідністю дотермінового розродження за станом здоров'я вагітної.

Для поліпшення перинатальних наслідків вагітності високого перинатального ризику у відділенні патології вагітності Львівської обласної клінічної лікарні в 2013–2017 рр. в роботу лікарів впроваджений комплексний метод оцінки стану плода на основі результатів автоматизованої КТГ за критеріями Dawes–Redman, визначення біофізичного профілю плода, результатів доплерометрії кровообігу в системі «мати–плацента–плід» (кровообіг в маткових артеріях, артеріях пуповини, за показаннями в середній мозковій артерії плода з визначенням мозково-плацентарного відношення CPR). Мозково-плацентарне відношення вираховується за формулою: $CPR = PI\ MCA: PI\ UA$, де PI – пульсаційний індекс, MCA – середня мозкова артерія плода, UA – артерія пуповини. При нормальній перфузії мозку плода показник CPR більше 1. Зменшення показника CPR менше 1 свідчить про гіперперфузію головного мозку плода та є предиктором несприятливого завершення вагітності для новонародженої дитини (асфіксії новонароджених, ішемічно-гіпоксичного ураження центральної нервової системи, перинатальної смертності, а також субарахноїдальних кровокиливів у недоношених дітей та ін.).

Застосування сучасних методів комплексної оцінки стану плода дозволило своєчасно проводити розродження при дистресі плода, зменшити показник перинатальної смертності в акушерському стаціонарі до загальнопопуляційних показників і достовірно підвищити виживання критично недоношених дітей.

ПОЗИТИВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПРЕПАРАТОМ ЕСМІЯ (УЛІПРИСТАЛУ АЦЕТАТ) ЖІНОК ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДУ З МНОЖИННОЮ ВУЗЛОВОЮ ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ

Яремчук Т.П., Корнієнко В.Г.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Симптомна лейоміома матки є однією з найчастіших причин гістероектомії в перименопаузальному та клімактеричному періодах життя жінки. Хворі з симптомною лейоміомою матки невеликих розмірів без підслизових вузлів і поєднаної патології статевої сфери мають можливість лікуватися консервативно із застосуванням препарату Есмія (уліпристалу ацетат). Есмія (ESMYA) є селективним блокатором прогестеронових рецепторів у таблетованій формі (5 мг), який має антипроліферативний ефект та призводить до блокування дії прогестерону, припинення мітозів клітин лейоміомних вузлів, зменшення розмірів пухлини та клінічної симптоматики хвороби.

З метою визначення клінічної ефективності препарату Есмія проведена оцінка результатів 3-місячного лікування 30 жінок перименопаузального періоду у віці 45–49 років. У всіх жінок була множинна вузлова симптомна лейоміома матки з розмірами, які не перевищували 12 тижнів вагітності. У середньому було 3–5 субсерозних та інтрамуральних вузлів. У 2 жінок субсерозні вузли були розміром 70 та 80 мм. Симптоматику лейоміоми складали менорагія, гіперполіменорея, поллакіурія, важкість низом живота, постгеморагічна анемія. Проводилося ретельне обстеження хворих для виключення злоякісних новоутворів.

Есмія призначалася в дозі 5 мг 1 раз на добу. Оцінка стану організму проводилася через 1, 3 місяці та 6, 9, 12, 24 місяців після лікування. Зменшення розмірів вузлів виявлено у всіх випадках внаслідок розвитку аменореї. Зазначені великі вузли зменшилися до розмірів 32 та 40 мм. Після лікування маткові кровотечі припинилися у всіх хворих на період 9 місяців спостереження. У (86,67±6,31) % жінок не відбулося відновлення розмірів лейоміоми до попередніх через 2 роки після лікування.

Дослідження свідчить про позитивні результати лікування препаратом Есмія жінок з лейоміомою матки у перименопаузальному періоді.

б) педіатрія

ЧАСТОТА ОСТЕОПЕНІЧНОГО СИНДРОМУ СЕРЕД ДІТЕЙ ІЗ КІФОСКОЛІОТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ (ЗА ДАНИМИ ДЕНСИТОМЕТРІЇ)АФАНАСЬЄВА І.А.¹, ХАЙТОВИЧ М.В.¹, АНДРУЩЕНКО І.В.^{1,2}¹м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця²м. Київ, ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України»

Істотною вимогою при лікуванні захворювань опорно-рухового апарату у дітей є те, що воно не повинно починатися надто пізно. Поширеність кіфозу, а особливо сколіозу, є найвищою у віці від 12 до 14 років. Збільшення вмісту мінералів у кістках у дітей впливає на довгострокове здоров'я підростаючого покоління. Сорок відсотків кісткової маси досягається в підлітковому віці, а 90 % накопичується до 18 років. Проведені раніше дослідження показують, що у 27–38 % дівчаток зі сколіозом реєструється остеопенія.

Останнім часом було висловлено припущення, що наявність остеопенії може бути сприйнята як прогностичний фактор у прогресуванні сколіотичної дуги викривлення.

Мета: вивчення вмісту кальцію в п'ятковій кістці методом денситометрії у дітей з патологією постави.

Матеріал і методи дослідження. Проведено комплексне обстеження 525 дітей з опорно-руховими захворюваннями, які звернулися протягом року за консультацією у вертебрально-оздоровчий центр Євмінова. Верифікацію типу постави проводили лікарі-вертебрологи, використовуючи дані рентгенографії або магнітно-резонансної томографії хребетного стовпа. Дітям також зроблені плантограма, центрування, денситометрія.

Із тих, хто звернулися за допомогою: 306 дівчатка, 219 – хлопчики. Кіфосколом 1 і 2 ступеня налічував 159 (30,3 %) осіб, а кіфоз становив 12% з усіх обстежених. Сколіоз 1-го ступеня помічався у 169 (32,2 %) дітей, 2-го – у 204 (45,7 %) обстежених, 3-го – у 22 (4,2 %) і 4-й ступінь розвитку ідіопатичного S-подібного сколіозу спостерігався у трьох дітей. У однієї дитини був діагностований вроджений сколіоз, а хвороба Шейермана-Мау у 6 (1,1 %) дітей. Деформація грудної клітки (лійкувата) відмічалася у 39 (7,4 %) пацієнтів.

Результати обстеження. 340 дітей пред'являли скарги церебро-астенічного характеру. Також звертали на себе увагу ознаки гіпокальціємії: надмірна сухість шкіри помічалася у 246 (46,8 %) дітей, ламкість або розшарування нігтів – у 301 (57,3 %) дитини, погіршення стану волосся – у 137 (26,1 %), судоми – у 84 (16 %), швидкий розвиток карієсу – у 205 (39,1 %) дітей і схильність до переломів кісток спостерігалася у 48 (9,1 %) обстежених.

За даними плантограм і центрування виявлені: поперечно-поздовжня плоскостопість у 48 (13,8 %) дітей і частіше з 9–13 років; перекис тазу – у 116 (33,4 %) осіб залежно від ступеня і виду деформації хребта.

Рівень мінералізації кісткової тканини п'яткової кістки оцінювали за Z-критерієм (SD) денситометрії. При цьому нормальна мінеральна щільність реєструвалася при Z-критерії більше -2,0 SD, остеопенія – при Z-критерії менше -2,0 SD, остеопороз – при Z-критерії менше -2,5 SD. Показники денситометрії свідчили про розвиток остеопорозу у 14,6 % дітей (особливо при сколіозі 3-го і 4-го ступеня), а остеопенічного синдрому – у 48,9 % обстежених. Частота і ступінь метаболічних порушень кісткової тканини достовірно ($p < 0,05$) варіювали залежно від ступеня порушень постави.

Висновок. У половини дітей з порушеннями постави виявлено остеопенію, у кожній сьомій дитини – ознаки остеопорозу. Це свідчить про необхідність проведення денситометрії всім дітям з кіфосколіотичною хворобою для ранньої діагностики і корекції остеопенічного синдрому.

СУЧАСНЕ БАЧЕННЯ ШЛЯХІВ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТА ВЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

БАНАДИГА Н.В.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Увага до проблеми бронхіальної астми (БА) в дитячому віці не зменшується. Віддаючи належне значному прогресу у лікуванні, залишається необхідність індивідуального підходу до кожного пацієнта при вирішенні лікувальної, профілактичної, реабілітаційної тактики. Збільшення кількості хворих викликає тривогу і у батьків, особливо у випадку, коли в сім'ї є декілька дітей. Це очевидно мотивує сьогодні потребу розпочати пошук ефективних методів ранньої діагностики та прогностичних маркерів.

В клінічній практиці використовуються міжнародні критерії діагностики (GINA-2018), що передбачають в тому числі проведення пробної терапії. Слід відмітити, що останні два десятиліття відзначились суттєвим покращенням діагностики БА, однак потребує додаткового вивчення диференціація вірус-індукованої бронхообструкції, яка часто спостерігається у дітей перших п'яти років. За таких обставин зростає значення професійно зібраного алергологічного та генетичного анамнезів, цілеспрямованого проведення алергодіагностики. Водночас, попри те, що БА – мультифакторіальне захворювання, провідна роль в патогенезі належить спадковим факторам. Тому методам молекулярно-генетичного дослідження надається особлива увага, зокрема вивченню ролі поліморфізму гена β_2 -адренорецепторів ($ADR\beta_2$).

Нами встановлено, що у 70,3 % пацієнтів мала місце обтяжена спадковість. Саме у цих хворих переважав гетерозиготний Arg16Gly генотип $ADR\beta_2$ (47,8%), а при вірусіндукованій бронхообструкції – гомозиготний Gly16Gly $ADR\beta_2$ (50 %). Вище наведене може слугувати додатковою диференційною ознакою БА та вірусіндукованої бронхообструкції.

ОСОБЛИВОСТІ ЦИТОПРОТЕКЦІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ПІДЛІТКІВ З ХАРЧОВОЮ ГІПЕРЧУТЛИВІСТЮ ЗА ДАНИМИ ІМУНОГІСТОХІМІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

БЕРЕЗЕНКО В.С.¹, БОГДАНОВА Т.А.¹, КРОТЕВИЧ М.С.²

¹м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

²м. Київ, Національний інститут раку

Метою дослідження стало вивчення стану захисного слизового бар'єру шляхом імуногістохімічного дослідження рівня трефоїлового фактору 1 (TFF1) та трефоїлового фактору 2 (TFF2) у слизовій оболонці шлунка та дванадцятипалої кишки.

Матеріали та методи. Обстежено 86 дітей віком 12–17 років з верифікованою хронічною гастродуоденальною патологією у періоді загострення. Хворі були розподілені на дві групи: I – пацієнти з хронічною гастродуоденальною патологією на тлі харчової гіперчутливості (58,1 %; n = 50), II – з хронічною гастродуоденальною патологією без харчової гіперчутливості (41,8 %; n = 36). Стан цитопротекції слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки оцінювали шляхом дослідження експресії TFF-1 та TFF2. Статистична обробка отриманих результатів проводилася з використанням пакету програми SPSS 13,0. Різниця показників була розрахована за оцінкою критерію χ^2 Пірсона і вважалася достовірною при значенні $p < 0,05$.

Результати досліджень. Дослідження показало, що частота експресії TFF1 у залозах шлунка була високою в обох групах спостереження і складала 3 бали, на що вказувало інтенсивне забарвлення коричневим кольором келихоподібних клітин ($p < 0,0005$; $\chi^2 = 57,8$). Експресія TFF2 в слизовій оболонці дванадцятипалої кишки відмічалась у підлітків II групи достовірно частіше і

складала 2 бали, а І групи – 0–1 бал, що свідчить про зменшення кількості або відсутність келихоподібних клітин і дисплазію брунерових залоз ($p = 0,003$; $\chi^2 = 8,92$).

Висновки. У підлітків з харчовою гіперчутливістю відмічається порушення протективної функції слизової оболонки за рахунок зниження експресії TFF2 у дванадцятипалій кишці.

УСКЛАДНЕНИЙ ПЕРЕБІГ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ

БОРИСЕНКО М.І.

м. Київ, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Питома вага виразкової хвороби в структурі патології органів травлення становить 1,7–16 %. Пік захворюваності припадає на 9–11 років у дівчат і на 12–14 років – у хлопчиків. У переважної більшості дітей діагностується виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (82–87 %), у меншій – виразкова хвороба шлунка (11–13 %), поєднана форма – виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки (4–6 %). Розвиток у частини хворих небезпечних для життя ускладнень (кровотеча, перфорація, пенетрація тощо) роблять проблему своєчасної їх діагностики та лікування важливою соціальною проблемою.

Під спостереженням знаходилось 67 хворих з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки в стадії загострення, віком від 7 до 17 років. Серед обстежених хворих було 45 хлопчиків і 22 дівчинки. Провідним клінічним синдромом у дітей був больовий. Ускладнений перебіг виразкової хвороби мав місце у одного пацієнта.

Хлопчик А., 12 років, госпіталізований в дитячу клінічну лікарню № 5 м. Києва у червні зі скаргами на нудоту, одноразове блювання, що не принесло полегшення, біль у пілородуоденальній ділянці через 1,5–2 години після їди, закреп, останні 3 дні випорожнення періодично чорного кольору. Хворіє впродовж 3 років. Нормостенічної тілобудови, зниженого харчування. При поверхневій пальпації – болючість у пілородуоденальній ділянці, при глибокій – болючість в епігастральній та пілородуоденальній ділянках, позитивний симптом Менделя, при постукуванні ребром долоні по краю реберної дуги виникав біль у пілородуоденальній ділянці.

Через день вранці під час прогулянки у пацієнта раптово виник різкий сильний постійний біль в епігастральній ділянці живота. При огляді стан хворого тяжкий. Вимушене положення на спині. Шкіра бліда. Живіт плаский. Передня черевна стінка не бере участі в акті дихання, м'язи її напружені у верхніх відділах. Позитивний симптом Щоткіна–Блумберга. При перкусії над ділянкою печінки виявлено зменшення печінкової тупості. Хворого з діагнозом «Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, стадія загострення ускладнена перфорацією та кровотечею» було переведено в хірургічне відділення, в якому було проведено оперативне втручання.

Таким чином, основні симптоми перфорації виразки у хворого наступні: різкий сильний біль у верхньому відділі живота, виразковий анамнез, напруження передньої черевної стінки.

СИМУЛЯЦІЯ В НАВЧАННІ СТУДЕНТІВ ОСНОВАМ НЕОНАТОЛОГІЇ

БУРБЕЛА Е.І., Волянська Л.А., Мудрик У.М.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Підготовка сучасного лікаря вимагає дотримання високих стандартів якості навчання практичним навичкам з урахуванням світового рівня розвитку медичної науки та практики, що обумовлює потребу у модернізації викладання. У зв'язку з багатогранністю етичних причин вивчення неонатології потребує особливих підходів та пошуку нових методів навчання. Під контролем

викладача кафедри студенти оглядають здорових новонароджених та дітей з різною патологією демонструючи практичне вміння фізикального обстеження. Проте, невідкладні стани в неонатології від своєчасності та якості початкових реанімаційних заходів при яких значною мірою залежить результат ранньої постнатальної адаптації новонародженої дитини, подальший її розвиток, показники здоров'я в наступні вікові періоди та почасті і життя дитини продемонструвати і виконати самостійно в навчальному сенсі в реальному часі неможливо.

Тому, у рамках занять розділу «Неонатологія» нашою кафедрою започатковано навчання на базі симуляційного центру, де з допомогою комплекту манекенів віку недоношених та здорових новонароджених, віртуальних комп'ютерних програм, мобільних апаратів для інструментально-функціональної діагностики та реанімаційних заходів проводиться практичне навчання майбутніх лікарів. В основу активного навчання покладено принцип безпосередньої участі кожного студента із групи у вирішенні симульованої проблеми. Використання манекенів та спеціального оснащення дозволяє максимально наблизити ситуацію до реальних обставин, зробити її реалістичною. При цьому створюються умови для отримання практичної навички, відпрацювання алгоритму невідкладної допомоги до певного рівня автоматизму.

ХРОНІЧНЕ МЕТАБОЛІЧНЕ ЗАПАЛЕННЯ ЯК СКЛАДОВА ПАТОГЕНЕЗУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ

Волосовець О.П., Кривопустов С.П., Купкіна А.В.

м. Київ, Україна, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

У хворих на бронхіальну астму (БА) з надлишковою масою тіла та ожирінням спостерігається більш низька активність запалення в бронхах з переважанням нейтрофільного запалення, яке пов'язане з підвищенням синтезу лейкотрієнів (ЛТ) [Sherry Farzan, 2017; Lang J.E., 2014].

Механізм неозинофільного запалення до кінця незрозумілий, вважається, що його розвиток відбувається внаслідок активації Th1-лімфоцитів у дихальних шляхах. Це призводить до активації ядерного фактора кВ та подальшої продукції первинно активованими клітинами бронхіального дерева (макрофагами та моноцитами) прозапальних цитокінів (ФНП- α , інтерферон λ , ІЛ 6, 8, 10, 12) [Pelaia G., 2015]. Активація цих ензимів обумовлює бронхіальну обструкцію внаслідок спазму дихальних м'язів, розвитку набряку слизової оболонки бронхів через вихід рідини і білка з судин, а також збільшення секреції мокротиння.

ЛТ впливають на дозрівання дендритних клітин, що беруть участь в алергічній сенсibilізації, сприяють гіпертрофії і ремоделюванню гладкої мускулатури бронхів, надають аутокринну та паракринну дію на цис-ЛТ-рецептори 1-го субтипу клітин запалення в легенях, розширюючи їх популяцію. Бронхоконстрикція під впливом ЛТ приблизно в 1 000 разів сильніша, ніж від гістаміну, що підкреслює важливість цих медіаторів у патофізіологічному механізмі БА [Просветов Ю.В., 2017].

Основним хемокіном неозинофільного запалення наразі вважають ІЛ 8 [Gao H, 2017; Hosoki K., 2015], який не лише підвищує рекрутизацію нейтрофілів, сприяє їх міграції та інфільтрації ними стінки бронхів, але й потенціює вихід із гранулоцитів потужних прозапальних цитотоксичних речовин, зокрема мієлопероксидази і катіонних білків, що спричиняють пошкодження тканин, та ЛТ В4, який підвищує реактивність дихальних шляхів [Колоскова О.К., 2016].

Отже, у хворих на БА з надлишковою масою тіла та ожирінням в патогенезі наявне додаткове метаболічне запалення нейтрофільного характеру, обумовлене надлишковою жировою тканиною, яке погіршує контроль БА за допомогою інгаляційних глюкокортикостероїдів, які є «золотим стандартом» базисної терапії БА.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ЗАЛЕЖНО ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА G308A ФАКТОРА НЕКРОЗУ ПУХЛИН АЛЬФА

Волошин С.Б.

м. Тернопіль, Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня

Однією із патогенетичних ланок розвитку бронхіальної астми (БА) є порушення регуляції цитокінів, серед яких важливу роль відіграє фактор некрозу пухлин альфа (TNF- α), що ініціює запальну реакцію. Тому доцільним є вивчення частоти заміни алельних варіантів G308A TNF- α з метою визначення прогностичного значення поліморфізму для тяжкості перебігу БА.

Метою дослідження було визначення поліморфних варіантів гена G308A TNF- α у дітей та їх вплив на перебіг бронхіальної астми.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети проведено поглиблене клініко-інструментальне та молекулярно-генетичне обстеження 101 дитини з БА віком від 5 до 17 років. Діагноз у даних пацієнтів встановлений з урахуванням міжнародних рекомендацій GINA-2017 та наказу МОЗ України № 868 від 08.10.2013 р. Генотипування поліморфних варіантів заміни G308A TNF- α (rs1800629) відбулось шляхом використання модифікованих протоколів із застосуванням методу ПЛР.

Результати досліджень. За результатами дослідження серед обстежених пацієнтів у 29 (28,71 %) хворих встановлено інтермітуючий перебіг, а у 72 (71,29 %) дітей – персистуючий перебіг. Проведена оцінка ймовірного впливу поліморфних варіантів гена TNF- α на тяжкість перебігу БА свідчить про домінуючий вплив гомозиготного варіанту GG за основною алелю при інтермітуючому перебігу (68,97 %), та майже в кожній третій дитини (27,59 %) – GA гетерозиготного варіанту. Переважання GG генотипу спостерігалось і при персистуючому перебігу БА, а GA поліморфний варіант майже з однаковою частотою зустрічався при інтермітуючому та персистуючому перебігу. Відповідність розподілу генотипів до закону Харді-Вайнберга у групі дітей з інтермітуючим перебігом БА була перевірена за допомогою тесту χ^2 -квадрат із 1 ступенем свободи, з використанням корекції Йетса, за результатами якого не вдалося виявити статистично значущі відмінності у розподілі генотипів в досліджуваних групах з різною тяжкістю перебігу БА ($p > 0,05$).

Висновки. Таким чином, вивчення поліморфізму гена TNF- α G308A у дітей із БА встановило, що домінуючим є гомозиготний варіант G/G за основним алелем незалежно від тяжкості перебігу хвороби. Діагностична цінність визначення гомозиготи за основним алелем G/G TNF- α G308A дозволяє розглядати даний метод молекулярно-генетичного аналізу, як ефективний маркер підтвердження алергічної патології.

ФІТОПРЕПАРАТИ ЯК АЛЬТЕРНАТИВА ПОЛІПРАГМАЗІЇ ПРИ ГОСТРИХ РИНОСИНУСИТАХ У ДІТЕЙ

Волянська Л.А., Мудрик У.М.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Гострий риносинусит (ГРС) на сучасному етапі визначається як запалення слизової оболонки порожнини носа та приносних пазух і є вельми поширеною медичною проблемою (9-20% всіх ЛОР захворювань у дітей). ГРС належить до тих дитячих хвороб, одужання від яких в більшості випадків відбувається без активної фармакотерапії, що не сприймається більшістю батьків хворих пацієнтів та не всіма лікарями першого контакту. Тому на практиці часто при лікуванні ГРС має місце поліпрагмазія, хоч лише невелика частина ГРС потребує патогенетичного та симптоматичного лікування, що зафіксовано в наказі МОЗ України № 85 від 11.02.16р. і котрий регламентує можливість прийняття лікарем зваженого рішення про схему лікування з урахуванням вподобань пацієнта. Лікарські трави при даній патології нерідко є хорошим вирішенням проблеми вибору лікувальної тактики для застосування якої практично немає застережень у батьків хворої дитини.

ни. Рациональні комбінації фітотерапевтичних та традиційних методів лікування відомі давно і з успіхом застосовуються спеціалістами. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (висококваліфікованої медичної допомоги “Гострий риносинусит”) дозволяє застосовувати ряд рослинних середників. Проте, на сьогодні лише один препарат має фіксовану комбінацію активних лікарських рослин (*Radix Gentianae, Flores Primulae cum Calycibus, Herba Rumicis, Flores Sambuci, Herba Verbenaе*) з точно визначеними дозуваннями, достатньою доказовою базою і може використовуватись як базова терапія чи симптоматичне лікування в зручній формі застосування у дітей (краплі, сироп, таблетки), є успішним рішенням для лікаря першого контакту та запобігає поліпрагмазії.

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ОКРЕМИХ ДЕФЕКТІВ РУХОМОСТІ ЛЕЙКОЦИТІВ

Волянська Л.А., Рогальська Я.В.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Дефекти рухомості лейкоцитів – це велика група природжених первинних імунодефіцитів (ПІД), що обумовлені генетично-детермінованими порушеннями фагоцитарної ланки імунного захисту. Ця патологія є доволі частою (10-15%) в загальній когорті природжених захворювань імунної системи у дітей. Етіологічно ПІД відрізняють між собою пусковими моментами спричиненими генетичними відмінностями (дефекти генів, що призводять до порушення адгезії лейкоцитів: ITGB2, SLC35C1, KINDLIN3, RAC2, ACTB, FPR1, CTSC, C/CBPE, SBDS, що спадкуються аутосомно-рецесивно). В основі патогенезу лежить нездатність нейтрофілів щільно з'єднуватись з клітинами ендотелію, хоча пристінковий рух здійснюється ними безперешкодно. Тому в крові хворих має місце нейтрофільний гіперлейкоцитоз при практично повній відсутності лейкоцитів в місці запалення, що є спільним клінічним проявом цієї групи ПІД.

Протягом 18 років ми спостерігали єдиний зареєстрований в Україні випадок дефіциту адгезії лейкоцитів 1 типу. Перші прояви захворювання зафіксовані у віці 3,5 міс. Кожен епізод супроводжувався високим лейкоцитозом в межах $17,0 - 25,0 \times 10^9/\text{л}$. У віці 1,5 років при визначенні рецепторів адгезії лейкоцитів виявлено: CD18 (LFI 1 – 0 %; control 246-435 – 100 %), CD11b (LFI 1 – 0 %; control 603-770 – 100 %), гуморальна ланка без особливостей: IgA 1,76 (1,25-2,5 г/л), IgM 1,28 (0,6-2,0 г/л), IgG 13,8 (7,0-18,0 г/л). В подальшому щороку спостерігалися 1-2 епізоди нетяжких бактеріальних інфекцій шкіри, афтозних стоматитів на тлі постійної антибактеріальної терапії. У віці 14 років – сепсис: гострий гематогенний остеомієліт лівої стегнової кістки, періостальна флегмона лівого стегна, двобічна плевропневмонія. На даний момент – хронічний прогресуючий пародонтоз, рефрактерний до лікування, періодичні гнійничкові ураження шкіри.

СИНДРОМ НІЙМЕГЕН В ПРАКТИЦІ ПЕДІАТРА

Гаріян Т.В., Боярчук О.Р.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

На сьогодні настороженість щодо первинних імунодефіцитів доволі низька внаслідок загальноприйнятої думки про їхню незначну поширеність. Привертає особливу увагу такий імунодефіцит з синдромальними рисами як «Ніймеген синдром», оскільки він вважається доволі поширеним у західному регіоні України та є недостатньо відомим широкому колу педіатрів та лікарям загальної практики.

Це первинний комбінований імунodefіцит, що характеризується хромосомною нестабільністю, підвищеною чутливістю до радіоактивного опромінення та схильністю до розвитку лімфоїдних неоплазій. В основі захворювання – мутація гену NBS1, картованого на хромосомі 8q21, що має 16 екзонів. Ген кодує білок фібрин, що приймає участь в регуляції клітинного циклу та відновлення розривів дволанцюгової ДНК. Частота синдрому Ніймеген 1:100 000 населення. Найвища частота носійства в популяції (дані 2016 року) спостерігається в Чехії – 1:154, в Україні (Львівська область) – 1:182 і в Польщі – 1:190. В Тернопільській області на сьогодні діагностовано 5 випадків.

Провідним клінічним проявом даного синдрому є мікроцефалія – тяжка та прогресуюча (від народження або розвивається прогресивно в перші місяці після народження). Характерний лицевий череп: скошений лоб, зменшена нижня щелепа, виступаюча вперед середня частина обличчя з великим носом та монголоїдний розріз очей. Зустрічаються такі скелетні порушення, як клинодактилія 5-го пальця, та/або часткова синдактилія 2-го та 3-го (у половини описаних випадків), полідактилія. Також у 60 % пацієнтів зустрічається розумова відсталість (особливо з періоду статевого дозрівання), низькорослість та затримка фізичного розвитку, пігментні плями «кава з молоком», інфекційна та аутоімунна патологія, схильність до розвитку злоякісних новоутворень. Описаний також фіброз та відсутність тимусу. Провідним у діагностиці є молекулярно-генетичний аналіз: виявлення гомозиготного носійства мутації 657del5 гена NBS1 у зразках ДНК лейкоцитів периферичної крові або пренатального матеріалу.

Для запобігання ускладненням синдрому Ніймеген рекомендовано обмеження променевого навантаження (заборонено проведення рентгенологічних досліджень, КТ та УФО; при необхідності проводиться МРТ). Кожні 6 місяців проводиться дослідження показників клітинного та гуморального імунітету для своєчасного призначення терапії імуноглобулінами та профілактики інфекційних ускладнень. Також протипоказане введення живих вакцин.

Синдром Ніймеген повинен діагностуватися якомога раніше (перші місяці після народження). Враховуючи прогресуючу імунологічну недостатність та високий ризик розвитку лімфоїдних неоплазій у світі є виправданим проведення галогенної трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕМОРАГІЧНОГО ІНСУЛЬТУ У ДІТЕЙ

Гудак П.С.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», Тернопільська університетська лікарня

Мета роботи: Покращення результатів хірургічного лікування геморагічного інсульту (ГІ) у дітей шляхом уточнення показів та вибору оптимальної тактики хірургічного лікування.

Матеріали і методи дослідження: Обстежено 11 пацієнтів віком від двох днів до 15 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Тернопільській обласній дитячій лікарні в період з 2014 по 2017 роки. Прооперовано 6 дітей. Чинниками ГІ у 5 випадках були васкуліти та коагулопатії, у 3 – артеріовенозні мальформації різної локалізації, та у 3 – ГІ невстановленої етіології. Для діагностики застосовували: нейросонографію, СКТ (Philips Brilliant-64) та МРТ (1,5 Т) в режимі ангіографії. Обсяг втручання першочергово визначався: тяжкістю стану пацієнта, ступенем порушеної свідомості, об'ємом, локалізацією і терміном крововиливу, дислокацією серединних структур та набряком головного мозку, порушенням згортальної системи крові (стадії ДВЗ-синдрому), супутньою патологією. У 2 випадках видалення гематоми проведено шляхом краніотомії, у дитини віком 2 тижні – мікрокраніотомії «на окістній ніжці», та у 2 – через розширений (до 2,0 см) фрезований отвір. Пацієнту віком 15 років в стадії «нижнього» вклинення видалення інсульт-гематоми в потиличній ділянці через тріфінанційний отвір було доповнено проведенням гомолатеральної широкої (10 × 9 см) декомпресійної трепанації в скронево-тім'яній ділянці. Пацієнти з артеріовенозними мальформаціями після стабілізації стану були скеровані в клініку дитячої ендovasкулярної нейро-рентгенохірургії для уточнення діагнозу та виключення судинної мальформації з кровотоку.

Результати. Особливістю хірургічного видалення інсульт-гематом у дітей, особливо новонароджених та грудного віку, є «виштовхування» згортків з глибини мозковою паренхімою, що значно полегшує та прискорює виконання даного етапу операції. Також відмічено (у порівнянні з дорослими) прискорення аутогемостазу, проте у дітей грудного віку незначна (100–150 мл) крововтрата протягом 5–15 хвилин може призводити до різкої артеріальної гіпотензії та критичного порушення серцевої діяльності. У 1 пацієнта віком 14 років проведена рання (до 3 місяців) аутокраніопластика в запропонованих нами стерильних умовах. Серед оперованих помер один пацієнт через раннє (до операції) вклинення стовбуру мозку. Серед не оперованих померла одна дитина віком 2 місяці внаслідок розвитку декомпенсованого ДВЗ-синдрому.

Висновки. Найчастіше чинником ГІ у дітей є васкуліти, коагулопатії та артеріовенозні мальформації церебральних судин. Своєчасна аспірація інсульт-гематоми значно підвищує шанси на виживання, покращує якість життя пацієнтів дитячого віку.

ОЦІНКА БАТЬКАМИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ, ПОВ'ЯЗАНОЇ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ ДІТЕЙ З ТЯЖКОЮ ФОРМОЮ ГЕМОФІЛІЇ А

МАРКІН А.І., ДУБЕЙ Л.Я., СЕМЕНЮК О.О.

*м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Міська дитяча клінічна лікарня*

Оцінка якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (ЯЖ), – важливий критерій у менеджменті дітей з хронічними захворюваннями. Такі дані можна отримати як при обстеженні самих пацієнтів (self-report), так і оцінити дані батьків щодо ЯЖ їхніх дітей (proxy-report).

Мета роботи: визначити об'єктивність оцінки батьками ЯЖ своїх дітей, хворих на тяжку форму гемофілії А (ГА).

Матеріали і методи. Проанкетовано 105 дітей з тяжкою формою ГА та 105 їхніх батьків з використанням української версії опитувальника Наето-QoL (для дітей та батьків відповідно). Пацієнтів та їхніх батьків розподілено на 3 групи відповідно до вікових версій опитувальника: група Ід – діти віком 4–7 років (n = 31), Ід – 8–12 років (n = 46), ІІд – 13–16 років (n = 28); три відповідні групи батьків (Іб, ІІб, ІІІб). Оцінено достовірність різниці показників загальної ЯЖ у кожній віковій групі між дітьми та їхніми батьками з використанням t-критерію.

Результати. У групі Ід та Іб показники ЯЖ були $45,74 \pm 11,75$ та $48,04 \pm 10,08$, відповідно. Хоча в даній віковій групі батьки оцінили ЯЖ своїх дітей гірше за самих дітей, однак така різниця не була статистично достовірною ($p = 0,41$ при $t = -0,82$). Практично однакові показники ЯЖ виявлені у старших дітей та їхніх батьків: у групі Ід – $49,23 \pm 13,38$ та ІІб – $49,96 \pm 12,82$; групі ІІд – $51,57 \pm 13,60$ та ІІІб – $51,25 \pm 12,41$. Не виявлено статистично достовірної різниці при порівнянні показників у цих групах ($p = 0,789$ при $t = -0,27$; та $p = 0,929$ при $t = 0,089$ у ІІб/д та ІІІб/д групах відповідно).

Висновки. Батьки можуть об'єктивно оцінювати ЯЖ своїх дітей, хворих на тяжку форму ГА. Такі дані будуть корисними як у практичному менеджменті пацієнтів з ГА, так і в популяційних дослідженнях, зосереджених на характеристиці ЯЖ у дітей з ГА.

в) кардіологія, ревматологія

КОМОРБІДНІСТЬ ОСТЕОАРТРОЗУ І ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ: АКТУАЛЬНІСТЬ, КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ З ВКЛЮЧЕННЯМ ВОБЕНЗИМУ І РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ

БАБІНЕЦЬ Л.С., МАЄВСЬКА Т.Г., НЕДІЛЬСЬКА Н.О.

*м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Найчастіше остеоартроз (ОА) поєднується із захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ). За даними Л.А. Ткаченко, І.П. Катеренчук та співавт., було доведено, що у хворих з ураженням ШКТ до маніфестації ОА найчастіше відмічались такі ураження, як холецистит – 55,5%, панкреатит – 25,0%, виразкова хвороба 12-палої кишки – 5,0%, гастродуоденіт – 6,2%, поверхневий ерозивний гастрит – 8,3%. Такі хворі не отримують диференційованої терапії з урахуванням супутньої патології, а якість життя таких хворих і високий рівень економічних витрат на забезпечення відновлювального лікування залежить не лише від проявів основних симптомів ОА (біль, ранкова скутість та ін.), але й від комплексу взаємопов'язаних порушень, які формуються протягом довготривалого хронічного процесу в кістко-хрящовій тканині та суміжних органах.

Мета: дослідити ефективність лікувальної програми з використанням Вобензиму та курсу поверхневої багатоголкової аплікації за допомогою аплікатора М.Г. Ляпка для корекції прооксидантно-антиоксидантних порушень при коморбідності ОА і ХП.

У ході дослідження 90 пацієнтів із ОА в поєднанні із ХП, серед яких було 46 (51,2 %) чоловіків віком (49,9±8,7) років та 34 жінки (48,8 %) віком (52,6±6,2) років, поділили в залежності від програм лікування на три групи: I група (30 хворих) отримувала загальноприйняте лікування (ЗЛ); II група (30 хворих), окрім загальноприйнятого лікування ЗЛ, додатково отримувала препарат Вобензим по 10 драже тричі на добу протягом місяця (ЗА+В); III група (30 хворих) отримувала ЗЛ+препарат Вобензим по 10 драже тричі на добу протягом місяця + 14-денний курс поверхневої багатоголкової різнометалевої аплікації за допомогою аплікатора Ляпка «Квадро» (розмір 117×466 мм, крок голки 5,8 мм) (ЗЛ+В+ПБРАЛ). Пацієнта вкладали на аплікатор, який розміщувався в ділянці хребта від шийного відділу до попереково-крижового, враховуючі фізіологічні згини (шийний і попереково-крижовий лордоз, грудний кіфоз). Тривалість процедури складала 30 хв., проводилась 1 раз на день протягом 14 днів. Оцінку параметрів прооксидантного статусу за рівнем малонового альдегіду, оксидантного – за рівнем супероксиддисмутази, церулоплазміну, SH-груп, каталази.

Після проведеного лікування відмічався найбільший регрес порушень прооксидантно-антиоксидантного статусу під впливом прийому системної ензимотерапії із додатковим застосуванням курсу поверхневої багатоголкової різнометалевої аплікації у порівнянні із результатами схеми лікування із використанням тільки Вобензиму та з результатами стандартного лікування. Було відмічене достовірне сумарне середнє зростання динаміки рівнів параметрів антиоксидантів під впливом лікування – на 19,16% у підгрупі ЗЛ ($p<0,001$), на 27,19% у підгрупі ЗЛ+В ($p<0,001$) і на 37,92% у підгрупі ЗЛ+В+ПБРАЛ ($p<0,001$).

Висновок: Було доведено, що застосування у комплексній реабілітації курсів комплексної терапії хворих із коморбідним перебігом ОА і ХП з включенням комбінації курсів Вобензиму і поверхневої багатоголкової аплікації допомогою аплікатора Ляпка найбільшою мірою сприяло по-

кращенню показників прооксидатно-антиоксидантного статусу у порівнянні із схемою лікування із включенням Вобензиму та із стандартною загальноприйнятною терапією.

INTERVENTIONAL TREATMENT OF VENTRICULAR DESYNCHRONY

KARPENKO YU.I., MOHAMED HANAFI

Odessa, Odessa National Medical University

The frequency of cardiac conduction disorders is increasing worldwide proportionately to the aging population. More and more patients require the use of artificial rhythm drivers – today it is the only effective method of treating bradyarrhythmias. However, in spite of significant technological progress in the creation of new systems of CVD, the problem of optimal arrangement of electrodes remains unresolved and the maximum physiology of the pacemaker mode is ensured. Already the first, single-chamber systems of cardiac pacing showed a significant clinical effect with bradyarrhythmias, but their non-physiology quickly became known due to the onset of hemodynamic effects. To achieve the optimal physiological effect of cardiomyopathy, complete recovery of normal atrioventricular activation is necessary. Although two-chamber stimulation (DDD/DDDR) with positioning of the right ventricular electrode in the apex region is physiological regarding the activation of the contraction of the right heart, it nevertheless is a non-physiological review of the formation of an activation sequence that resembles its mechanism of left bundle branch block.

In our study the use of biventricular pacemakers improves exercise tolerance and normalizes hemodynamic rates. The average test results with a 6-minute walk were (277.5 ± 12.5) m, the time of restitution after exercise was (32.3 ± 3.7) s. The extension of the QRS complex was determined on average to (131 ± 7) ms. Before treatment, the mean values of EF was (30.5 ± 2.7) % only. After the interventional treatment EF raised to (48.3 ± 4.3) %. The described changes were accompanied by increased tolerance to physical activity – up to (277.5 ± 12.5) m based on the results of a 6-minute walk test.

САРКОПЕНІЯ ТА ЇЇ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ХВОРИХ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП

МАСІК Н.П., КАЛАНДЕЙ К.Я., ПОНІНА С.І.

м. Вінниця, Україна, Вінницький національний медичний університет

ім. М.І. Пирогова

Саркопенія і коморбідні з нею синдроми, що значно поширені в старших вікових групах, є важливими клінічними проблемами в силу їх асоціації з несприятливими наслідками, зокрема при артеріальній гіпертензії. Поліморбідність у осіб старшого віку, ураження органів-мішеней при гіпертонічній хворобі можуть сприяти прогресуванню інволюції м'язової тканини.

Мета: визначити поширеність саркопенії у осіб старшого віку, хворих на артеріальну гіпертензію, та її зв'язок з ризиком серцево-судинних ускладнень.

Обстежено 63 хворих на гіпертонічну хворобу II стадії, віком $(73,76 \pm 6,18)$ років. З них 71,43 % жінок і 28,57 % чоловіків. Діагноз саркопенії встановлювали на основі критеріїв EWGSOP (2010) за наявності зниження м'язової маси (окружність гомілки < 31 см), сили (< 20 кг для жінок і < 30 кг для чоловіків) та функції ($< 0,8$ м/с).

Саркопенія діагностована у 41,27 % осіб, з них у 80,77 % жінок та 19,23 % чоловіків. У цих хворих показники динамометрії становили $(7,6 \pm 6,5)$ кг, окружності гомілки – $(28,23 \pm 1,14)$ см, швидкості ходи – $(0,67 \pm 0,14)$ м/с (різниця достовірна в порівнянні з нормою, $p < 0,01$).

Високий та дуже високий ризик серцево-судинних ускладнень серед осіб без саркопенії встановлено у 69,44 % осіб, тоді як серед хворих із саркопенією – у 92,31 % осіб, з них у 95,24 % жінок та 80,00 % чоловіків.

Висновок. Саркопенія в поєднанні з артеріальною гіпертензією є важливою клінічною проблемою у зв'язку з її значною поширеністю (41,27 %) та асоціацією з високим і дуже високим ризиком серцево-судинних ускладнень.

ДЕКСТРОКАРДІЯ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

МОЙСЕЄНКО В.О., ДЕРИЗЕМЛЯ І.В.

м. Київ, Україна, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київська міська клінічна лікарня № 3

Мета роботи – оцінка електрокардіографічних ознак декстрокардії та їх кореляція з клініко-інструментальними показниками. Декстрокардія (частота в популяції – 1,5–5 % всіх вроджених вад серця, в середньому 1 : 8000–1 : 25000 новонароджених дітей) – аномалія розвитку плода, при якій серце розташоване більшою своєю частиною в правій половині грудної клітки, може супроводжуватися транспозицією магістральних судин D або L типу. Аномалія виявляється випадково при проведенні ЕКГ або рентгенографії грудної клітки. Ехокардіографія (ЕхоКГ) дозволяє візуалізувати камери серця в он-лайн режимі, доплер-ЕхоЕКГ – визначити напрямок кровотоку в магістральних судинах і камерах серця, МРТ доцільна при поєднанні вад, ураженні інших органів і систем (у 25 % пацієнтів з декстрокардією мають поєднання вад серцево-судинної і дихальної систем – синдром Картагенера (часті синусити, отити, хронічний бронхіт, пневмонії). У чоловіків нерідко діагностується безпліддя. ЕКГ при ізольованій декстрокардії (враховувати *situs viscerus inversus* – дзеркальне розташування всіх або деяких непарних внутрішніх органів) має особливості: P (-) у відведенні aVR; T (-) – в I відведенні; у відведенні aVL і лівих грудних відведеннях (V1–V6) визначається низький вольтаж ЕКГ-зубців; R найбільший у відведеннях V1–V2 і найменший в V6; у стандартних відведеннях від кінцівок I, II, III QRS має вигляд QR; перехідна зона грудних відведень зміщується вправо (V2). При поєднанні декстрокардії з іншими вадами серця, для запобігання розвитку серцевої недостатності показана хірургічна корекція супутньої вади.

РИЗИК РАПТОВОЇ СМЕРТІ У СПОРТСМЕНІВ

ПОЛЯНСЬКА О.С.

м. Чернівці, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»

У сучасному спорті високих досягнень тренувальний процес і змагальна діяльність призводять до максимальної мобілізації функціональних резервів і компенсаторно-приспосувальних реакцій людини. Під впливом значних фізичних навантажень у кожного спортсмена можуть фіксуватися відхилення показників інструментального обстеження поза нормальні величини. Щорічно від раптової серцевої смерті помирає 1 з 200 тис. юних спортсменів, однак лише 20 % випадків реєструються під час тренувань. Відомо, що ризик виникнення раптової смерті у спортсменів у 5–10 раз вищий, ніж у людей, які не займаються спортом. За даними консенсусу в Європейському журналі превентивної кардіології 2016 року до фізіологічних змін у спортсменів відносяться синусова брадикардія, синусова аритмія, надшлуночкова екстрасистолія, атріовентрикулярна блокада I ст., неповна блокада правої ніжки пучка Гіса, окремі критерії гіпертрофії лівого шлуночка, синдром ранньої реполяризації шлуночків. До патологічних ознак на електрокардіограмі віднесено інверсію зубця T, депресію сегмента ST, патологічні зубці Q, повну блокаду лівої ніжки пучка Гіса, порушення внутрішньошлуночкової провідності, відхилення електричної осі серця вліво, ознаки збільшення розмірів лівого передсердя, гіпертрофії

правого шлуночка, синдром преекзитації, подовжений або вкорочений інтервал QT, синдром Бругада, брадикардію < 30/хв, передсердні чи шлуночкові тахіаритмії, часту шлуночкову екстрасистолію. Отже, виявлені зміни на електрокардіограмі у спортсмена потребують ретельного аналізу і, при потребі, використання сучасних методів інструментальної діагностики для виявлення захворювання. Своєчасне виявлення змін на електрокардіограмі у спортсменів, дообстеження і недопущення їх до змагальної діяльності дадуть змогу зменшити частоту раптової серцевої смерті.

РОЛЬ ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАФІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

СЕРЕДЮК Н.М., ВЕРБОВСЬКА О.С., КАЗЬМІРУК В.М., СКАКУН О.З.

м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

Актуальність. Гіпертрофія лівого шлуночка (ГЛШ) є важливим предиктором кардіоваскулярного ризику. Найбільш точними методами її діагностики є ехокардіографія та МРТ серця. Діагностика ГЛШ за допомогою електрокардіографії (ЕКГ) є дешевою; вона широко застосовується у клінічній практиці і рекомендована у міжнародних стандартах лікування. Однак більшість ЕКГ-критеріїв ГЛШ характеризуються низькою чутливістю.

Мета. Проаналізувати деякі ЕКГ-критерії ГЛШ, розробити новий діагностичний алгоритм гіпертрофії лівого шлуночка, специфічність та чутливість якого були б максимально високими.

Матеріали та методи дослідження. Проведено клінічний та ЕКГ-моніторинг 102 пацієнтів віком від 19 до 89 років, що зверталися на амбулаторний прийом до лікарів-кардіологів лікувально-діагностичного Центру Святого Луки, та 44 пацієнтів віком від 20 до 89 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у кардіологічному відділенні ЦМКЛ та обласному клінічному кардіологічному центрі.

Результати. ГЛШ була наявна у 54,8 % пацієнтів. Визначено чутливість та специфічність деяких ЕКГ-критеріїв ГЛШ: Соколова-Лайона – 5,00 % та 93,94 % відповідно, Корнельський добуток – 10,00% та 93,94% відповідно, відхилення електричної осі серця менше -30° – 11,25% та 95,45% відповідно, $R_{aVL} < 1,1$ мВ – 8,75% та 96,97% відповідно, амплітуда найвищого зубця R у стандартних відведеннях – 3,75 % та 98,48 % відповідно, двофазний P у V_1 і V_2 – 15,0 % та 95,45 % відповідно, критерії Perugia – 28,75 % та 87,88 % відповідно, ≥ 5 балів за шкалою Romhilt-Estes – 11,25 % та 96,97 % відповідно, ≥ 4 балів за шкалою Romhilt-Estes – 22,50 % та 89,88 %. Розроблено новий діагностичний алгоритм sLVH, який включає кількісну оцінку 16 ЕКГ-критеріїв ГЛШ. Показник 5 балів і більше слід вважати критерієм ГЛШ, його чутливість – 14,29 %, специфічність – 94,34 %. Значення 0,1–4,99 бала слід розглядати межевими з досить високою чутливістю (93,88 %), що дає можливість рекомендувати його у якості скринінгу ГЛШ.

Висновки. 1. Досі відомі критерії ГЛШ характеризуються низькою чутливістю при доволі високих показниках специфічності.

2. Значення критерію 5 балів і більше за алгоритмом sLVH слід трактувати як наявну ГЛШ, значення від 1 до 4,99 вказують на можливу ГЛШ, значення 0,1–0,99 слід розглядати як сумнівну ГЛШ, значення менші 0,1 є ознакою відсутності ГЛШ.

3. Розроблений нами метод можна застосовувати як скринінг ГЛШ, оскільки чутливість даного показника є доволі високою (93,88 %). Програма «ГЛШ по ЕКГ» для визначення цього алгоритму є простою у застосуванні; вона пристосована до різного калібрування ЕКГ та швидкостей запису ЕКГ.

ОЦІНКА ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

СЕРЕДЮК Н.М., СИМЧИЧ Х.С., ВАСИЛИШИН А.Я., БЕЛІНСЬКИЙ М.В.
м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

Актуальність. Важливим завданням сучасної медицини є підвищення ефективності лікування артеріальної гіпертензії (АГ).

Мета: оцінити вплив прихильності до лікування на контроль рівня АТ серед хворих з АГ.

Матеріали та методи. В ході дослідження було проведено опитування 38 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні артеріальної гіпертензії ОККЦ. Середній вік пацієнтів складав ($59,68 \pm 10,1$) років, розподіл за статтю – 20 жінок і 18 чоловіків. Анкета для опитування пацієнтів складалась із 14 загальних питань, шкали прихильності Morisky (MMAS) і госпітальної шкали депресії та тривоги HADS.

Результати. Висока прихильність до лікування була виявлена у 3 пацієнтів (10,7 %), середня прихильність – у 15 пацієнтів (53,6 %), низька прихильність до лікування – у 10 (35,7 %). При оцінці кореляції виявлено сильний зворотній зв'язок ($r = -0,75$) між прихильністю до лікування та рівнем АТ. Серед хворих з максимальним показником прихильності середнє значення АТ становило 123/80 мм рт. ст.

Висновки. Середнє значення АТ серед хворих з високою прихильністю до лікування становило 123/80 мм рт. ст, що свідчить про адекватний контроль АТ. Серед 38 хворих висока прихильність до лікування була у 6 (15,79 %), середня прихильність – у 22 (57,89 %), низька прихильність до лікування – у 10 (26,32 %). Всі пацієнти з високою прихильністю до лікування приймали комбіновані антигіпертензивні препарати.

ГЕНДЕРНО-ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ СОННИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА НЕСТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Скибчик В.А.¹, Войтович М.О.²

¹м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

²м. Львів, Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова

Мета дослідження: оцінити стан сонних артерій у хворих на нестабільну стенокардію з супутнім цукровим діабетом 2 типу різного віку і статі.

Матеріал і методи. Обстежено 52 пацієнтів (з них 28 жінок та 24 чоловіків), хворих на нестабільну стенокардію (НС) в поєднанні з цукровим діабетом 2 типу (ЦД) з тривалістю клінічно вираженого перебігу ЦД в середньому ($10,76 \pm 4,6$) року. Залежно від віку всі хворі були розподілені на три групи: 1-шу групу склали 15 (9 жінок і 6 чоловіків) хворих віком від 50 до 59 років, 2-гу групу – 20 (12 жінок і 8 чоловіків) хворих віком 60–69 років і 3-тю групу – 17 (10 чоловіків і 7 жінок) хворих у віці 70–79 років. Всім пацієнтам було проведено дуплексне сканування екстракраніальних судин.

Результати. При аналізі товщини інтимо-медіального комплексу (ІМК $\geq 0,9$ мм) його потовщення виявлено у 66,3 % хворих 1-ї групи, стенозуюче ураження судин (стеноз > 20 %) у 25, % хворих, гемодинамічно значущу звивистість судин – у 41,2 %. У хворих 2-ї вікової групи 70,3 % мали потовщення ІМК; 23 % – стенозуюче ураження судин і 61,4 % – гемодинамічно значущу звивистість судин. У хворих 3-ї групи 82,5 % мали потовщення ІМК; 34 % – стенозуюче ураження судин і 68,8 % – гемодинамічно значущу звивистість судин ($p < 0,01$ порівняно з 1-ю та 2-ю групами). Встановлено вірогідне ($p < 0,001$) зростання ІМК у пацієнтів кожної вікової групи порівняно з попередньою за віком групою з найбільшим його зростанням серед обстежених пацієнтів похилого віку. Причому якщо до 70 років товщина ІМК була достовірно вищою у чоловіків, то з 70-річного

віку відмічалось істотне збільшення ІМК серед жінок, і гендерна відмінність у цих вікових групах нівелювалась. Так як і товщина ІМК, частота виявлення стенозуючого ураження судин збільшувалась з віком і була достовірно вищою у чоловіків усіх вікових груп. Гемодинамічно значущу звивистість судин було виявлено у 23,5 % обстежуваних, частіше вона зустрічалась у жінок, ніж у чоловіків (30,2 % і 21,1 % відповідно, $p < 0,001$). Частота виявлення патологічних деформацій збільшувалась з віком.

Висновки. У хворих на НС з супутнім ЦД 2 типу, спостерігались зміни екстракраніальних артерій, які мають чіткі вікові та статеві особливості. Було показано, що у даній категорії пацієнтів розвиток каротидного атеросклерозу найбільше асоціювався з чоловічою статтю та середнім і похилим віком.

PREVALENCE AND PREDICTORS OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN ANKYLOSING SPONDYLITIS

SMIYAN S.I., KOSHAK B.O., KOSHAK D.O., BILUKHA A.V.
Ternopil. Ivan Horbachevsky Ternopil State Medical University

Background: Now it is clear that the presence of chronic systemic inflammation is an important predictor of cardiovascular (CV) disease due to the development of endothelial dysfunction (ED), and further – atherosclerosis, remodelling of the vascular wall and myocardium and, therefore, the main cause of numerous life-threatening adverse conditions.

ED has been well studied in patients with rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus. In patients with ankylosing spondylitis (AS) it has not been extensively studied, despite high prevalence of the disease. There is scarce information on the impact of systemic inflammation on the functional state of the endothelial function in AS and on the possibility its correction.

Aim: to study the prevalence of ED and to establish relationship of ED and CV risk factors in patients with AS.

Subjects and Methods. A total of 110 patients with AS were examined with standard diagnostic methods including lipid profile, ultrasound of intimal/media of the carotid artery and evaluation endothelium vasodilation in response to reactive hyperemia. BASDAI, BASFI were assessed. The QRISK scale was used for evaluation . the 10-year risk of cardiovascular disease.

Results. ED was found in 47 % of cases. In patients with ED < 10 %, the prevalence of LPL > 1.7 mg/dL, HDL-C < 1.0 mmol / L, TIM > 0.9 mm was higher than in patient with ED > 10 % ($p < 0.001$). There was significant prolongation of the disease in this group of patients and a substantial difference in their progress in terms of VAS, CRP, ESR, index activity and functional disorders. On the QRisk score scale, CV risk was established at 3.4 %, i. e. is about 3 fold higher than the risk in the general population.

Conclusion. We assume that the problem of CVD in patients with AS is results from systemic inflammatory response in association with development of ED and elevated levels of atherogenic lipids.

ВИЯВЛЕННЯ РАННІХ ОЗНАК ПОРУШЕННЯ СКОРОТЛИВОСТІ МІОКАРДА ПРИ СТАБІЛЬНІЙ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ З ДОПОМОГОЮ SPECKLE TRACKING ЕХОКАРДІОГРАФІЇ

ТВЕРДОХЛІБ І.З., СЕРЕДЮК Н.М., ЛОЗИНСЬКА І.О.
м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

Speckle tracking ехокардіографія (STE) є новим перспективним методом діагностики фатальних та нефатальних серцево-судинних подій. Метод дає можливість ще до появи зниження фрак-

ції викиду лівого шлуночка верифікувати стан поздовжньої, радіальної та спіральної деформації кардіоміоцитів, що важливо для реальної клінічної практики.

Мета роботи: встановити можливості STE в ранній діагностиці та прогнозуванні ризиків несприятливих подій стабільної ішемічної хвороби серця (СІХС).

Матеріали і методи. Матеріалом дослідження служили наукові дані з відкритих баз даних PubMed наукометричної системи Medline, NCBI, а також результати, отримані при апробації даного методу.

Результати. Доведено, що постсистолічне вкорочення міокарда є незалежним предиктором серцево-судинних подій. За даними досліджень і наших спостережень, пікова систолічна поздовжня деформація суттєво зменшується і є чутливим предиктором виявлення безсимптомної СІХС, коли рухливість стінок і фракція викиду лівого шлуночка ще знаходяться в межах норми (Md Saqif Shahriar et al., 2018). Встановлені факти важливі для виявлення ранніх латентних форм СІХС у осіб, що часто перебувають в умовах кисневого голодування – спортсменів, мешканців високогір'я тощо.

Висновок: STE – важливий метод діагностики порушень сегментарної скоротливості міокарда і прогнозування несприятливих кардіоваскулярних подій при латентній і маніфестній СІХС.

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ КАРДІОПРОТЕКТОРНОЇ МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Швед М.І., Пельо М.Я., Ковбаса Н.М.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Безпосередніми причинами високої летальності, смертності та втрати працездатності при інфаркті міокарда (ІМ) є розвиток таких ускладнень як гостра серцева недостатність, порушення ритму та провідності, які виникають внаслідок структурно-функціональних змін серцевого м'язу з розвитком порушень його іонотропної та електричної стабільності. Прийом L-аргініну та L-карнітину сприяє відновленню ендотеліальної функції судин, попереджує накопичення ефірів жирних кислот, які часто є причиною фатальних шлуночкових аритмій, позитивно впливає на метаболізм міокарда та функцію лівого шлуночка таким чином зменшуючи частоту розвитку серцевої недостатності та смерті (Orie L.H., 1999, Colonna P., 2000). Проте, клінічних досліджень з вивчення терапевтичної ефективності L-аргініну та L-карнітину в комплексному лікуванні хворих на гострий ІМ із фібриляцією передсердь (ФП) недостатньо.

Тому, метою дослідження було оцінити клінічну ефективність L-аргініну та L-карнітину в складі комплексного лікування хворих на гострий ІМ із персистою ФП.

Матеріали та методи. Обстежено 82 хворих з діагностованим ІМ та пароксизмом ФП тривалістю понад дві доби, але менше одного місяця, які в залежності від використаних програм лікування були розділені на 2 групи. Дослідну групу склали 48 хворих, що отримували стандартне протокольне лікування ІМ та медикаментозну кардіоверсію (МК) аміодароном (5 мг/кг) внутрішньовенно та 600 мг per os на добу протягом 3 днів, із додатковим призначенням L-аргініну та L-карнітину в формі розчину для інфузій по 100 мл один раз на добу курсом 5 днів внутрішньовенно. До контрольної групи увійшло 34 пацієнти з гострим ІМ та ФП, які отримували лише стандартне лікування та МК аміодароном.

Хворим проводили стандартне клініко-анамнестичне та лабораторне обстеження, а також оцінку електрофізіологічного стану міокарда за даними електрокардіографії (ЕКГ), холтеровського моніторингу ЕКГ та трансторакальної ехокардіоскопії. Для оцінки достовірності змін досліджуваних показників використовували непараметричні методи статистики: Манна-Уїтні U-тест, ($p < 0,05$).

Результати та їх обговорення. У вихідному стані клінічні та лабораторні показники центральної та периферичної гемодинаміки у хворих обох груп суттєво не відрізнялись.

При порівнянні частоти виникнення ускладнень серед хворих дослідної та контрольної груп встановлено, що у пацієнтів на фоні комплексного лікування із включенням L-аргініну та L-карнітину достовірно рідше виникали гостра серцева недостатність (31,3 % проти 55,9 % у групі контролю, $p=0,03$), гостра аневризма лівого шлуночка (25,0 % проти 47,1 %, $p=0,04$), тромбоемболія (10,4 % проти 26,5 %, $p=0,03$) та епістенокардитичний ендокардит (31,3 % проти 55,9 %, $p=0,03$). Одночасно у дослідній групі рідше, ніж у групі контролю виникали порушення ритму та провідності (суправентрикулярні екстрасистоли – 12,5 % проти 32,4 % ($p=0,03$), шлуночкові екстрасистоли – 16,7 % проти 32,4 % та атріовентрикулярні блокади I-II ступеня 8,3 % проти 20,6 %).

Слід також зазначити, що на фоні комплексного лікування із використанням L-аргініну та L-карнітину у хворих на ІМ рідше виникали рецидиви ангінозного синдрому (23,5 % проти 18,6 % відповідно) та менш вираженими були прояви некротично-резорбтивного синдрому, ніж у групі контролю.

Висновок. Включення в лікування хворих на гострий інфаркт міокарда з фібриляцією передсердь L-аргініну та L-карнітину дозволяє суттєво знизити частоту розвитку життєво загрозованих ускладнень інфаркту міокарда та забезпечити його електричну стабільність.

ЗМІНИ ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

ШВЕД М.І., СУСЛА О.Б., ВОДВУД В.К., ПІЖИЦЬКА К.Б., ГУРСЬКИЙ В.Т.
м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Актуальність. На даний час цукровий діабет (ЦД) 2 типу вважається одним із найбільш вагомим та агресивним факторів ризику серцево-судинних захворювань. Так, частота серцево-судинних ускладнень у людей з ЦД 2 типу складає біля 75%, а повторний інфаркт міокарда (ІМ) та кардіоваскулярна смертність у них спостерігаються в 2 рази частіше, що пов'язують з розвитком хронічної серцевої недостатності (ХСН).

Мета: провести порівняльний аналіз змін геометрії та функцій серця у хворих з постінфарктним кардіосклерозом (ПІКС) і ЦД 2 типу та у хворих без ЦД 2 типу.

Матеріали і методи. В дослідження включено 96 хворих із ішемічною хворобою серця, які перенесли ІМ лівого шлуночка (ЛШ). Серед обстежених було 59 осіб чоловічої статі та 37 жіночої. Середній вік хворих становив (60,5±0,72) року, середня тривалість захворювання – (6,36±0,70) року. Всі пацієнти були розподілені на дві групи: 1-ша група – 53 хворих з ПІКС, 2-га група – 43 хворих з ПІКС в поєднанні з ЦД 2 типу. У 2-й групі середня тривалість ЦД 2 типу становила (11,76±0,60) року. У 78 % обстежених хворих виявили супутню артеріальну гіпертензію та у 82 % ХСН. До групи контролю увійшло 25 практично здорових осіб, співставних за статтю та віком з хворими 1-ї і 2-ї груп. Усім групам, крім загальноклінічних обстежень, проводили ехокардіографію за стандартною методикою у М-режимі. Статистичну обробку даних проведено за допомогою пакета статистичних програм «Statistica 8.0» (StatSoft Inc, США).

Результати і обговорення. Показники внутрішньосерцевої гемодинаміки суттєво змінювалися у всіх групах хворих в порівнянні з такими в контролі. Так, у пацієнтів 1-ї і 2-ї груп спостерігали більш суттєве збільшення розмірів та об'ємів ЛШ, що сприяло погіршенню скоротливої здатності міокарда. У хворих з ПІКС і ЦД 2 типу у порівнянні з хворими без ЦД виявлено достовірно більший поперечний розмір лівого передсердя ((4,4±0,41) vs. (3,63±0,45) см, $p<0,01$), ступінь гіпертрофії ЛШ за даними товщини стінок та індексу маси міокарда ЛШ ((123,83±21,12) vs. (108,11±23,71) г/м², $p<0,01$), порожнина ЛШ за даними кінцево-діастолічного ((47,97±11,26) vs. (42,05±13,21) мл/м², $p<0,01$) та кінцево-систолічного індексу ((22,53±10,31) vs. (17,59±7,55) мл/м², $p<0,01$). Глобальна скоротливість ЛШ за даними його фракції викиду ((56,35±7,37) vs. (57,01±6,68) %, $p>0,1$) суттєво не відрізнялась, що свідчить про більш виразне ремоделювання ЛШ у хворих з комбінацією ПІКС і ЦД 2 типу незалежно від стану систолічної функції ЛШ.

Висновок. Наявність ЦД 2 типу у хворих з ПКС прискорює прогресування патологічного ремоделювання ЛШ та поглиблює міокардіальну недостатність ЛШ, що є одним з основних чинників більш високого кардіоваскулярного ризику у зазначеній категорії хворих. Перспектива подальших досліджень: виявлені відмінності в процесах ремоделювання серця у хворих, які перенесли ІМ ЛШ, потребують розробки диференційованих рекомендацій стосовно корекції структурно-функціональних змін серця залежно від наявності/відсутності ЦД 2 типу.

ІМУНОЗАПАЛЬНА АКТИВАЦІЯ ПРИ ВТОРИННИХ ДИЛАТАЦІЙНИХ КАРДІОМІОПАТІЯХ

Юзич І.А., Кияк Ю.Г., Лаповець Л. Є.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність. Імунозапальна активація (ІА) є одним із важливих факторів формування та розвитку серцевої недостатності (СН). У патогенезі запалення при серцево-судинних захворюваннях неабияку роль відіграє цитокінова регуляція медіаторних імунних механізмів. Враховуючи те, що СН є основним проявом дилатаційних кардіоміопатій (ДКМП), вивчення її механізмів розвитку є досить важливим.

Мета – з'ясувати рівень ІА на основі дослідження прозапальних цитокінів при вторинних ДКМП.

Матеріали і методи. Обстежено 95 пацієнтів з вторинними ДКМП. Серед них – 78 чоловіків і 17 жінок віком ($62,3 \pm 2,5$) років. Контрольна група – 20 практично здорових осіб. Проаналізовано скарги, анамнез захворювання і життя; з'ясовано наявність професійних шкідливостей і шкідливих звичок; проведено ЕКГ та ехокардіографію. Пацієнтам проводили визначення рівнів фактора некрозу пухлин- α (ФНП- α), інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) і інтерлейкіну-8 (ІЛ-8). Визначення здійснювали імуноферментним методом. Статистичний аналіз проведено за допомогою програми Statistica 10.0. Достовірними вважались результати при $p < 0,05$.

Результати. При дослідженні рівнів прозапальних цитокінів у сироватці крові було виявлене їх суттєве підвищення у порівнянні з контрольною групою, а саме: рівень ФНП- α становив ($2,36 \pm 0,44$) пг/мл, рівень ІЛ-6 – ($11,65 \pm 1,49$) пг/мл і рівень ІЛ-8 – ($8,01 \pm 0,67$) пг/мл, водночас в контрольній групі рівень ФНП- α становив ($0,05 \pm 0,01$) пг/мл ($p < 0,05$), ІЛ-6 – ($2,05 \pm 0,37$) пг/мл ($p < 0,05$) та ІЛ-8 – ($0,18 \pm 0,05$) пг/мл ($p < 0,05$).

Висновки. Вторинні ДКМП супроводжуються ознаками ІА, що підтверджується підвищенням показників всіх прозапальних цитокінів.

КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ

ЯРЕМА Н.З., Кучер С.В., Бількевич Н.А.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Вивчення коморбідності є надзвичайно актуальним у клініці внутрішніх хвороб. Це в повній мірі стосується хворих на подагру (П), що являє собою системне тофусне захворювання з відкладенням у різних тканинах кристалів мононатрію урату. У цих пацієнтів особливо часто спостерігається коморбідна патологія з боку серцево-судинної і гепатобіліарної систем.

Метою дослідження стало вивчення функціонального стану цих систем. Нами обстежено 74 пацієнтів, серед яких 30 з хронічним перебігом, 44 – з інтермітуючим перебігом подагри. У 49,6 % з них діагностовано ІХС, у 32,7 % – артеріальну гіпертензію, частота гіпер- і дисліпідемії склала

77,8 %, що перевищує дані показники у популяції відповідного віку. Вираженість гіперліпопротеїдемії у більшій мірі асоціювалась з рівнем гіперурикемії, ніж із давністю хвороби.

Водночас встановлено, що зі зростанням давності подагри підвищувались частота і прояви клінічної симптоматики уражень гепатобіліарної системи. Так, за даними клініко-інструментального обстеження хворих на подагру, ознаки ураження печінки і жовчного міхура спостерігали в 50 % випадків. У цих хворих значно частіше мало місце ожиріння, яке в поєднанні з гіперліпопротеїдемією були чинниками обтяження перебігу подагри, знижували ефективність терапії, сприяли підвищенню частоти загострень та виникненню побічних ефектів від антиподагричної терапії цієї недуги.

Враховуючи коморбідність уражень з боку вказаних систем, у комплексну терапію часто потрібно включати як статини, так і засоби метаболічного впливу на функціональний стан серцево-судинної і гепатобіліарної системи.

г) пульмонологія, фтизіатрія

ВПЛИВ ФОТОМОДИФІКОВАНОГО ІЗОТОНІЧНОГО РОЗЧИНУ ХЛОРИДУ НАТРІЮ НА ГУМОРАЛЬНИЙ ІМУНІТЕТ ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ

Бількевич Н.А., Андрейчин С.М., Ярема Н.З., Верещагіна Н.Я., Кучер С.В.
м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Вступ. Актуальність проблеми своєчасної діагностики та ефективного лікування негоспітальної пневмонії (НП) на сучасному етапі зумовлена зміною клінічної картини захворювання зі зростанням частки нетипових її форм, розвитком стійкості мікроорганізмів до антибіотиків, зниженням імунної резистентності населення [1, 3, 4]. Перебіг і наслідки захворювання значною мірою визначаються функціональною спроможністю системи імунної резистентності організму. Випадки тяжкого й ускладненого перебігу пневмонії, як правило, супроводжуються пригніченням факторів неспецифічного імунного захисту організму, його клітинних і гуморальних компонентів [5, 8]. Активація фагоцитарних реакцій імунокомпетентних клітин, як відомо, супроводжується формуванням активних форм кисню (АФК). У малій дозі вказані сполуки активують метаболічні процеси, спрямовані на оптимізацію функціональної активності імунокомпетентних клітин з мобілізацією саногенетичних механізмів. Ефективність методів лікування, що ґрунтуються на застосуванні АФК при пневмонії, на сьогодні вивчена недостатньо.

Мета роботи – встановити ефективність парентерального введення інфузійного розчину, збагаченого активними формами кисню, в корекції зрушень на рівні гуморальних ланок імунітету при комплексному лікуванні хворих на НП.

Характеристика хворих і методи дослідження. Обстежено 94 хворих: 65 чоловіків та 29 жінок віком від 16 до 70 років, у яких за даними фізичних, лабораторних та рентгенологічного методів дослідження встановлено діагноз НП. В обстежених пацієнтів досліджували концентрацію імуноглобулінів (Ig) класів А, М, G [Е.Г. Ларський, Н.П. Кравченко, 1971], циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) – методом преципітації в поліетиленгліколі. Обстеження проводили при поступленні у стаціонар і на 10–14-й день лікування.

Ефективність загальноприйнятого лікування [6] (I схема) досліджували у групах хворих відповідно: I група – 26 пацієнтів II клінічної категорії НП, госпіталізованих за соціальними показаннями; II група – 22 хворих з НП III клінічної категорії. 28 пацієнтам II та 18 хворим III клінічних категорій (відповідно (III та IV групи) лікування згідно із загальноприйнятими стандартами доповнювали внутрішньовенним введенням насиченого АФК (фотомодифікованого) 0,85 % розчину хлориду натрію (ФР) (II схема). Фотомодифікацію здійснювали за допомогою апарату для фотохімічної оксигенації трансфузійних рідин «Квант-01» [2]. Принцип дії апарату полягає у фотохімічному утворенні АФК з молекул води під впливом ультрафіолетового опромінення.

Результати. У гуморальному імунітеті (табл. 1) в осіб з II клінічною категорією НП відмічали збільшення вмісту сироваткових імуноглобулінів класів Ig M, Ig G і ЦІК ($p < 0,01-0,001$), проте концентрація Ig A була близькою до норми, що можна вважати ознакою дизімуноглобулінемії. У хворих III клінічної категорії НП дизімуноглобулінемія поглиблювалась: концентрація сироваткових Ig A та Ig G знаходилась у межах значень здорових осіб ($p > 0,05$).

Таблиця 1. Показники гуморального імунітету у здорових осіб та хворих на негоспітальну пневмонію з різною тяжкістю перебігу захворювання, (M ± m)

Групи обстежених	Ig A, г ± л ⁻¹	Ig M, г ± л ⁻¹	Ig G, г ± л ⁻¹	ЦІК, од. оптич. щільн.
Здорові люди	1,55 ± 0,07	2,24 ± 0,16	3,36 ± 0,24	86,00 ± 20,00
II клінічна категорія	1,75 ± 0,12	4,31 ± 0,21	4,19 ± 0,16	203,27 ± 10,35
p	> 0,05	< 0,001	< 0,01	< 0,001
III клінічна категорія	1,58 ± 0,12	3,63 ± 0,23	2,98 ± 0,20	181,56 ± 12,17
p	> 0,05	< 0,001	> 0,05	< 0,001

Примітка: p – критерій достовірності різниці показника відносно здорових осіб.

Оцінка ефективності загальноприйнятої терапії обстежених пацієнтів у корекції виявлених зрушень на 14–17-й день захворювання (табл. 2) виявила їх поглиблення, зокрема, у пацієнтів I та II груп при повторному обстеженні утримувалась дизімуноглобулінемія (концентрації Ig A та Ig G сироватки крові виявляли тенденцію до зниження (p > 0,05) при одночасному недостовірному збільшенні вмісту Ig M, більш вираженому за тяжкого перебігу хвороби). Концентрація ЦІК за тяжкого перебігу НП продовжувала зростати (p > 0,05). Персистенція ЦІК вказує на напруженість механізмів елімінації їх з організму, що значною мірою є наслідком депресії системи мононуклеарних фагоцитів [5, 11].

Клінічно такі тенденції супроводжувались сповільненням розрешення запального процесу в легенях: на момент виписування зі стаціонару залишкові аускультативні зміни з боку легень виявлено у 26,9 % осіб з II та 36,4 % – III груп, залишкові тіні на рентгенограмах зафіксовано відповідно у 42,3 та 45,5 % випадків.

Пацієнтам III та IV груп після зняття проявів інтоксикації внутрішньовенно вводили ФР по 200,0 мл щодня протягом 5 днів зі швидкістю інфузії 120–180 крапель×хв⁻¹, концентрація озону в розчині 0,3–0,5 мг×л⁻¹.

При повторному обстеженні в обох групах хворих виявляли достовірне збільшення концентрації Ig A (p < 0,05–0,01) та тенденції до збільшення рівня Ig G (p > 0,05).

Таблиця 2. Динаміка показників імунітету у хворих на негоспітальну пневмонію, лікованих за I і II схемами, (M ± m)

Показник, од. вимір.	Середньотяжкий перебіг		Тяжкий перебіг	
	II схема, n = 26	III схема, n = 28	II схема, n = 19	III схема, n = 18
Ig A, г×л ⁻¹	<u>1,90 ± 0,21</u> 1,42 ± 0,16**	<u>1,62 ± 0,19*</u> 2,47 ± 0,24	<u>1,64 ± 0,18</u> 1,49 ± 0,14**	<u>1,52 ± 0,18*</u> 2,19 ± 0,25
Ig M, г×л ⁻¹	<u>4,51 ± 0,35</u> 4,59 ± 0,35	<u>4,17 ± 0,35</u> 3,97 ± 0,35**	<u>3,90 ± 0,40</u> 4,03 ± 0,40	<u>3,21 ± 0,30</u> 4,06 ± 0,44
Ig G, г×л ⁻¹	<u>3,72 ± 0,20</u> 3,58 ± 0,26**	<u>4,98 ± 0,32</u> 4,66 ± 0,30	<u>3,33 ± 0,41</u> 2,95 ± 0,30**	<u>2,84 ± 0,21</u> 3,42 ± 0,33**
ЦІК, од. оптич. щільн.	<u>202,00 ± 18,64*</u> 181,83 ± 15,03	<u>213,04 ± 18,15*</u> 94,29 ± 9,88**	<u>184,58 ± 21,61</u> 202,08 ± 23,92**	<u>184,44 ± 22,77*</u> 117,22 ± 17,37**

Примітки: * – різниця показника до і після лікування достовірна;

** – показник при повторному обстеженні знаходиться в межах норми.

Такі зміни лабораторних показників супроводжувались значною позитивною динамікою клінічних даних. Вже після 1–2 інфузій ФР пацієнти відчували зменшення слабкості, пітливості, полегшувалось відкашлювання харкотиння. При цьому частота виникнення ускладнень НП зменшувалась на 15,7 %; клінічні та рентгенологічні ознаки захворювання констатовано лише у 11,1 % пацієнтів з тяжким перебігом захворювання.

Висновок. Результати наших досліджень підтвердили ефективність доповнення загальноприйнятого лікування негоспітальної пневмонії парентеральним введенням збагаченого активними формами кисню ізотонічного розчину хлориду натрію. Така терапія супроводжувалась

більш вираженою позитивною динамікою змін гуморального імунітету, швидшим розрішенням запального процесу в легенях за даними клініко-рентгенологічних методів дослідження.

Список використаних джерел

1. Аляви А.Л., Каримов М.М. Факторы местной неспецифической защиты легких в динамике острых и затяжных пневмоний. *Проблемы туберкулеза*. 2001. № 5. С. 29–31.
2. А. с. 1811855, (СССР). Устройство для оксигенации трансфузионных сред / Н. Д. Бех, В. В. Демьяненко, М. Демьяненко, Ю. Ф. Калязин. // 4768120/14, 11.12.1989. Опубл. 30.04.93. Бюл. № 16.
3. Госпітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (проект клінічних настанов). Частина I / Ю. І. Фещенко, О. А. Голубовська, К. А. Гончаров та ін. *Український пульмонологічний журнал*. 2013. № 2. С. 57–66.
4. Дзюблик Я. О. Клінічні аспекти антибактеріальної резистентності збудників не госпітальних інфекцій дихальних шляхів: огляд результатів SOAR та перспективи мікробіологічного моніторингу в Україні. *Український пульмонологічний журнал*. 2010. № 4. С. 33–35.
5. Интратрахеальная лимфотропная озонотерапия при Эрозивно-язвенном трахеите / Н. Е. Чернеховская, И. В. Ярема, В. К. Шишло и др. *Вестник хирургии*. 2001. Т. 160, № 1. С. 86–88.
6. Міністерство охорони здоров'я України (2007) Наказ МОЗ України від 19.03.2007 р. № 128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Пульмонологія”». URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070319_128.html.
7. Молюк Є. Д., Процюк А. В. Деякі аспекти проблеми ендогенної інтоксикації. *Клінічна хірургія*. 1993. № 1. С. 56–58.
8. Чернушенко Е. Ф., Фещенко Ю. И. Принципы иммунодиагностики и иммунотерапии при заболеваниях легких. *Український пульмонологічний журнал*. 2000. № 2. С. 5–8.

ПОКАЗНИКИ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ ПРИ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНІЙ ДІАГНОСТИЦІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Витриховський О.Я.

м. Львів, КУ ЛОР «Львівська обласна клінічна лікарня»

Зростання захворюваності на хронічні неспецифічні захворювання легень, які мають цілий ряд загальних клінічних і морфологічних проявів, викликає труднощі при диференційній діагностиці бронхіальної астми (БА) і хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та призначенні адекватної терапії. Частота діагностичних помилок при проведенні диференціальної діагностики викликає необхідність застосування додаткових критерії верифікації БА та ХОЗЛ.

У 69 хворих на БА та 78 хворих на ХОЗЛ проведено вивчення показників стану В-системи імунітету, які оцінювали за кількістю В-лімфоцитів (CD22⁺- маркер), рівнями імуноглобулінів різних класів (IgA, IgG, IgM і загального IgE) та циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) у сироватці крові. Активація В-системи імунітету у хворих на БА характеризувалась підвищенням порівняно з нормою відносної кількості В-лімфоцитів (CD22⁺- маркер) у 1,3 раза (20,4 ± 1,6 % проти 16,2 ± 1,8 %), збільшенням рівня IgE в 3,8 раза (315,6 ± 20,8 МО проти 80,5 ± 17,3 МО), підвищенням вмісту ЦІК у 1,4 раза (6,2 ± 0,3 г/л проти 4,2 ± 0,5 г/л), (p < 0,05) та дисімуноглобулінемією у вигляді зниження рівня IgM та незначного наростання рівня IgA, а рівень Ig G не зазнавав змін і визначався в межах норми. Активація В-системи імунітету у хворих на ХОЗЛ, порівняно з хворими на БА, характеризувалась більш вираженим підвищенням кількості В-лімфоцитів (CD22⁺-маркер) в 1,5 раза, зростанням рівня ЦІК в 1,5 раза та дисімуноглобулінемією у вигляді зростання в 1,2 раза рівня IgG, в 1,3 раза – рівня IgA, менш вираженим, ніж при БА, підвищенням рівня IgE, рівень IgM визначався в межах норми.

ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ

Грищук Л.А., Рудик В.Д., ПАНЬКЕВИЧ М.В., Куземко М.М.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,

Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер

Туберкульоз продовжує займати одне з перших місць серед найгрізніших інфекційних захворювань. Питання постаріння населення надзвичайно актуальне для України, попри незначну середню очікувану тривалість життя. Україна входить у групу країн, де тривалість життя становить 65–70 років. За цим показником (67,9 року) вона посідає 123-тє місце в світі. Досліджено особливості перебігу туберкульозу легень у пацієнтів похилого і старечого віку за матеріалами Тернопільського обласного протитуберкульозного диспансеру. За 2016 рік в ОТД лікувалось 748 хворих на туберкульоз. Сто п'ятдесят два пацієнти були похилого та старечого віку. Ці пацієнти були розподілені на дві групи: I група – похилий вік 104 (13,9 %) і II група – старечий вік 48 (6,4 %). За статтю в I групі переважали чоловіки (68,3 %), у II – жінки (54,2 %). За місцем проживання переважали жителі сільської місцевості: у I групі – 59,6 %, у II – 79,2 %. Більшість хворих була діагностована вперше: I група – 90,4 %, II група – 95,8 %.

Деструкція легеневої тканини виявлена в I групі у 42,3 % хворих, в II – у 54,2 %. Мікобактерії туберкульозу у мокротинні виявлені у I групі хворих у 59,6 %, у II – у 70,8 %. Після виписки зі стаціонару позитивний ефект лікування відмічений у I групі у 75,0 % хворих, у II – у 68,7 %, погіршення відповідно у 13,5 % і 14,6 %, померли – 11,5 % і 16,7 %. Таким чином, дослідження епідеміологічних і клінічних аспектів туберкульозу легень у осіб похилого та старечого віку є актуальним.

Туберкульоз в похилому і старечому віці частіше діагностують уперше, захворювання супроводжується наявністю деструкції легеневої тканини з масивним бактеріовиділенням.

ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЬОЗУ – ПРОБЛЕМА СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

КОРНАГА С.І., МАНДЗІЙ З.П., ТХОРИК Н.В., ТХОРИК Ю.А.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Туберкульоз (ТБ) може уражати різні органи й системи організму та призводить до значних людських жертв. Смертність хворих на ТБ легень до одного року спостереження в Тернопільській області зросла з 20,5 % у 2008 р. до 44,4 % – у 2017 р. Виявлення хворих на рівні закладів первинної медико-санітарної допомоги в нашому регіоні доволі низьке 0,7–1,4 % (за 2014–2016 рр.). А захворюваність контактів у вогнищах туберкульозної інфекції залишається стабільно високою: 11,6 (2008 р.) і 9,7 (2016 р.) на 1000 контактних осіб, що зумовлено недостатніми знаннями сімейних лікарів проблеми туберкульозу, методів ранньої діагностики, основних принципів лікування та профілактики. Згідно з теперішніми рекомендаціями, хворі без і з бактеріовиділенням, можуть лікуватися амбулаторно, за умови дотримання вдома інфекційного контролю. Пацієнт звертається до свого сімейного лікаря, отримує протитуберкульозні препарати. Однак, вибір форми лікування повинен бути індивідуальним, залежно від характеру ТБ процесу, бактеріовиділення, матеріального стану хворого та його ставлення до лікування. Дуже важливою складовою протитуберкульозної роботи в теперішній час є санпросвітня робота серед хворих на ТБ, контактів і населення в цілому. Санітарно-освітня робота – це безперервний процес, який полягає у висвітленні властивостей збудника ТБ, шляхів його передачі, проявів захворювання, лікування та профілактики. На жаль, санпросвітня робота проводиться на неналежному рівні, передусім індивідуальна, серед пацієнтів і контактів. З цього випливає й низька прихильність до лікування.

ВІДСОТОК ВИПАДКІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ З РОЗШИРЕНОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ СЕРЕД ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЗАЛЕЖНО ВІД ДАВНОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Костюк К.А.

м. Хмельницький, Хмельницький обласний протитуберкульозний диспансер

За результатами національного епідеміологічного дослідження щодо хіміорезистентного туберкульозу, яке проводилось в Україні в 2013–2014 рр., рівень мультирезистентного туберкульозу (МРТБ) серед хворих з новими випадками становив 24,1 %, серед повторних – 58,1 %. У Хмельницькому регіоні відповідно 23,5 % та 58,3 %.

Відсоток хворих з розширеною резистентністю (РРТБ) в Україні, за даними літератури, складає 14 % серед хворих на МРТБ.

З метою визначення в Хмельницькому регіоні відсотку випадків туберкульозу з РРТБ серед хворих на МРТБ залежно від давності захворювання ми ретроспективно проаналізували захворюваність на МРТБ за останні 3 роки (2013–2015 рр.). За цей період було взято на диспансерний облік 545 хворих на МРТБ, з них з новими випадками – 156, з невдачею лікування I курсу (НЛ1К) – 31, з рецидивом (РТБ) – 165 та з іншими повторними випадками лікування – 193 особи. Переважали пацієнти чоловічої статі (91,3 %), сільські жителі (66,6 %) у віці 56–60 років (64,5 %). Розширена резистентність була визначена у 122 пацієнтів, серед них у 5 хворих з новими випадками, у 4 – з НЛ1К, у 28 – з РТБ та у 85 з іншими повторними випадками лікування.

Таким чином, відсоток хворих з розширеною резистентністю серед хворих на мультирезистентний туберкульоз у Хмельницькому регіоні становив 22,4 %.

Залежно від давності захворювання констатовано найрідше розширену резистентність у хворих з НЛ1К (3,3 %) та у хворих з новими випадками (4 %), а значно частіше – у хворих з РТБ (22,9 %) та іншими повторними випадками лікування (69,7 %).

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ТРУДОВИХ МІГРАНТІВ

Кравченко Н.С., Кицай Л.Г., Окусок О.М., Луцишин К.О.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Трудова міграція за кордон є однією з важливих проблем в Україні. Ця категорія населення віднесена до групи ризику щодо захворювання на туберкульоз. Серед 42 трудових мігрантів, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Тернопільському обласному протитуберкульозному диспансері переважали чоловіки (38 хворих) до 45 років. Більшість з них неодноразово по 2–6 місяців з перервами працювали у Польщі. Постійно, від 1 до 10 років, знаходились переважно в Італії, Іспанії, Англії. Захворіли вперше 37 із 42 трудових мігрантів, рецидив був у 5. У всіх хворих діагностовано туберкульоз легень, у 73,8 % процес був поширений, у вигляді дисемінації, масивних інфільтратів з обсіюванням. Порожнини визначались у 29 (69 %) хворих, з них в 11 – великих і гігантських (до 10 см) розмірів. Виділяли мікобактерії 81 % хворих, у 70,6 % бактеріовиділювачів МБТ виявлено методом бактеріоскопії, що свідчить про значну епідемічну небезпеку цієї категорії населення. Стійкість МБТ до протитуберкульозних препаратів встановлена у 38 % бактеріовиділювачів (13 хворих), з них у 3 була мультирезистентність. Безсимптомний перебіг захворювання відмічали лише 5 хворих, зміни в легенях у них виявлені при профогляді в Україні. В інших 37 хворих діагностовано одночасно бронхолегеневі симптоми і явища інтоксикації, які в переважній більшості розвинулись поступово від 3 до 8 місяців. Більш важкий перебіг захворювання з вираженими змінами в легенях, спостерігали в осіб, які багато років постійно знаходились у трудовій міграції. Цьому сприяло нелегальне перебування за кордоном, неможливість вчасно звернутись до лікаря. Не обстежувались профілактично 3–8 останніх років 38 % хворих.

Необхідне посилення профілактичної роботи щодо своєчасного виявлення туберкульозу серед трудових мігрантів, які повернулись в Україну після перебування за кордоном.

ІНДИВІДУАЛЬНІ ЧИННИКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РЕЦИДИВУ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

МАЖАК К.Д., ТКАЧ О.А., ВІВЧАР І.С., ОМЕЛЯН О.В.*, СКАЛАТ Л.В.*, МІЩИХА О.І.*,
НОВОСАД М.К.*, ШАШКОВ Ю.І.**, МЕЛЬНИЧУК Т.М.*, ЯРЕМЧИШИН І.Б.,
ДОБРЯНСЬКА О.Б.

*м. Львів, НДІ епідеміології та гігієни Львівського національного медичного
університету імені Данила Галицького*

**«Львівський центр легеневого здоров'я»,*

***Львівський інститут медсестринства та лабораторної медицини імені Андрея
Крупинського*

Рецидиви мультирезистентного туберкульозу (МР ТБ) посідають особливе місце в епідемічній ситуації з туберкульозу (ТБ), позаяк значна частина цих хворих є бактеріовиділювачами, а ефективність лікування низька і вони стають основним джерелом поширення деструктивних хіміорезистентних форм ТБ.

З метою визначення основних чинників розвитку рецидиву МР ТБ вивчено історії хвороби 80 пацієнтів, хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБ), у яких в подальшому діагностовано рецидив МР ТБ. Хворі перебували на стаціонарному лікуванні і добровільно погодились на участь в опитуванні і проведенні досліджень.

Встановлено, що серед основних чинників ризику виникнення рецидиву МР ТБ є недбале ставлення до власного здоров'я (48,9 % особи з соціальною дезадаптацією, які порушували режим лікування, 42,2 % зловживали алкоголем, 37,3 % курили). У 40,5 % хворих реактивація ТБ виникла в інтактній легені, а у 59,5 % – на місці попередньої локалізації процесу, що свідчить про недостатній об'єм антимікобактеріальної терапії і тривалість лікування в стаціонарі (30,2 % осіб лікувались менше 3 міс., у 28,9 % виявлено наявність великих залишкових змін в легеневій тканині).

Провідне місце в структурі супутньої патології, яку виявлено у 59,2 % хворих, належить хронічним неспецифічним захворюванням органів дихання (68,6 %), цукровому діабету (27,8 %), гепатитам (27,0 %), ВІЛ-інфекції (12,9 %).

При аналізі індивідуальних факторів ризику встановлено, що найбільш вірогідною причиною ($p < 0,01$) розвитку рецидиву МР ТБ є низька ефективність і неповноцінне лікування внаслідок дострокового припинення лікування, перерв у лікуванні, пізнього виявлення, поведінкові відхилення хворих, побічні реакції, наявність декількох супутніх захворювань та шкідливі звички.

ПОГЛЯДИ АРСЕНА РІЧИНСЬКОГО НА ПРОБЛЕМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

МАЗУР П.Є¹, МАЗУР Л.П², ГОРОШКО Є.Л.¹, МАЗУР О.П.³, ЧОРНИЙ А.І.³

¹*м. Кременець, Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського*

²*м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

³*м. Тернопіль, Тернопільська університетська лікарня*

Працюючи з 31 травня 1917 року до 9 квітня 1920 року лікарем в Ізяславській повітовій лікарні (нині Хмельницька область), Арсен Річинський написав і в 1919 році видав підручник для VII–VIII класів гімназій «Курс гігієни (науки про здоров'я)», пристосований до програми Мініс-

терства Народної Освіти від 18 вересня 1906 року. В передмові до видання автор пише: «Сподіваюся, однак, що моя книжечка буде корисною не тільки для школярів, а й для тих темних, глухих закутків мого рідного краю, де ще так міцно затремуються всякі бабські забобони, – де нігди не переводяться страшні пошети (епідемії), – де народ поняття немає, як боронитися від них і як взагалі доглядати за своїм здоров'ям, за своїм найдорожшим багатством».

В розділі «Короткий огляд заразних хвороб» Арсен Річинський висвітлює проблеми туберкульозу. Зазначається, що туберкульоз (сухоти, чахотка) – одне з найлютіших і найбільш поширених у світі хвороб. І хоч від туберкульозу органів дихання помирає 15 % людності, може бути туберкульоз кісток і суглобів (костоїда, «гостець»), хребта (від чого робиться горб), лімфатичних залоз («золотуха», «гулі», «жовна»), шкіри («вовчий лишай»), слизових і мозкових оболонок.

Далі автор зазначає, що в 92 % випадків на секціях померлих від туберкульозу виявлено зараження сухотними бацилами. Однак, дякуючи самообороні тіла, вони розмножуються не дуже сильно. Найбільш вразливі до туберкульозу біднота, фабричні робітники (шевці, кравці, друкарі, шахтарі, робітники тютюнових фабрик). Сухотні бацили найчастіше передаються через харкотиння, але можна заразитись через брудний посуд, поцілунок, близький контакт із хворим членом сім'ї. На туберкульоз можуть хворіти домашні тварини, тому можна заразитись, наприклад, від хворої корови, споживаючи сире молоко.

Далі Арсен Річинський вказує, що туберкульоз може розвиватись гостро і поступово, описує клініку та патологоанатомічні зміни при легеневому і кістковому туберкульозі. В окремому розділі описується етіологія, патогенез, клініка та лікування туберкульозу лімфатичних вузлів у дітей (золотуха).

Особлива увага звертається автором на профілактику туберкульозу: «Щоб остерегтися від сухот, треба стежити за санітарним станом помешкання – щоб було досить світу й тепла; уникати вохкості, холоду й застуди; немічним та худосочним тлусто їсти, загартовувати організм на сонці та солоними купелями. Якщо в хаті єсть сухотник, то він повинен жити окремо, мати свою посуду, рушника, і харкати не на долівку, а в черепок з карболкою».

ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В СТАЦІОНАРІ ЧИ АМБУЛАТОРНО: ТОЧКА ЗОРУ ПАЦІЄНТА

САВУЛА М.М., ЛОПУШАНСЬКА Н.М.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Реформатори фтизіатричної служби переконують, що найбільшим злом є обмін між хворими стаціонару хіміорезистентними штамми МБТ і не згадують про небезпеку зараження цими штамми сім'ї хворого, сусідів, людей у транспорті, громадських місцях, друзів по чарці. Опитування 105 хворих на туберкульоз легень виявило, що 73,3 % пацієнтів вважають необхідним стаціонарне лікування до припинення бактеріовиділення і поліпшення стану здоров'я. Аргументують це небажанням заражувати своїх близьких (64,8 %), кращою ефективністю лікування в стаціонарі (65,7 %). Вияснилося, що у 79,2 % хворих стаціонару, які переривали хіміотерапію, це було зумовлено побічними реакціями, що складніше коригувати амбулаторно. В той же час на амбулаторному етапі 65 % переривів лікування зумовлені байдужістю, а 22,5 % хворих констатують погіршення здоров'я поза стаціонаром. Проте тривале перебування в лікарні невиправдане, тим більше що 78 % хворих відлучаються зі стаціонару, із них 37,2 % щотижня, а 37,1 % опитаних визнають, що умови побуту вдома кращі. Початкове стаціонарне лікування необхідне хворим при тяжкому стані, бактеріовиділенні, серйозних супровідних захворюваннях (встановлені у 36,2 % опитаних), проживанні з дітьми (40 % пацієнтів). Диференційований підхід з урахуванням соціальних моментів дозволить обрати оптимальну модель. Складною є проблема контролю терапії амбулаторно, особливо в селі. Хоча 80,9 % хворих розуміють свою відповідальність за результати лікування, переривання хіміотерапії вдома мало місце у половини хворих. Потрібна велика організаційна робота для вирішення цих проблем.

КЛІНІКА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ПІДЛІТКІВ

САХЕЛАШВІЛІ-БІЛЬ О.І.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мета дослідження – вивчити клінічні особливості перебігу мультирезистентного туберкульозу у підлітків.

Матеріали і методи. Проведено комплексне обстеження 43 підлітків, які були розподілені на дві групи. В основну групу включили 23 хворих на мультирезистентний туберкульоз легень (МРТБЛ), у контрольну групу – 20 хворих на рифампіцинорезистентний туберкульоз легень (РифТБЛ).

Результати та обговорення. У 82,6 % (19) підлітків основної і 70,0 % (14) контрольної груп процес діагностували при звертанні до лікаря загальної мережі. У 34,5 (10 %) підлітків основної групи і у 25,0 (5 %) контрольної ($p < 0,01$) захворювання починалося гостро. Проте у контрольній групі констатовано в 1,7 раза частіше випадки з торпідним (42,7 % проти 22,4 %, відповідно, $p < 0,01$) і в 1,8 раза частіше – з безсимптомним (26,7 % проти 11,8 %, відповідно, $p < 0,01$). Масивне бактеріовиділення констатовано вірогідно частіше у підлітків при МРТБЛ, ніж в контрольній групі (52,2 % проти 30,0 %, $p < 0,05$). При наявності МРТБЛ інтенсивність бактеріовиділення вища у основній групі, ніж при РифТБЛ. У 13,0 % хворих на МРТБЛ виявляли ураження легень в межах 1–2 сегментів (13,0 %), у всіх інших випадках процес був розповсюджений (87,0 %). При МРТБЛ переважали дисемінована (52,2 %) та інфільтративна форми специфічного процесу (39,1 %). Деструктивні зміни спостерігали у 1,7 раза частіше при МРТБЛ легень, ніж при РифТБЛ (52,2 % проти 30,0 %, $p < 0,05$). Прогресування МРТБЛ відбувалося у 2,5 раза частіше, ніж у контрольній групі і проявлялося бронхогенним відсівом (39,1 % проти 16,0 %; $p < 0,05$) у 2,1 раза частіше – туберкульозом бронха (13,0 % проти 6,0 %; $p < 0,05$), в 1,7 раза частіше – ексудативним плевритом (26,0 % проти 15,0 %; $p < 0,05$).

Висновки. При МРТБЛ у підлітків виявляли більш тяжкі специфічні процеси з прогресуванням, з наявністю деструктивних змін і масивним бактеріовиділенням.

ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ШЛЯХОМ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНОГО ПОШИРЕНОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Ткач О.А., Мажак К.Д., Писаренко Є.І., Лаповець Н.Є., Шашкова З.Р.**,
Рак Л.М.*, Наконечний З.Р.*, Гречуха Н.Р.*, Бондар В.М.*, Шершун Г.Р.*,
Омелян О.В.*, Тупичак Р.М.*

*м. Львів, Відділ епідеміології, клініки туберкульозу НДІ епідеміології та гігієни
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького,*

** «Львівський центр легеневого здоров'я»,*

*** м. Моршин, ТОВ «КЕЛС МАСТЕР», санаторій «Мрамуровий палац»*

Зростання частоти виявлення серед вперше діагностованих хворих деструктивних форм туберкульозу легень (ВДТБ) з бактеріовиділенням, недостатня ефективність лікування за частотою закриття порожнин розпаду в легенях на стаціонарному етапі сприяють розвитку раннього рецидиву мультирезистентного туберкульозу легень. Пошук шляхів підвищення ефективності інтенсивної фази хіміотерапії (ХТ) даної категорії хворих дозволить покращити ефективність лікування як на стаціонарному, так і амбулаторному етапах ведення випадку.

Завдання полягало у вивченні клінічної ефективності поєднання стандартних режимів ХТ в інтенсивній фазі лікування з комбінацією еферентних методів (ЕМ), а саме: озонотерапія (концентрація озону 12 мг/л – 18 процедур) + ВЛОК з частотними модуляціями (ЧМ) – 9 процедур. В основній групі було 56 хворих з деструктивними формами ВДТБ (моно- та полікаверноз, двобічна

дисемінація та інфільтрація легеневої тканини) і 50 референтних хворих, яким проводилась лише стандартизована ХТ в інтенсивній фазі (контрольна група).

Застосування ЕМ на початку інтенсивної фази ХТ підвищує ефективність лікування: частота припинення бактеріовиділення за перший місяць становила ($69,6 \pm 6,15$) % у хворих основної групи проти ($53,3 \pm 9,11$) % ($p < 0,05$) у хворих контрольної, а при завершенні інтенсивної фази ХТ – ($96,5 \pm 3,49$) % проти ($88,2 \pm 5,73$) %, відповідно. Після завершення стаціонарного етапу лікування закриття порожнин розпаду в легеневій тканини досягнуто у ($73,7 \pm 3,49$) % хворих основної групи проти ($47,6 \pm 5,48$) % осіб контрольної групи ($p < 0,05$).

Застосування ЕМ в інтенсивній фазі ХТ суттєво підвищує клінічну ефективність лікування хворих на деструктивні, бактеріальні форми ВДТБ легень на стаціонарному етапі, покращує якість лікування у підтримуючій фазі ХТ на амбулаторному етапі та запобігає розвитку рецидиву хіміорезистентного туберкульозу.

ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Трунова С. В., Слободян М. І., Глюза М.А.

м. Київ, Національний університет імені О.О. Богомольця

Мета. Розробити дієту хворим на інфекційно-залежну бронхіальну астму (БА) з урахуванням тяжкості перебігу для покращення якості лікування: пришвидшення інволюції симптоматики, подовження ремісії за рахунок зменшення запалення, респіраторного та метаболічного ацидозу. Обстеження клініко-інструментальними методами (скарги, спірометрія) проведено у 42 хворих на БА основної групи (ОГ I, II, III), котрі крім базового лікування (БЛ) отримували дієту впродовж 3 місяців (М), та контрольної (КГ IV, V, VI) – БЛ, що дозволило розподілити хворих з персистою (П) БА за ступенем тяжкості перебігу: легка ПБА, середнього ступеня ПБА, тяжка ПБА відповідно по 7 хворих у групі. Склад дієти: білки 130–160 г/добу, жири 80–90 г/добу, вуглеводи 300–400 г/добу, підвищена кількість вітамінів, мінералів. Кількість рідини від 1,7 до 1,5 л, солі – 7–9 г/добу. Режим дієти: 7 разів/день. Високоцінні продукти (білки, жири) вживати в першій половині дня, в другій – до кожної їжі салати, вінегрети, овочі, фрукти. Хворим II і III ОГ – розвантажувальні дні за схемою; по годинно вживати 100 г лужної мінеральної води або молока. Вилучаються: копчені м'ясні продукти, тверді сири, газовані напої, первинні бульйони, цитрусові, рафіновані продукти. Після лікування через 1 міс. у хворих I ОГ – 1 загострення/міс., через 2 міс. – ремісія, II Г – загострення 1–2 рази/тиждень, через 2 міс. – 1–2 рази/2 тижні, ОФВ > 70 % від належного. III Г – через 1 міс загострення 2–3 рази/день, 2 міс. – 1–2 рази/день, ОФВ – без змін. У хворих КГ – тимчасове покращення стану після БЛ, через 2 міс. – відновлення симптомів. Таким чином, хворим на БА доцільно призначати дієту з урахуванням тяжкості перебігу, котра може потенціювати якість лікування: сприяє пришвидшенню інволюції симптоматики, подовженню ремісії.

EFFICACY AND SAFETY OF IVABRADINE IN PATIENTS WITH COMBINED CARDIORESPIRATORY PATHOLOGY

YATSYSHYN R.I., GERYCH P.R., DOSKALIUK B.V.

Ivano-Frankivsk, SHEI «Ivano-Frankivsk National Medical University»

Introduction. The problem of combined COPD and CHD leads to considerable difficulties in developing a drug therapy program.

Aim was to evaluate clinical efficacy and safety of Ivabradine in the basic treatment of stable ischemic heart disease (IHD) in patients with acute period of COPD II–III stages.

Methods. Clinical and functional indices of respiratory and cardiovascular systems were investigated in 44 patients with combined cardiorespiratory pathology. The patients were randomized to take the basic treatment (main group, n = 26) or therapy with Ivabradine, in doses from 5 mg to 10 mg (comparison group, n = 18). 19 (67.85 %) patients of the main group had stable angina class I and 7 (32.14 %) – class II. The heart rate reduction (from (81.4 ± 3.6) beats per minute to (68.3 ± 3.8) beats per minute), was observed in the patients receiving the complex therapy ($p < 0.05$).

Results. The study showed the decreasing of the number of supraventricular extrasystole (from (9.8 ± 2.0) to (3.8 ± 1.2) per day, $p < 0.05$) and ventricular extrasystole (from (13.8 ± 2.9) to (5.8 ± 1.4) per day, $p < 0.05$) without the changes of the P–R interval, the Q–T interval and the T wave were non-significant ($p > 0.05$).

Conclusions. The addition to the complex therapy in patients with exacerbation of COPD II–III degree in combination with stable IHD «Ivabradin» promotes slowdown of heart rate reduction, decreasing number of episodes of myocardial ischemia, reduce the duration of pain and painless myocardial ischemia, the number of ventricular and supraventricular extrasystoles.

г) гастроентерологія

КОМОРБІДНІСТЬ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ: ДИСБАЛАНС КАЛІКРЕЇН-КІНІНОВОЇ СИСТЕМИ

БАБІНЕЦЬ Л.С., ЗАХАРЧУК У.М., САСИК Г.М., ЗЕМЛЯК О.С.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Відомо, що у хворих на хронічний панкреатит (ХП) співвідношення компонентів калікреїн-кінінової системи (ККС) змінюється, і адаптація ККС стає фактором пошкодження. Патогенез ХП пов'язують із зміною обміну кінінів. Особливо цікавим і практично не вивченим залишається питання стану і ролі ККС при ХП у поєднанні з цукровим діабетом (ЦД), що робить дане дослідження актуальним.

Метою дослідження було вивчити стан калікреїн-кінінової системи при хронічному панкреатиті із супутнім цукровим діабетом.

Було досліджено 112 пацієнтів, яких було поділено на 2 групи: I група – 35 хворих на ХП без ЦД; II група – 77 хворих на ХП із супутнім ЦД. Група контролю – 20 практично здорових людей. Визначали загальну протеолітичну активність (ПРА) плазми за гідролізом протамінсульфату, вміст калікреїну (КК) плазми – за допомогою хромогенного пептидного субстрату хромозиму РК, прекалікреїну (ПКК), α_1 – інгібітор протеїназ (α_1 -ІП), α_2 – макроглобуліну (α_2 – МГ) за методом К.М. Веремесенко.

Було встановлено статистично достовірний вищий рівень активації загального протеолізу за рівнем ПРА у хворих на ХП і ЦД ($41,78 \pm 1,55$) в порівнянні з групою хворих на ХП ($36,24 \pm 1,10$) і групою контролю ($30,95 \pm 0,92$). Констатували підвищення специфічного протеолізу, або кініногенезу, за рівнем ферменту протеолізу КК, який мав аналогічну з ПРА тенденцію у хворих на ХП і ЦД. Довели зниження неактивного попередника КК-ПКК, рівень якого був знижений у II групі хворих ($52,70 \pm 0,99$) порівняно з I групою ($64,89 \pm 0,73$) та групою контролю ($75,30 \pm 1,31$). Контроль за активністю протеолізу, зв'язуючи трипсин та протеолітичні ферменти ендо- та екзогенного походження, здійснює α_1 -ІП, рівень якого був збільшений у хворих на ХП і ЦД ($1,81 \pm 0,04$) у порівнянні з групою хворих на ХП ($1,64 \pm 0,02$) і групою контролю ($1,49 \pm 0,01$). α_2 -МГ у групі хворих на ХП ($1,13 \pm 0,02$) був знижений відносно контролю ($1,44 \pm 0,04$), а у групі хворих на ХП і ЦД він був підвищений ($1,81 \pm 0,09$). Було встановлено зниження активності кінінази-II у хворих на ХП ($199,76 \pm 4,41$) та ХП з ЦД ($173,78 \pm 3,14$) проти контролю ($258,37 \pm 5,88$), що вказує на ослаблення захисних реакцій організму внаслідок надмірної продукції кінінів.

Висновки. Довели більш значиму активацію ПРА, підвищення протеолітичного ферменту КК, зниження рівня ПКК, підвищення рівня α_1 -ІП та α_2 -МГ та зниження активності кінінази-II при коморбідності хронічного панкреатиту і цукрового діабету ($p < 0,05$) і ускладнювальну роль дисбалансу калікреїн-кінінової системи при такій коморбідності, що необхідно враховувати при формуванні лікувальної тактики.

КОРЕКЦІЯ ЛІПІДНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ІЗ КОМОРБІДНІСТЮ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА СТАБІЛЬНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

БАБІНЕЦЬ Л.С., Мельник Н.А.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Поліненасичені жирні кислоти (ПНЖК) класу омега-3 – це речовини, що мають політропну дію на численні процеси в організмі.

Мета: дослідити ефективність курсового лікування препаратом омега-3 ПНЖК на корекцію ліпідних порушень у хворих з коморбідним перебігом хронічного панкреатиту (ХП) та стабільної ішемічної хвороби серця (СІХС).

Матеріали і методи. У дослідження було включено 90 пацієнтів із ХП в поєднанні із СІХС, яких було поділено на дві групи (залежно від програм лікування): I група (45 хворих) отримувала стандартне протокольне лікування (СПЛ); II група (45 хворих) окрім СПЛ додатково отримувала препарат омега-3 ПНЖК (Омакор) по 2 капсули (2000 мг) протягом одного місяця. Було доведено, що додавання до комплексної терапії хворих із коморбідністю ХП та СІХС препарату омега-3 ПНЖК в більшій мірі сприяє покращенню показників ліпідного обміну, ніж при стандартній базисній терапії. Порівнювальні групи були зіставними за віком, статтю, перебігом захворювання та лікуванням на попередніх етапах. Ліпідний обмін оцінювали за показниками ліпідограми.

Результати дослідження. Відмічалось більш вагоме статистично значиме зниження рівнів ліпопротеїдів низької та дуже низької щільності, тригліцеридів (ТГ) та рівня загального холестерину у пацієнтів II групи порівняно з I групою, зокрема рівень ТГ був на 15,70 % нижчим, ніж у хворих I групи ($p < 0,05$). Щодо ліпопротеїдів високої щільності, то їх концентрація під впливом лікування зростала у всіх групах порівняно із вихідним рівнем ($p < 0,05$), однак у пацієнтів II групи цей приріст був більшим на 27,48 % порівняно із хворими I групи.

Висновок. Додавання до комплексної терапії хворих із коморбідним перебігом ХП та СІХС препарату омега-3 ПНЖК призвело до більш значного покращення показників ліпідограми ($p < 0,05$), ніж при стандартному протокольному лікуванні.

МАТЕМАТИЧНЕ ПРОГНОЗУВАННЯ ОСТЕОДЕФІЦИТУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ В УМОВАХ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ

БАБІНЕЦЬ Л. С., Семенова І. В., Галабціцька І. М.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Сімейні лікарі досить часто стикаються з вторинним остеопорозом, який виникає при ураженні органів травлення, зокрема, при хронічному панкреатиті (ХП). Остеодефіцит (ОД) при ХП зумовлюється синдромами мальдигестії та мальабсорбції з порушенням засвоєння мінеральних і органічних речовин, а також потребою дотримуватися дієти, що призводить до незбалансованості харчування.

Двофотонна рентгенівська денситометрія, яка є «золотим стандартом» в діагностиці ОД, на жаль, не є доступним методом дослідження в Україні з огляду на високу вартість, яка не дозволяє широко застосовувати його в клінічній практиці, особливо лікарям первинної ланки. Це мотивувало на створення формули прогнозування ОД з використанням доступних для первинки показників.

Мета дослідження – створити формулу прогнозування ОД за показником Т, % у хворих на ХП на основі встановлених предикторних факторів (віку хворих, тривалості ХП, бального значення копрограми, рівня гемоглобіну, кількісного значення УЗ-критеріїв підшлункової залози в балах).

Для персоніфікованого прогнозування Т, % при ХП застосували встановлені попередніми дослідженнями фактори формування і глибини ОД: вік хворих, тривалість ХП, бального значення

копрограми, рівня гемоглобіну, кількісне значення УЗ-критеріїв ПЗ в балах. Був проведений уніваріантний, а потім мультиваріантний регресійний аналіз. Результатом стала наступна формула прогнозування Т, %: $Y = 29,02 + 1,13X_1 - 5,78X_2 + 10,57X_3 + 0,19X_4 - 0,39X_5$ ($R = 0,712$; $R^2 = 0,510$; $F = 87,43$; $t = 1,751$; $p < 0,05$), де x_1 – вік хворих на ХП; x_2 – тривалість захворювання (ХП); x_3 – копрограма, бали; x_4 – гемоглобін, г/л; x_5 – кількісне значення УЗ-критеріїв у балах. Таким чином, було розроблено математичну модель прогнозування наявності і глибини ОД при ХП на основі предикторних параметрів, що є доступними і загальноприйнятими характеристиками ХП в кожного конкретного хворого. Формулу можна використовувати для виділення груп ризику по виникненню ОД при ХП для своєчасного проведення профілактичних і лікувальних заходів з корекції даного патологічного стану. Метод математичного прогнозування апробували у 100 хворих на ХП. Його чутливість у вибірці становила більше 95,0 %, специфічність – 84,0 %.

Висновок. Розроблена і апробована математична модель прогнозування остеопорозу за рівнем Т, % в хворих на ХП створена на основі доступних для визначення характеристик ХП. Формулу можна використовувати для виділення груп ризику виникнення остеопорозу і його глибини при ХП для своєчасного проведення профілактичних і лікувальних заходів з корекції остеопорозу, що особливо актуально для рівня первинної медичної допомоги.

МЕМБРАННА ТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ: ОБГРУНТУВАННЯ, ЕФЕКТИВНІСТЬ

БОРИСЕНКО М.І.

м. Київ, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Функціональна активність клітин визначається станом біологічних мембран. Основну структурну роль у біологічних мембранах відіграють фосфоліпіди.

Метою дослідження стало вивчення стану структури і ліпідного компонента клітинних мембран при хронічному запаленні слизової оболонки гастродуоденальної зони та ефективності цілеспрямованої корекції виявлених зрушень.

Проведено комплексне клініко-параклінічне обстеження 219 дітей з хронічним гастродуоденітом у стадії загострення та 65 здорових дітей, віком від 7 до 15 років. Комплекс включав клінічні, інструментальні, лабораторні та морфологічні методи діагностики. Дослідження стану структури та ліпідного компонента мембран клітин проводилось до та після закінчення курсу лікування.

При хронічному запаленні слизової оболонки гастродуоденальної зони в стадії загострення зрушення в спектрах вищих жирних кислот загальних ліпідів клітин та мембранних фосфоліпідів, фосфоліпідів та НЕЖК сироватки крові, характеризувалися суттєвою дисацидемією, дефіцитом ПНЖК при активації перекисного окислення ліпідів по ферментному і безферментному шляхам, дефіциті вітаміну Е. Вміст вільного холестерину в мембранах лімфоцитів був достовірно зниженим. Електронномікроскопічне дослідження виявило наявність дезінтеграційних процесів у мембранах клітин слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки.

У хворих після загальноприйнятого курсу лікування (контрольна група) повної нормалізації структури клітинних мембран не відбулося. Це свідчить про доцільність застосування корекції ліпідного компонента мембран клітин та нормалізації активності перекисного окислення ліпідів у комплексному лікуванні хронічного запалення слизової оболонки гастродуоденальної зони.

Половина пацієнтів (*основна група*), що були під спостереженням, з метою нормалізації ліпідного компонента мембран клітин та зниження активності перекисного окислення ліпідів отримували, окрім загальноприйнятого лікувального комплексу, «*Біалім*». У хворих цієї групи після лікування нормалізувалися показники ліпідного компонента мембран клітин та перекисного окислення ліпідів. Також у них після лікування достовірно раніше, порівняно з пацієнтами контрольної групи, наступала клінічна ремісія та відбувалося загоєння ерозій.

Таким чином, порушення структури та складу ліпідного компонента мембран клітин при активації перекисного окислення ліпідів є однією з ланок патогенезу хронічних захворювань слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки і потребують корекції.

СТАН МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ ШЛУНКА ПРИ ХРОНІЧНОМУ ДУОДЕНІТІ У ФАЗІ ЗАГОСТРЕННЯ

БОРИСЕНКО М.І.

м. Київ, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Результати клінічних та експериментальних досліджень свідчать про те, що розвиток хронічного запального процесу в слизовій оболонці гастродуоденальної зони розпочинається із слизової оболонки дванадцятипалої кишки. Вивчення механізмів формування хронічного запалення і в слизовій оболонці шлунка дозволить розробити ефективні методи лікування та профілактики хронічного гастродуоденіту.

Метою даного дослідження стало вивчення стану місцевого імунітету шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на хронічний дуоденіт у фазі загострення.

Під спостереженням знаходилось 34 хворих з хронічним дуоденітом у фазі загострення віком від 7 до 15 років. Обстеження хворих було комплексним.

У дітей з хронічним дуоденітом у фазі загострення виявлено: достовірне наростання загальної кількості клітин у дуоденальному вмісті, питомої ваги лімфоцитів та нейтрофілів у цитограмі при достовірному зниженні рівня макрофагів, достовірне зниження показника фагоцитозу та фагоцитарного числа макрофагів і нейтрофілів, показника адгезивної здатності макрофагів, концентрації лізоциму та достовірне підвищення відсотка НСТ-позитивних макрофагів і нейтрофілів, рівня секреторного імуноглобуліну А та стафілококового антиальфатоксину. Зрушення в місцевому імунітеті шлунка проявлялися достовірним підвищенням загальної кількості клітин у шлунковому соку за рахунок лімфоцитів на фоні достовірного зниження макрофагів. Питома вага нейтрофілів залишалася в межах норми. Показники поглинальної функції макрофагів та нейтрофілів (ПФ, ФЧ) та показник адгезивної здатності макрофагів були достовірно зниженими при достовірному наростанні кількості НСТ-позитивних макрофагів та нейтрофілів, секреторного імуноглобуліну А та стафілококового антиальфатоксину.

Таким чином, при хронічному дуоденіті мають місце зрушення в місцевому імунітеті не тільки в дванадцятипалій кишці, а і в шлунку. Вони мають односпрямований характер але більш глибокі зрушення місцевого імунітету в дванадцятипалій кишці.

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕПАРАЦІЇ ТА ФІБРОЗУ ПРИ ПОЄДНАННІ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С З АЛКОГОЛЬНИМ ТА НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

ГАВРИЛЮК О.М.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

З метою вивчення морфологічних особливостей репарації та фіброзу при поєднанні вірусного гепатиту С (ВГС) з алкогольним (АСГ) та неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ) було проаналізовано історії хвороби та матеріали автопсійного дослідження 104 випадків: ВГС (35), ВГС+АСГ (32), ВГС+НАСГ (28). При поєднанні ВГС з АСГ або НАСГ спостерігалась спільна тенденція – значуще змінювалось співвідношення між різними гістотопографічними формами фіброзу: частота перичелюлярного та перисептального фіброзу зростала (в 12–12,8 і в 2,1 раза відповідно), а перидуктальний фіброз зустрічався рідше, ніж при ВГС (в 2,9–3,37 раза відповідно при ВГС+АСГ-

та ВГС+НАСГ). Значущими були також відмінності щодо типу дуктулярної реакції (ДР): зменшувалась частота перисептальної ДР, хоча вона й залишалась переважаючою при обох поєднаних захворюваннях (ПЗ) ($p < 0,05$), та відповідно зростала частота дифузної ДР. В обох варіантах ПЗ частіше виявлялась мікронодулярність та перинодулярні септи (в 3,27–3,31 рази, $p < 0,05$). Відмінності щодо паренхіматозних змін не були значущими, хоча частіше спостерігалась дисконкомплексція балок. З ознак регресії фіброзу адгезії та тонкі септи зустрічались рідше, а зближення портальних трактів і центральних вен та інтра-септальні гепатоцити (особливо при ВГС+НАСГ) – частіше, ніж при ВГС, але відмінності теж не були значущими. Отже, при поєднанні ВГС з АСГ та НАСГ нівелюються типові ознаки репарації і фіброзу, а також збільшується ступінь реорганізації печінкової часточки.

ЗОВНІШНЬОСЕКРЕТОРНА НЕДОСТАТНОСТЬ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ ТА ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ ТА ЇЇ ЛІКУВАННЯ ФЕРМЕНТНИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Гдаль В.А.

м. Київ, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Мета. Вивчити результати лікування хворих із зовнішньосекреторною недостатністю підшлункової залози (ЗНПЗ) у пацієнтів, з хронічним панкреатитом та цукровим діабетом 2 типу (ЦД 2 типу), при застосуванні ферментного препарату панкреатин у мінімікросферах.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 36 хворих, середній вік яких склав 49 років, із ЗНПЗ у пацієнтів з хронічним панкреатитом та ЦД 2 типу при застосуванні ферментного препарату панкреатин у мінімікросферах. У 7 хворих мав місце тяжкий перебіг хронічного панкреатиту, 14 – середньої тяжкості, у 15 спостерігався легкий перебіг захворювання. У всіх пацієнтів, за допомогою фекальної еластази-1 діагностувалась ЗНПЗ. Усім пацієнтам залежно від ступеня ЗНПЗ призначався ферментний препарат панкреатин у мінімікросферах у разовій дозі від 10 000 до 90 000 ОД ліпази під час їди, тривалістю 21 день.

Результати. У всіх пацієнтів покращилась зовнішньосекреторна функція підшлункової залози: зменшились диспептичні прояви, зменшилась кількість випорожнень і збільшилась вага тіла.

Висновок. Таким чином, пацієнтів з хронічним панкреатитом та ЦД 2 типу необхідно тестувати на ЗНПЗ і при її наявності призначати ферментний препарат панкреатин у мінімікросферах для замісної терапії

ПРО ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ «ХОЛЕЛЕСАНУ» ПРИ ХРОНІЧНОМУ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ ТА ДИСКІНЕЗІЇ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ ЗА ДАНИМИ МІСЬКОГО ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ №1 5-Ї КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ М. ЛЬВОВА

Гельнер З.А., Новосад А.Б., Івасівка Р.С., Матущак О.М., Короткий В.В., Крив'як П.Р.

м. Львів, Львівський медичний інститут, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У гастроентерологічній практиці проблема захворювань гепатобіліарної системи є однією з провідних. За даними статистики, за останні роки відбулося суттєво помітне зростання кількості пацієнтів з хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ) та дискінезією жовчовивідних шляхів (ДЖШ). Препарати різноманітної дії (холеретики, холекінетики, холінолітики, спазмоліти та інші) широко застосовують для лікування вказаної патології.

Актуальність проблеми полягає в тому, що жовч є важливим компонентом травних соків і бере безпосередню участь у розщепленні їжі, а також у стимуляції роботи кишечника за рахунок своєї подразнюючої дії.

Метою дослідження було вивчення ефективності вітчизняного препарату «Холелесан» корпорації «Артеріум», який є багатокомпонентним засобом натурального походження за рахунок поєднання екстрактів лікарських рослин (коренів куркуми довгої, плодів моркви дикої, квітів нагідок, цмину піщаного) та рослинних олій (м'яти перцевої та куркуми довгої). Препарат стимулює утворення жовчі, покращує її відтік, усуває болісні спазми жовчовивідних проток та запобігає застою жовчі в жовчному міхурі.

Нами обстежено 27 хворих з діагнозом ХНХ та ДЖШ. Вік пацієнтів коливався від 21 до 58 років (19 жінок та 8 чоловіків). У всіх хворих проводились загальноклінічні дослідження, функціональні проби печінки, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (УЗД).

Пацієнти отримували «Холелесан» по 2 капсули тричі на день за 30 хв до прийому їжі протягом 14 днів у поєднанні з протизапальними препаратами.

В результаті лікування у 83 % хворих припинився больовий синдром та диспепсичні ознаки (нудота, блювання жовчю, метеоризм, закрепи). Спостерігалась позитивна динаміка біохімічних показників та УЗД.

Отримані результати дозволяють рекомендувати застосовувати двотижневий курс «Холелесану» при ХНХ та ДЖШ і знизити економічні затрати.

ЕФЕКТИВНІСТЬ НОВОГО СПОСОБУ ПРОГНОЗУВАННЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

ПІВТОРАК К.В., ФЕДЖАГА І.В.

м. Вінниця, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Нами запропонований спосіб визначення наявності ендотеліальної дисфункції (ЕД) у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) [Патент України на винахід № 115726 С2]. Методами дискримінантного аналізу серед усіх антропометричних вимірів пацієнтів нами були виявлені основні показники, що несуть в собі найбільшу інформацію про наявність ЕД та НАЖХП у осіб першого зрілого віку. Обстежено 112 хворих на НАЖХП. Серед них 67 чоловіків і 45 жінок. У всіх пацієнтів вимірювали антропометричні параметри тіла. Уже на першому прийомі у лікаря визначали антропометричні параметри тіла пацієнтів, хворих на НАЖХП. Для верифікації діагнозу проводили ультразвукове дослідження печінки, визначали активність ферментних маркерів цитолізу (аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази) та холестази (лужної фосфатази), рівень загального білірубину і його фракцій, показників ліпідного обміну: загальний холестерин, холестерин ліпопротеїдів низької щільності, тригліцериди, холестерин ліпопротеїдів високої щільності.

За допомогою антропометричних вимірювань і застосування способу визначення наявності ЕД при НАЖХП було прогнозовано наявність ЕД у 82 пацієнтів, яким підтвердили діагноз після проведення спеціальних досліджень. У 57 пацієнтів ЕД виявили вперше.

Розроблений спосіб забезпечує можливість доступним і безпечним методом здійснювати об'єктивну оцінку наявності ЕД при НАЖХП, що дозволяє визначати ризик розвитку НАЖХП, своєчасно діагностувати хворобу та призначити профілактичні заходи або патогенетично обґрунтовану терапевтичну стратегію.

КОМОРБІДНІСТЬ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ІЗ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ С У ФАЗІ РЕМІСІЇ: АКТУАЛЬНІСТЬ, КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОЗНАКИ

ШАЙГЕН О.Р., БАБІНЕЦЬ Л.С.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Актуальність. Хронічний панкреатит (ХП) є одним із актуальних захворювань у сучасній медицині. Саме захворювання печінки і підшлункової залози (ПЗ) є найбільш тяжкою патологією гастроентерологічного профілю, оскільки нерідко призводять до інвалідизації хворих працездатного віку, потребують довготривалого лікування і подальшого нагляду за станом пацієнтів впродовж тривалого періоду. На сьогодні є недостатньо даних про вплив на ПЗ інфекційних агентів. Особливе зацікавлення клініцистів і науковців викликає вірусний гепатит С (ВГС), для якого притаманний безсимптомний (безжовтяничний) перебіг із подальшим розвитком хронічного процесу у 80% пацієнтів. Україна належить до країн із середньою поширеністю гепатиту С — інфіковано приблизно 3%. Однак, за результатами вибіркового моніторингу груп ризику, інфікованість вірусом гепатиту С серед деяких із них значно перевищує середньосвітові показники і досягає 40–60%. Тому вплив його на перебіг ХП, ймовірно, є високим.

Мета. Вивчити клінічний перебіг ХП у хворих із супутнім ВГС.

Матеріали і методи. Обстежено 57 хворих ХП, яких поділили на дві групи: I (20 хворих) – з ізольованим ХП; II - (37 хворих) - ХП у поєднанні з ВГС. Провели ретроспективний аналіз їхніх історій хворіб. Досліджували клінічний перебіг за допомогою адаптованої версії гастроентерологічного опитувальника (GSRS), структурний стан ПЗ - за УЗ-критеріями в балах, копрограму в балах, провели оцінку загального та біохімічного аналізів крові.

Результати та обговорення. У клінічному перебігу ХП із супутнім ВГС провідне місце займали наступні синдроми - больовий, диспепсичний і порушення випорожнення, що були більш значними, ніж у групі порівняння (вірогідна відмінність стосовно показників I групи ($p < 0,05$)). У хворих ХП із супутнім ВГС виявили анемію легкого ступеня, зниження рівня альбуміну у крові, гіпербілірубінемію, гіперхолестеринемію, підвищення рівня ферментів АЛТ та АСТ, підвищення рівнів амілази крові та діастази сечі (вірогідна відмінність стосовно I групи ($p < 0,05$)). У хворих ХП із супутнім ВГС копрограма склала ($5,20 \pm 0,82$) бали, а в хворих ХП – ($3,10 \pm 0,32$) бали (при супутньому ВГС виявлено значно вищий рівень стеатореї, креатореї й амілореї, запального синдрому і дисбактеріозу). У двох досліджуваних групах переважала стеаторея II типу. Глибина структурних змін у ПЗ за даними УЗД у групі хворих ХП із ВГС становила ($2,56 \pm 1,10$) балів, що відповідає процесу середнього ступеня тяжкості. У контрольній групі ступінь ураження склав ($1,90 \pm 0,60$) бали.

Висновок. За оцінкою даних дослідження, встановлено негативний вплив супутнього ВГС на перебіг ХП, що потребує урахування при складанні комплексного лікування.

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ СИНДРОМУ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

СОЛЕЙКО Л.П., СОЛЕЙКО О.В., БАШИНСЬКА В.П., ЛИНДЮК О.Р.

м. Вінниця, Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Дисплазія сполучної тканини (ДСТ) – це група генетично гетерогенних та клінічно поліморфних патологічних станів, об'єднаних порушенням формування сполучної тканини в ембріональному та постнатальному періодах. Високий ступінь колагенізації органів травлення дозволяє очікувати різноманітних проявів ДСТ: недостатність кардії, діафрагмальні грижі, аномалії форми та будови шлунка, дванадцятипалої кишки, жовчного міхура, дивертикули, інше.

Неанонімно проанкетовано 657 студентів другого та третього курсів медичного університету. Оригінальна анкета вміщувала фенотипові та вісцеральні маркери ДСТ. Для виявлення ДСТ

необхідно, щоб в анкетованих осіб були виявлені 6–8 маркерів (стигм). Студентів із ДСТ було 594, серед них 306 чоловіків та 288 жінок, віком від 19 до 21 року. Згідно з даними анкетування встановлено, що 83 % всіх опитуваних були детально обстежені (ЕКГ, ЕхоКГ, УЗД внутрішніх органів).

Встановлено, що в чоловічій популяції мають місце: дискінезія жовчовивідних шляхів – 29 осіб (9,47 %), гастрит – у 26 осіб (8,5 %), ГЕРХ та виразкова хвороба дванадцятипалої кишки – 12 осіб (3,9 %). У жіночій популяції більш широка палітра змін в травній системі, а саме: дискінезія жовчовивідних шляхів у 23 осіб (7,9 %), гастрит – 18 осіб (6,3 %), ГЕРХ та виразка дванадцятипалої кишки – 8 осіб (2,9 %), група аномалій – перегин жовчного міхура, аномалія розвитку жовчного міхура, деформація жовчного міхура склала 7 осіб (2,45 %).

Як висновок, у 594 студентів є недиференційована ДСТ. Серед них виявлені гастроентерологічні прояви у 127 осіб (21,4 %).

СТРУКТУРА УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ У ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС

Яцкевич О.Я.,¹ Яцкевич З.В.,² Корнійчук І.Ю.,¹ Пляцко М.Г.¹

м. Львів, Україна, ¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, ² м. Львів, Комунальна 4-та міська клінічна лікарня

У віддалені терміни після Чорнобильської катастрофи у хворих осіб, з числа ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській АЕС (ЛНА на ЧАЕС), значне місце займають ураження печінки.

Мета роботи. Встановити структуру ураження печінки у віддаленому періоді у ЛНА на ЧАЕС, які проходили лікування у комунальній 4-й міській клінічній лікарні м. Львова (К4МКЛ).

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням у К4МКЛ у 2017 році перебувало 137 чоловіків віком 56–75 років, ЛНА на ЧАЕС 1986–1987 років (100 %). Усі мали різноманітні ураження печінки. Проаналізовано історії хвороб і амбулаторні карти.

Результати. Було встановлено, що у ЛНА на ЧАЕС серед уражень печінки домінують хронічні токсичний, алкогольний, вірусні (В, С) гепатити (46 %); стеатоз печінки (алкоголь, цукровий діабет, порушення метаболізму), неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) (34 %); наступні цирози печінки (токсичний, алкогольний, вірусний, вторинний біліарний, внаслідок застійної СН) (18 %); менше аутоімунного і криптогенного гепатитів (2 %). Відмітимо, що в анамнезі чорнобильців, окрім впливу на них надмірної радіації, частими були вживання алкоголю у ранній післяаварійний час (68 %), куріння (85 %), застосування нестероїдних протизапальних та інших лікарських засобів, стрес, супутні 3–7 хвороб (найбільше ендокринної, серцево-судинної і травної систем) (100 %).

Висновки. Отже, у ЛНА на ЧАЕС у віддаленому періоді в структурі ураження печінки домінують хронічні гепатити, стеатоз, НАСГ, цирози печінки (частіше поєднаної етіології), також констатовано супутню поліморбідність.

д) нефрологія, урологія

РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ ПРИ ПОДАГРИЧНІЙ НЕФРОПАТІЇ

МОЙСЕЄНКО В.О., Крилова М.Г., Никула Т.Д., Брижаченко Т.П.

*м. Київ, Україна, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Київська міська клінічна лікарня № 3*

Мета роботи – вивчити нутриціологічні аспекти при метаболічних розладах у хворих з подагричною нефропатією за даними клінічних, лабораторних і інструментальних досліджень. Дієтичне харчування, спрямоване на скорочення вживання продуктів, багатих на пурини, щавлеву кислоту і переважання в щоденному меню їжі, здатної нормалізувати вироблення сечової кислоти, відновлення рН сечі (зсув з кислої реакції в лужну), сприяє обміну речовин при діабетичній нефропатії. При подагрі добовий білковий коефіцієнт має бути 80–90 г, жировий – 80–90 г, вуглеводний – 400 г; кількість калорій на добу 2600–2900 ккал; ретинолу 0,5 мг, тіаміну 1,5 мг, аскорбінової кислоти 150 мг; натрію 4 г, калію 3,5 г, кальцію 0,75 г та ін. Такий раціон сприяє покращанню стану сечовивідної системи, зменшує прояви діатезу, оксалурії, цистинурії. М'ясні та рибні продукти потрібно проварювати, щоб вивести частину пуринів з продуктів у бульйонний відвар. Далі, на основі отриманих відварених продуктів можна приготувати різні другі страви, але пам'ятати, що м'ясо можна вживати не частіше 2–3 разів на тиждень по 150 г, рибу можна їсти частіше, але порціями не більше 170 г. Харчуватися потрібно дробно, по 4–6 разів на день, випиваючи не менше 2,5 літра рідини. Раз у сім-десять днів можна влаштовувати дні розвантаження, коли їмо сир або фрукти чи кефір. Голодування неприпустиме, оскільки може спричинити ускладнення захворювання. Таким чином, нормалізація метаболічних процесів при дисметаболічних нефропатіях сприяє пуриновому обміну та сповільнює прогресування хвороб нирок.

е) неврологія, нейрохірургія та психіатрія

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ДИПРИВАН (ПРОПОФОЛ) ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З ТРАВМАТИЧНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕРВІВ

БАЗІК О.М., БУРКУШ І.І., ТРЕТЯК І.Б.

м. Київ, ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН У країни»

Проведено аналіз лікування 92 хворих з травматичними ушкодженнями периферичних нервів верхніх та нижніх кінцівок віком від 61 до 83 років (середній вік 67,2 року), що знаходились на лікуванні в Інституті нейрохірургії з 2011 по 2016 рр. З них 49 чоловіків (53,2 %) та 43 жінок (46,8 %).

За рівнем ушкодження хворі розподілялися наступним чином: з ушкодженнями плечового сплетення було 18 хворих (19,6 %), нервів верхніх кінцівок – 56 (60,9 %), нервів нижніх кінцівок – 15 (16,3 %), ушкодженням лицьового нерва – 3 (3,3 %).

Проводилися такі види хірургічних втручань: невроліз плечового сплетення – 42 (45,6 %), аутопластика плечового сплетення та нервів верхньої кінцівки – 9 (9,8 %), невротизація плечового сплетення – 11 (11,9 %), зшивання нервів верхньої та нижньої кінцівок – 27 (29,3 %), невротизація лицьового нерва – 3 (3,3 %).

Зважаючи на похилий вік хворих і наявність у більшості з них двох або більше супутніх захворювань, виникала потреба в проведенні передопераційної підготовки з урахуванням супутньої патології (стабілізація тиску, нормалізація функції серцево-судинної, ендокринної та видільної систем, корекції водно-електролітного балансу, контроль часу згортання крові).

Оперативні втручання у 79 хворих (85,8 %) проведені під комбінованим внутрішньовенним знеболюванням зі збереженням самостійного дихання. У 13 хворих (14,1 %) хірургічні втручання проводилися з використанням штучної вентиляції легень киснево-повітряною сумішшю. З метою адаптації хворого до апарату L1JBJ1 використовувалися м'язові релаксанти. Премедикація проводилася безпосередньо в операційній шляхом внутрішньовенного введення препаратів. Для введення в наркоз використовували диприван (пропафол) 1,8–2,0 мг/кг та оксибутират натрію 40–45 мг/кг. Підтримка анестезії проводилася шляхом постійної інфузії через інфузомат (2–3 мг/кг/год) або болюсним введенням дипривану (пропофолу) 25–30 мг та фентаніпу (0,0025 мг/кг/год).

Дози препаратів, що використовуються для індукційного та базисного наркозу з урахуванням зниженої функції видільної системи хворих доцільно зменшити на 30–35 % від середньої дози, що використовується у соматично здорових пацієнтів.

Для проведення інтроопераційної діагностики, що є важливою складовою при операціях на периферичних нервах, виникає необхідність у послабленні глибини наркотичного сну з метою отримання більш достовірних даних електростимуляції. В таких випадках є доцільним використання препарату ультракороткої дії диприван (пропофол).

Для забезпечення постійного контролю за життєдіяльністю хворих під час операційного втручання проводилося спостереження за артеріальним тиском, пульсом, показниками зовнішнього дихання, даними пульс-оксиметрії. В ході операції проводилася інгаляція зволеним киснем. Після операції хворі прокидалися достатньо швидко, збудження та інших побічних реакцій під час виходу з наркозу, як правило, не спостерігали. Хворі, у яких застосовували ШВЛ, після операції переводилися на самостійне дихання. Після екстубації їх у подальшому переводили в палату післяопераційного догляду, де за ними велося спостереження впродовж 60–90 хв. Після чого за від-

сутності ускладнень хворих переводили у загальне відділення – 85 хворих (92,4 %). При наявності відхилень з боку серцево-судинної системи, дихання або інших ускладнень хворі переводилися у відділення інтенсивної терапії – 7 чоловік (7,6 %).

Таким чином, диприван (пропофол) дає можливість не тільки адекватно провести знеболення під час оперативного втручання хворим похилого віку з ушкодженням периферичних нервів, а й забезпечує можливість проведення інтраопераційної діагностики, що є важливим фактором виборі хірургічної тактики. Диприван (пропофол) може розглядатися як препарат вибору проведення наркозу при оперативних втручаннях у хворих похилого віку з ушкодженням периферичних нервів під час операційного втручання.

ІНСУЛЬТ У ВАГІТНИХ

БОЖЕНКО Н.Л., БОЖЕНКО М.І.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність. В даний час інсульти у вагітних жінок – явище досить рідкісне: близько 5–15 випадків на 100 000 благополучних пологів. Проте, це дуже актуальна медична проблема, оскільки інсульт становить понад 12 % материнської смертності. Поширеність ішемічного інсульту у молодих жінок – 4,3–11 випадків на 100 000 на рік, тромбоз мозкових вен – частота 1 : 2 500 – 1 : 10 000. Найчастіше у 75 % випадків гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) відбувається між другим і третім тижнями післяпологового періоду. Вагітність підвищує ризик тромбозу мозкових вен у 13 раз. Організм жінки під час вагітності зазнає безліч змін, спрямованих на успішне виношування дитини. Серцево-судинна система відчуває величезне навантаження у цей період, тому при наявності певних чинників шанс розвитку захворювання збільшується. До них відносять: куріння до і під час вагітності, вік жінки старше 35 років, багатоплідні пологи, інфекційні захворювання. Ризик інсульту підвищується у пацієнок з тяжкими формами гестозу. Причинами розвитку ГПМК можуть бути: захворювання кровоносної системи, системи крові, цукровий діабет в анамнезі або діабет вагітних. Серед причин геморагічних інсультів провідними є аневризми та мальформації судин головного мозку.

Мета: провести порівняння судинних подій у вагітних, котрі знаходилися на стаціонарному лікуванні у неврологічному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні у 2018 р.

Матеріали і методи. Аналіз клінічних випадків хворих вагітних та породіллі, які знаходились на стаціонарному обстеженні та лікуванні у неврологічному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні у 2018 р.

Результати. На основі проаналізованих випадків отримано такі дані: з діагнозом ГПМК у 2018 році в неврологічному відділенні знаходилось 3 пацієнтки (2 хворі – ішемічний інсульт, 1 хвора – венозний інсульт). Вік хворих становив відповідно 27 років, 35 та 23. Терміни вагітності: 21 тиждень, 28 тижнів та 33-тя доба після перших термінових пологів. У двох пацієнок є здорова перша дитина, у хворої з венозним інфарктом у 2017 році був самовільний викидень, з приводу якого обстеження не проходила. Усім пацієнткам проведено окрім неврологічного огляду та лабораторних досліджень МРТ головного мозку, ЕКГ, ЕХО-КГ, консультації інших спеціалістів за потребою. В клінічній картині виявили: асиметрію носогубних складок, пожвавлення рефлексів справа, правобічну геміанестезію (3 хворі), геміатаксію (1хвора), у 2 (в тому числі при венозному інсульті) хворих спостерігалась моторна афазія. За даними МРТ: у 2 пацієнок виявлено лакунарний інфаркт мозку лівої таламічної ділянки (у однієї з них, окрім таламічного, виявлено ще й вогнище у лобній ділянці), у породіллі – венозний інфаркт головного мозку в тім'яній лівій частці внаслідок тромбозу верхнього сагітального синусу в передній та середній третині. Крім того, виявлено патологію Вілізєвого кола у 2 пацієнок – трифуркація ПМА. Під час вагітності у всіх обстежуваних спостерігались підйоми АТ. Консультація кардіолога проводилася у всіх хворих. Супутній діагноз у вигляді гіпертонічної хвороби виставлено у всіх досліджуваних, у пацієнтки з венозним інсультом ще тромбофілія? антифосфоліпідний синдром?, метроендометрит. Одній хворій проведено у 2016 р. мастектомію та хіміотерапію. Хворим з лакунарними інфарктами проведено лікування: аспі-

рин (кардіомагніл) 75 мг на добу, 0,9 % розчину хлориду натрію, розчин Рінгера. З покращенням вони виписані на 10-ту добу під нагляд невролога та гінеколога за місцем проживання. Пацієнтці з венозним інсультом проведено лікування: тіenam, магнезія, пантекс, метоклопрамід, клексан, допегіт, К, дуфалак, трихопол, інфулган, дібазол, папаверин, ксарелто, ентерожерміна. Надано рекомендації: лікування в ЦРЛ, лікування та спостереження в терапевта, невролога, гінеколога (вирішення питання про пригнічення лактації (достінекс), гематолога, ревматолога, судинного хірурга за місцем проживання, гіпохолестерина дієта, ксарелто 20 мг 1 раз на добу, контроль аналізу крові, аналізи крові на тромбофілію, ANA, антифосфоліпідний синдром, консультація та повторний огляд гематолога, ревматолога, невропатолога, судинного хірурга, кардіолога, МРТ головного мозку в судинному режимі в динаміці.

Висновки: 1. Інсульт – важке та небезпечне ускладнення при вагітності та родах.

2. При виникненні скарг неврологічного характеру необхідно проводити всебічне неврологічне обстеження хворої.

3. При підозрі на ГПМК необхідне проведення нейровізуалізації (МРТ).

4. Основу профілактики інсульту складає застосування антитромботичних препаратів. При вагітності треба враховувати їх вплив на плід та на перебіг вагітності.

5. Вчасна діагностика і правильне лікування даної категорії пацієнтів дозволить зменшити ризик виникнення повторного інсульту та знизити рівень інвалідизації.

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ НЕВРОПАТІЇ ЛИЦЬОВОГО НЕРВА ПРИ ІНФІКУВАННІ ГЕРПЕСВІРУСАМИ

ВАСИЛЬЄВА І.Г., ЖДАНОВА В.М., ХОНДА О.М., ЧОПИК Н.Г., ОЛЕКСЕНКО Н.П., ГАЛАНТА О.С., ЦЮБКО О.І., МАКАРОВА Т.А.

м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова Національної академії медичних наук України»

Невропатія лицьового нерва (ЛН) – одне з найпоширеніших захворювань периферичної нервової системи. Частота патології – 25 випадків на 100 тис. населення, середній вік хворих складає сорок років. Причинами невропатії черепних нервів (ЧН) та ЛН, зокрема, можуть бути різні фактори: судинні ураження та пухлини головного мозку, черепно-мозкові та краніофасціальні травми, а також інфекційні процеси, зокрема, нейровірусні інфекції. На сьогодні численні наукові дані вказують на зв'язок герпетичної інфекції з розвитком невропатій і невралгій ЧН. Інфікування черепних нервів герпесвірусами з подальшим периневральним поширенням вірусу призводить до серйозних функціональних та органічних розладів, у зв'язку з чим існує необхідність диференціальної діагностики вірусного ураження ЧН, особливо у випадках відсутності позитивної динаміки перебігу захворювання при застосуванні традиційних методів лікування хворих з даною патологією.

Метою даної роботи було дослідження присутності ДНК герпесвірусів людини (1 та 2 типів – HSV1/2, вірусу Варіцелла-Зостер – VZV, вірусу Епштейна-Барр – EBV, цитомегаловірусу – CMV, герпесів 6, 7 та 8 типів – HHV6, HHV7 та HHV8 відповідно) в крові пацієнтів з ураженням ЛН, а також вплив на перебіг хвороби застосування етіотропних препаратів.

Групу обстежуваних хворих склали пацієнти (41 особа) з ознаками невропатії ЛН, а саме: з відсутністю або значним обмеженням рухів мимічної мускулатури половини обличчя, лагофтальмом, зниженням або відсутністю надбровного, рогівкового та кон'юнктивального рефлексів. При МРТ-обстеженні пацієнтів даних за органічну патологію не виявлено. Наявність вірусу в крові пацієнтів визначали методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР).

В результаті дослідження венозної крові було виявлено ДНК вірусів герпетичної групи в крові 34 (82,9 %) пацієнтів. Найчастіше виявлялася ДНК вірусу герпесу 7-го типу – 85,3 % всіх випадків, а також вірусу Епштейна-Барр (23,5 %). Крім того, у 3 (8,8 %) хворих виявлено ДНК HHV6 і лише в одному випадку (2,9 %) – ДНК CMV. Слід відмітити високу частоту випадків інфікування двома або трьома вірусами – 7 (20,6 %) обстежених.

Після проведення відповідного медикаментозного етіотропного лікування спостерігався регрес неврологічної симптоматики та позитивна динаміка відновлення функції ЛН. Так, із 34 хворих у 18 (52,9 %) відзначалося повне відновлення функції, у 14 (41,2 %) – часткове, у 2 (5,9 %) – на час спостереження невропатологічна симптоматика залишалася без помітних змін. Частині хворих (16 осіб – 47,1 %) у випадку неповного відновлення функцій ЛН в комплексне лікування було включено фізіотерапевтичні методи: ультразвукову терапію або ультрафонофорез, електростимуляцію м'язової мускулатури обличчя. В результаті проведеного лікування повне відновлення було досягнуто у 14 (87,5%) хворих.

Таким чином, результати проведених досліджень демонструють необхідність визначення присутності вірусної ДНК у венозній крові хворих з невропатією ЛН, що буде сприяти призначенню відповідної терапії з метою підвищення ефективності лікування та покращення якості їх життя.

ВПЛИВ ФІБРИНОВОГО 3D МАТРИКСУ НА ЖИТТЄДІЯЛЬНІСТЬ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНУ АКТИВНІСТЬ НЕЙРОНАЛЬНИХ КЛІТИН ЗОНИ N. RAPHE В КУЛЬТУРІ

ВАСИЛЬЄВА І.Г., ОЛЕКСЕНКО Н.П., ЧОПИК Н.Г., ГАЛАНТА О.С., ЦЮБКО О.І., СНИЦАР Н.Д.

м. Київ, ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України», Україна

Сучасна клітинна терапія потребує використання біоконструкцій для локалізації трансплантованих клітин в зоні ураження. Особливо актуальним це є для вдосконалення методів нейрорепарації, оскільки функції нервової системи пов'язані з відновленням міжклітинних зв'язків і утворенням складної тривимірної цитоархітектоники. Серед численних матриксів для інкорпорації клітин певні переваги має фібрин, отриманий шляхом полімеризації фібриногену крові. Він є природнім регенеративним субстратом, що містить незамінні амінокислоти та трофічні фактори, легко піддається біодеградації та може бути аутологічним, що важливо для клінічного застосування.

В нашій роботі ми досліджували фібриновий матрикс низької щільності, отриманий із плазми крові (висхідний вміст тромбоцитів – 100 тис/мкл, фібриногену – 1,1 г/л) в якості носія нервових клітин – серотонінергічної популяції клітин зони n. raphe. Суспензію клітин вносили під час полімеризації (кінцева концентрація становила 100 млн/мл) із подальшим культивуванням в умовах *in vitro* (DMEM, 10 % FCS) протягом 2 тижнів.

Вже на 2-3-тю добу нервові клітини починали активно виселятися з матриксу, формуючи зону росту навколо нього. На 9–10-ту добу вони утворювали щільну мережу відростків, а на 14-ту добу фібриновий матрикс значною мірою деградував, залишаючи сформовану нервово-гліальну структуру.

Аналіз експресії генів-регуляторів серотоніногенезу методом ЗТ-ПЛР показав, що в даній популяції активно експресуються Pet 1 та Nkx 2.2 – маркерні гени детермінованих попередників серотоніногенезу. Наявність серотоніну підтверджено методом ІФА (його вміст становить $(0,69 \pm 12)$ нг/мг білка).

Гістохімічна візуалізація серотоніну в клітинах за методом Фалька-Хілларпа показала, що ті з них, які містять гранули нейромедіатора, утворюють зв'язки між собою та іншими клітинами, як у внутрішніх шарах матриксу, так і за його межами. Гранули розташовані переважно в цитоплазмі, інколи у аксонних пагорбах. Таким чином, ми спостерігали відновлення серотонінергічної мережі клітинами n. raphe, інкорпорованими у фібриновий матрикс.

Проведені дослідження дозволяють зробити висновок, що фібриновий матрикс є сприятливим поживним середовищем для транспортування та приживлення високоспеціалізованих нервових клітин, які успішно реалізують задану генетичну програму.

ТЕРАПЕВТИЧНИЙ КОМПЛЕКС РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ НА ШИЙНОМУ ТА ПОПЕРЕКОВОМУ РІВНЯХ ХРЕБТА

ГАРА І.

м. Київ, Медичний центр «Євролаб»

Стандарти лікування хворих з больовими синдромами остеохондрозу хребта в гострій стадії включають режим, рухові обмеження, медикаментозну терапію та електропроцедури, на стадії відновлення – фізіотерапію, рефлексотерапію, гірудотерапію, бальнеотерапію, масаж і ЛФК.

Мета роботи – вивчити результати застосування даного комплексу в амбулаторних умовах.

Спостерігали 43 пацієнтів, 24 чоловіків та 19 жінок, віком від 23 до 59 років. Давність хвороби: від декількох днів (13 хворих) до 1 року (21) і 2–4 років (3). Тригерні фактори: фізичне перевантаження (31), переохолодження (4), сидяча робота (19), соматичні захворювання (3), травми хребта (5). Клінічні прояви: рефлекторні синдроми на шийному і поперековому рівнях та їх комбінація – у 98 % хворих, у решти – компресійні синдроми. Обстеження: МРТ шийного та поперекового відділів хребта (ВХ), УЗД нирок, органів малого тазу, аналізи крові.

У всіх хворих виявлено кили міжхребцевих дисків різної локалізації та розмірів. Усім призначали комплекс медикаментозного лікування (НПЗЗ, дегідратуючі, судинні, міорелаксанти, протипароксизмальні, хондропротектори, п/в блокади зі стероїдами пролонгованої дії) із 10 сеансами релаксуючого масажу спини + ЛФК, до 10 сеансів РТ за гальмівною методикою з експозицією 20–30 хв з ФП препаратів НЕЕЛ у точки акупунктури. У гострій стадії доповнювали фонофорез з гідрокортизоном на locus morbi, у ранньому відновному періоді (на 7-й день терапії) – електрофорез карипазиму в поєднанні з еуфіліном протягом 20 днів. Досягнуто стійкого клінічного покращення у 93 % випадків.

Комплекс дозволяє скоротити тривалість та обсяг медикаментозної терапії, досягти стійкого відновлення неврологічної функції у пацієнтів різного віку в амбулаторних умовах.

КОМПЛЕКС РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

ГАРА І., ХОМЕНКО В.

м. Київ, Медичний центр «Євролаб», Україна

Спостерігали 39 хворих з вегетативною дисфункцією (27 жінок, 12 чоловіків, віком 19–35 років). Клінічно у 31 хворого переважали цефалгії, у 10 – кардіалгії, у 13 – поєднання симптомів, у 28 – астено-невротичні прояви, у 7 – синкопе, у 11 – вегетативно-судинні кризи. В анамнезі у 3 хворих закрита черепно-мозкова травма, у 5 – нейроінфекції, у 3 – пізні менахе та дисменорея, у 17 – патологія шлунково-кишкового тракту, у більшості – психоемоційне перевантаження соціального генезу.

Верифікація патології: клініко-неврологічне обстеження (неврологічний статус, ЕЕГ, ЕКГ, доплерографія судин голови та шиї, МРТ голови та МРАГ, огляд очного дна, рівень гормонів гіпофізу, щитоподібної залози, статевих, надниркових залоз, електроліти крові, Віт групи В, Д, вірусологічні дослідження), «Опитувальник для виявлення ознак вегетативних порушень» (Вейн А.М., 1998), індекс Кердо, дихальний коефіцієнт Хільденбрандта, вегетативне забезпечення (ортостатична проба) і вегетативна реактивність (рефлекс Даніні-Ашнера).

Комплекс терапії включав: медикаменти – Ноофен (Olfa) по 750 мг/добу 1 міс. Кальмавіс 550 мг (Genovia) двічі на добу 1 міс., фізіотерапію – масаж спини з акцентом на комірцеву зону № 10 та ЛФК, рефлексотерапію і фармакопунктуру у точки акупунктури Traumel S (HEEL). Комплекси повторювали 2–3 рази на рік циклічно до сезонного загострення.

Після лікування у 33 хворих отримали стійкі позитивні зміни: покращання самопочуття та сну, врівноваження психоемоційного стану, зняття або значне зменшення больового синдрому, припинення вегетативно-судинних кризів, нормалізація тонуусу і кровонаповнення судин головного мозку.

Запропонований комплекс терапії вегетативної дисфункції дає можливість досягти збалансування тону вегетативної нервової системи та стійкого клінічного ефекту в амбулаторних умовах.

ОСОБЛИВОСТІ МСКТ-ПЕРФУЗІЇ В МОНІТОРИНГУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КРИТИЧНИХ СТЕНОЗІВ ТА ОКЛЮЗІЙ БРАХІОЦЕФАЛЬНИХ АРТЕРІЙ

ГАРМАТИНА О.Ю.¹, РОБАК О.П.¹, МОРОЗ В.В.¹, КРАСІЛЬНИКОВ Р.Г.²

¹м. Київ, ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

²м. Київ, Національний віськово-медичний клінічний центр «ГВКГ»

Стенти та оклюзії брахіоцефальних артерій є фактором ризику розвитку ішемічного інсульту. З метою виявлення показань до оперативного втручання (поява ділянок гіперперфузії головного мозку та контролю виконаного лікування виконують перфузійну мультиспіральну комп'ютерну томографію.

Мета дослідження. Проаналізувати зміни показників перфузії головного мозку (ГМ) при стено-оклюзивній патології (СОП) брахіоцефальних артерій (БЦА) до та після хірургічної корекції за результатами перфузійної мультиспіральної комп'ютерної томографії.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати хірургічної корекції СОП БЦА (n = 57; стентування (n = 45), накладання екстра-інтракраніального мікроанастомозу (n = 12)). Наявність, ступінь стенозів та оклюзії БЦА встановлювали за результатами дуплексної сонографії, селективної церебральної ангіографії, МСКТАГ. Абсолютні значення об'ємної швидкості кровотоку (СВФСМА, мл/100 г/хв), об'єму мозкового кровотоку (СВВСМА, мл/100 г), середнього часу транзиту крові (МТТСМА, с), нормовані значення відносно контралатеральної сторони (nСВФСМА, nСВВСМА, nМТТСМА) розраховували в басейні середньої мозкової артерії (СМА). Статистично достовірними були результати при $p < 0,05$.

Результати. При звуженні просвіту БЦА $> 70\%$ виявляли гіперперфузію ГМ. Реєстрували погіршення показників перфузії в обох півкулях у вигляді зниження СВФСМА, nСВФСМА, збільшення nСВВСМА, nМТТСМА з переважним порушенням гемодинаміки іпсилатерально. В передопераційному періоді отримані наступні міжпівкульні показники: nСВФСМА $0,76 \pm 0,3$; nСВВСМА $1,04 \pm 0,16$; nМТТСМА $1,25 \pm 0,56$ ($p < 0,05$). Після хірургічної корекції перфузія ГМ покращувалась, міжпівкульна різниця зменшувалась та наближалась до 1 для всіх показників.

Висновки. ПМСКТ дозволяє виявляти зміни церебральної гемодинаміки при СОП БЦА з метою відбору пацієнтів до хірургічної корекції та оцінювати ефективність її проведення.

АНТИАНГІОГЕННА ТАРГЕТНА ТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ЗЛОЯКІСНИХ ГЛІАЛЬНИХ ПУХЛИН

ГЛАВАЦЬКИЙ О.Я., ЗЕМСКОВА О.В., ВАСИЛЬЄВА І.Г., ШУБА І.М., ПИЛИПАС О.Ю.

м. Київ, ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України»

На сьогодні перспективи покращення в лікуванні злоякісних гліальних пухлин пов'язані з антиангіогенною таргетною терапією, що базується на основі принципів молекулярної медицини. Антиангіогенна терапія проводиться з використанням факторів, що пригнічують ангіогенез на різних етапах розвитку пухлинного росту. Нами досліджена ефективність терапії бевацизумабом при рецидивних та первинних пухлинах головного мозку.

Методи. Бевацизумаб (BVZ) застосований при лікуванні 46 хворих (24 чоловіків та 18 жінок): у 31 пацієнтів рецидивні, у 13 – первинні гліобластоми (GB) і у двох – анапластичні астрцитоми.

У 8 випадках первинних пухлин гістоструктура верифікована шляхом стереотаксичної біопсії, у 7 – після хірургічної резекції. BVZ призначався з розрахунку 10–12 мг/кг маси тіла. Кількість курсів складала від 2 до 8 з інтервалом в 3 тижні. Як правило BVZ призначався на тлі ад'ювантної хіміотерапії темозоломідом.

Результати. При рецидивних GB за даними MRI об'єктивна відповідь (повна та часткова відповідь) отримана у 19 пацієнтів (61,3 %), середня тривалість ремісії становила $(9,5 \pm 1,0)$ міс. У 6 випадках спостереження триває, в одному з них воно перевищило 33 міс. У 8 пацієнтів ефект не отримано. При первинних гліобlastомах середня ремісія становила $(14,8 \pm 2,5)$ міс, при анапластичних астроцитомах спостереження триває.

Висновки: антиангіогенна таргетна терапія покращує результати лікування при злоякісних гліальних пухлинах.

ПОСТТРАВМАТИЧНА ВТОРИННА ГЕМОРАГІЧНА ПРОГРЕСІЯ КОНТУЗІЙНИХ ВОГНИЩ ГОЛОВНОГО МОЗКУ: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

Гудак П.С.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», Тернопільська університетська лікарня

Мета роботи: покращення результатів хірургічного лікування посттравматичної вторинної геморагічної прогресії (ВГП) контузієвих вогнищ головного мозку (КВГМ) шляхом уточнення термінів додаткових методів діагностики (СКТ, МРТ) і застосування оптимальної тактики хірургічного лікування.

Матеріали і методи дослідження. Протягом 2014–2017 рр. оперовано 44 пацієнти віком 19–57 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Тернопільській університетській лікарні з ВГП після черепно-мозкової травми (ЧМТ) за різних обставин. У 23 випадках чинником ЧМТ була дорожньо-транспортна пригода, в 12 – кримінальна травма, в 9 – побутова. Рівень свідомості пацієнтів при поступленні корелював від 3 до 15 балів за шкалою коми Глазго. Для діагностики застосовували СКТ (Philips Brilliant-64) та МРТ (1,5 Т). Обсяг втручання першочергово визначався тяжкістю стану пацієнта, об'ємом, локалізацією і терміном крововиливу, дислокацією серединних структур та набряком головного мозку. У переважній більшості пацієнтів (34) була проведена гемікраніектомія з аспірацією внутрішньочерепної гематоми.

Результати. Відмічено, що найчастіше ВГП діагностовано в осіб молодого та зрілого віку. Якщо пацієнт з моменту поступлення знаходився на керованому диханні (27) із застосуванням наркотичного знеболення, відмітити момент появи симптомів дислокації було неможливо у 8 випадках, що давало підставу до корекції терміну проведення СКТ-контролю, тобто в перші 3–8 годин після ЧМТ. В одного потерпілого з політравмою ВГП діагностовано через 8 годин в правій гемісфері та через 12 годин – ліворуч вже після проведеної операції видалення епі- та внутрішньомозкової гематом праворуч. Суттєво кращі результати (17) відмічені в тих випадках, де була мінімальна крововтрата та проведена своєчасна замісна гемотрансфузія. Шанси на виживання за нашими спостереженнями були вищими у тих пацієнтів, у яких була застосована гемікраніектомія. У 5 випадках ВГП КВГМ спостерігали після видалення гематоми в контрлатеральній гемісфері головного мозку. Летальний наслідок було констатовано у 7 потерпілих.

Висновки. Найчастіше ВГП КВГМ виникають у осіб молодого та зрілого віку і в окремих випадках можуть не проявлятися клінічно, тому СКТ-контроль першочергово показаний при наявності (прогресуванні) стовбурово-дислокаційного синдрому, або відсутності відновлення свідомості, а також в перші 3–6 годин від моменту поступлення пацієнта в стаціонар. Найоптимальнішим обсягом операції за наявності ВГП є гемікраніектомія з мінімальною (при можливості) інтраопераційною крововтратою.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ФРОНТАЛЬНОГО ЕНДОСКОПІЧНОГО ТРАНСКОРТИКАЛЬНОГО ДОСТУПУ ДО ПАТОЛОГІЇ ІІІ ШЛУНОЧКУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Гук А.П., Паламар О.І., Тесленко Д.С., Оконский Д.І., Аксьонов Р.В.
м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова
Національної академії медичних наук України»

Вступ. Транскортикальні ендоскопічні доступи широко застосовуються для хірургії ІІІ шлуночка [Myung-Hyun Kim, 2017]. Залежно від локалізації та щільності патології ІІІ шлуночка використовується транскортикальний трансвентрикулярний трансфорамінальний доступ, транскортикальний трансвентрикулярний трансхороїдальний доступ або їх комбінація [Elwatidy S.M. et al., 2017; Darkwah Oppong M. et al., 2017].

Матеріали та методи. У період 2015–2018 рр. нами проведено ретроспективний аналіз 27 пацієнтів з пухлинами та колоїдними кістами ІІІ шлуночка. Поширення патології в ІІІ шлуночок за локалізацією: передні та задні відділи ІІІ шлуночка (в тому числі 3 колоїдні кісти) – 6 хворих; задні відділи ІІІ шлуночка – 21 хворий. Гістологічний розподіл: астроцитома – 9; субependимома - 3; гліобластома – 4; пінеоцитома - 2; анапластична олігоастроцитома – 1; центральна нейроцитома – 3; колоїдна кіста ІІІ шлуночка – 5. Максимальний розмір пухлини в ІІІ шлуночку складав 5,2 см. Хірургічне лікування: ендоскопічний транскортикальний трансвентрикулярний трансхороїдальний доступ – 21 випадок, ендоскопічний транскортикальний трансвентрикулярний трансфорамінальний доступ – 6, або їх комбінація – 3 хворих. У всіх випадках проведено 100 % ендоскопічне видалення («fully endoscopic removal»).

Результати та обговорення. Радикальність видалення: 11 хворих – тотальне видалення; 16 – субтотальне видалення.

При транскортикальних доступах до ІІІ шлуночка брали до уваги розміри міжшлуночкових отворів (f. Monro): якщо розміри f. Monro були недостатні для видалення відповідної патології через міжшлуночкові отвори, підхід доповнювався трансхороїдальним доступом. За шкалою Карновського в післяопераційному періоді у всіх хворих було 70 або більше балів. Післяопераційна летальність відсутня.

Висновки:

Трансфорамінальні та трансхороїдальні доступи застосовуються залежно від розміру пухлини, розташування пухлини та розміру f. Monro.

Трансфорамінальний доступ залежить від розміру f. Monro, та може бути використаний не тільки для патології передніх відділів ІІІ шлуночка. Трансхороїдальний доступ або комбінацію з трансфорамінальним доступом слід використовувати, коли f. Monro не буде достатніх розмірів, а патологія поширюється в задні відділи ІІІ шлуночка.

Радикальне видалення глибинних внутрішньомозкових пухлин, що поширюються в ІІІ шлуночок, залишається обмеженим через проростання пухлини в критично важливі структури головного мозку.

ДЕЯКІ КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ У ВІДНОВНОМУ ТА РЕЗИДУАЛЬНОМУ ПЕРІОДАХ АНЕВРИЗМАЛЬНОГО СУБАРАХНОЇДАЛЬНОГО КРОВОВИЛИВУ

Дубе Х.В.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Аневризмальний субарахноїдальний крововилив (аСАК) складає 5 % з-поміж усіх інсультів. Частота аСАК складає 6 випадків на 100 тис. населення на рік. За даними літератури (Grasso G., 2017) деякі форми аСАК є прогностично несприятливими. Наукові публікації щодо клінічної

симптоматики у резидуальному та відновному періодах аСАК є поодинокими та суперечливими (Al-Khindi T., 2010; Wermer, M.J., 2007; Нор, J.W. 2001).

Метою роботи було вивчити клінічні особливості відновного та резидуального періодів аСАК.

Обстежено 113 пацієнтів (чоловіків – 64,60 %, жінок – 35,40 %), які перенесли аСАК, середній вік пацієнтів склав $(46,30 \pm 0,83)$ роки. Пацієнтів молодого віку (18–44 років) було 37,17 %, середнього (45–59 років) – 61,06 %. За катамнезом: до 1 року – 26,54 %, 1–5 років – 30,97 %, 6–10 років – 27,43 %, більше 10 – 13,27 % пацієнтів. У 79,65 % пацієнтів аневризми локалізувались у каротидному, у 20,35 % – у в/б басейні.

Виділяли клініко-анатомічні форми аСАК: у 51 пацієнта (45,13 %) був субарахноїдальний крововилив, у 30 (26,55 %) – субарахноїдально-паренхіматозний, у 21 (18,59 %) – субарахноїдально-вентрикулярний, у 11 (9,73 %) – субарахно-паренхіматозно-вентрикулярний. Крововилив з ураженням скроневої частки мали 16,81 % пацієнтів, лобної – 14,16 %, тім'яної – 13,27 %, потиличної – 3,54 %. Оперативне виключення аневризми перенесли 75,22 % пацієнтів.

Основними клінічними синдромами були: цефалгічний – у 90,26 % пацієнтів, рефлєкторно-пірамідної недостатності – у 53,09 %, ураження ЧМН – у 48,67 %, вестибулярний – у 31,85 %, синдром рухових розладів (парези) – у 23 %, чутливих розладів – 37,17 %, екстрапірамідних порушень – у 31,85 %, лікворно-гіпертензійний – у 18,58 %. У 67,25 % пацієнтів виявлені зміни емоційно-вольової сфери, у 83,18 % – когнітивні порушення.

Таким чином, встановлені неврологічні синдроми слід враховувати при плануванні терапевтичних заходів у даної категорії пацієнтів.

ЛІКУВАННЯ ОКОРУХОВИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З АДЕНОМАМИ ГІПОФІЗА В РАННІЙ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД

ЖдANOVA В.М., Єгорова Е.С.

м. Київ, Україна, ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

У хворих з аденомами гіпофіза (АГ) разом з погіршенням зорових функцій нерідко спостерігаються поєднані або ізольовані ушкодження III, IV, VI черепних нервів (ЧН), що супроводжуються окоруховими порушеннями. Переважно це буває при параселярному рості АГ з поширенням пухлини в кавернозний синус. Часткове або повне відновлення функцій ЧН можливе тільки після оперативного втручання (видалення пухлини).

У Інституті нейрохірургії в ранній післяопераційний період у пацієнтів з тотальним видаленням АГ успішно застосовується комплекс відновного лікування окорухових порушень, що включає медикаментозну терапію та фізіотерапевтичні методи (ультразвукова терапія малої потужності $(0,05-0,2 \text{ Вт/см}^2)$ в імпульсному режимі параорбітально) з наступною нейром'язовою електростимуляцією окорухових м'язів, спеціальний комплекс лікувальної фізкультури.

Проаналізовані результати лікування 240 хворих, що знаходилися на лікуванні в 2003–2018 рр. Пацієнтам тотально видалені АГ. В ранній післяопераційний період у 186 хворого спостерігалась дисфункція III ЧН, у 31 – III, IV, VI ЧН, 23 – VI ЧН. Двомстам хворим (1-ша група) проведено комплекс відновного лікування окорухових порушень, 40 хворим (2-га група) лікування не проводилося з тих чи інших причин.

Повне відновлення функцій ЧН через місяць спостерігалось у 89 (44,5 %) хворих першої групи та у 6 (15 %) пацієнтів другої групи.

Наш досвід свідчить про високу ефективність комплексного лікування окорухових порушень у пацієнтів з тотальним видаленням АГ, безпечність ультразвукової терапії та нейром'язової електростимуляції, що суттєво покращують якість життя хворих.

ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗАНЬ ДО ВІДНОВНИХ ОПЕРАЦІЙ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ПОШИРЕНИХ ІНТРА-ЕКСТРАКРАНІАЛЬНИХ КОНВЕКСИТАЛЬНИХ ПОЗАМОЗКОВИХ ПУХЛИН

КВАША М.С., МОРОЗОВ Т.А.

м. Київ, ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

Конвекситальні позамозкові пухлини (КПП) мають експансивно-інфільтративний ріст, проростаючи тверду мозкову оболонку (ТМО), кістки і шкіру склепіння черепа, а також часто поширюються за межі мозкового черепа. Екстракраніальне поширення КПП значно ускладнює проблеми хірургічного лікування та визначає їх специфічність (вибір доступу, етапність операції, хірургічна тактика, можливість радикального видалення, пластика дефектів кісток та шкіри склепіння черепа). Напрямок та широта інтра-екстракраніального поширення КПП обумовлює як особливості їх клінічних проявів, так і хірургічну тактику видалення пухлин та закриття утворених дефектів склепіння черепа.

Мета цієї роботи – на підставі власного досвіду виробити показання до відновного лікування після видалення поширених інтра-екстракраніальних КПП склепіння черепа.

Матеріали та методи. Робота заснована на аналізі результатів обстеження та лікування 22 хворих з різними поширеними інтра-екстракраніальними КПП склепіння черепа, що знаходилися на обстеженні та лікуванні у відділенні позамозкових пухлин, ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України» у 2016–2018 рр. Було 10 жінок і 12 чоловіків у віці від 23 до 67 років.

Результати. Первинна пластика виконана у 15 осіб, відстрочена (через 2–3 міс.) – у 4, пластика дефекту (через 6–12 і більше місяців) – у 3. Усунення дефектів проводилося за допомогою місцевих тканин (10), філатовським стеблом (5), вільною пересадкою шкіри (3), артерійованими аутоотрансплантатами, побудованими по ангіосомному типу з різних анатомічних регіонів для заміщення великих дефектів і деформацій склепіння черепа (5). У 5 складних випадках були використані можливості комп'ютерного моделювання при використанні аутоотрансплантатів, побудованих по ангіосомному типу. Детально проаналізовано ускладнення, які виникли при пересадці трансплантантів і плануванні операцій.

Висновки. З метою уніфікації відновного лікування після видалення поширених інтра-екстракраніальних КПП склепіння черепа ми виділили 3 категорії операцій: 1) негайне закриття обов'язкове за життєвими показаннями; 2) відновлювальні операції, необхідні за функціональними і естетичними показаннями, але можуть бути відстрочені на деякий час; 3) відновлювальні операції не обов'язкові, можуть застосовуватися вибірково.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ШКАЛИ КОМИ ГЛАЗГО У ВІДБОРІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЛЕГКИМ СТУПЕНЕМ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ НЕЙРОТРАВМИ

КОСТРИЦЯ Р.Б.

м. Київ, ДУ «Інститут нейрохірургії ім. академіка А.П. Ромоданова, НАМН України»

Мета роботи: встановити ефективність використання шкали коми Глазго (ШКГ) у відборі пацієнтів із закритою черепно-мозковою травмою (ЗЧМТ) для проведення комп'ютерної томографії (КТ) в гострому періоді.

Матеріали і методи: проведено оцінювання комп'ютерно-томографічних зображень 104 пацієнтів із гострою ЗЧМТ легкого ступеня.

Результати. У 98 випадках легкого ступеня ЗЧМТ за ШКГ, дані КТ були негативними. У 2 випадках, у пацієнтів віком старше 65 років та 3 випадках алкогольної інтоксикації були виявлені

зміни у вигляді згладжування конвексимальних підпаутинних просторів і легкого травматичного субарахноїдального крововиливу (САК). В 1 випадку (дитина віком до 2 років) було виявлено лінійний перелом без інтракраніальних змін.

Обговорення результатів. ШКГ – універсальна шкала оцінки неврологічних порушень пацієнта. У випадках тяжкого (8 балів і нижче) та середнього ступеня (9–12 балів) КТ проводиться в усіх випадках. Справжні дебати викликає застосування КТ у випадку легкого ступеня нейротравми (13–15 балів). Ми провели оцінювання 104 випадків використання КТ у пацієнтів із легким ступенем неврологічних порушень.

Дев'яносто вісім (94,2 %) випадків застосування КТ при легкому ступені пошкодження за ШКГ були негативними і не демонстрували змін. Лише в 6 (5,8 %) випадках КТ демонструвала зміни у вигляді підозри на легкі коркові забої – 2 (1,9 %), травматичного САК – 3 (2,9 %) і лінійного перелому – 1 (0,9 %).

Усі випадки змін у пацієнтів нашого спостереження відповідали так званій групі ризику. Відповідно до існуючих професійних рекомендацій – Американського Коледжу Радіології, Ньюорлеанські критерії відповідності та канадські правила проведення КТ, – застосування КТ у випадку легкої ЗЧМТ (ШКГ 2:13) повинно бути обмеженим, за винятком пацієнтів з групи ризику.

Висновок: призначення КТ у випадку ЗЧМТ легкого ступеня (ШКГ 2:13) повинно бути обмежено у всіх випадках, за винятком випадків пацієнтів групи ризику.

РІВНІ МУЗИЧНОГО СЛУХУ В ПАЦІЄНТІВ З ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ ТА ШИЗОАФЕКТИВНИМ РОЗЛАДОМ

Костюченко Н. В., Фільц О. О.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вступ. Музичний слух давно відомий як об'єкт психолого-педагогічних та медичних досліджень. Тестування музичних здібностей є багатоступеневим та мультикомпонентним, що дозволяє вивчити вплив наявності чи відсутності музикального слуху на перебіг захворювань, фізичну та психологічну здатність навчатися тощо.

Мета роботи: наукове обґрунтування значення методики діагностики музичного слуху у пацієнтів із параноїдною шизофренією та шизоафективним розладом.

Матеріали й методи. У роботі проводилось дослідження музичного слуху в 160 осіб віком від 18 до 35 років, з яких 40 пацієнтів із параноїдною шизофренією, 40 пацієнтів із шизоафективним розладом, які проходили лікування у КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» у 2015 р. та 80 здорових осіб.

Результати. Визначено, що основним критерієм комплексної процедури діагностики музичного слуху є чутливість до висоти тону, музичного дисонансу та здатність відтворення ритму мелодії. Порівняння психоакустичних властивостей поміж здоровими та хворими особами показало достовірну ($p < 0,05$) різницю у цих групах, з найменшою часткою осіб із розвиненим музичним слухом у хворих на параноїдну шизофренію, найбільшою – із шизоафективним розладом. Встановлено епідеміологічні значення рівнів музичного слуху в популяціях, які становлять $(66,25 \pm 5,29)$ % у здорових осіб, $(30,00 \pm 7,25)$ % – у хворих на параноїдну шизофренію, $(80,00 \pm 6,32)$ % – у хворих на шизоафективний розлад.

Висновки. Дане дослідження показує вагомість визначення музичних здібностей в пацієнтів із психопатологічними станами, що дасть можливість розширити прогностично-діагностичні перспективи в психіатричній практиці.

ВИДАЛЕННЯ ПУХЛИН КРИЖІВ ПЕРЕДНІМИ ДОСТУПАМИ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕНДОСКОПІЧНОЇ АСИСТЕНЦІЇ

Лешко М.М.¹, Слинько Є.І.¹, Хонда О.М.²

¹м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

² м. Київ, Київський медичний університет

Пухлини крижів найбільш часто видаляється традиційним для нейрохірургів заднім доступом. Проте часто ці пухлини мають вентральний ріст, поширюючись у порожнину малого тазу. В таких випадках пухлини доцільніше видаляти з передніх доступів, проте велика глибина рани обмежує можливість цієї методики. Останнім часом для таких втручань стали застосовувати ендоскопічну асистенцію.

Дане дослідження проведено з метою провести аналіз хірургічної технології та оцінити результати видалення пухлин крижів передніми доступами з використанням ендоскопічної асистенції.

Матеріал та методи. Вивчено дані, отримані при аналізі методів обстеження, хірургічного видалення пухлин крижів та результатів лікування у 8 хворих з пухлинами крижів, оперованими в Інституті нейрохірургії НАМН України у 2014–2018 роках, де використані обмежена нижня лапаротомія та асистуюча ендоскопічна технологія видалення пухлин криж і фіксації хребта. Результати лікування цих хворих порівняні з аналогічною групою з 8 хворих, де застосовані звичайні відкриті передні трансабдомінальні втручання.

Всі хворі мали пухлини крижів з поширенням в порожнину малого тазу.

Обстеження включало комп'ютерну томографію (КТ), магнітно-резонансну томографію (МРТ), електронейроміографію. Всебічно вивчали клініко-неврологічну симптоматику до операції, аналізували операційні знахідки, радикальність оперативних втручань. Контрольні рентгенографія, КТ або МРТ дослідження виконано всім хворим в ранньому післяопераційному періоді. Після операції перед випискою хворих детально оцінена неврологічна симптоматика. У віддаленому періоді її оцінювали при амбулаторних спостереженнях за хворими.

Результати. Видалення пухлин крижів шляхом виключно ендоскопічного втручання можливе не у всіх випадках і повинно виконуватися відповідно топографо-анатомічних показань, проте застосування ендоскопії як додаткового методу до обмеженої лапаротомії значно розширює можливості щодо радикального виконання операції. Врахування радіологічних топографо-анатомічних співвідношень пухлин крижів (за даними МРТ та КТ обстеження) є принциповим для планування проведення адекватного та радикального втручання з використанням ендоскопічної асистенції. Техніка відкритого та ендоскопічного видалення пухлин криж залежить від їх структурного співвідношення з спинномозковими корінцями, кістковими структурами крижів, внутрішніми органами малого тазу. Комбінація обмеженої нижньої лапаротомії та асистуючої ендоскопії значно поліпшують результати лікування хворих з пухлинами крижів.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ СТРУКТУР СІДНИЧОГО НЕРВА ПРИ ПУХЛИНАХ КРИЖІВ

Лешко М.М.¹, Слинько Є.І.¹, Малишева Т.А.¹, Хонда О.М.²

¹м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

²м. Київ, Київський медичний університет

Первинні новоутворення крижів рідкісні. Найбільш поширеними первинними пухлинами є хондрома, хондросаркома та остеобластокластома, хордома. Методом оптимального лікування є хірургічне видалення пухлин, які є слабо чутливими до променевої терапії та хіміотерапії. Досить часто пухлини призводять до компресії як самого сідничого нерва, так і гілок, які його фор-

мують. Резекція пухлин крижів є складною через особливості анатомії, труднощі в резекції пухлини по периферії та масивну кровотечу під час операції, а головне – забезпечення ефективної декомпресії сідничого нерва.

Мета дослідження полягала в удосконаленні техніки хірургічного видалення цих пухлин зі збереженням сідничого нерва або складових, які його формують, і вивчення морфогенезу компресії пухлиною крижів сідничого нерва та забезпечення його декомпресії.

Методи. Вивчено дані, отримані при аналізі результатів обстеження, хірургічного лікування, клінічних результатів лікування у 83 хворих з пухлинами крижів, оперованими в Інституті нейрохірургії з 1999 по 2018 роки. Тип пухлини визначали як такий, посередині яких хребців знаходився її умовний центр. Серед них у 28 були великі пухлини з ураженням всіх крижів (S1–S5 хребців), у 21 – був уражений верхній крижовий хребець (S1), у 18 – уражені середні крижові хребці (S2–S3) і у 16 – нижні крижові хребці (S4–S5). Пухлини могли частково поширюватися й на сусідні хребці. Класифікація дещо умовна, особливо враховуючи те, що ріст пухлини являв собою динамічний процес; в момент діагностики уражені S2–S3 хребці, через декілька місяців – вся крижова кістка. Такий розподіл виправдано тим, що ми робили акцент на вивченні особливостей хірургічної декомпресії сідничого нерва та гілок, з яких він складається, а це залежало від локалізації та поширення пухлини.

Обстеження включало комп'ютерну томографію (КТ), магнітно-резонансну томографію (МРТ), електронейроміографію. Всебічно вивчали клініко-неврологічну симптоматику до операції. Аналізували топографоанатомічні особливості пухлин і особливості компресії сідничого нерва та гілок, що його формують, оперативні доступи, операційні знахідки, техніку хірургічних втручань, спрямовану на звільнення сідничого нерва або гілок, які його формують. Контрольні рентгенографія, КТ або МРТ дослідження виконано всім хворим у ранньому післяопераційному періоді. На контрольних знімках оцінювали радикальність проведеного хірургічного втручання.

З урахуванням топографічних і гістологічних варіантів пухлин ми застосували такі доступи до крижів: задній доступ (59 випадки); трансперинеальний доступ (13 випадків); передні доступи (трансабдомінальний, ретроперитонеальний) (7); комбіновані доступи (4 випадки).

Результати. Ми виділили 4 типи компресії формуючих гілок та сідничого нерва:

- 1) компресія люмбосакрального стовбура в люмбосакральному куті;
- 2) компресія стовбура крила в проекції крила;
- 3) компресія стовбура крила з корінцями S2 і S3, що приєднувалися до нього та формували сідничий нерв (центральна компресія);
- 4) компресія стовбура сідничого нерва в сідничому отворі;
- 5) компресія корінців і гілок, які формують сідничий нерв у міжхребцевих отворах.

Безпосередньо після операції суттєвих поглиблень неврологічної симптоматики, як то – плегія стоп, анестезія в ділянках L5–S1–S2–S3–S4–S5 не відмічена в жодному випадку. У 18 випадках відмічена ізольована сенсорна радикулопатія, як правило, одного корінця L5 та S1, S2, S3, що проявлялась гіпестезією у відповідному дерматомі. Анестезії не було в жодному випадку. Як правило звучали 1–2 дерматомі. Симптоматики з боку 3 дерматомів не було жодного разу. У двох випадках констатовано парез підшовної флексії стопи. До кінця першого місяця після операції неврологічна симптоматика регресувала в усіх випадках.

Висновки. Повноцінне уявлення про тип і місце компресії сідничого нерва та гілок, які його формують, дозволяють адекватно спланувати оперативне втручання і збереження важливих нервових структур у процесі видалення пухлин крижів.

Повноцінна та обережна декомпресія сідничого нерва чи гілок, які його формують, призводить до суттєвого зниження неврологічних ускладнень (порівняно з літературними даними), дозволяє провести ранню активізацію хворих і прискорити подальшу реабілітацію.

ТЕХНОЛОГІЯ ВИДАЛЕННЯ ПУХЛИН КРИЖІВ БЛОКОМ. РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ

Лешко М.М.¹, Слинько Є.І.¹, Хонда О.М.²

¹м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

²м. Київ, Київський медичний університет

Пухлини крижів є рідкісними пухлинами кістки і складають від 7 % до 10 % усіх пухлин хребта. Пухлини крижів характеризуються широкою зоною інвазії в крижі, ростом навкруги нервових кінців, що суттєво ускладнює їх видалення блоком. Дане дослідження проведено з метою аналізу результатів видалення пухлин крижів блоком із заднього доступу.

Матеріал та методи. В аналіз включено 28 хворих з пухлинами крижів, яким виконано видалення пухлини блоком за період 2006–2018 років. Проаналізовано анамнестичні дані, клінічну картину захворювання. Сегментарні порушення ми розділили на радикулярні сенсорні порушення та радикулярні моторні порушення. В нашому дослідженні проведена оцінка хворих за проявами больового синдрому, сегментарних чутливих і моторних порушень; провідниковими чутливими та моторними порушеннями. В якості додаткових методів дослідження використовували рентгенографію крижів, магнітно-резонансну та комп'ютерну томографію. За допомогою інструментальних методів встановлювали рівень ураження, поперечну локалізацію пухлини, ступінь деструкції крижів, ступінь компресії корінців.

Результати. Біль у крижах відмічали в 95 % випадків, біль в ногах зустрічався у 39 % випадків. Слабкість ніг, переважно в ступнях мала місце в 21 % випадків. Гіпестезія в аногенітальній зоні зустрічалась у 68 % випадків. Тазові розлади відмічені у 39 % пацієнтів. З 28 хворих з пухлинами крижів, де виконане видалення пухлини блоком, в 14 випадках пухлини видалені тотально, в інших – субтотально. Термін спостереження у віддаленому періоді коливався від 8 міс. до 37 міс., в середньому дорівнював 19 місяців. У віддаленому періоді рецидиви відмічені у 16 хворих, всі випадки, де виконувалося субтотальне видалення. Всі хворі з рецидивами направлялися на променеву терапію. Повторне МРТ та КТ виконували через 6 місяців, оцінювали пацієнта неврологічно. При наявності рецидивів пухлин проводили додаткове опромінення.

Висновок. Задні доступи з резекцією сакральних пухлин та зі збереженням корінців у крижовому каналі дозволяють суттєво підвищити результати лікування та якість життя хворих.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЇ ФІКСАЦІЇ ПРИ ПУХЛИНАХ КРИЖІВ

Лешко М.М.¹, Слинько Є.І.¹, Хонда О.М.²

¹м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

²м. Київ, Київський медичний університет

Пухлини крижів часто призводять до дестабілізації як хребта, так і тазового кільця. Для їх видалення найбільш часто використовується задній доступ і, відповідно, операція закінчується транспедикулярною фіксацією. Фіксація поперекового відділу хребта є досить стандартною процедурою, проте фіксація крижів є неоднозначною з огляду на хірургічну техніку.

Дане дослідження проведено з метою проаналізувати хірургічну технологію та результати застосування транспедикулярної фіксації при пухлинах крижів.

Матеріал та методи. Вивчено дані, отримані при аналізі методів обстеження, хірургічного видалення пухлин крижів і застосування транспедикулярної фіксації у 56 хворих з пухлинами

крижів, оперованими в Інституті нейрохірургії з 2014 по 2018 роки, де були проведені видалення пухлини та фіксація нижніх поперекових хребців з крижами.

Обстеження включало комп'ютерну томографію (КТ), магнітно-резонансну томографію (МРТ), електронейроміографію. Всебічно вивчали клініко-неврологічну симптоматику до операції. Аналізували операційні знахідки, радикальність оперативних втручань. Контрольні рентгенографію, КТ або МРТ дослідження виконано всім хворим у ранньому післяопераційному періоді. Після операції перед випискою хворих детально оцінена неврологічна симптоматика. У віддаленому періоді її оцінювали при амбулаторних спостереженнях за хворими.

Результати. Доопераційне клінічне обстеження, КТ, МРТ, рентгенографія дозволяють встановити показання до хірургічного лікування. Ми порівнювали результати лікування хворих з пухлинами крижів, де застосовані транспедикулярні системи фіксації зі стандартними точками введення шурупів (15 хворих), з 41 хворим, де застосовані розроблені нами методики введення шурупів в тіла поперекових хребців і бічні маси крижів.

У першій групі хворих були 4 випадки ушкодження дурального мішка, 6 випадків руйнування кореня дуги в процесі встановлення транспедикулярного шурупа.

У другій групі хворих не було жодного випадку з ушкодженням сегментарних корінців чи дурального мішка. Не було жодного випадку руйнування кореня дуги в процесі встановлення транспедикулярного шурупа.

Висновок. При накладенні транспедикулярної системи фіксації хребта можливі наступні ускладнення: а) розрив дурального мішка, пошкодження нервових корінців; б) небезпека прориву передньої поверхні тіл хребців (можливість отримання судинної або вісцеральної травми); в) інфекція. У більшості випадків ці ускладнення пов'язані з неадекватними точками впровадження шурупів, неадекватними кутами їх впровадження, відсутністю інтраопераційного рентгенівського контролю положення шурупів. Ці ускладнення зустрічаються тим частіше, чим медіальніше розташовані до дурального мішка вхідні точки шурупів. При використанні класичних точок впровадження шурупів, навіть при правильному технічному застосуванні конструкції такі ускладнення зустрічаються як наслідок анатомічної варіації хребта. Як показали наші дослідження, їх можна мінімізувати, тільки змістивши точки впровадження шурупів латерально. Розроблені нові точки і кути введення шурупів дозволяють повністю уникнути небезпеки пошкодження дурального мішка.

КЛІНІКО-АНАТОМІЧНІ СПІВСТАВЛЕННЯ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНІЙ СИСТЕМІ ГОЛОВНОГО МОЗКУ З ВАРІАНТАМИ РОЗВИТКУ СУДИННОЇ СИСТЕМИ ЗА ДАНИМИ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДОПЛЕРОГРАФІЇ

Михаль А.В.

м. Київ, ДУ «Інститут нейрохірургії ім.акад. А.П. Ромоданова НАМН У країни»

Нейросудинна патологія головного мозку є однією з актуальних проблем через високий рівень захворюваності та летальності. Протягом останнього десятиріччя помічено прогресування цереброваскулярних захворювань у людей молодого та середнього віку, які на ранніх стадіях важко об'єктивізувати, а на пізніх – нерідко важко лікувати.

У структурі причин судинно-мозкової недостатності патологічні деформації та вроджені аномалії розвитку хребтової артерії (ХА) займають провідне місце.

Проведено клініко-анатомічне співставлення клінічної картини порушення мозкового кровообігу з варіантами анатомічної будови вертебробазиліарного басейну (ВББ) головного мозку за даними ультразвукової доплерографії (УЗДГ) у 58 хворих. Серед пацієнтів з вертебробазиліарною недостатністю мозкового кровообігу відмічено 76 % жінок та 24 % чоловіків. У 55 % пацієнтів головні болі мали мігреноподібний характер, у 25 % відмічена цефалгія по типу гемікранії. У більшості хворих – симптоматика вираженої вертебробазиліарної недостатності кровообігу з го-

ловокружінням, запамороченням, шумом у голові, зниженням пам'яті та зоровими порушеннями, вестибулопатією.

За даними УЗДГ, серед варіантів розвитку судин ВББ – подвоєння ХА, частіше правої сторони, перегини судин, варіанти високого входу на рівні С5, С4, С3 хребців, малий ліаметр та гіпоплазія виявлені у 74 % хворих. Артерії були малого діаметру, нижня гілка розмірами від 2,8 до 2,0 мм, верхня гілка була гіпоплазована, розмірами від 1,2 до 2,0 мм. Нижня гілка ХА входила на рівні С6 хребця в канал хребта, що утворюється отворами поперечних відростків шийних хребців, а верхня гілка ХА в усіх випадках входила вище – на рівні С6–С5, С5–С4 хребців, часто на рівні С4–С3 хребців.

Лінійна швидкість кровотоку (ЛШК) при таких подвоєних хребтових артеріях у нижній гілці була в межах норми або знижена, а по верхній гілці ХА – завжди знижена. Вище місця з'єднання обох гілок ХА лінійна швидкість кровотоку у половини пацієнтів була в межах норми (в результаті колатерального забезпечення), а у іншій половини хворих знижена – виявлявся дефіцит. Такі зміни кровотоку ХА спостерігалися в дистальних сегментах на рівні С4 хребця.

Таким чином, клініко-анатомічне співставлення особливостей судин вертебробазиллярної системи за даними УЗДГ дають можливість пояснити генез та вираженість клінічної картини порушення мозкового кровообігу, при цьому уточнити діагноз та визначити адекватну лікувальну тактику, включаючи хірургічне лікування у даного контингенту хворих.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ НЕПУХЛИННИХ ПАРА-ІНТРАВЕНТРИКУЛЯРНИХ КІСТ У ДІТЕЙ

Михалюк В.С.*, Марущенко Л.Л.*, ВЕРБОВА Л.М.*, ПРОЦЕНКО І.П.*, СВИСТ А.О.*, ГАВРИШ Р.В.*, МАРУЩЕНКО М.О.**

*м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. Ромоданова» НАМН України,

**м. Київ, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Мета дослідження: оцінити ефективність хірургічного лікування непухлинних пара-інтравентрикулярних кіст (НПІВК) головного мозку різної етіології у дітей.

Матеріал і методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 166 пацієнтів із НПІВК, які були прооперовані у Державній установі «Інститут нейрохірургії ім. А.П.Ромоданова НАМН України» у 2006–2016 рр. Вік пацієнтів від 1 міс. до 17 років. Дівчатка/хлопчики – 1 : 1,2. Сімдесят п'ять (45,2 %) пацієнтів дівчатка, 91 (54,8 %) – хлопчики. До I групи увійшли 86 (51,8 %) дітей із постзапальними лікворними кістами; до II групи – 80 (48,2 %) пацієнтів із дисонтогенетичними. Постзапальні кісти були переважно внутрішньошлуночкової локалізації, дисонтогенетичні – паравентрикулярної. Усі пацієнти мали виражені симптоми внутрішньочерепної гіпертензії. Екстракраніальне дренивання кіст із подальшим проведенням лікворощунтуючої операції (ЛШО) було виконано 104 хворим. Цистостомія була проведена у 166 хворих: ендоскопічна фенестрація стінок кіст – у 134, мікрохірургічне лікування – у 32. Катамнез від 2 до 7 років був простежений у 137 (82,5 %) хворих.

Результати і обговорення. При високій ефективності як мікрохірургічних, так і ендоскопічних операцій, ендоскопічні супроводжуються меншою крововтратою, меншою тривалістю операції та коротшим періодом госпіталізації ($p < 0,05$). У випадках НПІВК дисонтогенетичного походження імовірність компенсації лікворної циркуляції без застосування ЛШО перевищує 70 %. Постзапальний характер патології зумовлює необхідність екстракраніального дренажу ліквору.

Висновок. Диференційований підхід до планування хірургічних втручань з урахуванням етіології НПІВК та обґрунтована комбінація внутрішньочерепного та екстракраніального дренажу ліквору, дозволяють зменшити кількість пацієнтів, які потребують проведення ЛШО і пов'язаних з нею ускладнень.

СУЧАСНІ КЛІНІЧНІ ПРОТОКОЛИ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

МУРАТОВА Т.М., ХРАМЦОВ Д.М., ВОРОХТА Ю.М., ОЛЕЙНИК С.М., ВІКАРЕНКО М.С., КОЗЛОВА Г.Г., ДОБУШ І.В.

м. Одеса, Одеський національний медичний університет

Неадекватна та несвоєчасна медична допомога на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах, неефективне впровадження у практику сучасних методів діагностики та лікування, відповідно до затверджених клінічних протоколів, а також кадровий дефіцит призводять до фатальних наслідків інсульту та інвалідизації. Наслідком розвитку наукових досліджень у галузі інсультології стала можливість для реалізації концепції «час – мозок», яка сформувала нове ставлення до інсульту з визнанням його невідкладним станом, лікування якого вимагає екстреної госпіталізації, а надання медичної допомоги здійснюється в перші години з моменту його розвитку в спеціалізованих інсультних відділеннях, в штаті яких повинні працювати підготовлені спеціалісти мультидисциплінарної команди.

З метою наближення до стандартів лікування хворих на інсульт до рівня економічно розвинених країн, виникає необхідність розробки регіональних протоколів, з регламентацією дій на всіх етапах медичної допомоги – догоспітальному, госпітальному (первинного, вторинного та третинного рівнів), реабілітаційному та профілактичному. В останні роки основна увага приділяється впровадженню ендovasкулярних методів реканалізації при ішемічному інсульті. Втім існуючий на сьогодні уніфікований клінічний протокол не враховує положення оновлених Рекомендацій 2018 року Американської асоціації серця/Американської асоціації інсульту (American Heart Association/American Stroke Association). Подальша робота в цьому напрямку має бути пріоритетом для неврологічної служби.

ОСОБЛИВОСТІ ЦЕРЕБРАЛЬНИХ ЗМІН У ПАЦІЄНТІВ З ПОСТКОНТУЗІЙНИМ СИНДРОМОМ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ ЗА ДАНИМИ ПЕРФУЗІЙНОЇ ОФЕКТ

НОВІКОВА Т.Г., НІКОЛОВ М.О.¹, МАКЕЄВ С.С., КАДЖАЯ Н.В., КОВАЛЬ С.С.,
МАРТИШ Є.В.²

м. Київ, ДУ «Інститут нейрохірургії ім. академіка А.П.Ромоданова, НАМН України»

¹*м. Київ, Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»*

²*м. Київ, Київський Національний університет імені Тараса Шевченка*

Мета. Оцінити ефективність застосування ОФЕКТ з перфузійним РФП в комплексній діагностиці церебральних змін у пацієнтів з постконтузійним синдромом внаслідок бойових дій.

Матеріал і методи. Обстежено 13 чоловіків, у віці від 29 до 51 років, з постконтузійним синдромом різного ступеня тяжкості.

Всі пацієнти пройшли комплексне клінічне обстеження, що включало нейропсихологічне тестування, ультразвукову діагностику магістральних судин голови (УЗД), однофотонну емісійну комп'ютерну томографію (ОФЕКТ).

ОФЕКТ проводилася на гамма-камері «E. Cam» (Siemens) з використанням ^{99m}Tc-НМРАО виробництва «Polatom» (Польща).

Результати. Типовими клінічними висновками для хворих, що досліджувались, за даними нейропсихологічного тестування були: посттравматичний стресовий розлад, тривожно-дистрофічний синдром, середній та виражений мнестично-когнітивний дефіцит. Результати УЗД в загальному випадку не відзначали відхилень від норми. За даними ОФЕКТ відмічається рівно-

мірне зниження ефективної перфузії півкуль до (35 ± 7) мл/хв/100г (норма 50–60 мл/хв/100г) та дифузно-нерівномірний розподіл ^{99m}Tc -НМРАО в корі. Об'ємний мозковий кровотік в півкулях і сегментах головного мозку досить виразно корелював з кількісними показниками нейропсихологічного тестування ($r = 0,59-0,80$): при збільшенні тяжкості проявів постконтузійного синдрому кровотік головного мозку теж мав тенденцію до збільшення. У пацієнтів з постконтузійним синдромом збільшується перфузія, це ознака збільшення ступеня нейродистрофічних змін, зниження когнітивних функцій, гіперзбудливості. Визначається високий кореляційний зв'язок ($r = 0,68-0,76$) між асиметріями накопичення ^{99m}Tc -НМРАО в півкулях і лобових ділянках головного мозку та значеннями шкали гіперзбудливості: при збільшенні показника гіперзбудливості збільшується накопичення препарату в правій півкулі, хоча абсолютні значення асиметрії знаходились в межах $\pm 5\%$.

Висновки. ОФЕКТ з перфузійним РФП дозволяє визначити зміни церебрального кровотоку у пацієнтів з постконтузійним синдромом, який стався внаслідок бойових дій. Встановлено, що результати ОФЕКТ-дослідження корелюють з результатами нейропсихологічного тестування. Для достовірної оцінки стану мозкового кровотоку доцільно комплексне використання ОФЕКТ, що відображає стан перфузії паренхіми головного мозку та ультразвукової діагностики магістральних судин голови.

ЕНДОСКОПІЯ У ХІРУРГІЇ ОСНОВИ ЧЕРЕПА

Паламар О.І., Гук А.П., Аксьонов Р.В., Оконський Д.І., Тесленко Д.І.
*м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова
Національної академії медичних наук України»*

Вступ. Хірургічне лікування пухлин основи черепа супроводжується високим ризиком виникнення неврологічного дефіциту, погіршення якості життя хворих у післяопераційному періоді. Ускладнення хірургічного лікування можуть бути обумовлені: травматичністю доступу, поширенням пухлини на життєво важливі анатомічні структури, функціонально значимі ділянки головного мозку. Ендоскопічні методики знайшли широке використання в різних субспеціальностях нейрохірургії, зокрема: пухлини основи черепу, аденоми гіпофізу, внутрішньошлуночкові, глибокі внутрішньомозкові пухлини, спінальна нейрохірургія.

Матеріали та методи. Проаналізовано хірургічне лікування в 148 хворих,

Ендоскопічна методика застосовувалась при пухлинах основи черепа: аденоми гіпофізу – 122 (82,4 %), краніофарингіоми – 8 (5,4 %), пухлини мосто-мозочкового кута – 7 (12,2 %).

Серед основної патології проводились наступні хірургічні втручання: ендоскопічний ендоназальний трансфеноїдальний доступ – 130 (87,8 %), ендоскопічна асистенція – 7 (12,2 %).

Результати. Тотальне видалення пухлин було досягнуто у 100 (67,5 %) випадках, субтотальне видалення – 24 (16,2 %), часткове видалення досягнуто у 13 (8,7 %) хворих. Ускладнення виявлено у 9 (6 %) хворих.

Висновки. Ендоскопічна методика є ефективною у лікуванні хворих з патологією основи черепа, її застосування поліпшує результати лікування, знижує кількість післяопераційних ускладнень, що дає підстави включити її використання до уніфікованих протоколів лікування хворих з пухлинами основи черепа.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГРИЖАМИ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА МЕТОДОМ ПУНКЦІЙНОЇ ЛАЗЕРНОЇ МІКРОДИСКЕКТОМІЇ

ПЕДАЧЕНКО Є.Г.¹, ПЕДАЧЕНКО Ю.Є.^{1,2}, КРАМАРЕНКО В.А.¹, ТАНАСІЙЧУК О.Ф.¹, ХИЖНЯК М.В.¹, КРАСИЛЕНКО О.П.¹, ФУРМАН А.М.¹, МАКЕЄВА Т.І.^{1,2}.

¹м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

²м. Київ, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Мета дослідження: Оцінити віддалені результати лікування пацієнтів з грижами шийних міжхребцевих дисків (МХД), оперованих методом пункційної лазерної мікродискетомії (ПЛД).

Матеріали і методи: ПЛД проводили при медіанній і парамедіанних грижах розміром до 4 мм і високій гідрофільності МХД у 169 пацієнтів з нейрокомпресійними і рефлекторними синдромами шийного відділу хребта. З них 95 хворих оперовані на 2 рівнях, 8 – на 3 рівнях. Протипоказаннями до ПЛД вважали секвестровані грижі, стеноз хребтового каналу, сегментарну нестабільність, грубий деформуючий спондиліоз.

Середній вік оперованих – (41 ± 3,2) року. Анамнез захворювання до операції склав 3 міс. – 1,5 року; післяопераційний катанез – 1 рік – 20 років.

Результати та обговорення: Стійкий регрес дискогенної симптоматики (за рахунок нуклеотомії, мікрофенестрації, дерецепції і декомпресії МХД, індукції його «хрящової метаплазії» та регенерації) був досягнутий у 162 оперованих методом ПЛД (95,9 %).

Відкриті реоперації на оперованому методом ПЛД рівні потрібні були 7 пацієнтам (4,1 %). У 2 пацієнтів (1,2 %) в післяопераційному періоді спостерігався асептичний лазерний дисцит.

Висновки: Методика ПЛД, завдяки широкому спектру лікувальних ефектів, дозволяє досягти стійких позитивних результатів у 95,9 % випадків, знижуючи при цьому травматичність операції і терміни реабілітації.

ХАРАКТЕР ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЛАТЕРАЛІЗАЦІЇ ВОГНИЩА ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

ПОПОВА І.Ю., СТЕПАНЕНКО І.В., ЛИХАЧОВА Т.А.

м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

Мета роботи: вивчити особливості психоемоційного реагування хворих з мозковим ішемічним інсультом (МІІ) в залежності від латералізації вогнища і розробити рекомендації щодо їх корекції.

Матеріал і методи. Обстежено 120 хворих з МІІ до та після курсу реабілітації. Вогнище в правій півкулі головного мозку було виявлене у 56 % хворих (І група), в лівій півкулі – у 44 % (ІІ група). Психоемоційні розлади вивчалися за тестом ММРІ в модифікації Ф.Б. Березіна. Функціональні можливості оцінювалися за індексом активності (ІА), де враховувався психічний, фізичний стан і рівень самообслуговування в балах. У здорових ІА становить 97 балів.

Результати та їх обговорення. До початку реабілітації ІА в середньому по групах був однаковим і дорівнював близько 70 балів. У хворих ІІ групи до лікування, за даними нейропсихологічного тестування, дезадаптація була зумовлена тривожно-депресивними проявами. В кінці курсу лікування відмічено зниження рівня депресії та поліпшення рівня соціальної адаптації. ІА в середньому дорівнював 82 балам. У хворих І групи до лікування соціальна дезадаптація, окрім депресивних, була обумовлена і апатичними тенденціями, тобто низьким рівнем активності при проведенні лікування. В кінці курсу реабілітації спостерігались ознаки психопатизації особистості, відчуження від оточення,

агресивні реакції, пасивність поведінки. ІА становив 78 балів. Лікування було розцінене, як ефективне, у 46 % хворих, тоді як в ІІ групі позитивні результати отримані у 75 % хворих.

Висновки. Латералізація ішемічного ураження головного мозку має суттєве значення і впливає на ефективність лікування. З метою покращення результатів реабілітації у хворих з ураженням правої півкулі мозку необхідна медикаментозна корекція психоемоційного стану, спрямована на підвищення їх активності, зменшення аутичних проявів.

ІНТЕНСИВНІСТЬ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ВЕНТРАЛЬНИХ ДЕКОМПРЕСИВНО-СТАБІЛІЗУЮЧИХ ВТРУЧАНЬ НА ШИЙНОМУ РІВНІ

Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.

м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

Мета: визначити інтенсивність больового синдрому у постраждалих з травматичним ураженням шийного відділу хребта на субаксіальному рівні після декомпресивно-стабілізуючих хірургічних втручань з використанням різних типів імплантатів.

Матеріали та методи: клінічний матеріал складався з 62 пацієнтів з різними травматичними ушкодженнями шийного відділу хребта на субаксіальному рівні. З метою виключення впливу виражених неврологічних розладів на результати, дослідження включало пацієнтів, чий неврологічний статус за шкалою ASIA відповідав групам D та E. Всім пацієнтам виконували вентральну декомпресію спинного мозку за допомогою субтотальної резекції ушкодженого тіла хребця і проведення вентрального бісегментарного цервікоспондилодезу. Як тілозамінно-стабілізуючу систему в першій групі (33 пацієнти) ми використовували вертикальний циліндричний сітчастий імплантат у комбінації з ригідною вентральною пластиною, у другій (29 пацієнтів) – телескопічний тілозамінний імплантат.

Всі пацієнти пройшли оцінку інтенсивності болю з використанням десятизначної Numeric Rating Scale під час прийому до клініки через 5–7 днів після хірургічного втручання, під час оглядів через 3, 6 та 12–18 місяців після операції. Рентгенографія шийного відділу хребта та комп'ютерна томографія проводилися одночасно.

Результати: у передопераційному періоді всі пацієнти оцінюють відчуття болю у діапазоні від 6 до 10 балів. Інтенсивність больового синдрому суттєво не відрізнялась для першої та другої груп хворих. Отже, перша група демонструє ($8,57 \pm 1,36$) балів, друга – ($8,45 \pm 1,58$) балів. Student's test для незалежних груп перемінних (p) становить 0,932.

У ранньому післяопераційному періоді друга група хворих характеризується значно меншим рівнем болю – ($3,02 \pm 1,15$) балів у порівнянні з ($3,98 \pm 1,29$) першої групи, $p = 0,035$.

Тримісячний післяопераційний термін показує, що біль у пацієнтів першої групи залишається на значно вищому рівні, ніж у другій: ($3,48 \pm 1,15$) проти ($2,12 \pm 0,97$) балів, $p = 0,001$.

Через 6 місяців після операції попереднє співвідношення досліджуваних значень залишається, але різниця не є статистично значущою ($p = 0,121$). До цього часу в більшості випадків завершується процес консолідації та заміщення наповнювача конструкцій кістковою тканиною, що у всіх випадках стабілізує систему «імплантат–тіло хребця» і допомагає зменшити інтенсивність впливу факторів, які спричиняють болісні відчуття пацієнтів.

До кінцевого терміну різниця значень не є статистично значущою ($p = 0,324$). Завершений процес формування кісткової регенерації та адаптації зв'язкового апарату до біомеханічно нового стану шийного відділу хребта знижує різницю між використанням різних цервікоспондилодезу.

Висновок. Аналіз інтенсивності болю у хворих після переднього вентрального бісегментарного цервікоспондилодезу показує значну перевагу застосування телескопічної системи заміщення тіла хребця з термінах 3–7 днів і 3 місяці після операції. У віддаленому післяопераційному періоді рівень болю не пов'язаний з типом імплантованої системи стабілізації.

ДИНАМІКА НЕВРОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ГРИЖ ПОПЕРЕКОВИХ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ

Слинько Є.І.¹, Хонда О.М.²

¹м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

²м. Київ, Київський медичний університет

Проаналізована тактика та результати хірургічного лікування 2500 хворих з гострими випадками виникнення гриж міжхребцевих дисків за 2001–2018 роки. Ретроспективно проведено кореляційний аналіз залежності результатів хірургічних втручань від клінічної симптоматики, даних додаткових методів обстеження, тактики оперативних втручань.

При виникненні клінічної симптоматики у вигляді монорадикулярних і бірадикулярних синдромів виявлено, що в 65 % випадків таку симптоматику викликали задньобокові грижі дисків, в 23 % – парамедіанні, в 9 % – форамінальні, і в 3 % – екстрафорамінальні латеральні грижі. Додатково у 93 % таких випадків у хворих виявлений широкий хребетний канал на рівні коренів дуг і міжхребцевих отворів, у 76 % хворих були відсутні грубі остеозні зміни вентральних країв тіл хребців. Позитивні результати хірургічного лікування хворих з моно- і бірадикулярною симптоматикою, обумовлені парамедіанними і задньобоковими варіантами гриж, отримані в 34 % хворих яким виконана стандартна мікродискектомія, в 56 % хворих, яким проведена мікродискектомія з медіальною транспедункулярною фораміномією, і в 79 % хворих, у яких мікродискектомія доповнена транспасс (через бічні маси суглобових відростків) фораміномією. Комбінація мікродискектомії з більш розширеною трансартикулярною фораміномією не покращувала результати хірургічного лікування. Медіальна транспедункулярна фораміномією з мікродискектомією давала позитивний ефект в 83 % хворих при форамінальних варіантах гриж, латеральна транспедункулярна фораміномією з дискектомією при цьому варіанті гриж приносила поліпшення тільки в 32 % випадків. Водночас тільки остання, виконана у хворих з екстрафорамінальною латеральною грижею, в 78 % випадків корелювала з позитивним результатом.

Груба полірадикулярна неврологічна симптоматика зустрічалася в 79 % хворих з двостороннім стенозом латеральних рецесусів (субартикулярний стеноз) на рівні міжхребцевих суглобів або коренів дуг і тільки в 14 % хворих з виключно одностороннім, але завжди вираженим стенозом бічного вивороту. У 87 % хворих виявлялися медіанні або парамедіанні грижі дисків. У 57 % випадків при гострому виникненні полірадикулярної симптоматики виявлялися остеозні зміни вентральних країв тіл хребців на рівні грижі диска, в 87 % такі зміни виявлені на множинних рівнях і в 54 % випадках виявлена гіпертрофія задньої поздовжньої зв'язки. Аналіз хірургічних втручань при цій патології показав що, інтерлямінарна дискектомія з медіальною фасетектомією або резекцією бічної маси залежно від рівня стенозу бічних рецесусів дає позитивний результат в 45 %, а інтерлямінарна дискектомія з медіальною фасетектомією і резекцією вентральних остеозних утворень дають поліпшення в 62 % оперованих таким способом хворих.

Таким чином, результати проведеного аналізу свідчать про значущість у виникненні симптоматики при міжхребцевих грижах попереднього вільного об'єму параневральних утворень. При зменшенні обсягу резервних просторів параневральних утворень – неврологічна симптоматика більш виражена. У той же час результати хірургічного втручання корелюють не тільки з усуненням компримуючого агента, але й з повнотою відновлення об'єму резервних параневральних просторів. Широка декомпресія невральних структур зазвичай веде до більшої дестабілізації хребта. Однак застосування ряду описаних вище часткових фасетектомій і резекцій бічних мас суглобових відростків дозволяє досягти адекватної декомпресії невральних структур і не порушити стабілізуючу функцію зв'язкового та суглобового апарату задніх елементів хребта.

ПРОТЕЗУВАННЯ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ, ВІДДАЛЕНІ КЛІНІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ

Слинько Є.І.¹, Квасницький О.М.¹, Хонда О.М.²

¹м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

²м. Київ, Київський медичний університет

Протезування міжхребцевих дисків рухомими імплантатами є новою методикою хірургічного лікування дегенеративних захворювань хребта. Протезування міжхребцевих дисків має ті ж позитивні сторони, що й корпородез кейджем (стандартна на даний час методика хірургічного лікування), а також пропонує певні потенційні переваги: збереження рухомості ураженого сегмента, уникнення ризику псевдоартрозу, зменшення ризику пришвидженої дегенерації міжхребцевих дисків на суміжних із оперованим рівнях. Спочатку методика була запропонована для застосування на поперековому рівні хребта, проте через особливості показань до операції та необхідного хірургічного доступу значно більшого поширення набуває застосування рухомих протезів на шийному рівні хребта.

Метою даного дослідження є оцінка перших клінічних результатів хірургічного лікування з протезуванням дисків у пацієнтів із дискогенною патологією порівняно зі стандартним хірургічним лікуванням (звичайна дискектомія, мікродискектомія, дискектомія з корпородезом кейджами).

Результати. Створена ефективна конструкція вітчизняного протеза міжхребцевого диска, винахід запатентовано, відповідно до винаходу виготовлений прототип. На промисловій основі виготовлений рухомий протез міжхребцевого диска, відпрацьовані топографо-анатомічні особливості встановлення цього протеза. Хірургічне втручання впроваджено в клініку на репрезентативній групі в 55 хворих. Після лікування вивчені безпосередні та віддалені результати.

Висновки. На основі отриманих результатів можна стверджувати, що нова методика протезування міжхребцевих дисків рухомими імплантатами дозволяє отримувати клінічні результати, які більш позитивні за результати стандартної на даний час методики – корпородез кейджем. Все це дозволяє рекомендувати дану методику протезування міжхребцевих дисків до широкого застосування.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ПУХЛИН СПИННОМОЗКОВИХ НЕРВІВ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ

Слинько Є.І.¹, Деркач Ю.В.¹, Хонда О.М.²

¹м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

²м. Київ, Київський медичний університет

Рання діагностика пухлин спинномозкових нервів складає проблему. Вони, як правило, діагностуються на пізніх етапах, досягаючи значних розмірів. **Метою** роботи стало вивчення діагностичних особливостей цих пухлин з метою покращення якості діагностики на ранніх етапах, завдяки аналізу неврологічної картини та даних магнітно-резонансної томографії (МРТ).

Матеріал та методи. В аналіз включено 60 хворих з пухлинами спинномозкових нервів шийного відділу спинного мозку, які знаходилися на лікуванні у 2006–2018 роках. Проаналізовано анамнестичні дані та клінічну картину захворювання. Сегментарні порушення ми розділили на радикальні сенсорні порушення та радикальні моторні порушення. З часом у деяких хворих приєднувались провідникові порушення, які були розподілені на сенсорні та моторні. В нашому дослідженні ми проводили оцінку хворих за проявами больового синдрому, сегментарних чутливих і моторних порушень; провідниковими чутливими та моторними порушеннями.

Оцінка розташування пухлин, їх розміри, особливості компресії спинного мозку чи його корінців і розташування по відношенню до кісткових структур хребта проводилося за даними МРТ дослідження.

Результати. З 60 хворих з пухлинами спинномозкових нервів шийного відділу спинного мозку невриноми зустрічалися у 44, нейрофіброми – 7, периневроми – 2, злоякісні пухлини периферичних нервів – 3, парагангліоми – 2, нейросаркома – 1, гангліобластома – у 1. За нашими даними швидкість росту невринома досягала 2,4 мм за 1 рік (коливання 1,8–3 мм) та були відносно стабільними. Темпи росту нейрофіброми коливалися від 1,8 мм до 37 мм за 1 рік, в середньому складаючи 16 мм за рік, та були нестабільними. Протягом свого існування вони змінювали темпи росту. Темпи росту інших пухлин були суттєво швидші, нестабільні; проте через малу кількість пухлин їх неможливо було оцінити. Максимальний розмір пухлин у хребцевому каналі на аксіальних МРТ-зрізах коливалися від 21 до 2,5 мм, в середньому складаючи 8,2 мм. Пухлини іноді викликали розширення каналу, проте воно було незначним. Розміри пухлини «за протяжністю» коливалися від 3 мм до 379 мм, в одному випадку сягаючи від рівня С1 до С7 хребця. Коливання розмірів пухлини в міжхребцевому отворі було від 1 мм до 38 мм, в середньому складало 15 мм. Об'єм паравертебральної пухлини коливався від 2,4 мм³ до 8984 мм³, в середньому складаючи 892 мм³.

Висновки. Рання діагностика пухлин спинномозкових нервів дуже важлива для визначення подальшої тактики лікування. Клінічно у всіх випадках пухлини спинномозкових нервів дебютують із сегментарних порушень. При рості пухлини в хребтовому каналі до сегментарних порушень приєднуються провідникові порушення. Головна причина діагностичних помилок – дебют пухлини сегментарними порушеннями, що утруднює диференціальний діагноз із компресійними проявами дегенеративних процесів хребта.

ТАКТИКА НЕЙРОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН СПИННОМОЗКОВИХ НЕРВІВ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Слинько Є.І.¹, Деркач Ю.В.¹, Хонда О.М.², Кулик М.М.²

¹м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

²м. Київ, Київський медичний університет

Пухлини спинномозкових нервів мають схильність до розповсюдження через міжхребцеві отвори всередину хребтового каналу з прямою компресією спинного мозку на рівні пухлини та навпаки. Такі пухлини досягають великих розмірів, зберігаючи безсимптомний характер. Це пояснюється наявністю значних паравертебральних резервних просторів. Наявність пухлин є прямим показанням до їх видалення. Оперативне втручання направлене на видалення пухлини і декомпресію спинного мозку, стабілізацію хребта. Тотальне видалення пухлин є стандартом нейрохірургії. Дотепер немає загальноприйнятих підходів до вибору хірургічної тактики при видаленні цих пухлин. У даній роботі ми використовували власний досвід і отримані результати лікування. Основною метою, яку ми ставили перед собою, було покращення надання кваліфікованої медичної допомоги хворим з даною патологією.

Матеріал та методи. У період з 2006 по 2018 рік було проаналізовано перебіг захворювання у 66 хворих з пухлинами шийного відділу хребта з паравертебральним поширенням, які були оперовані на базі ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України» (38 (57 %) хворих – чоловіки, 28 (43 %) – жінки). Вік хворих коливався від 17,5 до 63 років середній (43,2 року). Передопераційна оцінка включала: повне загальна і неврологічне обстеження, лабораторні дослідження, інструментальні методи дослідження. На основі комп'ютерної томографії та магнітно-резонансної томографії до операції визначали напрям росту пухлини, поширення пухлини в спинномозковому каналі, наявність компресії та мієломаляції спинного мозку. З метою оцінки ранніх та пізніх результатів лікування проводили оцінку соматичного та неврологічного статусу

хворих, післяопераційні контрольні інструментальні дослідження (рентгенографію шийного відділу хребта у двох проекціях, комп'ютерну томографію шийного відділу хребта, магнітно-резонансну томографію шийного відділу хребта, електронейроміографію).

Результати. Хірургічні доступи обирали за даними інструментальних методів дослідження залежно від локалізації пухлини, її розмірів і співвідношення до нервових структур. Використовували передній, боковий, задній та задньобочковий доступи. Велику увагу приділяли стабілізації хребта. Застосовували титанові фіксуючі системи. Були оцінені ускладнення в післяопераційному періоді.

Розподіл пухлин за патогістологічною структурою: невриноми зустрічалися у 42 випадках (84 %), нейрофіброми – 7 (15 %), периневроми – 2 (1 %), злоякісні пухлини периферичних нервів – 3 (1,6 %), парагангліоми – 2 (1 %), нейросаркома – 1 (0,6 %), гангліобластома – 1 (0,6 %). За локалізацією було 3 (6 %) хворих з пухлинами на рівні С1–С2, 3 (6 %) хворих з пухлинами на рівні С2–С3, 10 (20 %) хворих з пухлинами на рівні С3–С4, 12 (24 %) хворих з пухлинами на рівні С4–С5, 8 (16 %) хворих з пухлинами С5–С6, 12 (24 %) хворих з пухлинами С6–С7, 10 (20 %) хворих з пухлинами С7–Th1. Всі пухлини видаляли тотально. Продовжений ріст пухлини мав місце при злоякісних формах. Магнітно-резонансну томографію шийного відділу хребта в ранній післяопераційний період виконували у 38 (57 %) хворих, тотальне видалення пухлини у 100 % хворих, в пізній післяопераційний період – у 12 хворих (18 %), продовжений ріст пухлини відмічений у 1 хворого (за ПГБ – злоякісна пухлина периферичного нерва).

Висновки. Визначення тактики операції та вибору хірургічного доступу є важливою складовою для подальшого результату лікування пухлин спинномозкових нервів. Вибір адекватного хірургічного підходу дає змогу тотально видалити пухлину, зменшує час втручання, крововтрату, травматизацію нервових структур під час видалення новоутворення.

Рання діагностика таких пухлин вкрай важлива, оскільки більш позитивні результати, відсутність післяопераційних ускладнень і зменшення термінів відновлення хворих з даною патологією залежать від своєчасності оперативного втручання. Післяопераційні ускладнення залежали від об'єму втручання, розміру пухлини, наявності вогнища мієломаляції, неврологічного статусу до операції. Адекватне консервативне лікування в післяопераційному періоді є важливою складовою відновлення хворого.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ ГРУДНОГО ТА ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛІВ ХРЕБТА

Слинько Є.І.¹, Нехлопочин О.С.¹, Хонда О.М.²

¹м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

²м. Київ, Київський медичний університет

В роботі проаналізовано дані клініко-інструментального обстеження, протоколи операцій та результати оперативного лікування 121 пацієнта з травматичними ушкодженнями грудного і поперекового відділів хребта, які проходили лікування та були оперовані протягом 2000–2018 років. У всіх хворих виявляли компресію нервових структур та виконували хірургічне втручання протягом перших 30 діб після травми. Середній вік становив 33,9 року та коливався у межах 16–67 років. Поєднану травму діагностовано у 62 (51 %) пацієнтів, а комбіновану – у 3 (2 %). Оцінку неврологічного статусу виконували за шкалою ASIA та Frankel. Для класифікації ушкоджень хребта використовували класифікацію AO/ASIF, а також, частково ретроспективно, використовували класифікацію TLICS. Серед додаткових методів дослідження використовували спондилограми зі спондилометричними методиками (115 випадків), комп'ютерну томографію (48), магнітно-резонансну томографію (50), ультразвукове дослідження (38), мієлографію (3). Якість життя досліджували за допомогою розсилки листів з опитувальником RAND-36. Аналіз отриманих даних виконували загальноприйнятими статистичними методами.

Ускладнене ушкодження хребта діагностовано у 80 пацієнтів (66 %), серед них 40 % мали повне порушення провідності спинного мозку. Виділені наступні клінічні синдроми: повного порушення провідності спинного мозку (26 %), часткового порушення провідності спинного мозку (40 %), спінальний шок (22 %). Всього у вибірці виявлено ушкодження 155 хребцево-рухових сегментів. Множинні переломи зустрічалися у 31 % пацієнтів. При зростанні тяжкості механічного ушкодження за класифікацією AO/ASIF зростала вираженість неврологічних розладів у прямій пропорційній залежності ($p < 0,000$).

Ушкодження класу А мали місце у 62 % пацієнтів. Серед них найчастіше зустрічалися вибухові переломи, які у 65,9 % пацієнтів супроводжувалися неврологічним дефіцитом, та у половини з них були ознаки повного порушення провідності спинного мозку. Ушкодження класу В мали місце у 19 % пацієнтів, серед яких у 90 % спостерігалися неврологічні розлади та у половини з них вони мали характер повного порушення провідності спинного мозку. Ушкодження класу С мали місце у 19 % пацієнтів та у 70 % супроводжувалися неврологічним дефіцитом. У половини пацієнтів з неврологічним дефіцитом відмічалось повне порушення провідності спинного мозку.

Неврологічне відновлення залежало від строку хірургічного втручання. При виконанні декомпресії до 48 годин покращення на один та більше балів за шкалою ASIA досягнуто у 62 % пацієнтів, тоді як при втручанні після 48 годин з моменту травми покращення спостерігалось у лише у 22 % пацієнтів ($p = 0,03$).

Неврологічні результати лікування залежали і від обраного доступу ($p = 0,045$), причому кращі результати спостерігалися при передньобокових та бокових доступах, а гірші – при задніх та задньобокових. При неповному порушенні провідності спинного мозку неврологічне покращення спостерігалось при декомпресії через задній і задньобоковий доступи у 47 %, а при декомпресії спинного мозку шляхом передньобокового та бокового доступу – у 83 %. При використанні комбінованого доступу (2) у одного пацієнта було досягнуте покращення на один бал.

Найбільша кількість випадків покращення неврологічного стану виявлена у пацієнтів до 45 років, а після 65 покращення не відбувалося взагалі.

Для порівняння ефективності доступів всіх пацієнтів розподілено на 3 групи: «П» – передньо-бокові та бокові доступи, «З» – задні та задньобокові доступи, «К» – комбіновані доступи. Групи значимо відрізнялися за кількістю пацієнтів, часом втручання ($p < 0,05$) та показниками крововтрати ($p < 0,05$). При більш детальному аналізі звертає на себе увагу те, що в групі „З” позитивна динаміка мала місце лише у 24,7 % пацієнтів, а у групі „П” – у 38,9 %, в групі „К” – у 50 %.

Своєчасне раннє проведення хірургічного лікування сприяє поліпшенню, більш повному відновленню функції спинного мозку та його корінців.

ЛІКУВАННЯ ЕПІДУРАЛЬНОГО ВАРИКОЗУ ХРЕБТА

Слинько Є.І.¹, Хонда О.М.²

¹м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

²м. Київ, Київський медичний університет

Спінальні епідуральні судинні мальформації зустрічаються рідко. Серед них виділяють артеріовенозні фістули, венозні мальформації та варикоз епідуральних вен. В даний час щодо їх діагностики, лікування та результатів виявляється недостатньо досліджень.

З **метою** вивчення клінічного перебігу, лікування та його результатів проведено дане дослідження.

Матеріал і методи. Проведено аналіз клінічного перебігу захворювання 41 хворого з судинними мальформаціями, які уражають спінальні епідуральні простори. Були розглянуті методи лікування, гістологічні дані, відмінності кожного типу мальформацій.

Результати. У двох хворих мали місце артеріовенозні фістули, у трьох – венозні мальформації та 36 – варикоз епідуральних вен. Артеріовенозні фістули представляли прямий контакт корін-

цевої артерії з епідуральними венами. Патологія призводила до шунтування крові в епідуральні вени, їх розширення та підвищення в них тиску. Венозні мальформації виявлялись як конгломерати невеликого розміру тонкостінних вен в епідуральних просторах. Варикоз епідуральних вен був представлений розширенням цих вен невідомої природи. Порушення венозного відтоку вважають головною причиною розширення епідуральних вен при їх варикозі. Розширення вен призводить до компресії невральних структур, що частіше проявляється радикалярними синдромами. Лікування артеріовенозних фістул і венозних мальформацій включає їх деваскуляризацію та резекцію. В хірургічній техніці при епідуральному варикозі застосовується коагуляція вен, декомпресія невральних структур.

Висновок. Радикальне проведення хірургічного лікування сприяє регресу радикулопатії та корінцевого больового синдрому.

БІОМЕХАНІЧНА ОЦІНКА ВАРІАНТІВ ВИКОНАННЯ ПЕРЕДНЬОГО МІЖТІЛОВОГО КОРПОРОДЕЗУ НА СУБАКСІАЛЬНОМУ РІВНІ

Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.

м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

Актуальність. Вентральна декомпресія хребетного каналу в шийному відділі є найбільш поширеним методом хірургічного лікування абсолютної більшості травматичних ушкоджень і патологічних процесів, які обумовлюють вентральну компресію невральних структур. Закономірним етапом, наступним за резекцією кісткових структур, є заповнення дефекту, що утворився, аутоотрансплантатом або тілозамінною конструкцією, що забезпечує відновлення і збереження сагітального балансу та стабілізацію оперованого сегмента. Тілозамінні системи можуть виконувати стабілізуючу функцію самостійно, у разі наявності конструктивних елементів, що забезпечують фіксацію протеза до тіл хребців, суміжних з резектованим (тип Б), або доповнюються вентральними пластинами (тип А). Більшість виробників систем типу А рекомендують використання своєї продукції з вентральними пластинами або транспедикулярними фіксаторами. Проте зустрічаються публікації, що демонструють успішне застосування подібних тілозамінних систем в якості моноконструкції. Таке рішення проблеми, безумовно, має певні переваги, проте пов'язане з високим ризиком післяопераційних ускладнень у вигляді міграції або дислокації імплантата.

Метою роботи було вивчення розподілу критичних навантажень в системі «тілозамінний імплант – замикальні пластини тіл хребців» при моделюванні вентрального субаксіального цервікоспондилодезу із застосуванням тілозамінної конструкції типу А в поєднанні з вентральною пластиною і самостійно без додаткової фіксації.

Матеріали та методи. З метою реалізації поставленого завдання нами було проведено математичне моделювання методом кінцевих елементів. Використана модель шийного відділу хребта на ділянці С3–С7, у якій тіло С5 хребця було частково резектовано та заміщено або вертикальним циліндричним сітчастим імплантом типу Mesh (1 модель), або аналогічним імплантом з додатковою стабілізацією вентральною пластиною (2 модель). Пластина фіксована до тіл С4 і С6 хребців монокортикальними гвинтами, по два гвинти в кожен хребець.

Напружено-деформований стан моделей вивчали при чотирьох варіантах навантаження: на стискання, вигин при нахилі вперед, вигин при нахилі назад і ротаційному впливі. Моделі мали жорстке закріплення на нижній площині тіла хребця С7 і його міжхребцевих суглобів. Величина навантаження на моделі становила 100 Н. Навантаження на стискання здійснювали розподілом навантаження величиною 36 Н по верхній поверхні тіла хребця С3 і по 32 Н на верхню площину його міжхребцевих суглобів. Нахил вперед імітували навантаженням 100 Н на передній край тіла хребця С3, а нахил назад – навантаженням по 50 Н на його дуги. Ротаційне навантаження здійснювали силою 100 Н по верхній поверхні тіла хребця С3.

Результати. Отримано картину напружено-деформованого стану моделей при різних типах навантаження. Проведено аналіз величин напруги на нижній замикаючій пластині тіла С4 хребця і на верхній – С6 хребця.

Розраховані результати демонструють загальну закономірність розподілу напружень залежно від типу навантаження в аналізованих моделях. При цьому при використанні Mesh як тілозамінного імпланту без додаткової фіксації сегмента показники критичних значень переконливо вищі, що особливо демонстративно проявляється при флексійно-екстензійному навантаженні.

Висновки. Проведений аналіз напружено-деформованого стану моделей переконливо свідчить про те, що застосування тілозамінного імпланту типу А без додаткової фіксації сегмента викликає виникнення стресових напружень в зоні контакту металу з тілом хребця. Це призводить до резорбції кісткової тканини, що в свою чергу створює передумови для «розхитування» системи і, як результат, міграції конструкції з втратою досягнутої корекції пошкодженого хребетно-рухового сегменту.

ВИБІР КРИТЕРІЇВ ЕФЕКТИВНОСТІ ВЕНТРАЛЬНОГО СУБАКСІАЛЬНОГО ЦЕРВІКОСПОНДИЛОДЕЗУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ТЕЛЕСКОПІЧНИХ ЕНДОПРОТЕЗІВ ТІЛА ХРЕБЦЯ

Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.

м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

Актуальність. Розвиток хірургії хребта характеризується поступовим впровадженням в клінічну практику різних стабілізуючих систем. Телескопічні ендопротези тіла хребця, що виконують крім реклінуючої ще й стабілізуючу функцію, є найкращим способом вентрального спондилодезу. У сучасній спеціальній літературі висвітлюється великий досвід застосування подібних конструкцій, проте при аналізі їх ефективності критерії, що характеризують взаємодію в системі «метал-кістка», як правило, не враховуються.

Метою роботи став аналітичний аналіз та вибір критеріїв оцінки ефективності вентрального спондилодезу на підставі рентгенограм і комп'ютерних томограм хребта.

Матеріали і методи. Інформаційний пошук виконаний з використанням бази MedLine за ключовими словами «expandable cage», «distractable cage», «expandable vertebral body replacement», «distractable vertebral body replacement», «expandable VBR», «distractable VBR», «distractable cage», «distractable vertebral body replacement», «distractable VBR». Додатково проведена вибірка зі статей, відібраних за MeSH terms «Spinal Diseases / surgery», «Orthopedic Fixation Devices», «Orthopedic Procedures / instrumentation», «Spine / surgery».

Результати. Ефективність досягнутого спондилодезу запропоновано оцінювати по ряду якісних і кількісних ознак, відібраних при аналізі даних літератури.

Якісні ознаки:

- відсутність ознак пошкодження або спонтанного демонтажу ендопротеза;
- відсутність ознак пошкодження, міграції або дислокації, інтракорпоральних гвинтів;
- відсутність ушкодження замикальних пластин хребців, суміжних з резектованим, і пролабування імплантованої системи в тіла хребця;
- відсутність ознак втрати інтраопераційної корекції сагітального балансу;
- відсутність ознак остеосклерозу кортикального шару тіл хребців, що контактують з фіксуючими елементами системи;
- відсутність явищ локального остеопорозу по периферії інтракорпоральних гвинтів.
- В якості кількісних критеріїв пропонується аналіз таких показників як лордозний кут стабілізованого сегмента і висота оперованого сегмента.

Висновки: запропоновані критерії дозволяють всебічно адекватно оцінити ефективність досягнутого спондилодезу і виявити конструктивні недоліки стабілізуючої системи.

ДИНАМІКА ЗМІН СЕГМЕНТАРНОГО КІФОЗУ ОПЕРОВАНОГО СЕГМЕНТА ПРИ ВЕНТРАЛЬНОМУ СУБАКСІАЛЬНОМУ ЦЕРВІКОСПОНДИЛОДЕЗІ

Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.

м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

Актуальність. Травматичне ураження шийного відділу хребта є одним з найбільш тяжких видів ушкодження опорно-рухового апарату людини, що зумовлене значним відсотком функціональних порушень у віддаленому періоді. При оперативному лікуванні при травмі субаксіального рівня шийного відділу можуть застосовуватися різні типи стабілізуючих систем.

Мета: оцінка стабілізуючих можливостей систем для вентрального субаксіального спондилодезу різних типів, що визначалася на підставі показника сегментарного кіфозу оперованого сегмента у пацієнтів з травматичним ураженням шийного відділу хребта.

Матеріали і методи: проведено аналіз рентгенограмметричних показників шийного відділу хребта у 70 пацієнтів, які перенесли вентральний субаксіальний спондилодез у зв'язку з травматичним ушкодженням. Залежно від типу імплантованої системи, що виконувала функцію заміщення тіла хребця та стабілізації оперованого сегмента, пацієнти були розподілені на 2 групи. У першій групі пацієнтів було застосовано комбінацію вертикального циліндричного сітчастого імпланту типу Mesh з ригідною вентральною пластиною, у другій – телескопічний протез тіла хребця, інтегрований з вентральними фіксаторами. Оцінювались терміни спостереження: до оперативного втручання, через 4–6 днів після оперативного втручання та через 3, 6 і 12–18 місяців.

Результати. Отримані дані демонструють, що загальна втрата досягнутої корекції на всьому протязі післяопераційного періоду у пацієнтів першої групи склала 2,78°, а другій: 0,73°. При цьому, в першій групі зменшення інтенсивності втрати корекції спостерігається до терміну 12–18 місяців, а в другій групі вже з 6 місяців динаміка переконливо регресує.

Висновок: наведені дані демонструють переваги застосування моноконструкції при вентральних декомпресивно-стабілізуючих втручаннях на шийному відділі завдяки максимальному збереженню інтраопераційно досягнутої корекції сагітального профілю шийного відділу хребта.

ДИНАМІКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РЕГРЕСУ НЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ТРАВМАТИЧНИМ УШКОДЖЕННЯМ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.

м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

Актуальність. Існує два типи можливих конструктивних рішень фіксації шийного відділу при субаксіальному травматичному ушкодженні. Перший – незалежна комбінація міжтілового імпланту і переднього платингу, другий – моноконструкція телескопічного імпланту, що поєднує обидва принципи.

Мета: провести аналіз динаміки регресу неврологічних порушень у пацієнтів після перенесеної травми шийного відділу хребта і вентрального декомпресивно-стабілізуючого втручання залежно від конструктивного типу фіксації.

Матеріали та методи. Клінічний матеріал склали 25 пацієнтів із травматичним ушкодженням шийного відділу хребта. Залежно від типу системи стабілізації, що була використана під час операції, постраждали були розподілені на дві групи. Динаміка відновлення неврологічних розладів оцінювалася згідно з International Standards For Neurological Classification of Spinal Cord Injury.

Результати. Отримані дані виявили статистично достовірну різницю інтенсивності відновлення неврологічних розладів у пацієнтів в терміни спостереження 3 і 6 місяців з переконливою перевагою застосування моноконструкції.

Висновки. Застосування телескопічного імпланта для вентрального субаксіального цервікоспондилодезу у пацієнтів із травматичним ушкодженням шийного відділу хребта клінічно є більш виправданим, оскільки опосередковано забезпечує більш виражену динаміку регресу неврологічних розладів.

КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВЕНТРАЛЬНОГО СУБАКСІАЛЬНОГО ЦЕРВІКОСПОНДИЛОДЕЗУ

Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.

м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

Мета роботи: оцінка клінічної ефективності вентрального декомпресивно-стабілізуючого субаксіального цервікоспондилодезу із застосуванням ендопротеза тіла хребця у пацієнтів в терміні спостереження до 12 місяців.

Матеріал і методи. Проведено аналіз клінічної ефективності хірургічного лікування 40 пацієнтів, які перенесли вентральний субаксіальний цервікоспондилодез з приводу травматичного ушкодження шийного відділу хребта або дегенеративно-дистрофічних змін з явищами компресії нервових структур. Оперативні втручання виконували через вентролатеральний доступ з резекцією центральних відділів тіла хребця. Відділяли міжхребцеві диски, резектували задню поздовжню зв'язку і виконували стабілізацію телескопічним ендопротезом. В післяопераційному періоді проводили фіксацію шийного відділу хребта головоотримачем.

Аналіз клінічної ефективності проводили із застосуванням таких анкетних опитувальників: Distress and Risk Assessment Method (DRAM), Copenhagen Neck Functional Disability Scale (CNFDS), Neck Disability Index (NDI), Neck Pain And Disability Scale (NPDS). Всі пацієнти проходили тестування в термінах 3, 6 і 12 місяців після оперативного лікування. З огляду на гетерогенність патології, що призвела до необхідності оперативного втручання і значну різницю в тривалості захворювання, доопераційне тестування не дозволило отримати порівнянні дані.

Результати. Оцінка ступеня інтенсивності больового синдрому визначалася за допомогою DRAM, що складається з Modified ZUNG Depression Index і Modified Somatic Perception Questionnaire, що дозволяє виділити 4 групи пацієнтів: психосоматичний статус в межах норми (N), група ризику (AR), хронічний больовий синдром визначає розвиток психологічних розладів (DD), хронічний больовий синдром визначає розвиток соматоформних розладів (DS).

Оцінка функції шийного відділу хребта проводилася із застосуванням CNFDS, NDI, NPDS. По кожному з опитувальників розрахована ступінь функціональних порушень за формулою:

$\% \text{ Дисфункції} = (\text{отримана кількість балів} / \text{максимально можлива кількість балів}) \times 100.$

При аналізі отриманих результатів реєструється тенденція до зменшення ступеня функціональних порушень за даними всіх систем тестування. У терміні 3 місяці з моменту проведеного оперативного втручання середній ступінь функціональних порушень становить 41 %, що значно зменшується до 6 місяців – 21 %. До 12 місяців середній ступінь дисфункції шийного відділу хребта досліджуваної групи пацієнтів оцінюється в 4,3 %. Інтенсивність хронічного больового синдрому також поступово регресує і до 12 місяців не визначає будь-яких психосоматичних або функціональних порушень.

Висновки. Клінічна оцінка, в тому числі й самооцінка пацієнтом свого функціонального статусу, ступінь адаптації та здатності до повноцінної життєдіяльності після проведеного оперативного втручання на шийному відділі хребта є одним із базових критеріїв правильного й адекватного вибору методу лікування. Проведений аналіз клінічної ефективності свідчить про доцільність застосування телескопічного тілозамінного протезу тіла хребця при виконанні вентрального спондилодезу.

КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ РЕНТГЕНОГРАММЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ПІСЛЯ ВЕНТРАЛЬНОГО СУБАКСІАЛЬНОГО СПОНДИЛОДЕЗУ

Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.

м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

Актуальність. Виконання будь-якого стабілізуючого втручання на хребті неминуче призводить до зміни біомеханічного профілю як безпосередньо оперованого сегмента, так і всього хребетного стовпа. При цьому, якщо локальні зміни сагітального профілю визначаються патологічним процесом, характером оперативного втручання і типом стабілізуючої системи, то загальні зміни мають виключно адаптаційний характер і спрямовані на оптимізацію розподілу навантаження в біомеханічно нових умовах. Ступінь адаптації в кожному випадку визначається як станом остео-лігаментозного апарату, розвиненістю м'язового корсету, інтенсивністю больового синдрому, явищами денервації в разі ушкодження спинного мозку або його корінців так і конструктивними параметрами самої стабілізуючої системи. Стосовно шийного відділу слід зазначити, що, якщо лордоз С2–С7 є вельми варіабельним параметром і залежить від конституціональних особливостей пацієнта, то динаміка його змін залежно від стану локального сагітального профілю оперованого сегмента може стати досить точним параметром ступеня адаптаційних можливостей оперованого хребта.

Метою цієї роботи є визначення ступеня кореляції змін стану локального і загального сегментарного профілю шийного відділу хребта пацієнтів, які перенесли вентральний субаксіальний спондилодез в залежності від типу використаної стабілізуючої системи.

Матеріали і методи. Проведено аналіз рентгенограмметричних показників шийного відділу хребта у двох груп пацієнтів, які перенесли вентральний субаксіальний спондилодез в зв'язку з травматичним ушкодженням. Для аналізу були відібрані пацієнти, неврологічний статус яких на момент надходження в стаціонар відповідав групам D, E і R відповідно до модифікованої шкали Frankel.

Всім пацієнтам проведено оперативне втручання в обсязі резекції тіла компримованого хребця, ревізії і декомпресії структур хребетного каналу, вентрального міжтілового корпородезу. У першій групі пацієнтів в якості стабілізуючої системи застосовувалася поширена в клінічній практиці комбінація вертикального циліндричного сітчастого імпланта (Mesh) в поєднанні з ригідною вентральною пластиною. У пацієнтів другої групи використовувався телескопічний тілозаміщуючий імплант (ТЗІ), інтегрований з вентральними фіксаторами. З метою отримання найбільш порівнянних результатів нами використовувалися Mesh і ТЗІ, у яких діаметр, товщина стінки, кількість і глибина зубців на торцевих поверхнях, площа контакту конструкції і її наповнювача з замикальними пластинами тіл хребців, суміжних з резектованим були ідентичні. Товщина і ширина ригідної вентральної пластини відповідала аналогічним параметрам Г-образних напівпластин ТЗІ. В якості фіксаторів вентральної пластини і ТЗІ використовувалися монокортикальні гвинти без додаткового блокування по 2 в тіла вище- і нижчерозташованих хребців. Перед установкою як Mesh, так і ТЗІ щільно заповнювалися гранулами гідроксиапатитної кераміки. Шийний відділ фіксований жорстким головотримачем типу Філадельфія протягом 2 місяців.

Аналіз спондилограм і комп'ютерних томограм проводився в термінах: до оперативного втручання, на 3–5-ту добу, через 3, 6 і 12–18 місяців після хірургічного лікування. Визначалися показники сегментарного кіфозу (локальний сагітальний профіль) і кута аксиса (загальний сагітальний профіль).

Результати. Отримані дані демонструють схожу тенденцію в зміні аналізованих параметрів, як при застосуванні комбінації Mesh з вентральною ригідною пластиною, так і ТЗІ. При цьому слід зазначити, що моноконструкція в нашому дослідженні демонструє кращий показник щодо збереження досягнутого під час операції лордозу. При визначенні коефіцієнта кореляції Пірсона комбінація Mesh + вентральна пластина визначає помірну ступінь залежності аналізованих показників ($r = -0,7303$), тоді як при застосуванні ТЗІ кореляція значно виразніша ($r = -0,9024$).

Висновки. Отримані результати дозволяють розглядати застосування ТЗІ при вентральному субаксіальному спондилодезі як більш ефективну конструкцію з огляду на збереження досягнутої

корекції і в плані оптимізації розподілу навантаження в оперованому ПДС і адаптації загального сагітального профілю шийного відділу хребта до біомеханічно нових умов. Описаний метод може бути використаний при комплексній оцінці клінічної ефективності систем для спондилодезу.

КОРЕЛЯЦІЯ ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ТА СТАНУ САГІТАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ПІСЛЯ ВЕНТРАЛЬНОГО СУБАКСІАЛЬНОГО СПОНДИЛОДЕЗУ

Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.

м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

Метою роботи стало виявлення кореляції між інтенсивністю больового синдрому та станом сагітального профілю шийного відділу хребта у пацієнтів після вентрального субаксіального цервікоспондилодезу у зв'язку з травматичним ушкодженням.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз результатів хірургічного лікування 70 пацієнтів, які знаходилися в клініці патології спинного мозку та хребта Інституту нейрохірургії НАМН України в період з 2010 по 2016 рр. у зв'язку з травматичними ураженнями шийного відділу хребта на субаксіальному рівні. Пацієнтам проведено хірургічне втручання в ділянці субтотальної резекції тіла компримованого хребця та міжтілового бісегментарного корпородезу.

З метою виключення впливу грубих неврологічних розладів на результати лікування нами було проведено аналіз пацієнтів, неврологічні статуси яких до моменту виписки зі стаціонару відповідали групам D та E за шкалою ASIA.

Визначення стану сагітального профілю ШОП виконували на підставі рентгенограм з визначенням кута аксиса за методикою Пустовойтенка В.Т. і співавт. Оцінка інтенсивності больового синдрому була проведена з використанням Numeric Rating Scale.

Оцінку проводили при контрольному огляді через 12 місяців після оперативного втручання.

Результати. Математична обробка отриманих результатів проводилася з використанням лінійного коефіцієнта кореляції. Отримані результати: $r = -0,89$ при $p = 0,05$ свідчать про статистично значущий взаємозв'язок аналізованих параметрів. При цьому, як літературні дані, так і результати власних спостережень, свідчать про наявність двобічного зв'язку. З одного боку, наявність больового синдрому призводить до формування дисбалансу м'язового тону та сплюснення шийного лордозу. З іншого боку, кіфотична деформація зон оперативного втручання, що призводить до зміни сагітального контуру шийного відділу, часто є причиною больових відчуттів у віддаленому післяопераційному періоді.

Висновок. Отримані дані переконливо свідчать про наявність двобічної кореляції між рентгенометричними показниками та інтенсивністю больового синдрому у віддаленому післяопераційному періоді у пацієнтів, які перенесли вентральний субаксіальний цервікоспондилодез.

МАТЕМАТИЧНА ОПТИМІЗАЦІЯ КОНСТРУКТИВНИХ ЕЛЕМЕНТІВ ТІЛОЗАМІННИХ ІМПЛАНТІВ

Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.

м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

Мета: оптимізувати конструктивні особливості телескопічного протезу для переднього спондилодезу шляхом аналізу напружено-деформованого стану кінцево-елементної моделі

шийних хребетно-рухових сегментів СIII–СVII при моделюванні переднього міжтілового спондилодезу CIV–CVI інплантатом з різними дизайном торцевих поверхонь та кількості фіксуючих гвинтів.

Матеріали та методи. Проведено аналіз розподілу напруги в біомеханічній моделі при моделюванні компресії, флексії, екстензії та ротації навантаженням в 100 Н. Вивчені моделі телескопічного тілозамінного протезу, що має на торцевій поверхні 4 крупних зубці, що перфорують кортикальний шар замикальних пластин, або велику кількість дрібних зубців. Розглянуті варіанти кріплення імплантату до тіла хребців за допомогою одного та двох гвинтів. В якості критерію напружено-деформованого стану використовували еквівалентну напругу за Мізесом.

Результати. Отримані дані демонструють перевагу застосування опорної поверхні імплантату, який має 4 зубці великих розмірів, що проявляється зниженням рівня напруги в зоні контакту елементів конструкції з кістковою тканиною. Використання одного фіксуючого гвинта супроводжується зменшенням навантаження на елементи протеза в порівнянні з двошаровою фіксацією і сприяє більш збалансованому розподілу навантаження на опорні структури біомеханічної моделі.

Висновок: отримані дані можуть бути використані при подальшій оптимізації конструктивних особливостей тілозамінних конструкцій з метою зменшення частоти міграцій стабілізуючих систем і фрагментації їхніх компонентів.

НЕВРОЛОГІЧНИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПАЦІЄНТІВ З ЛЕГКОЮ ХРЕБЕТНО-СПИННОМОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ ПІСЛЯ ВЕНТРАЛЬНОГО МІЖТІЛОВОГО СПОНДИЛОДЕЗУ

Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.

м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

Мета: провести аналіз неврологічного симптомокомплексу у пацієнтів з легкою хребетно-спинномозковою травмою після вентрального субаксіального цервікоспондилодезу; виявити відмінності у ступені вираженості неврологічних симптомів і швидкості регресу посттравматичних клінічних проявів.

Матеріали та методи: проведено аналіз особливостей перебігу післяопераційного періоду 42 пацієнтів з травматичним ураженням шийного відділу хребта. Неврологічний статус всіх пацієнтів відповідав групам D або R відповідно до модифікованої шкали Frankel. Всі пацієнти були оперовані із застосуванням вентролатерального доступу за Смітт-Робінсоном, проведено резекцію тіла компримованого хребця та міжтіловий спондилодез. В період 5–7 днів з моменту оперативного втручання проведено детальний аналіз неврологічного симптомокомплексу. При контрольному огляді пацієнтів через 3 місяці оцінювали швидкість регресу неврологічних проявів.

Результати. На підставі результатів проведених досліджень було виділено 2 групи пацієнтів. І групу склали 25 осіб, у яких в післяопераційному періоді відзначався швидкий регрес неврологічної симптоматики, в II групу увійшли 17 постраждалих, у яких мали місце стійкі неврологічні порушення. Деталізація суб'єктивних скарг, порушення психоемоційної сфери, а також об'єктивні неврологічні симптоми дозволили виявити певні відмінності динаміки клінічних проявів легкої хребетно-спинномозкової травми між групами хворих.

Висновок: отримані дані можуть бути використані при подальшій оптимізації етіотропної та патогенетичної терапії післяопераційного періоду пацієнтів з легкою хребетно-спинномозковою травмою.

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ САГІТАЛЬНОГО КОНТУРУ ХРЕБЕТНО-РУХОВОГО СЕГМЕНТА ПРИ ВИКОНАННІ ВЕНТРАЛЬНОГО СУБАКСІАЛЬНОГО ЦЕРВІКОСПОНДИЛОДЕЗУ

Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.

м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

Актуальність. Найбільш поширеною системою стабілізації при виконанні вентральних декомпресивно-стабілізуючих втручань на субаксіальному рівні шийного відділу хребта є комбінація вертикального циліндричного сітчастого імплантанта та вентральної пластини. Незважаючи на значний клінічний досвід застосування, в даний час відсутня єдина думка щодо оптимальної корекції висоти оперованого хребетно-рухового сегмента і формування певного сегментарного профілю в зоні хірургічного втручання.

Мета: поліпшити показники стану сагітального кіфозу оперованого сегмента у віддаленому післяопераційному періоді у пацієнтів, що принесли вентральний субаксіальний цервікоспондилодез.

Матеріали та методи. Виконано ретроспективну оцінку і спондилограмметричний аналіз стану сагітального кіфозу у 151 пацієнта, який переніс вентральний бісегментарний субаксіальний цервікоспондилодез у зв'язку з травматичним ушкодженням. Проведено статистичний аналіз і визначено залежність фінальних результатів від ступеня інтраопераційної корекції. Верифіковано діапазони інтраопераційних значень сагітального кіфозу оперованого хребетно-рухового сегмента, що формують різні біомеханічні відповіді шийного відділу хребта у віддаленому післяопераційному періоді.

Результати. Методом нелінійного регресійного аналізу визначено залежність фінальних від вихідних показників стану сегментарного кіфозу оперованого сегмента. Кластерний аналіз виявив наступні діапазони інтраопераційних значень сегментарного кіфозу, які визначають різну динаміку післяопераційних змін: $< -6,15^\circ$; $-6,15^\circ \dots -3,10^\circ$; $> -3,10^\circ$.

Висновки: Інтарапераційна корекція з формуванням кіфозу у діапазоні $-6,15^\circ \dots 3,10^\circ$ є оптимальною для збереження фізіологічної кривизни оперованого сегмента у віддаленому післяопераційному періоді.

РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ОЦІНКА ТІЛОЗАМІННИХ СИСТЕМ ПРИ ВЕНТРАЛЬНОМУ СУБАКСІАЛЬНОМУ ЦЕРВІКОСПОНДИЛОДЕЗІ

Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.

м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

Актуальність. На сьогодні вентральний цервікоспондилодез є найбільш поширеним методом хірургічної корекції більшості травматичних ушкоджень субаксіального відділу хребта. Незважаючи на широкий асортимент тілозамінних систем, в сучасній літературі відсутні дані про переваги застосування певного типу конструкцій при різних варіантах ушкодження остеолігаментозного апарату.

Мета. Рентгенологічна оцінка ефективності використання тілозамінно-стабілізуючих систем при різних варіантах травматичних ушкоджень шийного відділу хребта.

Матеріали та методи. Проведено аналіз даних рентгенограм 70 пацієнтів, які перенесли вентральний субаксіальний цервікоспондилодез у зв'язку з травматичним ушкодженням шийного відділу хребта. Проведено дослідження ефективності відновлення сегментарного кіфозу оперованого сегмента і стабільності досягнутої корекції в післяопераційному періоді. Терміни спосте-

реження: інтраопераційно, через 3–5 днів, 3, 6 і 12–18 місяців після оперативного втручання. В якості систем стабілізації використані комбінація «Mesh + вентральна пластина» і телескопічний тілозамінний імплант. Переломи класифіковані згідно з основними класами AOSpine subaxial cervical spine injury classification system.

Результати. Інтраопераційні рентгенограми свідчать про більш дозовану корекцію сегментарного кіфозу оперованого сегмента при застосуванні тілозамінного імпланта. При цьому, 87,5 % аналізованих випадків знаходяться в необхідному діапазоні значень. При застосуванні комбінації Mesh та вентральної пластини цей показник склав 50 %. Аналіз динаміки втрати корекції свідчить про більшу стабільність досягнутого спондилодезу при застосуванні тілозамінного імпланту. На 3–5-ту добу післяопераційного періоду максимальне наростання сегментарного кіфозу зареєстровано при С типі ушкодження і застосуванні комбінації Mesh і вентральної пластини. Мінімальна деформація відзначена при використанні тілозамінного імпланта та А типі ушкодження. Аналогічна залежність спостерігається на всіх подальших термінах спостереження.

Висновки. При виконанні вентрального субаксіального цервікоспондилодезу ушкодження типу А є найбільш стабільними, а ушкодження типу С проявляють максимальну схильність до втрати досягнутої інтраопераційної корекції. Застосування тілозамінного імпланта, в порівнянні з комбінацією Mesh і вентральної пластини, забезпечує більше збереження сагітального контуру оперованого сегмента на всіх термінах спостереження.

ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕХНОЛОГІЙ ЛІКУВАННЯ ПРИ ДОРСОПАТІЯХ

СТЕПАНЕНКО І.В., ПОПОВА І.Ю., ЛИХАЧОВА Т.А.

*м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова
Національної академії медичних наук України»*

Мета. Оцінити можливість клінічного застосування електрофорезу гомеопатичного препарату Цель-Т в поєднанні з препаратом Траумель С (Хеель, Німеччина) при дорсопатіях попереково-крижової локалізації.

Матеріал і методи. Під наглядом перебувало 52 хворих: 22 жінки і 30 чоловіків у віці 35–58 років з клінічними проявами попереково-крижової дорсопатії. Обстежені були розподілені на 2 групи, по 26 осіб у кожній. Фонова терапія в групах включала мінімальну медикаментозну терапію і ЛФК. З метою протизапальної, анальгезуючої, протинабрякової дії всі хворі отримували Траумель С внутрішньом'язово через день, на курс – 10 ін'єкцій. Препарат хондропротектор Цель-Т хворим 1-ї групи вводили методом електрофорезу на попереково-крижову ділянку, 2-ї - внутрішньом'язово через день, на курс – 10 ін'єкцій.

Результати. Проведені дослідження виявили, що в першій групі позитивна динаміка змін у вигляді купірування дорсалгій відзначена в 74–76 % спостережень, тоді як у групі порівняння позитивні результати виявлені лише в 52 % випадків. У хворих 1-ї групи на тлі електрофорезу спостерігався відчутний зворотній розвиток м'язово-дистонічних проявів, і суттєве достовірне зниження нейроваскулярних зрушень в ділянці нижніх кінцівок ($p < 0,05$). У групі порівняння регрес патологічної симптоматики був менш виражений. Через 6 місяців після проведених лікувальних заходів досягнутий позитивний ефект в основній групі зберігався в 65 % спостережень, тоді як у групі порівняння – в 50 %. Позитивний результат пояснюється тим, що при електрофорезі створюється депо лікарської речовини безпосередньо на місці введення, яке розсмоктується протягом 3–4 тижнів.

Висновки. Таким чином, проведені дослідження свідчать про можливість розширення способів введення гомеопатичних засобів, а результати дослідження – про перспективність застосування запропонованих комплексів лікування при дорсопатіях.

ВПЛИВ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ НА ЦЕРЕБРАЛЬНУ ГЕМОДИНАМІКУ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ В ПОЄДНАННІ З ДОРСОПАТІЯМИ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

СТЕПАНЕНКО І.В., ПОПОВА І.Ю., ЛИХАЧОВА Т.А.

м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова Національної академії медичних наук України»

Мета. Вивчити вплив магнітотерапії на показники мозкового кровообігу (МК) у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію (ДЕП) в поєднанні з вертеброгенною патологією шийної локалізації.

Матеріал і методи. Обстежено 58 хворих (35 жінок і 23 чоловіки) у віці від 35 до 55 років з ДЕП I–II стадії в поєднанні з дорсопатіями шийного відділу хребта (підтверджені на МРТ ознаки ДЕП і шийного остеохондрозу з нестабільністю рухових сегментів). Обстежені були розподілені на дві групи: 1-ша (38 пацієнтів) в комплексі зі стандартною медикаментозною терапією отримувала низькоінтенсивну магнітотерапію (низькочастотні магнітні поля (1–20 Гц), малої інтенсивності (10–30 мТл), яка проводилася на комірцеву зону – 20 хвилин, 10–15 сеансів; 2-га, контрольна, група (20 пацієнтів) отримувала тільки медикаментозне лікування. Стан МК вивчали за допомогою ультразвукової доплерографії (УЗДГ).

Результати. До лікування у обстежених виявлялися зміни МК в ВББ, з достовірним збільшенням індексу резистентності і пульсаційного індексу в 1,3 раза в порівнянні з контролем, що вказувало на підвищення периферичного судинного опору. Крім того, виявлялося зменшення функціонального резерву МК за даними коефіцієнта реактивності на гіперкапнічне навантаження (в 1,22 раза, $p < 0,05$), приросту пікової систолічної швидкості (менше 20 %), індексу вазомоторної реактивності (в 1,26 раза), що вказувало на зниження пристосувальних можливостей системи МК.

В результаті лікування у пацієнтів 1-ї групи істотно поліпшувався клінічний стан, а також МК за рахунок підвищення пульсового кровонаповнення при зниженні судинного опору, і поліпшення венозного відтоку ($p < 0,05$). В 2-й групі відмінності були менш значущі ($p > 0,05$). Позитивні зрушення параметрів МК зберігалися в 1-й групі протягом (6,3 ± 1,3) місяців, а в 2-й – ефект післядії склав лише (3,3 ± 1,8) місяця. Це пояснюється тим, що під дією магнітного поля не тільки зменшується біль, але також поліпшується мікроциркуляція, стимулюються регенеративні і репаративні процеси.

Висновки. Поєднання медикаментозного лікування з магнітотерапією у хворих на ДЕП, що поєднувалася з шийними дорсопатіями, значно підвищує ефективність лікування, прискорює процеси одужання, покращує соціально-трудова прогноз.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФАРМАКОТЕРАПІЇ У ВІДНОВНИЙ ПЕРІОД ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

СТЕПАНЕНКО І.В., ПОПОВА І.Ю., ЛИХАЧОВА Т.А.

м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова Національної академії медичних наук України»

Мета: вивчити ефективність використання відчизняного препарату армадін у хворих на мозковий ішемічний інсульт (МІІ) у вертебробазиллярному басейні (ВББ), який має антиоксидантний та мембранопротекторний механізм дії.

Матеріал і методи. Під спостереженням перебувало 50 пацієнтів. Основна група пацієнтів (30 осіб) отримували армадін в дозі 100 мг внутрішньом'язово 2 рази на день протягом 14 днів, далі в таблетках 125 мг 3 рази на добу протягом 30 днів. У групі порівняння армадін пацієнти не отримували. Досліджувався неврологічний статус, електроенцефалограма (ЕЕГ), ультразвукова

доплерографія (УЗДГ). Для оцінки когнітивних функцій досліджувалася пам'ять методикою «запам'ятовування 10 слів», рівень депресії – з використанням шкали Цунга.

Результати. В результаті лікування у 90 % пацієнтів основної групи відмічалось зменшення головного болю, похитування при ходьбі, стомлюваності, зникло запаморочення, підвищилася розумова працездатність, покращилися мнестичні функції. У групі порівняння покращення перерахованих суб'єктивних показників відмічено лише у 40 % хворих, а мнестичних функцій – у 60 %. Координаторні порушення регресували у всіх пацієнтів основної групи, в групі порівняння – лише у 60 %. За даними УЗДГ у 80 % пацієнтів основної групи покращилася церебральна гемодинаміка, зменшився тонус мозкових судин, збільшилась кінцева діастолічна швидкість у басейнах внутрішніх сонних і хребетних артерій, суттєво покращилися показники ЕЕГ. У групі порівняння цей відсоток склав 50 %. Рівень депресії за шкалою Цунга в основній групі зменшився у 90 % хворих і лише у 40 % в групі порівняння. Тривалість лікування з використанням армадіну на 30 % була меншою, ніж у пацієнтів групи порівняння.

Висновки: використання армадіну в лікуванні пацієнтів, які перенесли МП в ВББ, достовірно покращує неврологічні показники і скорочує тривалість відновного лікування, що свідчить про ефективність його використання в ранньому відновному періоді.

ЛІКУВАЛЬНІ ЗАХОДИ ПРИ СИНДРОМІ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ПІДЛІТКІВ

ХОМЕНКО В., ГАРА І.

м. Київ, Медичний центр «Євролаб»

Стани, що супроводжуються вегетативною дисфункцією є актуальною проблемою, частіше зустрічаються у підлітків, передують патології дорослих, потребують виключення органічної патології (хвороб ендокринної системи, органічних уражень ЦНС, панічних та депресивних розладів тощо).

Скарги та клінічні прояви у 48 пацієнтів (віком від 12 до 18 років) були: кардіалгії та серцебиття – у 60,4 % підлітків; цефалгії – у 50 %; абдомінальні болі та диспепсичні явища – у 66,7%; субфебрилітет – у 14,6 %; дисменореї – у 22,9 % дівчат; зниження працездатності – у 29,2 %; артралгії – у 16,7 %; розлади сну – у 18,8 %; зниження настрою та апатія – у 25 %; «дихальний дискомфорт» – у 33,3 %.

Після обстеження діагноз «функціональна диспепсія» встановлено у 30 пацієнтів, «синдром подразненого кишечника» – у 16; у 12 діагностували пубертатно-конституційний диспітуїтаризм, у 27 – передгіпертонію (артеріальний тиск від 120/80 мм рт. ст. до 95 перцентіля) та безсимптомну легку гіпертонію (від 95 перцентіля), у 11 – персистенцію герпетичної інфекції (герпес 6 та 7 типу); 14 підлітків мали соматоформні розлади, 3 – депресивний епізод, 4 – тривожні розлади, у 5 – вживання алкоголю та наркотиків.

Серед лікувальних заходів: дозовані фізичні навантаження, аеробна активність (30–60 хвилин 4–5 разів/тиждень), зменшення часу сидіння за гаджетами до 2 год/день; достатній сон (8–9 год, з 22.00); дієта з включенням овочів, фруктів, клітковини, нежирних молочних продуктів і обмеженням солі, екстрактивних речовин. У 83,3 % пацієнтів симптоми зникали та зменшувались протягом 1–2 місяців. Частині дітей (35,4 %) призначали консультації психотерапевта та медикаментозну корекцію.

Модифікація способу життя – найважливіший чинник усунення проявів вегетативної дисфункції.

ОДНОНУКЛЕОТИДНІ ЗАМІНИ У ГЕНАХ ОДНОВУГЛЕЦЕВОГО ОБМІНУ ЯК ПРОГНОСТИЧНИЙ КРИТЕРІЙ РОЗВИТКУ РАННІХ АТЕРОТРОМБОТИЧНОГО ІШЕМІЧНОГО ТА ІНТРАКРАНІАЛЬНОГО ГЕМОРАГІЧНОГО ІНСУЛЬТІВ У ОСІБ, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ

Цимбалюк В.І., Васильєва І.Г., Костюк М.Р., Чопик Н.Г., Галанта О.С., Цюбко О.І., Олексенко Н.П., Дмитренко А.Б., Макарова Т.А., Сніцар Н.Д.
м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова Національної академії медичних наук України»

Фолатний і метіоніновий цикли є єдиним джерелом синтезу *de novo* та активації метильних груп у тварин. На даний час генетичні порушення у генах фолатного циклу розглядають як вагомий складовий ризик виникнення кардіоваскулярних захворювань.

Одними з найважливіших подій у фолатному циклі є утворення тетрагідрофолату (ТГФ) та перетворення його на 5-метилтетрагідрофолат. Джерелом ТГФ є фолати їжі та 10-формілтетрагідрофолат, що утворюється у цитоплазмі з форміату мітохондрій.

Ген *ALDH1L1* (член родини альдегіддегідрогеназ) каталізує NADP⁺-залежну конвертацію 10-формілтетрагідрофолату у тетрагідрофолат та CO₂. Продукт гена *ALDH1L1-AS2* є епігенетичним регулятором експресії гена *ALDH1L1*. Заміна А/Г (алелем ризику є мінорний алель А: rs10934753) змінює активність гену.

Ген *MTHFR* (метилентетрагідрофолат редуктаза) каталізує перетворення 5,10-метилентетрагідрофолату, який утворюється із фолатів їжі у 5-метилтетрагідрофолат. Заміна С/Т (rs1801133) зменшує активність ферменту, що призводить до накопичення гомоцистеїну.

Метою роботи було дослідження наявності однонуклеотидних замін rs1801133, rs10934753 у генах *MTHFR*, *ALDH1L1-AS2* і розподіл комбінацій генотипів відповідно у хворих на атеротромботичний ішемічний, інтракраніальний геморагічний інсульт та у здорових осіб.

Матеріали та методи. Генетичний аналіз було проведено 52 хворим (12 жінок та 40 чоловіків), які перенесли атеротромботичний ішемічний інсульт, 35 хворим (7 жінок та 28 чоловіків), що перенесли інтракраніальний геморагічний інсульт, та 42 особам популяційного контролю (10 жінок та 32 чоловіків), які не мали серцево-судинних захворювань. Середній вік пацієнтів експериментальних груп становив (52,3 ± 8,5) років, а групи контролю – (55,6 ± 8,2) роки.

Поліморфізми генів досліджували методом ПЛР у реальному часі з використанням тест-системи TagMan SNP Genotyping Assay (Applied Biosystems, США) у зразках венозної крові пацієнтів контрольної та експериментальних груп.

Показники «відношення шансів» (OR-odds ratio) з 95 % довірчим інтервалом (95 % CI) розраховували для гомозигот по алелю дикого типу відносно гетерозигот та гомозигот по алелю ризику. Для визначення статистичної значущості різниці між групами за комбінаціями досліджуваних генотипів використовували точний критерій Фішера.

Результати. Наявність алеля ризику А гена *ALDH1L1-AS2* асоціюється з ризиком раннього виникнення інтракраніального геморагічного та атеротромботичного ішемічного інсульту OR = 6,444 (95 % CI: 2,209–18,800; p < 0,001) та OR = 6,370 (95 % CI: 2,480–16,361; p < 0,001), відповідно. Комбінація гомозиготних генотипів дикого типу генів *MTHFR* та *ALDH1L1-AS2* переважає у групі здорових осіб. Різниця між групою порівняння та експериментальною групою з інтракраніальним геморагічним інсультом реєструється як тенденція, а між групою порівняння і групою хворих на атеротромботичний ішемічний інсульт має достовірне значення (p = 0,0036).

Висновки. Результати дослідження показали, що однонуклеотидні заміни rs1801133, rs10934753 у генах ферментів одноуглецевого обміну *MTHFR* та *ALDH1L1-AS2*, є фактором ризику виникнення гострих порушень мозкового кровообігу. Носії комбінації гомозиготних генотипів дикого типу генів *MTHFR* та *ALDH1L1-AS2* мають достовірно нижчий ризик розвитку інсультів, особливо при дотриманні здорового способу життя.

ВПЛИВ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН НЕРВОВОГО ГРЕБЕНЯ НА РЕГЕНЕРАЦІЮ ПЕРИФЕРИЧНОГО НЕРВА ПРИ ЙОГО ТРАВМАТИЧНОМУ УРАЖЕННІ В ЕКСПЕРИМЕНТІ ЗА ДАНИМИ ІМУНОГІСТОХІМІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Цимбалюк В.І.¹, Петрів Т.І.¹, Васильєв Р.Г.^{2,3}, Татарчук М.М.¹, Цимбалюк Я.В.¹

¹м. Київ, ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»,

²м. Київ, ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України»,

³м. Київ, Біотехнологічна лабораторія *ilaya.regeneration*, медична компанія *ilaya®*

Мета дослідження. Дослідити вплив стовбурових клітин нервового гребеня (СКНГ) на відновлення функції периферичного нерва за даними імуногістохімічних методів дослідження.

Матеріали і методи. Експериментальні тварини: білі безпородні щурі-самці (5,5 міс., (250 ± 50) г, виварій ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», n = 52); групи: група 1 — перетин сідничого нерва невротомія (зі створенням дефекту 1см) та негайна аутопластика (n = 14); група 2 — невротомія та негайна пластика колагеновою трубкою, заповненою фібрином (n = 15); група 3 — невротомія та негайна пластика колагеновою трубкою, заповненою фібриновим гелем з вмістом СКНГ (n = 16); група 4 — псевдооперовані тварини (n = 7). Визначення імуногістохімічних маркерів проводили на 7-му добу, 4-му та 8-му тижнях експерименту.

Результати. За даними імуногістохімічного дослідження, на 7-му добу експерименту у тканинно-інженерних провідниках з СКНГ виявляли експресію низькоафінного рецептора до нейротрофінів р75, що характерний як для СКНГ, які підтримують життєдіяльність і мультипотентність у тканинно-інженерному провіднику, так і для шванівських клітин, які перебувають на ранніх етапах диференціювання. Експресія білка S100b, що характерна для шванівських клітин, показує, що у тканинно-інженерному провіднику СКНГ починають набувати шванівського фенотипу. Не виявляли експресії в-III-тубуліну, який є маркером нейрофібрил, а також основного білка мієліну (myelin basic protein, МВР), що свідчить про відсутність проростання нервових волокон та їх мієлінізації у тканинно-інженерному провіднику на 7-й день. Через 4 тижні у тканинно-інженерному провіднику зберігалася експресія р75, що вказує на присутність клітин зі шванівським фенотипом, які перебувають на ранніх етапах диференціювання. Через 8 тижнів експресія р75 у тканинно-інженерному провіднику відсутня, що свідчить про диференціювання СКНГ у зрілі шванівські клітини. Експресія в-III-тубуліну, S100b та МВР на 4-му та на 8-му тижнях свідчить про проростання нервових волокон та їх мієлінізацію.

Висновок. Стовбурові клітини нервового гребеня зберігають життєдіяльність до 8-го тижня після трансплантації у складі імплантованого тканинно-інженерного провідника і диференціюються у шванівські клітини, які здатні мієлінізувати нервові волокна.

ПРИНЦИПИ ХІРУРГІЇ ПЛЕЧОВОГО СПЛЕТЕННЯ З УШКОДЖЕННЯМ ВЕРХНЬОГО ТА СЕРЕДНЬОГО СТОВБУРІВ ПО ТИПУ ДЮШЕНА-ЕРБА

Цимбалюк В.І.¹, Третяк І.Б.¹, Хонда О.М.²

¹м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»

²м. Київ, Київський медичний університет

Одним з найтяжчих видів травми плечового сплетення є ушкодження верхнього та середнього стовбурів по типу Дюшена-Ерба. У випадках з відривом корінців спінальних нервів чи їх частини результати лікування залишаються невтішними.

Метою роботи є підвищення ефективності хірургічного лікування цієї категорії хворих шляхом застосування методик невротизації, довготривалої електростимуляції та ортопедичної корекції функції верхньої кінцівки.

Матеріали і методи. Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 64 хворих з травмою плечового сплетення, що супроводжувалась відривом чи ушкодженням С5–С7 спінальних нервів, верхнього та середнього стовбурів чи їхніх передніх або задніх порцій, які проходили лікування в ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України» в період з 2010 по 2018 роки. Клінічно спостерігали випадіння функції відведення плеча, згинання та розгинання передпліччя, розгинання кисті, пальців, чутливі та трофічні порушення. Оцінку стану уражених нервів здійснювали клінічно за загальноприйнятою шкалою M0–M5, S0–S4, стандартними методиками електронейроміографії, за необхідності – даними МРТ.

Результати. Для максимального залучення компенсаторно-регуляторних механізмів розроблені та впроваджені хірургічні методики, в яких комплексно використані можливості невротизу, гетеротопічної невротизації, невротизації з аутопластиком, прямої невротизації м'язів, аутопластики частини пучків, субмаксимальної інтраопераційної електростимуляції, довготривалої електростимуляції. Другим етапом при недостатній функції кінцівки використовували методику трансплантації м'язів.

Позитивні результати лікування отримані у 96 % випадків.

Висновки. Хірургічне лікування ушкоджень верхнього та середнього стовбурів плечового сплетення по типу Дюшена–Ерба показано при відсутності спонтанної регенерації при проведенні відновлювальної консервативної терапії протягом двох місяців після травми. Позитивний результат відновлення функції кінцівки при хірургічному лікуванні ушкоджень верхнього та середнього стовбурів плечового сплетення по типу Дюшена–Ерба із застосуванням оригінальних методик невротизації, довготривалої електростимуляції за допомогою вітчизняної електростимулюючої системи «Нейсі-3М» та ортопедичної корекції функції верхньої кінцівки, відзначений у 96 % випадків, дає можливість рекомендувати їх для впровадження у широку клінічну практику.

ОПТИКОМІЄЛІТ ДЕВІКА: ДЕЯКІ КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ

ШКРОБОТ С.І., СОХОР Н.Р., БУДАРНА О.Ю.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Оптиконевромієліт Девіка (ОНМ) - ідіопатичне тяжке запальне демієлінізуюче захворювання, що характеризується вибіркоким залученням до патологічного процесу зорових нервів і спинного мозку при відносній інтактності структур головного мозку. Дослідження, проведені за останні роки дозволили виділити ОНМ в окрему нозологічну форму та встановити його чіткі діагностичні критерії. Проте, зважаючи на невелику поширеність ОНМ, багато питань щодо перебігу та клініко-нейровізуальних особливостей залишаються не достатньо вивченими.

Протягом 2016-2017 рр. під спостереженням перебувало 9 хворих віком від 34 до 54 років. Середній вік хворих склав $(41,5 \pm 1,5)$ роки. Чоловіків було 2 (22,2 %), жінок – 7 (77,8 %). Діагноз оптиконевромієліту або хвороб спектру оптиконевромієліту (ХСОНМ) виставляли відповідно до критеріїв Wingerchuk 2006. У 4 (44,4 %) хворих виявлено ОНМ, у 5-ти (55,6 %) – ХСОНМ. Тривалість захворювання склала від 4 місяців до 7 років, в середньому $(3,2 \pm 0,4)$ р.: до 1 року - 5 (56,6 %), до 5-ти – 3 (33,3 %), більше 5-ти – 1 (11,1 %) хворих. Вік дебюту захворювання - $(40,2 \pm 1,2)$ роки. Захворювання дебютувало із зорового невриту у 2 (22,2 %) хворих, з симптомів мієліту – у 7 (77,8 %) хворих. Підгострий початок спостерігався у 8 (87,5 %), інсультподібний – у 1 (8,9 %) хворої. Рецидивуючий перебіг захворювання виявлено – у 6 (66,7 %), монофазний – у 3 (33,3 %) пацієнтів. Тяжкість захворювання за EDSS склала від 3,0 до 8,0 балів, в середньому – $(4,6 \pm 0,3)$ бали. Тяжкість ОНМ у жінок була більшою, ніж у чоловіків: відповідно $(5,7 \pm 0,4)$ та $(3,7 \pm 0,2)$ бали. Тяжчий невро-

логічний дефіцит у дебюті захворювання був характерний для жінок: EDSS становила $(5,7 \pm 0,3)$ бали. У всіх хворих виявлено від 1 до 4-х загострень. Друге загострення від початку дебюту виникло: на протязі 3-х місяців – у 4 (44,4 %), від трьох місяців до 1 року – у 4 (44,4 %) пацієнтів і проявлялися наростанням спінальної симптоматики. Більш ранні і тяжкі загострення були характерні для хворих з мієлітом в дебюті захворювання. На МРТ спинного мозку у 8 (88,9 %) хворих виявлено ознаки мієліту: у 6 (66,7 %) хворих вогнища локалізувалися на грудному, у 3-х - на грудному та шийному рівнях. На МРТ головного мозку в 1 (11,1 %) хворої виявлено МР-картину демієлінізуючого ураження зорового нерва, у 3 (33,3 %) хворих – вогнища у стовбурі мозку навколо водопроводу та IV шлуночка. У 4 (44,4 %) хворих знайдено антитіла до анти-AQP4. Тяжкість хвороби не залежала від наявності антитіл до анти-AQP4. У серопозитивних пацієнтів тяжкість захворювання за EDSS склала – $(5,9 \pm 0,1)$ бали, у серонегативних – $(5,4 \pm 0,3)$ бали ($p > 0,05$). 4 (44, %) хворим з рецидивуючим перебігом була призначена імуносупресивна терапія азатиоприном в дозі 200 мг на добу. У 3 (%) пацієнтів досягнуто ремісії, 1 хвора померла у зв'язку з наростанням бульбарного синдрому та вітальних порушень.

Висновки Несприятливий перебіг ХСОНМ та ОНМ був характерним для жінок з ураженням спинного мозку в дебюті захворювання не залежно віку хворих та наявності антитіл до анти-AQP4. Для попередження рецидивів захворювання слід якомога раніше призначати терапію цитостатиками.

є) ендокринологія

ЗМІНИ СЕРЦЕВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ПОСТТИРЕОТОКСИЧНОМУ ПЕРІОДІ

Вадзюк С.Н., Супрунець Б.О.

*м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
м. Луцьк, Волинська обласна клінічна лікарня*

Рівень захворюваності на тиреотоксикоз із кожним роком зростає. Медицина володіє ефективними методами повернення в еутиреоїдний стан. Але необхідно приділяти належну увагу наслідкам тиреотоксикозу, оскільки ураження різних систем організму призводить до зниження його життєдіяльності, навіть після хірургічного лікування та адекватної замісної терапії. Відновні процеси потребують тривалого часу.

Мета роботи: оцінити зміни серцевої діяльності пацієнтів після хірургічного лікування тиреотоксикозу.

На базі Волинської обласної клінічної лікарні за період дослідження було прооперовано 43 особи з приводу тиреотоксикозу, віком від 29 до 71 року. Тривалість захворювання становила 14–68 місяців. Показаннями до операції були часті рецидиви при адекватній тиреостатичній терапії та наявність ускладнень з боку інших систем організму.

Розлади серцевої діяльності досліджували на основі холтерівського моніторингування та оцінки функціонального класу, за допомогою тесту 6-хвилинної ходьби, відповідно до рекомендацій Української асоціації кардіологів.

Через рік після тиреоїдектомії у 23 пацієнтів з 24 із середнім ступенем тиреотоксикозу, розладів серцевого ритму не було виявлено. За даними тесту 6-хвилинної ходьби у всіх пацієнтів був I функціональний клас.

У 14 з 19 пацієнтів із тяжким ступенем тиреотоксикозу через рік після хірургічного лікування спостерігали покращення серцевої діяльності: у 4 пацієнтів надшлуночкова екстрасистолія регресувала до меж норми, у 9 осіб спостерігалось регресування пароксизмальної фібриляції до надшлуночкової екстрасистолії, в одного – тривало персистуючої фібриляції до пароксизмальної. У 5 (26 %) пацієнтів з тяжким ступенем тиреотоксикозу, тиреоїдектомія не вплинула на відновлення серцевої діяльності протягом річного періоду спостереження.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ ТА ПОШУК НОВИХ МАРКЕРІВ ДІАГНОСТИКИ

Вороніна А.К., Максимова Л.О., Шаяхметова Г.М.

м. Київ, ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМН України»

Однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини є розвиток та поширення серед населення планети метаболічного синдрому (МС). Нераціональне харчування, надмірна вага, нерегулярна і невідповідна віку фізична активність, вживання алкоголю та тютюнопаління – усе це створює передумови для виникнення МС, під яким розуміють поєднання найпоширеніших захворювань сучасної людини – атеросклерозу, артеріальної гіпертензії, цукрового діабету 2 типу, ожиріння, порушення обміну речовин.

Метою нашої роботи була порівняльна оцінка різних експериментальних моделей для вивчення метаболічного синдрому на потомстві щурів і пошук нових маркерів МС для діагностики розвитку патології в майбутньому.

Для експерименту обрали моделі МС з використанням 10 % і 20 % розчинів фруктози для заміни питної води у щурів. Тварини були розподілені на 3 групи – інтактна, моделювання МС з використанням 10 % і 20 % розчинів фруктози. Після закінчення експерименту у тварин брали зразки крові для біохімічних досліджень. В нашому дослідженні, вміст церулоплазміну у сироватці крові щурів з індукованим 20 % розчином фруктози МС вірогідно зростає, загалом на 75 % відносно даного показника контрольної групи. При цьому також спостерігали зростання активності каталази на 28 % у щурів даної експериментальної групи відносно інтактних тварин.

На основі отриманих результатів, ми можемо запропонувати модель МС з використанням 20 % розчину фруктози, яка, на нашу думку, більше підходить для відтворення змін в організмі, притаманних МС, і отримані результати дозволяють припустити, що доречно визначати вміст церулоплазміну та активність каталази як додаткових маркерів МС.

НЕДОСТАТНІСТЬ ВІТАМІНУ D У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ АВТОІМУННИМ ТИРЕОЇДИТОМ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ ВІД БАТЬКІВ, ОПРОМІНЕНИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС

Копилова О.В., Цвет Л.О., Грищенко К.В., Белінгіо Т.О.

м. Київ, ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»

Ендокринна система бере активну участь в регуляції процесів росту та розвитку дітей. Вивчення стану прищитоподібних залоз дітей, які народилися від батьків з опроміненою щитоподібною залозою є вкрай актуальним, враховуючи, що ці особи на момент аварії перебували в дитячому віці, а на даний час є батьками дітей першого покоління, народжених після аварії на ЧАЕС.

Метою роботи було визначення структурно-функціональних змін у прищитоподібних залозах у дітей з хронічним автоімунним тиреоїдитом, які народилися від батьків, опроміненіх унаслідок аварії на ЧАЕС.

Обстежено 72 дитини пубертатного віку. Проводилось ультразвукове дослідження прищитоподібною та щитоподібною залоз, вибірково досліджувався рівень 25-гідроксिवітаміну D (25(OH) D) у сироватці крові.

При ультрасонографії прищитоподібною залозою збільшення об'єму органу, що перевищує вікові нормативи, визначено у 23 (32,4 %) осіб. Зниження ехогенності тканини відмічалось у 8 (11,3 %) дітей. Найчастіше гіперплазія прищитоподібною залозою виявлялась у дітей, які мешкають на радіоактивно забруднених територіях, з наявним хронічним автоімунним тиреоїдитом.

При дослідженні рівня 25(OH) D в сироватці крові встановлено його низький рівень – $(12,76 \pm 2,04)$ нмоль/л, що свідчить про ризик нестачі споживання, особливо це стосується осіб з хронічним автоімунним тиреоїдитом, і може призводити до порушень у стані здоров'я нащадків, народжених від опроміненіх внаслідок аварії на ЧАЕС батьків.

Таким чином, результати проведених досліджень визначили недостатність вітаміну D у дітей з хронічним автоімунним тиреоїдитом. Отримані дані свідчать про структурно-функціональні зміни в прищитоподібних залозах, що є передумовою розвитку в майбутньому остеопенії та остеопорозу, і потребують корекції цього стану.

СТАН ПРИЩИТОПОДІБНИХ ЗАЛОЗ У ДІТЕЙ З ТИРЕОЇДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ ВІД ОСІБ, ОПРОМІНЕНИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС

Копилова О.В., Цвет Л.О., Грищенко К.В., Степаненко О.А.

м. Київ, ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України»

Причиною лідерства захворювань щитоподібної залози в Україні стала катастрофа на ЧАЕС. На даний час велику увагу приділяють і стану прищитоподібних залоз, які синтезують паратгормон, регулюють фосфорно-кальцієвий обмін. Гіпо- чи гіперфункція цих залоз є небезпечними для пацієнтів, особливо для дітей в період інтенсивного розвитку.

Метою дослідження було вивчення стану прищитоподібних залоз при наявності тиреоїдної патології у дітей, які народилися від осіб, опроміненіх внаслідок аварії на ЧАЕС.

Об'єктом дослідження були 142 дитини віком 12–17 років, які народилися від батьків, опроміненіх внаслідок аварії на ЧАЕС. Проводились клінічні, ультразвукові, лабораторні та гормональні дослідження.

Обстеження стану щитоподібних та прищитоподібних залоз виявили наявність тиреоїдної патології: дифузний нетоксичний зоб I–II ст. у 73,2 %, хронічний автоімунний тиреоїдит у 19,7 %, вузловий зоб у 7,1 %, первинний гіпотиреоз у 11 (39,2 %), субклінічний гіпотиреоз у 12 (11,5 %). Ультрасонографічні дослідження прищитоподібних залоз визначили їх збільшення у 32,5 % дітей, які мешкають на територіях, забруднених радіонуклідами. Серед обстежених з верифікованим діагнозом хронічного автоімунного тиреоїдиту у всіх було виявлено збільшення прищитоподібних залоз, що підтверджує наше припущення щодо наявності взаємозв'язку між імунозапальними захворюваннями щитоподібної залози та станом прищитоподібних залоз. Дослідження рівня 25-гідроксिवітаміну D показало, що у всіх дітей зі збільшеними прищитоподібними залозами відмічався недостатній рівень цього показника, що обумовлює його корекцію.

Таким чином, результати проведених досліджень визначили пріоритетність групи дітей, які мешкають на радіоактивно забруднених територіях (у 26,4 % дітей відмічалось збільшення прищитоподібних залоз більш ніж на 10 мм). При дослідженні рівня 25(OH) D в сироватці крові встановлено його низький рівень – $(12,29 \pm 1,24)$ нмоль/л, що свідчить про ризик нестачі споживання, і може призводити до порушень в стані здоров'я нащадків, які народилися від батьків, опроміненіх внаслідок аварії на ЧАЕС.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТА ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ С

МАЗУР Л.П.¹, МАЗУР П.Є.², МАРУЩАК М.І.¹

¹*м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

²*м. Кременець, Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського*

Відомо, що 130–170 мільйонів людей, що складає близько 3 % населення світу, хворіють на хронічний вірусний гепатит С. Щорічно інфікується 3–4 мільйони осіб, а більше 350 000 людей помирає від хвороб, пов'язаних із гепатитом С. Вірус гепатиту С часто поєднується з дисфункцією щитоподібної залози аутоімунного генезу та цукровим діабетом 2 типу.

Під нашим спостереженням у 2016–2017 рр. знаходилися 76 хворих на ендокринну патологію та вірусний гепатит С, 34 чоловіки і 42 жінки, які перебували на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні Тернопільської університетської лікарні та отримували стандартне лікування. Пацієнтам було визначено якість життя за результатами опитувальника SF-36 до та після курсу терапії.

Якість життя до лікування пацієнтів із ендокринною патологією та вірусним гепатитом С становила: фізичний компонент – $49,11 \pm 4,57$, психологічний компонент – $52,04 \pm 2,90$. При повторній оцінці якості життя визначено, що в усіх пацієнтів покращився фізичний компонент якості життя, а психологічний компонент здоров'я залишився приблизно таким же. Виявлено, що нижчу якість життя за фізичним компонентом мають чоловіки – $44,50 \pm 3,05$ у порівнянні із жінками – $49,14 \pm 2,35$ ($p < 0,05$), що також може бути пов'язано з вищим вихідним рівнем фізичної активності у чоловіків. Психологічний компонент здоров'я не залежав від статі.

Таким чином, після проведення курсу стандартної терапії у пацієнтів із ендокринною патологією та вірусним гепатитом С спостерігається покращення фізичної компоненти якості життя, хоча психологічний компонент здоров'я залишився незмінним.

ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЯ ЯК МАРКЕР СУБКЛІНІЧНОГО ГІПОТИРЕОЗУ

Тимків І.В., Близнюк М.В., Венгрович О.З., Ромаш Н.І.

м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

Діагностика захворювань щитоподібної залози (ЩЗ) на Прикарпатті останні роки знаходиться на достатньо доброму рівні, оскільки націленість лікарів та інформованість пацієнтів є високими у зв'язку з ендемічністю регіону. Виявлення більш-менш типових форм гіпер- чи гіпотиреоїдизму ґрунтується на зборі анамнезу, об'єктивному обстеженні, ультразвуковому дослідженні (УЗД) ЩЗ та визначенні тиреоїдного статусу. Проте, якщо фізикальні дані та результати УЗД ЩЗ відповідають нормі, дослідження тиреоїдного статусу проводиться рідко (на жаль, це часто пов'язано з матеріальним фактором).

Нашу увагу привернули 7 випадків гіперхолестеринемії (в межах $7,6-8,9$ ммоль/л) у осіб з нормальним індексом маси тіла, дотриманням правил харчування, без попередніх даних про патологію ЩЗ. Всі пацієнти – жінки, вік 49-60 років, про значне підвищення рівня холестерину знали впродовж 1,5-2 років, у 5 з них попередньо проводилось обстеження ЩЗ і рівень ТТГ відповідав нормі. За даним УЗД судин шиї у всіх випадках виявлено атеросклеротичне ураження сонних артерій.

Гіпотиреоз, як відомо, має численні маски, але все ж має ряд типових для всіх хворих ознак: надмірна маса тіла, зміни шкіри, брадикардія, закрепи. Таких проявів у наших хворих не було. У всіх пацієнток відмічались втомлюваність, у 2-х – депресія. Проведення дослідження тиреоїдного статусу виявило у всіх жінок підвищення рівня ТТГ (від 7,0 до 9,3 мМО/л) при гранично нормальних цифрах тироксину і трийодтироніну. Було призначено препарати замісної терапії та статини, проводимо подальше клінічне спостереження випадків.

МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ «НОВОЇ МОДЕЛІ РЕГУЛЯТОРНИХ СКРИНІНГОВИХ ОГЛЯДІВ ПО ГРУПАХ РИЗИКУ»

Томашевський Я.І., Бумбар О.І., Урбанович А.М., Бумбар З.О., Урбанович М.О.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

З метою реформування первинної та вторинної ланок надання медичної допомоги в Україні Міністерство охорони здоров'я пропонує нову програму обстеження громадянського суспільства і виявлення факторів ризику. До цих заходів долучилась кафедра ендокринології та клінічної фармакології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького згідно з наказом № 662/193 від 27 травня 1993 року Департаменту охорони здоров'я та ректорату медичного університету про створення наукової комісії з питань ранньої діагностики цукрового діабету і профілактики йододефіцитних захворювань (голова – проф. Ярема Томашевський, заступники – д-р мед. наук Аліна Урбанович, головний ендокринолог області Юрій Вендзилович, відповідальний секретар – доцент Роман Макар).

За звітний період опрацьовано безкровний метод дослідження толерантності до глюкози ферментативних реакцій циклу трикарбонових кислот. Маркерами служать показники 2-годинної постпрандіальної α -кетонурії, отримані після вживання стандартного вуглеводного сніданку (200 г білого хліба і 20 г (три чайні ложки) цукру з водою – 400 мл).

Криву нормального розподілу показників отримано при обстеженні 135 практично здорових осіб, вона охоплює величини α -кетонурії у межах 6,4–11,4 мг, що прийнято за норму. Підвищений рівень α -кетокислот у 2-годинній сечі після вуглеводного сніданку (> 11,4 мг) дає підставу діагностувати порушену толерантність до глюкози циклу трикарбонових кислот. Її частота у загальній популяції – 41,1 % ($p < 0,01$), що свідчить про високу інформативність динітрофенілгідразиної методики.

Методика визначення сумарного вмісту α -кетокислот у сечі

Використовується самоконтроль вуглеводного обміну в домашніх умовах, на етапах первинної та вторинної ланок надання медичної допомоги в Україні та Зарубіжжі.

Об'єктом дослідження служать α -кетокислоти (піруват, α -кетоглютарат, оксалоацетат) сечі нічної (для контролю функціонального стану ферментативних реакцій глюконеогенезу), сечі 2-годинної передпрандіальної (для контролю функціонального стану ферментативних реакцій глюкоаланінового циклу), сечі 2-годинної постпрандіальної (для контролю толерантності до глюкози ферментативних реакцій циклу трикарбонових кислот).

Норма нічної α -кетонурії – 18–24 мг, передпрандіальної – 3,0–8,1 мг, постпрандіальної – 36–72 мг.

Обладнання:

1. Пробірки (5 мл) – можуть бути ампули для дистильованої води, новокаїну, ізотонічного розчину NaCl.

2. Піпетки – використовуються інсулінові шприци.

3. Домашня аналітична вага.

Реактиви:

1. Розведена соляна кислота (HCl, 8,33 %): вміст ампули – «Фіксаналу» HCl 0,1м (3,65 г) розчинити у 40 мл H₂O.

2. Солянокислий 0,1 % розчин ДНФГ: 50 мг реактиву розчинити у 30 мл розведеної HCl при слабкому підігріванні суміші. Її залишають до наступного дня, тоді об'єм розчину доводять водою до 50 мл.

3. Спиртовий розчин ДНФГ: 50 мг реактиву розчиняють у 10 мл 95 % етилового спирту, його залишають до наступного дня, тоді об'єм розчину доводять водою до 50 мл водою.

4. Стандартний розчин пірувату – 80 мг%: 50 мг натрію пірувату (відповідає 40 мг піровиноградної кислоти) розчиняють у 50 мл H₂O, зберігають у холодильнику. У день дослідження готують еталонні розчини (Е): 4 мг%, 6 мг%, 8 мг%, 10 мг%, 12 мг%.

5. Розчин натрію гідроксиду (NaOH) 12 %: 12 г/100 мл або 1,2 г/10 мл.

Хід визначення: у 5 пробірок еталонних (Е) та 1 дослідну (Д) вносять:

Реактиви	Е ₁	Е ₂	Е ₃	Е ₄	Е ₅	Д
1. H ₂ O, мл	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
2. ДНФГ, мл	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
4. Еталону, мл	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	-
3. Сечі, мл	-	-	-	-	-	0,1

Вміст пробірок змішують після додавання кожного реактиву і на 20 хв залишають їх у темному місці при кімнатній температурі. Тоді у пробірки додають по 1 мл 12 % розчину NaOH, змішують і через 5 хв порівнюють інтенсивність червоно-оранжевого забарвлення розчину дослідної пробірки із кольоровою шкалою. Обчислюють результати за формулою:

$$\text{Сумарний вміст } \alpha\text{-кетокислот у сечі, мг} = \frac{\text{мг\%} \times \text{діурез, мл}}{100}$$

Приклад: нічний діурез – 300 мл, рівень α -кетокислот – 8 мг%;

$$\frac{9 \text{ мг\%} \times 300 \text{ мл}}{100 \text{ мл}} = 24 \text{ мг (норма: 18–24 мг)}.$$

Показники нічної α -кетонурії, які перевищують 24 мг, дають підставу діагностувати інсуліно-резистентність ферментативних реакцій глюконеогенезу.

Профілактика йододефіцитних захворювань

Невідкладним завданням сьогодення залишається профілактика йододефіцитних захворювань. До них відносяться: зоб, зниження функції щитоподібної залози, порушення психічних функцій у дітей та дорослих, природжені аномалії, кретинізм, затримка фізичного та статевого розвитку, викидні, неплідність, зниження імунітету – схильність до гострих респіраторних захворювань; анемія, глухонімота, зменшення фізичної сили, інтелектуальна млявість.

Згідно з даними ВООЗ третина населення Землі страждає через нестачу йоду в продуктах харчування та воді.

Наше завдання – опрацювати та апробувати нову програму профілактики йододефіцитних захворювань, важливими компонентами якої можна вважати застосування для всього населення України і Зарубіжжя препаратів «Йодоментолу-25» та «Йодогліцерину-25», «Рецепту довголіття». Препарати йоду у домашніх умовах готують, змішуючи відповідно 25 мл настоянки м'яти перцевої або гліцерину (для дітей) із 0,5 мл (25 крапель) 5 % спиртового розчину йоду. «Рецепт довголіття» підсилює засвоєння йоду.

Обчислення: у 100 мл 5 % спиртового розчину йоду міститься 5 г елементарного йоду та 2 г калію йодиду (65 мг йоду в 1 мл або 32,65 мг у 0,5 мл), враховуючи, що відносна молекулярна маса йоду – 126,9044, калію – 39,102, калію йодиду – 166. Концентрація йоду в розчині – 128 мг% (1280 мкг йоду в 1 мл – дорівнює 51 краплі з очної піпетки. В результаті $1280 : 51 = 25$ мкг елементарного йоду в 1 краплі йодоментолу або йодогліцерину). Ці препарати слід широко використовувати для попередження йододефіцитних захворювань і зміцнення імунітету щодня перед сном: дітям грудного віку до 6 місяців призначають «Йодогліцерин – 25» по дві краплі (50 мкг йоду), 6–12 місяців – 3 краплі (75 мкг йоду), у віці від 1 до 6 років – 4 краплі (100 мкг йоду), від 6 до 12 років – 5 крапель (125 мкг йоду), від 12 до 18 років – 8 крапель (200 мкг йоду), дорослим – 6 крапель (150 мкг чистого йоду), жінкам упродовж всього періоду вагітності та годування грудьми – 10 крапель (250 мкг). Діти вживають краплі з ложкою молока, дорослі – з водою. Єдине протипоказання до вживання йоду – тиреотоксикоз. Показником ефективності йодної профілактики є зменшення частоти гострих респіраторних захворювань, зміцнення імунітету

Взірці рецептів:

1. «Йодоментол-25»

Rp.: Sol. Iodi spirituosae 5% – 0,5 ml (25 крапель)
T-rae Menthae piperitae 25 ml

M.D.S. По 6 крапель (150 мкг йоду) з ложкою води перед сном.

2. «Йодогліцерин-25»

Rp.: Sol. Iodi spirituosae 5% – 0,5 ml
Glycerini 25 ml

M.D.S. По 2 краплі (50 мкг йоду) з ложкою молока перед сном дітям грудного віку.

3. «Калію йодоментол – 25»

Rp.: Kalii iodidi 0,043
T-rae Menthae piperitae 25 ml

M.D.S. По 6 крапель (150 мкг йоду) з ложкою води перед сном, для дорослих.

4. «Йодоментол-25» для населення США

Rp.: Sol. Iodi spirituosae 3% - 0,83 ml (42 краплі)
T-rae Menthae piperitae 25 ml

M.D.S. По 6 крапель (150 мкг йоду) з ложкою води перед сном для дорослих.

Профілактичну програму розширюють за «Рецептом довголіття».

«Рецепт довголіття»

Щоденне застосування «Йодоментолу-25» бажано поєднувати з антиагрегаційною профілактикою «Саліфіліном-50». Починаючи з підліткового віку, використовують наступний рецепт:

5. «Саліфілін-50» – антиагрегаційний засіб.

Rp.: Sol. Natrii salicylici 1% – 200 ml
Magnesii sulfatis 16,0
Kalii chloridi 3,0
Natrii bromidi 4,0

Zinci sulfatis 0,4
Cupri sulfatis 0,04
Sol. Vitamini B12 0,02% - 1 ml
Sol. ATF 1% - 1 ml
Euphyllini 1,0
Acidi folici 0,04
T-rae Menthae 2 ml

M.D.S. По 1 чайній ложці з водою після вечері тричі на тиждень.

6. Rp.: Pyridoxini 0,01
Thiamini bromidi 0,02
Riboflavini 0,005
Acidi nicotиніци 0,05
Acidi ascorbinici 0,1
Sacchari 0,5
M.f.pulv. D.t.d. N 30
S. По 1 порошку після сніданку 1 раз на тиждень.
7. Rp.: Caps. "Dialiponi" 0,3 N 10
D.S. По 1 капс. до сніданку 1 раз на тиждень.
8. Rp.: Dragee "Undeviti" N 50
D.S. По 1 драже після сніданку 3 рази на тиждень.
9. Rp.: Sol. Vitamini A ol. 3,44 % - 10ml
D.S. По 5 крапель після сніданку 3 рази на тиждень.
10. Rp.: Sol. Vitamini E ol. 30 % - 20ml
D.S. По 10 крапель після сніданку 3 рази на тиждень.
11. Rp.: Sol. Vitamini D₂ ol. 0,125 % - 10ml
D.S. По 3 краплі після сніданку 3 рази на тиждень.

Важливий критерій ефективності профілактичної програми – значне зменшення частоти гострих респіраторних захворювань.

Тривалість профілактичних курсів за «Рецептом довголіття» – 3 тижні, перерви між курсами 7 днів.

Висновки. 1. Наведено ендокринологічний профіль «Нової моделі регуляторних скринінгових оглядів по групах ризику».

2. Опрацьовано методику дослідження толерантності до глюкозиферментативних реакцій циклу трикарбонових кислот. Частота цієї патології у загальній популяції становить 41,1 %.

3. Маркерами інсулінорезистентності ферментативних реакцій глюконеогенезу можуть служити показники нічної α -кетонурії, які перевищують рівень 24 мг.

4. Ретельна популяризація «Йодоментолу – 25» є невідкладним засобом профілактики йододефіцитних захворювань в Україні та Зарубіжжі.

Список використаних джерел

1. Ендокринологія / за ред. П. М. Бондаря. Київ : Здоров'я, 2002. 210 с.
2. Ендокринологія / за ред. Я. І. Томашевського та О. О. Сергієнка. Львів : НТШ, 2009. 291 с.
3. Томашевський Я. І. Актова промова: «Український міжнародний інститут профілактичної медицини НТШ на магістралі боротьби з ендокринними захворюваннями» (3 грудня 2009 р.). Львів : НТШ, 2009. 32 с.
4. Програма загальної диспансеризації населення та профілактики йододефіцитних захворювань : методичний посібник для студентів, інтернів та лікарів / за ред. Я. Томашевського. Третє видання, оптимізоване. Львів : НТШ, 2014. 15 с.
5. «Пізнай і зціли самого себе» (Друга заповідь Античного Світу). Навчальний посібник для вищих і середніх навчальних закладів, кожної сім'ї / за ред. Я. Томашевського. Четверте видання, оптимізоване. Львів : НТШ, 2018. 21 с.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ СТРЕПТОЗОТОЦИН-ІНДУКОВАНОЇ МІКРОАНГІОПАТІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ЩУРІВ

Чехлова О.В.

м. Одеса, Одеський національний медичний університет

Патогенез діабетичних ангіопатій залишається найбільш актуальною і складною проблемою в діабетології. Застосування експериментальних моделей цукрового діабету необхідне як для вивчення патофізіології цього захворювання, так і досліджень антидіабетичних властивостей нових сполук, а також ефекту трансплантації ендокринних острівців діабетичним тваринам, оскільки відкривається можливість вивчення клінічних параметрів до і після трансплантації або прийому терапевтичних засобів

Протягом більше 50 років єдиною моделлю експериментального цукрового діабету був діабет, викликаний видаленням підшлункової залози. Втім, панкреатектомія вимагає високого рівня хірургічної майстерності і адекватного технічного оснащення. Операція веде до травматизації тварин і високого відсотку летальності. Великий ризик інфікування вимагає післяопераційного лікування антибіотиками. Для запобігання порушенню всмоктування в кишечнику необхідне заміщення екскреторних функцій залози.

Серед хімічних моделей експериментального діабету стрептозотоцинова поряд з алоксановою є найбільш поширеною. За нашими даними розвиток стрептозотоцин-індукованої мікроангіопатії нижніх кінцівок у щурів характеризується дисфункцією ендотеліального шару судин, збільшенням проникності ендотелію судин нижніх кінцівок, зростанням розмірів їх міжщільниного простору, наявністю дистрофічних змін в ендотелії та м'язовій оболонках судин мікроциркуляторного русла, крайовим стоянням лейкоцитів, стазом, сладжем та тромбозом у просвіті мікросудин.

ОЦІНКА КЛІНІЧНОГО СТАНУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ, УСКЛАДНЕНОМУ ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Чмир Н.В.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вступ. Проблема вивчення функціонального стану щитоподібної залози при метаболічному синдромі в поєднанні з хронічною ішемічною хворобою серця актуальна і потребує подальших досліджень [4, 2].

Вивчення взаємозв'язку тиреоїдної та наднирничкової систем при цьому допоможе знайти відповіді на спірні питання патогенезу вищевказаної патології [1, 3, 5].

Мета: оцінити клінічний і функціональний стан щитоподібної залози при метаболічному синдромі в залежності від наявності хронічної ішемічної хвороби серця.

Матеріали і методи. Обстежено 126 пацієнтів з метаболічним синдромом (МС), ожирінням II–III ступеня, на базі 5-ї міської клінічної лікарні м. Львова та Львівського обласного державного клінічного лікувально-діагностичного ендокринологічного центру. Першу групу склали 82 пацієнти з МС (чоловіків – 23, жінок – 59), другу групу – 44 особи з МС у поєднанні з хронічною ішемічною хворобою серця (ХІХС) (чоловіків – 17, жінок – 27). В контрольну групу увійшло 40 практично здорових осіб (чоловіків – 17, жінок – 23).

Критеріями включення у групу пацієнтів з ХІХС була стабільна стенокардія I–II ФК (за класифікацією Канадської асоціації кардіологів), серцева недостатність I–II ФК (згідно з NYHA), згідно з останніми рекомендаціями Європейського товариства кардіологів.

У всіх пацієнтів досліджували вміст кортизолу, вільного тироксину (fT4), тиреотропного гормону (ТТГ) методом імуноферментного аналізу (ІФА). Кортизол визначали за допомогою набору реактивів «ДС-ІФА-Стероїд-Кортизол». Рівні ТТГ, fT4 вивчали з набором реактивів «ДС-ІФА-Тироїд-ТТГ».

Статистичну обробку проведено за допомогою програми Microsoft Excel (2003). При порівнянні параметрів у двох незалежних групах використано U-критерій Манн-Вітні та t-критерій Стьюдента. Рівень значимості приймали за умови $p < 0,05$.

Результати. Як показали результати досліджень, для неускладненого МС характерне зниження функції щитоподібної залози на фоні аутоімунних змін. Рівень ТТГ при цьому – $(4,1 \pm 0,45)$ мкОд/дл – перевищував групу контролю – $(1,97 \pm 0,22)$ мкОд/дл, $p < 0,05$. У пацієнтів даної групи спостерігалось достовірне підвищення середніх значень рівнів кортизолу – 226,95 [154,98; 292,56] нг/мл щодо контрольних значень – 159,68 [115,32; 188,51] нг/мл, $p < 0,05$. Збільшення рівня кортизолу при цьому активує ряд обмінних реакцій і запобігає розвитку вираженої клініки гіпотиреозу.

Особливо виражені зміни були у групі хворих з МС та ХІХС. У пацієнтів даної групи спостерігались високі рівні ТТГ – $(6,71 \pm 1,58)$ мкОд/дл, статистично значуще вищі від відповідних значень групи МС – $(4,1 \pm 0,45)$ мкОд/дл, а також від контрольних значень ($p < 0,05$); на фоні аутоімунних змін та нормальних рівнів кортизолу – 156,59 [121,78; 271,38] нг/мл, (при контрольних рівнях – 159,68 [115,32; 188,51] нг/мл, $p > 0,05$). Клінічні прояви гіпотиреозу у групі хворих з МС та ХІХС були неспецифічні.

Середні значення показника fT4 були практично рівними референтним значенням у всіх групах пацієнтів (група МС: fT4 – 1,35 [1,075; 1,64] нг/дг, група МС з ХІХС fT4 – 1,355 [1,13; 1,59] нг/дг, контроль fT4 – 1,38 [1,2; 1,5] нг/дг, $p > 0,05$), що на фоні підвищеного рівня ТТГ вказувало на наявність субклінічного гіпотиреозу.

Висновки.

1. Збільшення рівня кортизолу при МС без ускладнень при підвищенні ТТГ запобігає розвитку гіпотиреозу.

2. Зниження рівня кортизолу при МС в поєднанні з ХІХС при підвищенні ТТГ сприяє розвитку гіпотиреозу.

Список використаних джерел

1. Hormones and cardiovascular disease: a shift in paradigm with clinical consequences?/ B.van Zaane, A.Q. Reuwer, H.R. Büller [et al.]. *Semin. Thromb. Hemost.* 2009. Vol. 35(5). P. 478–487. doi: 10.1055/s-0029-1234143 <https://www.thieme-connect.com/DOI/DOI?10.1055/s-0029-1234143> DOI: 10.1016/j.mehy.2016.10.015

2. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation and cortisol activity in obesity: a systematic review / A. C. I. Rodriguez, E. S. Epel, M. L. White et al. *Psychoneuroendocrinology*. 2015. Vol. 62. P. 301–318.

3. Iwen K., Schroder E., Brabant G. Thyroid hormone and the metabolic syndrome. *Eur. Thyroid J.* 2013. Vol. 2, Is. 2. P. 83–92.

4. Kapadia K. B., Bhatt P. A., Shah J. S. Association between altered thyroid state and insulin resistance. *J. Pharmacol. Pharmacother.* 2012. Vol. 3, Is. 2. P. 156–160.

5. Brenta G. Why can insulin resistance be a natural consequence of thyroid dysfunction? *J. Thyroid Res.* 2011. Vol. 3. P. 129–143.

6. Varounis C., Rallidis L. S., Franco O. H., Lekakis J. Prevalence of metabolic syndrome and association with burden of atherosclerotic disease in patients with stable coronary artery disease. *Current Medical Research and Opinion*. 2016. Vol. 32, Is. 6. P. 1678–1683.

ж) імунологія, алергологія

ДИНАМІКА РОЗВИТКУ CD4, CD8, IGE ПІД ВПЛИВОМ КОМБІНАЦІЇ АЛЕРГОСПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ ПИЛКОВИМИ АЛЕРГЕНАМИ У ХВОРИХ НА ПОЛІНОЗ ТА ДІАЛІЗАТУ ЛЕЙКОЦИТІВ ЛІОФІЛІЗОВАНОГО (ІМОДИНУ)

КОРЕЦКАЯ Є.В.

м. Дніпро, Комунальний заклад «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» Дніпропетровської обласної ради», консультативно-діагностичний центр

На базі міського алергічного центру було проведено клінічний аналіз ефективності алергоспецифічної імунотерапії (АСІТ) у пацієнтів, які страждають на поліноз з використанням алергенів пилку на тлі діалізату лейкоцитів ліофілізованого та без нього. Ми спостерігали 104 пацієнти у віці від 19 до 57 років. Всі спостережені пацієнти раніше не отримували АСІТ. Всі пацієнти були розподілені на 2 групи: 1 (основна група) – 62 пацієнти, яким було призначено АСІТ пилковими алергенами і 1 мг діалізату лейкоцитів ліофілізованого 1 раз на тиждень протягом 3 тижнів та 1 доза через місяць після третьої дози; 2 (контрольна група) – 42 пацієнти, які отримували АСІТ алергенів пилку. Пацієнтам обох груп проводили імунологічне дослідження до і після 1 курсу АСІТ, який визначав рівень CD4, CD8, IgE. Аналіз динаміки імунологічних показників після АСІТ показав, що у пацієнтів з основної групи вміст CD4⁺ зменшився на 14,3 % ($p < 0,001$), тоді як контрольна група не змінювалася. Рівень CD8⁺ значно збільшився в обох групах, у тому числі в основній групі – 21,4 % ($p < 0,001$) і 28,9 % в контрольній групі ($p < 0,01$). У цьому випадку співвідношення CD4⁺/CD8⁺ (ІРІ) після проведення АСІТ з додаванням діалізату лейкоцитів ліофілізованого було значно знижене в обох групах ($p < 0,001$), головним чином за рахунок збільшення базального числа Т-регуляторних клітин (CD8⁺). Динаміка загального вмісту IgE у сироватці крові пацієнтів у основній групі також була позитивною, що свідчить про зниження середнього IgE від 221,4 МО/мл до 168,4 МО/мл, тобто 23,9 % ($p < 0,01$). У контрольній групі зміна була менш виражена – рівень IgE знизився на 12,3 % – з 211 МО/мл до 185 МО/мл ($p < 0,05$). Використання діалізату лейкоцитів ліофілізованого після першого курсу АСІТ здатне переключати імунну відповідь з Th2 на Th1.

ПОЄДНАНИЙ ВПЛИВ ГАММА-ОПРОМІНЕННЯ І ГРЕЦЬКОГО ЧАЮ З SIDERITIS CLANDESTINA НА ІНДУКЦІЮ АНТИФОСФОЛІПІДНИХ АНТИТІЛ У ЩУРІВ

Чернишов А.В.¹, Донської Б.В.²

¹ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України», Київ, Україна

²ДУ «Інститут педіатрії акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України», Київ, Україна

Досліджували поєднану дію гамма-опромінення і грецького чаю з *Sideritis clandestina* у різних дозах на продукування антифосфоліпідних антитіл у білих безпородних щурів. Досліди проведені на 64 самках молодих щурів, що не народжували. Листя *Sideritis clandestina* заварювали окропом, а після цього додавали як пиття у раціон щурів. Частину тварин одноразово тотально опромінювали різними дозами гамма-випромінювання у різних дозах (0,5 Гр, 1 Гр та 2 Гр) на установці «Рокус» (Росія) (гамма-кванти ⁶⁰Со, потужність дози 1 Гр/хв, відстань 10 см). Термін спостереження за тваринами – 52 доби. Чай (ГЧ) зібраний на схилах Пелопонесу мав вигляд сухих стебел, листя і суцвіття. Все подрібнювали і заливали окропом.

В результаті проведених дослідів було виявлено, що у опроміненних щурів рівні антифосфатидилсеринових антитіл (АФСА) були вірогідно вищі у порівнянні з неопроміненним контролем. У показниках антикардіоліпінових антитіл різниці не було відмічено. Дослідження АФСА у сироватці опроміненних щурів показало тенденцію до дозозалежного підвищення їх титру.

Аналіз титрів АФСА за поєднаної дії опромінення та вживання ГЧ виявив вірогідне підвищення цього показника у тварин, які отримували ГЧ впродовж 100 діб (пили 48 діб до опромінення і 52 доби – після).

Таким чином, у щурів тотально опроміненних гамма-квантами ⁶⁰Со у різних дозах (0,5 Гр, 1 Гр, 2 Гр) при вживанні ГЧ індукується синтез АФСА, який має тенденцію до дозозалежного підвищення їх рівня.

з) оториноларингологія

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ВУХА ПРЕПАРАТОМ ЦИДИПОЛ

КРАВЧЕНКО В.Г., КРАВЧЕНКО А.В.
м. Полтава, Медичний центр

У зв'язку з антибактерійними і протигрибковими властивостями комплексу фармацевтичних речовин, компонентами якого є розчинна субстанція паранітро-хлоркоричного альдегіду в димексиді і поліетиленгліколі з молекулярною масою 400, була доцільність дослідити можливу подразнювальну дію на гістологічні структури вуха при потенційному використанні комплексу при запальній бактерійно-грибковій патології вух. На сьогодні існують повідомлення про успішне клінічне застосування препарату Цидипол при кандидозно-аспергільозній інфекції зовнішнього слухового проходу на підставі раніше підтверджених експериментальних досліджень фунгістатичних і фунгіцидних властивостей Цидиполу на грибкові культури *M. canis*, *Trich. rubrum*, *Candida albicans* і грибів роду *Aspergillus*, а також при маласезійно-піодермічному процесі.

Метою дослідження було експериментальне вивчення подразнювальної дії препарату Цидипол на гістологічні структури вуха при закапуванні його піддослідним тваринам.

Зазначені дослідження проведені у Державному науковому центрі лікарських засобів (Харків) на договірних засадах. Експерименти здійснені на 6 білих щурах породи Вістар, яким препарат Цидипол вводили шляхом закапування в одне вухо по 1–2 краплі тричі на день упродовж 5 днів. Друге вухо тварин зберігалося інтактним і слугувало в якості контролю (для порівняння). Проводився щоденний перманентний візуальний огляд піддослідних тварин.

При візуальному огляді не виявлено будь-яких ознак подразнення з боку вух тварин після введення вушних крапель. Тварини були достатньо спокійні, охоче поїдали корм, зовнішніх ознак запалення або виділень із вух не спостерігалось. По закінченні експериментів тварини були декапітовані. Частина черепа з прилеглою вушною раковиною були фіксовані в 10 % розчині нейтрального формаліну, в подальшому матеріал був декальцинований в цитрат-мурашиній кислоті, зневоднений в етиловому спирті висхідної концентрації і залитий в целоїдин. Серійні зрізи, отримані на санному мікротомі, забарвлені гематоксиліном і еозином.

Результати. На підставі порівняльного аналізу гістоструктур зовнішнього, середнього і внутрішнього вуха білих щурів контрольної і піддослідної груп зроблено висновок про відсутність будь-яких ознак місцево-подразнювальної дії у вушних крапель Цидипол. В терапевтичній дозі препарат викликає помірну тимчасову гіперемію капілярної мережі підлеглих тканин зовнішнього слухового каналу, а зі збільшенням дози гіперемія дещо посилюється. Будь-яких негативних наслідків дії препарату Цидипол на структури зовнішнього, середнього і внутрішнього вуха експериментальних тварин не виявлено, що дає підстави для проведення клінічних досліджень Цидиполу в отіатричній практиці.

и) офтальмологія

АКТУАЛЬНІСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРИ УСКЛАДНЕНІЙ МІОПІЇ СЕРЕДНЬОГО ТА ВИСОКОГО СТУПЕНІВ

АБАШИНА Н.М., ЛАКІЗА В.В., МЕРЕНЮК Н.В., КАМІНСЬКА М.Я. УРУМБАЄВА Л.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, комунальний заклад Львівської обласної ради «Львівська обласна клінічна лікарня»

Мета. Визначити зміни очного яблука при ускладненій міопії середнього та високого ступенів за допомогою ультразвукової діагностики (УЗД) при непрозорих оптичних середовищах.

Матеріали і методи. На кафедрі офтальмології ЛНМУ імені Данила Галицького за 2017 рік проводилось офтальмологічне обстеження 28 пацієнтів з ускладненою міопією середнього (32 ока) та високого (24 ока) ступенів. Вік хворих від 18 до 72 років (середній вік – $43,7 \pm 0,9$), з них 18 жінок та 10 чоловіків. Досвідчений офтальмолог здійснював ультразвукову діагностику, фотореєстрацію на апаратах Acuson / Siemens Cypress PLUS3 та опис клінічної картини. Проведено анкетування хворих (за їх згодою). Дані оброблено статистично.

Результати. Всі обстежені відмічали погіршення зору, з них: раптове – 31,8 %, поступове – 68,2 %. Для уточнення діагнозу при непрозорих оптичних середовищах хворі скеровувались на УЗД. Виявлено наступні патології: деструкція склистого тіла – 66,7 % очей (після 55 років – 95 %); відшарування сітківки – 12 %; катаракта – 50 %; гемофтальм – 20 %; патологія сітківки – 28,6 %; внутрішньоочна пухлина – 1,8 % очей (хвора скерована на МРТ). У третини пацієнтів спостерігалось поєднання кількох патологій, більше при міопії високого ступеня – ($59,3 \pm 0,8$) %. Обстеження проводилось в динаміці, дозволяло своєчасно діагностувати, контролювати ефективність лікування і сприяло профілактиці ускладнень, при відсутності протипоказань і доступній ціні.

Висновки. Проведені дослідження показали, що УЗД в сучасних умовах України залишається найбільш доступним та ефективним методом обстеження при ускладненій міопії, завдяки високій інформативності.

ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ СУХОГО ОКА У ПАЦІЄНТІВ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ЛЬВОВА І ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

АБАШИНА Н.М., МОРОЗОВА Є.А., ВОЛОШИН М.Р.

м. Львів, Львівський Національний медичний університет імені Данила Галицького, Львівська регіональна залізниця, комунальний заклад Львівської обласної ради «Львівська обласна клінічна лікарня»

Проблеми синдрому сухого ока (ССО) стають все актуальнішими, особливо для працездатного населення в світі, в тому числі і в Україні.

Мета: вивчити захворюваність ССО у пацієнтів працездатного віку Львова і Львівської області за 2016-2017 рр.

Матеріали і методи. На профілактичних оглядах з 01.01.2016р. по 31.12.2017 р. в лікарні Львівської залізниці (ЛЛЗ) оглянуто 25 637 працівників, з них – 20 087 чоловіків і 5 800 жінок

віком від 21 до 65 років (середній вік – $41,3 \pm 0,9$). Проведено офтальмологічне обстеження згідно з наказом № 240: візометрія, рефрактометрія, офтальмоскопія, визначення кольоровідчуття, периметрія, тонометрія. Двісті п'ятдесят пацієнтів з вираженими клінічними симптомами дообстежувались і спостерігались на кафедрі офтальмології, де проводились проби: Ширмера 1, Норна і тест з флюоресцеїном для визначення епітеліопатії і ерозій рогівки. Хворі спостерігались у ЛЛЗ, консультувались з ендокринологом та іншими лікарями.

Результати. За даний період виявлено 5 838 залізничників (I група) з хронічними запаленнями переднього відтинку ока і симптомами ССО, в т. ч.: легкого ступеня тяжкості – $(10,3 \pm 0,9)$ % очей, середнього – $(52,4 \pm 0,5)$ % і $(26,3 \pm 0,8)$ % очей тяжкого ступеня. В основному це були особи, які безпосередньо працюють на колії: чергові по станції і переїзду, машиністи, ремонтники, сигналісти та інші. У 1 451 працівника (II група), які в своїй роботі використовують монітори спостереження (диспетчери, касири, офісні працівники тощо), було діагностовано ССО легкого ступеня – $(45,0 \pm 0,7)$ % очей, середнього ступеня – $(47,2 \pm 0,9)$ % і $(7,8 \pm 0,5)$ % очей тяжкого ступеня. Для лікування виявленої офтальмопатології, проводилась адекватна терапія. При ССО легкого і середнього ступеня призначали інстиляції препарату рослинного походження «Окуфлеш» з екстрактом очанки лікарської, що має протизапальну, антисептичну, в'язучу і бактеріостатичну дію, по 1 краплі від 2 до 4 разів на добу. Це сприяло суб'єктивному і об'єктивному покращенню з 3-го дня лікування. При ССО середнього ступеня додавали штучні замінники сльози з гіалуроновою кислотою та екстрактом календули – «Окухіл С», який стабілізує слізну плівку, стимулює відновлення епітелію рогівки, зменшує запальну реакцію. Це значно зменшило симптоми ССО і покращило якість життя пацієнтів. При тяжкому ступені ССО, додатково призначали локально корнеопротектори з вітамінами А і Е, Сенсивіт, Солкосерил гель та інші. Така схема лікування добре переносилась хворими. Ефективність визначалась за динамікою об'єктивного стану ока і тяжкості перебігу ССО. Виявлена достовірна стабілізація прикорнеальної слізної плівки та збільшення часу її розриву. Аналіз показав, що видужання відмічено на $(9,5 \pm 0,7)$ % очей більше в I групі, покращення на $(5,3 \pm 0,9)$ % в II групі, без змін – на $(4,8 \pm 0,5)$ % очей більше – в I групі (через умови праці не витримувались схеми лікування).

Висновки. Проведені за 2016–2017 рр. обстеження виявили, що проблеми ССО для працездатного населення Львова і Львівської області є дуже актуальними і часто поєднуються із запальними процесами. Ця патологія, в основному, виявляється при профілактичних оглядах. Тому сімейний лікар та інші спеціалісти, при наявності очних скарг, мають своєчасно скерувати пацієнтів до офтальмологів для раннього виявлення ССО, призначення адекватного лікування, збереження зору і покращення якості життя пацієнтів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З ВІРУСНИМИ КОН'ЮНКТИВІТАМИ

Акіменко О.В.¹ Борисова І.В.,² Тютюкова Н.М.,² Качалова Н.В.,² Рижа Л.Ф.²

¹ м. Київ, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,

² м. Київ, Дитяча клінічна лікарня № 4 Солом'янського району

Вірусні кон'юнктивіти є розповсюдженими захворюваннями, що часто поєднані з загальними респіраторними захворюваннями, можуть ускладнюватися і мати тривалий перебіг.

Мета дослідження: проаналізувати ефективність поєднання протівірусної терапії з антибіотиками широкого спектру дії у дітей з вірусними кон'юнктивітами на фоні запальних респіраторних захворювань

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходився 151 хворий (300 очей) з вірусними кон'юнктивітами на фоні запальних респіраторних захворювань у віці 4–12 років (71 хлопчиків, 80 дівчаток), яким попередньо проводилася протизапальна терапія за місцем проживання. Оцінювали анамнез захворювання, наявність супутньої патології, лабораторні дослідження, ступінь прояву місцевої запальної реакції.

Всім хворим на фоні загальної терапії призначалась базова терапія, яка включала «Окомістин» та противірусні препарати. В основній групі дослідження, що включала 78 хворих (156 очей), додатково призначали антибіотик широкого спектру дії.

Результат. Діагноз був встановлений на основі характерної клінічної картини, і підтверджений лабораторними дослідженнями методом ПЛР. Поряд з цим було проведено бактеріологічне обстеження: у 20 % посів на мікрофлору росту не дав, у 29 % – виявили грамнегативну флору, у 51 % – грампозитивну флору.

В результаті проведеного лікування в основній групі дослідження, в якій приймали додатково антибіотик широкого спектру дії, ознаки місцевої запальної реакції (гіперемія, набряк, фолікули) почали зникати вже на 3–4-й день, на відміну від групи порівняння (базове лікування), де покращення спостерігалось лише на 7–9-й день.

Висновки. Комбінування противірусної терапії з антибіотиками широкого спектру дії у дітей, хворих на вірусний кон'юнктивіт в поєднанні з запальними респіраторними захворюваннями, сприяє зменшенню терміну лікування, запобігає виникненню ускладнень та можливих в подальшому рецидивів.

ОСОБЛИВОСТІ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СІТКІВКИ У ОСІБ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ НА РАДІАЦІЙНО ЗАБРУДНЕНИХ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ ТЕРИТОРІЯХ. ЗНАЧЕННЯ НОВИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ

ФЕДІРКО П.А., БАБЕНКО Т.Ф., ДОРІЧЕВСЬКА Р.Ю.

м. Київ, Інститут радіаційної гігієни і епідеміології Державної установи «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України»

У віддаленому періоді після Чорнобильської катастрофи найбільшою проблемою стало збереження здоров'я, забезпечення працездатності та запобігання розвитку інвалідизуючих захворювань. У структурі загальної захворюваності частка очних хвороб (насамперед, патологія сітківки) є значною. Поширеність ранніх і розвинутих форм захворювань сітківки значно збільшилась за післячорнобильський період у групах відносно молодих людей – осіб працездатного віку, які зазнають радіаційного впливу малої інтенсивності.

Для забезпечення збереження зорової працездатності у віддаленому періоді необхідне своєчасне лікування початкових форм патології сітчастої оболонки. Старі схеми лікування в багатьох випадках вимагають госпіталізації пацієнта, що стає все більш утрудненим через скорочення мережі офтальмологічних відділень.

Нами розроблені схеми амбулаторного лікування ранніх проявів дегенерації та судинних захворювань сітківки, підтримуючого лікування глаукоми з використанням нового антиоксиданту – ресвератролу. Доведено, що ресверазин (до складу якого входить ресвератрол) поліпшує стан мікроциркуляції і вірогідно збільшує діаметр артерій сітківки. При наявності дистрофічної патології сітківки до лікування ресвератролом додаються препарати, що містять лютеїн і зеоксантин, що забезпечує стабілізацію стану макулярної зони і зорових функцій.

i) інфекційні хвороби, СНІД, вірусологія, епідеміологія

ПРОФІЛАКТИКА КАШЛЮКА

ІВАНЧЕНКО Н.О.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність. За останні 5 років відмічається стрімке збільшення числа хворих на кашлюк. У 2017 році показники захворюваності в Україні становили 5,82 на 100 тисяч населення (2 480 випадків), у Львівській області – 12,55 на 100 тисяч населення (317 випадків).

Метою даної роботи було проаналізувати заходи профілактики кашлюка, які здійснюються на території Львівської області.

Матеріали і методи. Опрацьована державна статистична звітність з імунопрофілактики та карти спостереження за хворими на інфекції, які керуються засобами специфічної імунопрофілактики.

Результати. Згідно з даними Центру контролю за інфекційними захворюваннями США (CDC), основними заходами профілактики кашлюка є планова вакцинопрофілактика та хіміопрофілактика контактних. Згідно з Календарем профілактичних щеплень в Україні планова вакцинація дітей проти кашлюка є обов'язковою у віці 2–4–6–18 місяців. Згідно з одержаними результатами, у 2017 році вакциновано лише 55,7 % дітей Львівщини віком до 1 року (14 575). Старше 1 року 8,1 % (1 180) та лише 1 240 осіб старше 6 років, для яких ревакцинація проти кашлюка є рекомендованою. З числа 317 захворілих 121 (38,17 %) відмічали контакт з хворими на кашлюк до початку захворювання. Жоден з числа тих, хто захворів, не приймав з профілактичною метою антибіотики з групи макролітів відповідно до рекомендацій CDC. З числа хворих на кашлюк у 2017 році було 3 вагітних, джерелом інфекції для яких були старші діти, що хворіли на кашлюк. Питання хіміопрофілактики кашлюка у вагітних є важливим, оскільки новонароджена дитина є незахищеною від кашлюка.

Висновки. В Україні є необхідність у впровадженні стратегії «Кокон» – вакцинація вагітних в 3-му триместрі проти кашлюка та членів родини, де очікують народження дитини. Слід широко впровадити антибіотикрофілактику кашлюка серед контактних з хворими з метою недопущення випадків захворювання.

ЕФЕКТИВНЕ ПОЄДНАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ВІТЧИЗНЯНИХ ІНДУКТОРІВ ІНТЕРФЕРОНУ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ГАРЯЧЦІ ЗАХІДНОГО НІЛУ

КОЗЛОВСЬКИЙ М.М., ЛОЗИНСЬКИЙ І.М.

м. Львів, Україна, ДУ «Львівський НДІ епідеміології та гігієни МОЗ України»

Індуктори інтерферону справедливо вважаються ефективними засобами боротьби з вірусними інфекціями. Небажаним ефектом їх застосування нерідко виступає характерне для них явище гіпореактивності, що проявляється зниженням продукції інтерферону у відповідь на повторне їх введення. Одним із способів подолання даного феномену є раціональне поєднання різних за природою індукторів інтерфероноутворення, стимулюючих відмінні механізми активації інтерферонової системи. З цією метою на експериментальній моделі гарячки Західного Нілу було до-

сліджено ефективність поєднаного застосування вітчизняних індукторів інтерферону: синтетичного препарату аміксину та фітозасобу протекфлазиду. На початковому етапі дослідження аміксин при одноразовому самостійному введенні індукував у крові лабораторних мишей синтез на піку індукції 320–640 од/мл інтерферону, тоді як протекфлазид в аналогічних умовах – 40–80 од/мл. При повторному (через 72 год) введенні аміксину рівень індукції інтерферону знижувався до 80 од/мл, натомість при такому ж введенні протекфлазиду інтерфероутворення залишалось на попередньому рівні. У випадку комбінованого застосування протекфлазиду і через 72 год аміксину продукція інтерферону у фазі гіпорективності зростала у 2–3 рази і сягала 640–1280 од/мл, що свідчить про певне подолання вищевказаного феномену. Використання даної схеми поєднаного введення досліджуваних препаратів мишам, інфікованим летальною дозою вірусу Західного Нілу, призводило до посилення їх противірусної резистентності на 12,9 %, що характеризувалось виживанням 42,9 % тварин, тоді як їх індивідуальне застосування забезпечувало виживання в межах 15–30 %. Розроблений спосіб неспецифічної профілактики та лікування гарячки Західного Нілу можна застосовувати і при інших арбовірусних інфекціях.

МОНІТОРИНГ ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ З РИКЕТСІЙНИХ ІНФЕКЦІЙ ТА ГАРЯЧКИ КУ В УКРАЇНІ У 2016–2017 РОКАХ

Кушнір З.Г., Бек Н.Г., Чіпак Н.І., Топорович О.І.

м. Львів, Науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Захворювання на епідемічний висипний тиф, яке передається вошами людини, не реєструється в Україні з 1984 року, а його рецидивна форма (хвороба Брілла) – протягом останніх років. Однак не виключається можливість виникнення захворювань на висипний тиф в умовах низького рівня санітарно-гігієнічного забезпечення населення, особливо на територіях військових дій на Сході України. Це підтверджується зростанням на 2,3 % у 2017 році педикульозу та проведеними нами дослідженнями, які виявили наявність збудника – *Rickettsia prowazekii* у 5,08 % вошей (8,5 % у 2016 році) при головному та одяжному педикульозі, як у дорослого населення, так і дітей віком до 17 років, при відсутності клінічних ознак захворювання. Одержані дані свідчать про збереження *R. prowazekii* в стадії резервації, що окреслює необхідність подальших клініко-лабораторних досліджень.

Протягом 2016–2017 років в Україні було зареєстровано п'ять випадків захворювань на гарячку Ку в Одеській (чотири) та у Закарпатській областях. Частка серопозитивних осіб, інфікованих збудником гарячки Ку, становила в Одеській області 7,82 – 2,83 % і проживали вони переважно в межах відомих ензоотичних з гарячки Ку територій. Для оцінки епідемічної активності природних осередків гарячки Ку в Одеській області методом імунолюмінесцентної мікроскопії було досліджено за цей період 2 836 екземплярів кліщів з 20 районів. Збудник інфекції – *Coxiella burnetii* виявлений у пробах кліщів з 8 районів. Проведені дослідження вказують на прояви передепідемічного перетворення популяції *C. burnetii* з небезпекою епідемічних ускладнень на окремих територіях Одеської області. Це вимагає подальшого посиленого моніторингу епідемічної ситуації в області.

ДИФТЕРІЯ В УКРАЇНІ У 2008–2017 РОКАХ

Мотика О.І., Малова О.С., Слесарчук О.М., Сіренко І.С.

м. Львів, Науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Багаторічні порушення системи вакцинопрофілактики керованих інфекцій створили в Україні передумови для можливого погіршення епідситуації, зокрема, щодо дифтерії.

Проведено аналіз основних показників напруженості епідпроцесу дифтерії в Україні за останні 10 років. З 2012 р. інтенсивний показник захворюваності не перевищував 0,01 на 100 тис. населення. Однак, випадки дифтерії виявлялись щорічно (за винятком 2017 р.). Загалом за період 2008–2017 рр. повідомлено про 128 хворих, більшість з яких ($85,1 \pm 3,1$ %) були дорослими. Водночас, найвища інтенсивність циркуляції збудника дифтерії відмічалась серед дітей віком 10–14 та 15–17 років: показник носійства в даних вікових групах у 2–4 рази перевищував загальний. До нетипових рис перебігу епідпроцесу дифтерії в сучасних умовах слід віднести те, що починаючи з 2014 р., носіїв токсигенних штамів коринебактерій дифтерії було менше, ніж хворих. Крім того, з 2010 р. більшість зареєстрованих випадків захворювання не супроводжувалась повідомленнями про виявлення токсигенного носійства. Деякі регіони 4–6 років поспіль не повідомляли про носіїв нетоксигенних штамів, хоча випадки захворювання на цих територіях реєструвались. Такі дані суперечать відомим закономірностям перебігу епідпроцесу дифтерії.

З огляду на формування в Україні в останні роки значних прошарків нещепленого від дифтерії або щепленого з порушеннями населення, збереження епідемічного потенціалу даної інфекції становить загрозу, можливо, у короткостроковій перспективі. Вважаємо доцільним проведення профілактичних заходів серед найбільш уразливих контингентів.

ОСОБЛИВОСТІ БІОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ШТАМІВ *FRANCISELLA TULARENSIS HOLARCTICA*, ЩО ЦИРКУЛЮЮТЬ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ

НЕХОРОШИХ З.М., Джуртубаєва Г.М., Пилипенко Н.В., Процишина Н.М., Ковбасюк О.В., Маньковська Н.М.

м. Одеса, Державна Установа «Український науково-дослідний протичумний інститут ім. І.І. Мечникова МОЗ України»

В Україні, де природні осередки туляремії різної активності виявлені в 23 з 25 областей, циркулюють штами підвиду *F. tularensis holarctica*, але їх біологічні властивості не досліджені. Нами вперше ретроспективно вивчені генотипічні та фенотипічні властивості природних ізолятів *F. tularensis*, виділених у різних регіонах України за період з 1967 по 2017 роки. На основі мультилокусного VNTR-аналізу (*Multilocus VNTR Analysis*) проведено молекулярне генотипування 209 штамів *F. tularensis holarctica*, ізольованих з різних джерел (кліщі, дикі ссавці, вода, люди) як на фоні спалахів туляремії, так і в міжепідемічні періоди. Ретроспективний аналіз отриманих результатів з вивчення генотипічної структури досліджених штамів *F. tularensis* дав змогу ідентифікувати 47 генотипів (спільних, тривало персистуючих, унікальних) різних груп (А, В, С) та визначити їх генетичне різноманіття.

У 41 штаму *F. tularensis* різних груп генотипів (А – 30 штамів, В – 6, С – 5) вивчені вірулентні властивості з використанням двох експериментальних моделей: *in vitro* – на клітинах периферійної крові людини (патент UA 37715) та *in vivo* – клітинах паренхіматозних органів білих мишей. Контрольним зразком слугував вакцинний штам *F. tularensis* 15 Гайського. При цитоморфологічному аналізі препаратів заражених клітин оцінювали ступінь цитодеструктивних ушкоджень під дією досліджених штамів, що корелював з їх вірулентністю. При цьому, найбільш вірулентними виявились штами *F. tularensis holarctica* генотипів групи А.

На основі проведених досліджень визначені особливості генотипічних та фенотипічних властивостей досліджених штамів всередині підвиду *F. tularensis holarctica*.

ВПЛИВ ПРОБІОТИКІВ НА ПЕРЕБІГ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

Павлій Р.Б., Дармиць-Павлій Є.Ю.

м. Львів, науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, комунальна 4-а міська поліклініка м. Львів

Відомо, що пробіотики впливають на здоров'я людини – доведена ефективність пробіотиків у зниженні ризику розвитку гострих кишкових інфекцій, atopічних дерматитів, ротавірусного гастроентериту у дітей, неспецифічного виразкового коліту. Широкий інтерес викликає і можливість використання пробіотиків з метою попередження поширених інфекційних захворювань у дітей і дорослих.

Нами було проведено дослідження з вивчення ефективності використання пробіотиків у дітей і підлітків (загальне число учасників 300 дітей у віці від 1 місяця до 17 років). Тривалість профілактичного або лікувального прийому пробіотиків коливалася від 10 днів до 2 місяців, а час проведення досліджень збігався із зимовим підйомом захворюваності на гострі респіраторні інфекції. Ми вивчали ефективність пробіотиків стосовно інфекцій дихальних шляхів. Було встановлено істотне скорочення тривалості захворювання у групах дітей, які отримували пробіотик, і ця різниця становила від одного до 2,5 дня. При цьому в дослідженнях, проведених в дитячій когорті, різниця між групами дітей, які отримували і не отримували пробіотик, в тривалості захворювання була менш розбіжна і склала приблизно один день. У ряді досліджень було виявлено зниження на 15–18 % частоти інфекційних захворювань (переважно за рахунок інфекцій верхніх дихальних шляхів). Крім того, було встановлено позитивний вплив пробіотиків на тяжкість перебігу інфекцій, що в свою чергу призводило до скорочення частоти використання антибіотиків.

Таким чином, проведені дослідження свідчать про позитивний вплив вживання препаратів пробіотиків на тривалість, частоту і тяжкість респіраторних інфекцій. Їх регулярне вживання в період сезонного підйому захворюваності сприяло скороченню частоти виникнення інфекцій, зменшення їх тривалості та тяжкості перебігу, значного скорочення кількості пропусків занять у дитячих садках і школах.

ІНВАЗОВАНІСТЬ ЗБУДНИКАМИ КИШКОВИХ ПАРАЗИТОЗІВ ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ОСІБ

Шагінян В.Р., Данько О.П., Антоняк С.М., Сопіль Г.В., Дяченко О.П., Волкожа Т.С., Погорельчук Т.Я.

м. Київ, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»

Проведено обстеження на наявність кишкових паразитозів 80 ВІЛ-позитивних осіб (група дослідження – ГД) та 53 осіб зі скаргами на кишкові розлади (група порівняння – ГП). У ВІЛ-позитивних пацієнтів також визначали вірусне навантаження (ВН) і кількість CD4 клітин (дослідження проводились у КДЛ та відділі молекулярної вірусології Інституту), враховували отримання пацієнтами високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ).

Інвазованість криптоспоридіями у ГД склала 12,5 %, у ГП – 1,9 %. Видовий склад збудників паразитозів у зазначених групах відрізнявся. Бластоцисти частіше були виявлені у пацієнтів ГП, ніж ГД (7,5 % і 5,1 %, відповідно), гельмінти у ГД виявлені не були, у ГП – 1,9 %. Інвазованість ВІЛ-позитивних пацієнтів, які отримують ВААРТ більше 6 місяців, складала 11,9 %, тих, хто не отримує – 18,9 %. Серед інвазованих ВІЛ-позитивних пацієнтів ВН > 40 копій/мл виявлено у

60 %, кількість CD4 клітин < 350/мл – у 80 %. Серед неінвазованих – відповідно у 31,4 % та 54,3 %. Серед інвазованих ВІЛ-позитивних пацієнтів, що отримують ВААРТ більше 6 місяців, питома вага осіб з ВН > 40 копій/мл склала 40,0 %, осіб з рівнем CD4 клітин < 350/мл – 80,0 %; у неінвазованих пацієнтів, які отримують ВААРТ, – (10,8 % з ВН > 40 копій/мл та 35,1 % з рівнем CD4 клітин < 350/мл).

Таким чином, за результатами дослідження, провідним збудником кишкових паразитозів у обстежених ВІЛ-позитивних пацієнтів були криптоспоридії, інвазованість якими була у 6,6 раза вища, ніж інвазованість у ГП. Криптоспоридії частіше виявляли у ВІЛ-позитивних пацієнтів, які не отримують ВААРТ. У інвазованих ВІЛ-позитивних пацієнтів частіше спостерігали рівень ВН > 40 копій/мл та рівень CD4 клітин < 350/мл.

ї) дерматовенерологія

МОНІТОРИНГ ПЕРЕБІГУ ДЕРМАТИТУ, АСОЦІЙОВАНОГО З НЕТРИМАННЯМ, ЗА ДОПОМОГОЮ КАТЕГОРИЗАЦІЙНОГО ІНСТРУМЕНТУ GLOBIAD

Когут І.Й., Галникіна С.О.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Дерматит, асоційований з нетриманням (ДАН) – це особливий вид подразнювального контактного дерматиту, який характеризується еритемою та набряком перианальної чи генітальної шкіри, може супроводжуватися пухирями, ерозіями або вторинним інфікуванням шкіри внаслідок контакту з сечею і калом. Поширеність ДАНВ у хронічно хворих становить 3,4–7,6 %, а серед пацієнтів з гострою патологією – 20–36 %. Агресивна дія екскретів виявляється в умовах оклюзії, мацерації і тертя шкіри. Найбільш відповідальні за вторинне інфікування поверхні шкіри виявилися кандидні гриби.

Для об'єктивного оцінювання ДАНВ запропоновано використовувати Гентський глобальний категоризаційний інструмент для ДАН (GLOBIAD, <http://bit.ly/GLOBIADukrainian>), який пройшов процедуру верифікації Delphy та перекладений на 15 мов, у тому числі й українську. Інструмент дозволяє стандартизувати оцінювання патології в клінічній практиці та наукових дослідженнях. За допомогою GLOBIAD визначається 2 категорії ДАН. Критеріями 1 категорії є постійне почервоніння шкіри, а 2 категорії - ерозії, денудації та екскоріації. Кожна з категорій, в свою чергу, поділена на дві підкатегорії: без ознак інфікування (А) та з клінічними ознаками інфікування (В) шкіри у вигляді луцення, пустул, нальоту на дні рани, гнійної ексудації.

На основі ретроспективного аналізу записів клінічних даних хворих на ДАН за період з липня 2014 р. по жовтень 2015 р. проведено категоризацію пацієнтів за допомогою інструменту GLOBIAD. Під спостереженням перебували 134 хворих на ДАН, віком від 36 до 92 років, у середньому 77 ± 11 років, з них – 83 (61,9 %) жінок. У всіх пацієнтів було нетримання сечі, поєднане з нетриманням калу у 48 (35,8 %) осіб. Досліджувану групу склали 104 хворих, у яких очищення і захист шкіри проводилося розчином камфори рацемічної у концентрації 0,1 г у 1 мл олії соняшникової. У 30 хворих контрольної групи застосовували рутинні засоби для догляду за шкірою.

У досліджуваній групі, на початку спостереження, до 1А категорії увійшли 29 (27,9 %) хворих, до 1В – 23 (22,1 %), до 2А – 22 (21,2 %) і до 2В – 30 (28,8 %) пацієнтів. Через 1 місяць лікування досліджуваним препаратом відбулося достовірне зменшення числа осіб з категорією 2В до 16 (15, %) пацієнтів ($\chi^2 = 22,1$; $p < 0,001$) та збільшення чисельності категорії 1А до 52 (50,0 %) пацієнтів ($\chi^2 = 21,0$; $p < 0,001$).

У контрольній групі, на початку спостереження, до 1А категорії увійшли 13 (43,3 %) хворих, до 1В – 2 (6,7 %), до 2А – 5 (16,7 %) і до 2В – 10 (33,3 %) пацієнтів. Через 1 місяць лікування досліджуваним препаратом також відбулося достовірне зменшення числа осіб з категорією 2В до 3 (10,0 %) пацієнтів ($\chi^2 = 5,44$; $p = 0,020$) та збільшення чисельності категорії 1А до 18 (60,0 %) пацієнтів ($\chi^2 = 5,0$; $p < 0,025$). Дані результати показують, що ефективність використання дослідного препарату статистично не відрізнялася від рутинного догляду контрольної групи.

Отже, місцеве використання олійного розчину камфори рацемічної для забезпечення етапів догляду за шкірою, ураженою ДАН, призвело до покращення перебігу ДАН за рахунок достовірного зменшення кількості випадків категорії 2В та збільшення числа пацієнтів з категорією 1А з неускладненим легким перебігом патології.

й) психологія, психотерапія, сексопатологія, наркологія

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ПАРАЛЕЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ І ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

Сьомко А.М., Цвігун Б.Я., Романова Н.А., Савицький А.М.

м. Кам'янець-Подільський, Хмельницька область, Міська поліклініка № 1

Неухильне зростання тривалості життя людей на землі вимагає не тільки збільшення затрат на утримання непрацездатного населення, але й висуває проблему підвищення якості їхнього життя.

Одним із показників, пов'язаних зі старінням організму, є наростаючий дефіцит андрогенів, що проявляється ознаками недостатності дії тестостерону, який впливає на сексуальну функцію, імунну та м'язову системи, мінеральну щільність кісткової тканини, загоєння ран та інше. Максимальний рівень тестостерону в крові реєструється в 25–30 років, він поступово знижується зі швидкістю 1–3 % на рік [Larsen et al., 2003].

Паралельно з віковим андрогенним дефіцитом нерідко появляється і прогресує метаболічний синдром і цукровий діабет 2-го типу.

Все це призводить у чоловіків до виникнення й посилення соматичного і психологічного неблагополуччя, зниження почуття особистої гідності.

Нами обстежено 64 пацієнти віком від 40 до 70 років, які звернулись в урологічний кабінет поліклініки № 1 протягом 2016–2017 рр. з приводу сексуальної дисфункції. Всім пацієнтам вимірювали артеріальний тиск в сидячому положенні, зріст, масу тіла, довжину околу талії. В крові визначали рівень глюкози (глюкозооксидазним методом, Human, Німеччина), ліпопротеїдів високої щільності і тригліцеридів (ферментативним методом, Human, Німеччина), загального тестостерону (ІФА, Імунотех, Росія). Отримані результати опрацьовані методами варіаційного і кореляційного аналізу.

Загальна розповсюдженість метаболічного синдрому в досліджуваній вибірці склала 73 % (47 чоловік), цукрового діабету – 6 % (39 чоловік), андрогенного дефіциту – 69 % (44 чоловіки). Співпадіння андрогенного дефіциту, метаболічного синдрому і цукрового діабету 2-го типу виявлено у 51 % (33 чоловіки). Причому в цих випадках симптоми андрогенного дефіциту і сексуальної дисфункції мали більш виражений характер і погано піддавались корекції.

Кореляційний аналіз зв'язку ознак андрогенного дефіциту з кожним компонентом метаболічного синдрому виявив високу пряму кореляційну залежність від довжини околу талії, гіпертригліцеридемії, зниження вмісту загального тестостерону в крові й вираженістю сексуальної дисфункції. Так, довжина околу талії більше 102 см виявлена у 38 осіб з 64 (59 %) із сексуальною дисфункцією, гіпертригліцеридемія у 42 з 64 (65,6 %), зниження загального тестостерону в 34 з 64 (53 %). Крім того, черевне ожиріння і гіпертригліцеридемія виявлені у 29 (74 %) і 25 чоловіків (64 %) з 39 випадків цукрового діабету 2-го типу, що може стати прогностичним показником виникнення останнього.

Спостереження за динамікою сексуальних порушень виявило, що у 16 пацієнтів з 44 (36 %), у яких рівень загального тестостерону в крові був нижче 2,0 нг/мл виникло гостре порушення мозкового кровообігу різного ступеня тяжкості. Тому ми вважаємо, що черевне ожиріння і зниження запального тестостерону в крові є фактором ризику виникнення мозкових судинних катастроф.

Отже, визначення простих метаболічних параметрів і виявлення черевного ожиріння в осіб з явищами сексуальної дисфункції є важливим фактором прогнозування розвитку еректильної дисфункції, гострих судинних катастроф та інших психосоматичних порушень.

л) хірургія, трансплантологія, імплантологія, косметологія

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ В УМОВАХ ПОЛІМОРБІДНОСТІ

Антощук Р.Я.

м. Луцьк, Волинський обласний госпіталь ветеранів війни

Актуальність. Дане дослідження є актуальним, оскільки цукровий діабет (ЦД) визнано одним із найбільш поширених і високовитратних хронічних захворювань серед неінфекційних хвороб, частка яких сягає понад 70 % у структурі ендокринної патології. Приріст хворих коливається в різних країнах у межах 13–30 % щорічно. Причинами поліморбідності є анатомічна близькість уражених органів, спільний патогенез, причинно-наслідковий зв'язок або випадкове поєднання захворювань.

Мета дослідження: покращити результати хірургічного лікування хворих із синдромом діабетичної стопи шляхом оцінки стану макро- і мікрогемодинаміки судин нижніх кінцівок. Розробити показання до мінімально-щадних за об'ємом і максимально радикальних оперативних втручань в умовах поліморбідності.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 269 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні з остеомієлітним центром на базі Волинського обласного госпіталю ветеранів війни за період з 2010 по 2015 роки, з приводу гнійно-некротичних ускладнень синдрому діабетичної стопи. З них 148 (55,01 %) чоловіків і 121 (44,09 %) жінок у віці від 32 до 78 років. Більшість хворих (73,3 %) були працездатного віку, з ЦД I типу – 18 (6,6 %) хворих, ЦД II типу – 251 (93,4 %). Тип ЦД ідентифікували відповідно до критеріїв класифікації А.С. Єфімова (1983, 1989) і наукової групи ВООЗ по ЦД (1999).

Декомпенсацію ЦД діагностовано у 77 (28,6 %) хворих, субкомпенсацію – у 168 (62,4 %), компенсований відмічено у 21 (9,0 %) поступивших. Відповідно до етіологічного чинника, нейропатична форма СДС була у 84 (31,2 %) пацієнтів, змішана – у 148 (55,01 %), ішемічна – у 37 (13,7 %). У всіх пацієнтів при обстеженні була виявлена супутня патологія. Так, одне супутнє захворювання виявлене у 11 пацієнтів, два – у 79, три – у 110, чотири – у 51 і п'ять – у 18 хворих.

Обстеження хворих з гнійно-некротичними процесами при СДС включало: оцінку обсягу і глибини ураження (візуальну оцінку дефекту, рентгенографію стопи в двох проєкціях (КТ, МРТ за показаннями); оцінку мікро- і макрогемодинаміки (УЗДГ пальцевих артерій стоп (датчик 16 Гц), УЗДГ магістральних артерій з визначенням показників швидкості та об'єму артеріального притоку, а також показників об'єму і швидкості венозного відтоку, транскутанну оксиметрію (TcPO₂).

Загальні принципи лікування хворих з СДС включали: хірургічну обробку гнійно-некротичного вогнища, компенсацію ЦД, спрямовану адекватну антибактеріальну терапію, місцеву терапію рани з використанням сучасних перев'язувальних засобів, рухове розвантаження стопи, шкірну пластику дефектів стопи (за показаннями).

Результати. Пацієнти були розподілені на дві групи. В основну групу увійшли 115 хворих, яким проводилась катетеризація нижньої надчеревної артерії в асептичних умовах. Для корекції ішемії в основній групі застосовували препарати з групи простагландинів E₁ (алпростадил). В контрольну групу увійшли 154 хворих, яким даний метод корекції ішемії не застосовували. У обох групах досліджували швидкість і об'єм артеріального припливу та венозного відтоку до та після лікування.

Зберегти опорну функцію стопи вдалося у 102 (88,6 %) пацієнтів, із них у 27 (26,4 %) проведено трансметатарзальну ампутацію стопи у зв'язку з ураженням двох і більше пальців. Наслідки даного оперативного втручання нами розцінювались як збережена опороздатність стопи. У 13 (11,4 %) пацієнтів у зв'язку з прогресуванням ішемії довелося виконати високі ампутації кінцівки у 9 (69,3 %) – на рівні гомілки, у 4 (30,7 %) – на рівні стегна.

У контрольній групі хворих зберегти кінцівку вдалося у 133 (86,3 %) пацієнтів, із них у 24 (18,1 %) проведено ампутацію на рівні стопи, що у 1,45 раза менше, ніж у основній групі. Високі ампутації виконали у 21 (13,7 %) хворих, з них у 6 (28,5%) – на рівні гомілки, у 15 (71,5%) – на рівні стегна, що у 2,4 раза менше у порівнянні з основною групою на рівні гомілки та у 2,3 раза вище на рівні стегна.

Кінцевим етапом хірургічного лікування у деяких хворих було виконання шкірно-пластичних операцій на стопі (аутодермопластика, пластика місцевими тканинами, комбінована шкірна пластика).

Кількість високих ампутацій у основній групі у порівнянні з контрольною групою знизилась з 13,7 до 11,4 %, кількість ампутацій на рівні стопи збільшилась з 18,1 до 26,4 %, що пов'язано з більш ретельним дослідженням судинного статусу, резервів кровообігу в ділянці стопи і гомілки і вибором оптимального рівня ампутації. У структурі високих ампутацій збільшилася кількість ампутацій на рівні гомілки з 28,5 до 69,3 % (як прогностично більш сприятливих).

Середні терміни стаціонарного лікування зменшилися з $(29,2 \pm 2,9)$ до $(21,4 \pm 2,3)$ днів, що пов'язано з більш ретельною діагностикою і раннім визначенням тактики подальшого лікування.

Висновки. Таким чином, комплексний підхід до лікування хворих з гнійно-некротичними ускладненнями синдрому діабетичної стопи з використанням сучасних методів діагностики і лікування сприяє оптимальному вибору тактики хірургічного та консервативного лікування, здійсненню контролю за перебігом ранового процесу, визначенню оптимального рівня ампутації кінцівки, що в кінцевому підсумку веде до виправданого збереження стопи та її опорної функції.

НЕЙРОМЕРЕЖЕВИЙ ПІДХІД ДО ОЦІНКИ ПРОГНОЗУ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ У ХІРУРГІЧНІЙ КЛІНІЦІ

БАНАДИГА А.І.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Прогнозування перебігу гострого панкреатиту (ГП) є важливим в хірургічній панкреатології, оскільки від цього залежить своєчасність і доцільність операційних втручань. Тому важливе здійснення прогнозу перебігу ГП на основі клініко-лабораторних даних.

У 176 пацієнтів визначався комплекс клінічних, лабораторних, інструментальних методів обстеження. Аналіз даних проводився в програмі Statistica Soft 13.0., застосовано метод побудови нейромережі. В залежності від тяжкості стану пацієнтів розподілено на дві групи: I – з ГП легким і середньої тяжкості ($n=101$) і II – з важким і критичним ГП ($n=75$). Для оцінки зв'язків між клініко-лабораторними показниками проводився кореляційний аналіз і побудоване вихідне «дерево рішень», як вихідний елемент нейромережі, за результатом якого критеріями для участі у групі II (важкий та критичний панкреатит) були рівні амілази більше 186 Од/л та АЛТ > 35,7 на 1-шу добу. Так у II групі таких хворих було 55 (73,33%). З них у 32 (58,18%) були високі рівні прокальцитоніну ($7,6 \pm 1,1 \text{ ng/ml}$, $p < 0,05$), і вони підлягали мініінвазивним хірургічним втручанням. Другого етапу хірургічного лікування потребували лише 7 хворих (21,87%), і це свідчить про ефективність активної хірургічної тактики на основі попереднього прогнозу тяжкості перебігу ГП.

Отже, рівні амілази понад 186 Од/л і АЛТ > 34,5 в поєднанні з високим рівнем прокальцитоніну – це індикатори високого ступеня ризику розвитку важкого або критичного панкреатиту. При їх наявності рекомендовані мініінвазивні хірургічні втручання як перший етап в активній хірургічній тактиці.

КОМПЛЕКСНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ СТАДІЇ СТОПИ ШАРКО

Біцька І.В., Василюк С.М., Федорченко В.М., Шевчук А.Г., Фалат О.І.,
Гудивок В.І., Папп О.І.

*м. Івано-Франківськ, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний
університет»*

У структурі синдрому діабетичної стопи, діабетична остеоартропатія є особливою формою діабетичної полінейропатії з ураженням мієлінових нервових волокон, але відносним збереженням безмієлінових. Це викликає порушення тонуусу мікросудин (так званий «симпатичний провал»), що веде до активації остеобластів. Патологічні переломи кісток стопи запускають процес остеолізу, який перетворює стопу на «мішок з кістками». Поширеність цього захворювання серед хворих на цукровий діабет, становить в межах від 0,1 до 55 %. Наведене нами клінічне спостереження може слугувати як метод лікування гострої форми стопи Шарко. Хворий Ч., 44 роки, поступив в клініку кафедри хірургії № 1 зі скаргами на виражену деформацію лівої стопи в ділянці гомілково-ступневого суглобу, інтенсивний набряк стопи і лівої нижньої кінцівки до рівня колінного суглобу, почервоніння шкіри латеральної і медіальної поверхонь стопи. Крім цього, спостерігався інтоксикаційний синдром, з диспепсичними розладами і загальною слабкістю. З анамнезу відомо, що пацієнт хворіє на цукровий діабет 1 типу 20 років, з незадовільною компенсацією рівня глікемії (HbA1c > 9–12 %). За 5 місяців до моменту поступлення хворий амбулаторно лікувався у травматолога поліклініки з переломом кісток склепіння лівої стопи. Проте, після закінчення курсу лікування, набряк і деформація стопи прогресували, температура тіла підвищилась до 40 °С, хворий не може самостійно пересуватися, різко погіршилось самопочуття. Загальноклінічні лабораторні та інструментальні методи обстеження вказували на виражений SIRS-синдром: гіпертермію, лейкоцитоз, зсув формули вліво, анемію, гіпопротеїнемію, кетоацидоз, наростання показників креатиніну, сечовини, диселектролітемію. При рентгенографії лівої стопи в прямій і боковій проекціях виявлено остеолізис, фрагментацію і дислокацію кісток склепіння, запальні реактивні зміни оточуючих м'яких тканин стопи. Хворому встановлено діагноз: «Діабетична остеоартропатія (стопа Шарко) зліва, гостра стадія. Цукровий діабет, I тип, важка форма, стадія декомпенсації». Поряд із загальноприйнятною терапією, спрямованою на корекцію гіпоглікемії, кетоацидозу, азотемії, хворому проведено канюлювання лівої нижньої надчеревної артерії, для довготривалої, регіонарної внутрішньоартеріальної інфузії лікарських середників за допомогою апарату «Інфузомат» зі швидкістю 50 мл/год. Ця методика дозволила створити максимальну концентрацію препаратів α -ліпоевої кислоти, вітамінів групи В, антибіотиків в ураженій кінцівці протягом 7 діб. На ураженій стопі було проведено розрізи тканини і налагоджено промивну систему за допомогою антисептичних розчинів. Хворий дотримувався ліжкового режиму протягом 30 діб, кінцівка іммобілізована гіпсовою лонгетою. Запропонований комплексний підхід лікування даного хворого дозволив досягти припинення процесу остеолізису, що підтверджувалось клінічно і рентгенологічно. Хворий у задовільному стані виписаний на амбулаторне лікування. Використання внутрішньоартеріального регіонарного довготривалого введення лікарських середників в поєднанні з місцевим хірургічним лікуванням, а також іммобілізацією стопи лонгетою та ортез-взуттям, дозволили отримати задовільний результат у лікуванні хворого з даною патологією.

ПУПКОВА ГРИЖА БРОКА, СПРИЧИНЕНА ТУБЕРКУЛЬОЗНИМ ПЕРИТОНІТОМ

Василик Т.П., Василюк С.М., Шевчук А.Г., Федорченко В.М., Фалат О.І.
Павлюченко Д.К.

м. Івано-Франківськ, ДВНЗ Івано-Франківський національний медичний університет.

Псевдозащемлення, або грижа Брока є симптомокомплексом, що нагадує загальну картину защемлення, але викликаний іншими гострими захворюваннями органів черевної порожнини.

Клінічне спостереження. Хв. Н., студент-іноземець, 22 роки, поступив в хірургічну клініку № 1 зі скаргами на біль, здуття живота, нудоту, наявність випинання в ділянці пупка з діагнозом защемлена пупкова грижа? Хворіє близько семи місяців. Звертався і лікувався в студентській поліклініці амбулаторно та стаціонарно в фтизіопульмоцентрі з приводу лівобічної бронхопневмонії, гіпохромної анемії. Через місяць – стаціонарне лікування в ОКЛ з приводу хронічного гастродуоденіту, панкреатиту, холецистити, гіпохромної анемії. При поступленні в клініку: пониженого живлення (зріст – 178 см, вага – 58 кг), видимі слизові оболонки блідого кольору, підшкірна клітковина практично відсутня. Грудна клітка бере рівномірно участь в акті дихання з частотою 26–28 на 1 хв. Перкуторно: притуплення у верхніх та нижніх відділах зліва, при аускультатії – там же ослаблене дихання з поодинокими вологими хрипами. Тони серця ритмічні, приглушені, АКТ – 110/60 мм рт. ст. Язик обкладений білим нальотом, вологий. Живіт здутий, дещо болючий. В ділянці пупка – випинання сферичної форми, в діаметрі до 4 см, легко вправиме, пупкове кільце пропускає 1,5 пальця, симптом «кашльового поштовху» позитивний. Перистальтика кишечника приглушена, ослаблена до 5–6 шумів/хв. Перкуторно: по фланках притуплення. УЗД: виражений метеоризм, в грижовому мішку петля незміненої кишки; по фланках випіт. На рентгенографії органів грудної клітки ознаки лівобічного плевриту, бронхопневмонії? На оглядовій рентгенограмі черевної порожнини – пневматизація кишечника. Вранці знову посилюється біль у животі, нудота. Живіт здутий, симптоми подразнення очеревини від'ємні, грижовий вміст вправимий. При УЗД – ознаки кишкової непрохідності, наявний випіт в черевній порожнині і грижовому мішку. Діагностична лапароскопія: при огляді кишечника виявлено його інфільтрацію, з утворенням єдиного конгломерату, вкритого поодинокими і зливними горбиками, що розповсюджуються на шлунок, та парієнтальну очеревину. Виставлено діагноз: туберкульозний перитоніт. Лапаротомія: Стінки шлунка і кишечника інфільтровані, спаяні в єдиний конгломерат, рівномірно потовщені і розширені, без наявних штрангів, масивно вкриті щільними, білуватими горбиками, з серозним (1,8 л) випотом в черевній порожнині. Взято шматочок парієтальної очеревини з горбиками на гістологічне дослідження. Виставлено діагноз: туберкульозний перитоніт, ускладнений динамічною кишковою непрохідністю, пупкова грижа Брока. Черевну порожнину дреновано і ушито наглухо. Консультований фтизіатром, виставлено діагноз: інфільтративний туберкульоз легень, туберкульозний перитоніт. Призначено специфічне лікування. Після зняття швів переведений для подальшого лікування в тубдиспансер.

ХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ УСКЛАДНЕНЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Василюк С.М., Вайнагій М.М., Федорченко В.М., Шевчук А.Г., Василюк А.С.
м. Івано-Франківськ, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) є золотим стандартом при лікуванні жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ). Однак, незважаючи на переваги, особливої уваги заслуговують її специфічні ускладнення та їх хірургічна корекція. Завданням роботи було покращити результати вико-

ристання ЛХЕ шляхом удосконалення методів хірургічної корекції ускладнень. Нами проведено аналіз оперативного лікування 1739 хворих на гострий та хронічний калькульозний холецистит (ГКХ, ХКХ) які перебували у клініці в період з 2010 по 2017 рік. Серед обстежених пацієнтів було 252 чоловіків (14,5 %), жінок – 1487 (85,5 %) Переважали особи віком понад 60 років – 43,1 %. У 1182 пацієнтів була проведена ЛХЕ з приводу ЖКХ. У 480 хворих ЛХЕ виконувалась з приводу ГКХ, в терміни від 12 до 48 годин після поступлення в стаціонар. У 77 хворих виконували лапаротомну холецистектомію(ЛХ). У всіх цих пацієнтів діагностували ускладнений ГКХ. Найчастіше ускладнення холециститу зустрічалися у пацієнтів з гострими деструктивними його формами. Біліарний панкреатит діагностували у 142 пацієнтів, які були прооперовані лапароскопічно. Серед всіх проведених оперативних втручань з приводу холецистолітіазу 95,57 % становила ЛХЕ, а традиційна (ЛХ) була виконана тільки у 77 хворих (4,43 %). У 52 з них були конверсії. Ускладненнями ЛХЕ були: повне пересічення гепатикохоледоха (6) пацієнтів з ГКХ (0,34 %). У трьох з них поранення холедоха було діагностовано інтраопераційно: з ушиванням на дренажі Кера, у двох накладали гепетикоєюноанастомоз на петлі за Ру. У інших трьох на 2–4-ту добу після операції виконано лапаротомію і зовнішнє дрениування холедоха. Часткове пошкодження епатикохоледоха було у 10 пацієнтів (0,57 %): у 7 при ГКХ, а у 3 – ХКХ. Усім їм виконано зовнішнє дрениування холедоха, або ЛС, або лапаротомно. Травмування запально-зміненої стінки жовчного міхура спостерігалось у 135 хворих, оперованих з приводу ГКХ, та у 62 – з ХКХ, що у 9 з них вимагало конверсії, у інших застосовували контейнери для евакуації кусків міхура та конкрементів. У 32 пацієнтів після операції діагностували неспроможність кукси міхурової протоки. У 5 з них виконували лапаротомію з перев'язкою кукси міхурової протоки, санацією і дрениуванням черевної порожнини, у інших хворих жовчовідтік припинявся самостійно після відновлення перистальтики. Кровотеча з кукси міхурової артерії спостерігалася у 37 хворих (2,13 %), її зупинили лапароскопічно кліпуванням судин. Капілярна інтраопераційна кровотеча зустрічалася набагато частіше – у 30,99 % випадків, і її усували: зрошенням 5 % розчином амінокапронової кислоти, діатермокоагуляцією ложа міхура, підведенням марлевих тампонів. Помірна кровотеча по дренажах і п/ш клітковини була у 32 (1,84 %) випадках, її зупинено або гемостатичною терапією, або прошиванням судин. Обтураційну жовтяницю спостерігали у 60 (3,45 %) хворих, яку ліквідували ендоскопічно. Абсцеси в ложе міхура були в 11 пацієнтів, у двох з них їх ліквідували інтенсивною антибіотикотерапією, у 9 – транскутанною пункцією абсцесу під УЗД контролем. У 120 УЗД підтверджено дистальний тромбоз глибоких вен, а у 4 – тромбоемболію дрібних гілок легеневої артерії, їм усім призначали антикоагулянтну терапію за схемою, з успішними наслідками лікування. Своєчасна діагностика ускладнень ЛХЕ, конверсія, релапароскопія або лапаротомія з метою хірургічної корекції цих ускладнень є заходами успішного лікування хворих на ЖКХ з використанням сучасних мініінвазивних лапароскопічних технологій.

РЕКТОРОМАНОСКОПІЯ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕМОРОЙ

ВАСИЛЮК С.М., СІДОРУК С.С.

м. Івано-Франківськ, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Нами проведено клінічне обстеження і лікування 140 пацієнтів з хронічним гемороєм III–IV ступеня за Goligher. Було 58 чоловіків (41,4 ± 4,20 %) і 82 жінки (58,6 ± 4,20 %). При аноскопії оглядали аноректальну ділянку з внутрішніми гемороїдальними вузлами, які при натужуванні пролабували у просвіт аноскопа, зубчасту лінію та слизову вище від неї. Всім пацієнтам виконували ректороманоскопію на глибину не менше 25 см. З метою усунення подразнюючого ефекту водної клізми на слизову оболонку прямої кишки, обстеження проводили без попередньої підготовки. У більшості людей після фізіологічного акту дефекації пряма кишка звільнялася від калових мас. У 108 пацієнтів (77,1 ± 3,55 %) відмічалася рожева, волога і блискуча слизова оболонка прямої кишки. В нижньоампулярному відділі було видно підслизові судини, циркулярні складки були відсутні. Вище в прямій кишці слизова оболонка мала ряд поперечних складок, найнижча з яких

(куприкова) була розміщена на відстані 5–8 см від лінії переходу перианальної шкіри. З куприковою складкою під гострим кутом перехрещувалася нижня крижова складка. На 2–3 см вище від неї візуалізувалася верхня крижова складка. Межею переходу прямої кишки в дистальну частину сигмоподібної кишки була термінальна складка, яка знаходилася на відстані 12–13 см від лінії переходу перианальної шкіри. В дистальній частині сигмоподібної кишки слизова оболонка була темно-рожевого кольору, утворювала багато мобільних півмісяцевих складок, які розправлялися при компресії повітрям. У 32 хворих (22,9 ± 3,50 %) відмічалися ознаки поверхневого проктиту чи сигмоїдиту.

УДК: 616.137.9 – 089.168.1 – 06:616.718 – 005.4

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ РЕПЕРFUЗІЙНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ТКАНИН ПРИ РЕКОНСТРУКЦІЇ АРТЕРІАЛЬНОГО РУСЛА АОРТО-СТЕГНО-ПІДКОЛІННОГО СЕГМЕНТУ В УМОВАХ ХРОНІЧНОЇ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ

ВЕНГЕР І.К.¹, КОЛОТИЛО О.Б.², КОСТИВ С.Я.¹, ВАЙДА А.Р.¹, ГЕРАСИМЮК Н.І.¹
м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»¹
ДНВЗ «Буковинський державний медичний університет МОЗ України»²

Мета роботи. Покращити результати реконструктивних операцій на аорті та магістральних артеріях в умовах хронічної критичної ішемії нижніх кінцівок.

Матеріали та методи. В роботу включено 56 пацієнтів з облітеруючими ураженнями аорти та артерій нижніх кінцівок із II, IIIA, IIIB, IV ст. хронічної артеріальної недостатності.

Для профілактики і лікування феноменів no-reflow і reflow-paradox на доопераційному періоді здійснювали комплекс запропонованих заходів.

Для діагностики характеру ураження артеріального русла і особливостей гемодинамічних порушень застосовували показники ультразвукової доплерографії, дуплексного сканування, рентгеноконтрастної цифрової ангіографії. Для одержання інформації про зміни капілярного кровотоку і артеріо-веноулярного шунтування крові застосовували метод лазерної доплерівської флоурометрії.

Результати дослідження та їх обговорення. За об'ємом реваскуляризації аорто/клубово-стегно-підколінного сегмента пацієнти розділені на дві групи. Оперативне втручання в I групі пацієнтів включало одномоментне аорто-біфеморальне алошунтування (14 спостережень) і однобічне аорто(клубово)-стегнове алошунтування (8 спостережень). В другу групу включено 34 пацієнти, у яких крім атеросклеротичної оклюзії аорто/клубово-стегнового сегмента виявлено стенотично-оклюзивний процес стегно-підколінного сегмента. Динамічний ультразвуковий моніторинг стану гемодинаміки стегно-підколінного сегменту в післяопераційному періоді у хворих II гр. дозволив виявити зниження пікової систолічної швидкості та індексу резистентності, що було показанням до проведення додаткової реконструкції стегно-підколінного сегменту.

Висновки. Патолофізіологічно обгрунтована передопераційна профілактика та лікування реперфузійно-реоксигенаційного синдрому при реваскуляризації нижніх кінцівок в умовах хронічної критичної ішемії, дають можливість попередити розвиток післяопераційних ускладнень.

Ключові слова. Облітеруючий атеросклероз, реперфузійно-реоксигенаційний синдром, реваскуляризація.

Pathophysiologically substantiated prophylaxis and treatment of reperfusion-reoxygenative syndrome at revascularization of the lower extremities in conditions of chronic critical ischemia

¹ I.K. Venher, ² O.B. Kolotilo, ¹ S.Ya. Kostiv, ¹ A.R. Vaida, ¹ N.I. Herasemuk

¹ SHEI «Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky»

² SHEI «Bukovinian State Medical University»

Introduction. One of the causes of the adverse effects of reconstruction of the aorto-femoral-popliteal segment is the development of reperfusion-reoxygenative syndrome.

The aim. Improve the results of reconstructive operations on the aorta and major arteries under conditions of chronic critical ischemia of the lower extremities.

Materials and methods. The work includes 56 patients with obliterating lesions of the aorta and arteries of the lower extremities of II, IIIA, IIIB, IV stages chronic arterial insufficiency.

For the prevention and treatment of the phenomena of no-reflow and reflow-paradox in the preoperative period, a complex of proposed measures was implemented.

To diagnose the nature of the lesion of the arterial bed and the features of hemodynamic disturbances, indicators of ultrasound dopplerography, duplex scanning, X-ray contrast digital angiography were used. To obtain information on changes in capillary blood flow and arteriovenular blood flow, the method of laser doppler fluorometry was used.

By volume of revascularization patients are divided into two groups. Operative intervention in the 1st group of patients included single-stage aorto-bifemoral bypass (14 observations) and one-sided aorto(ileo)-femoral bypass (8 observations).

The second group included 34 patients who in addition to atherosclerotic occlusion aorto/ilia-femoral segment revealed stenotic-occlusive process femoral-popliteal segment. Dynamic ultrasound monitoring of hemodynamic femoral-popliteal segment postoperative patients II gr. revealed a decrease in peak systolic velocity and resistive index, which was an additional indication for reconstruction of the femoral-popliteal segment.

Conclusions Pathophysiologically grounded preoperative prevention and treatment of reperfusion-reoxygenative syndrome in revascularisation of the lower extremities under conditions of chronic critical ischemia, make it possible to prevent the development of postoperative complications.

Keywords. Applying atherosclerosis, reperfusion-reoxygenative syndrome, revascularisation.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Оклюзійно-стенотичні ураження артерій нижніх кінцівок складають близько 20 % всіх проявів патології системи кровообігу [1]. Не дивлячись на застосування новітніх лікарських засобів основним етапом комплексного лікування хронічної артеріальної недостатності нижніх кінцівок залишаються реконструктивні втручання [2] Післяопераційні ускладнення при реваскуляризуючих втручаннях на аорті та магістральних артеріях нижніх кінцівок знаходяться на рівні 2,7 – 3,2 % [3]. Однією з причин несприятливих наслідків реконструкції аорто-стегно-підколінного сегмента є розвиток реперфузійно-реоксигенаційного синдрому [4]

Пусковим фактором у розвитку реперфузійно-реоксигенаційного синдрому нижніх кінцівок є поступлення кисню в ішемізовані тканини. Клітини ішемізованих тканин інтенсивно поглинають кисень, що супроводжується утворенням значної кількості переокисних сполук, яким не в силі протидіяти антиоксидантні системи. Одночасно активація перикисного окислення ліпідів супроводжується пошкодженням клітинних мембран [5] і вільно радикальному некробіозу [6,7]. Розвиток феномену no-reflow пов'язано із порушенням прохідності мікроциркуляторного русла, що призводить до недостатності капілярної перфузії. Остання розвивається як наслідок часткової лейкоцитарної оклюзії венозного сегмента мікроциркуляторного русла, адгезії лейкоцитів до ендотелію капілярів; утворення реактивних метаболітів кисню і звільнення агресивних медіаторів із наступною втратою ендотеліальної цілісності і наростання капілярної проникності і внутрітканинного набряку (reflow-paradox) [8]. Вже розвинутий реперфузійно-реоксигенаційний синдром пролонгує ішемію тканин нижньої кінцівки, що сприяє прогресуванню в них процесів дистрофії і спрямовує генералізований депресивний вплив на органи і системи.

Ефективність комплексного лікування можна досягнути при застосуванні методів та способів у складі реконструктивного втручання, що уповільнюють поступлення кров'яного потоку під час реваскуляризації нижньої кінцівки.

Мета дослідження. Покращити результати реконструктивних операцій на аорті та магістральних артеріях в умовах хронічної критичної ішемії нижніх кінцівок.

Матеріали та методи. В роботу залучено 56 пацієнтів. З них у 39 діагностовано різні варіанти атеросклеротичної оклюзії аорто-стегнового сегмента, з яких у 25 виявлено stenotично-оклюзивний процес стегно-підколінного сегмента нижньої кінцівки. У 17 встановлено атеросклеротичну оклюзію клубового сегмента, з яких у 9 - stenotично-оклюзивний процес стегно-підколінного сегмента.

У всіх пацієнтів нижня кінцівка із високим ризиком розвитку реперфузійно-реоксигенаційних ускладнень характеризувалась IIIA-B-IV ст. ХАН, контрлатеральна нижня кінцівка – Іст. ХАН. (за класифікацією Fontaine R. з врахуванням критеріїв Європейської робочої групи (1992).

Для профілактики і лікування феноменів no-reflow і reflow-paradox на доопераційному періоді здійснювали: ліквідацію вазоконстрикції шляхом проведення пролонгованої епідуральної анестезії та інфузію вазопростану (алпростану, вазостенону); зниження нейтрофільної активності та рівня системної запальної відповіді за допомогою проведення одного-двох сеансів лейкоферезу; підвищення опірності ендотелію шляхом призначення бета-блокатора (невибол), престаріуму та L-аргеніну; нормалізацію мікросудинної проникності здійснювали призначенням сольового гіперосмотичного гіпертонічного декстрану; підвищення активності прооксидантно-антиоксидантної рівноваги досягали призначенням альфа-токоферолу та довенним введенням Корвітину. Для досягнення антишемічного ефекту призначали довенне введення Рефортану.

Для діагностики характеру ураження артеріального русла і особливостей гемодинамічних порушень застосовували показники ультразвукової доплерографії, дуплексного сканування, рентгеноконтрастної цифрової ангиографії.

Для одержання інформації про зміни капілярного кровотоку і артеріо-веноулярного шунтування крові застосовували метод лазерної доплерівської флоурометрії (ЛДФ), використовуючи апарат ЛАКК ("ЛАЗМА", Росія). Дослідження проводили в ділянці основи великого пальця стопи.

Визначали базальний рівень перфузії тканин (ПШ), концентрацію еритроцитів (КЕ). Рівень перфузії тканин залежить від концентрації еритроцитів і швидкості їх пересування, то швидкість капілярного кровотоку (ШКК) розраховували шляхом ділення рівня перфузії шкіри (ПШ) на показник концентрації еритроцитів (КЕ). Шкірний перфузійний тиск (ШПТ) визначали за допомогою методу лазерної доплерівської флоурометрії із використанням сфігмоманометричного методу. Для оцінки результатів проводили визначення відношення ШПТ/РСТ (регіонарний систолічний тиск) – індекс шкірного тиску (ІШТ). Індекс опору мікроциркуляторного русла (ІОМР) розраховували за формулою Хагена-Пуазеля як відношення величини перфузійного тиску до інтегральної величини перфузії шкіри.

Результати дослідження та їх обговорення. Після 5 – 8 доби підготовки реваскуляризацію розпочинали із катетиризації загальної стегнової артерії нижньої кінцівки із IIIA-B-IV, через яку внутріартеріально протягом часу проведення доступу та маніпуляцій на аорто/клубовому сегменті вводили 100 мл 0,03% розчину гіпохлориту натрію і 0,5 г. Корвітину у 100 мл фізіологічного розчину.

При аорто-біфеморальному алошунтуванні відновлювали кровотік по браншам алошунта почергово: спершу по бранші неproblemної нижньої кінцівки, в другу чергу по бранші нижньої кінцівки, яка може спровокувати розвиток реперфузійно-реоксигенаційних ускладнень. Вказана послідовність відновлення кровотоку по браншам алопротеза дає змогу знизити вдвічі силу ударної хвилі кровотоку у артеріальному руслі проблемної нижньої кінцівки.

У 7 пацієнтів із однічною оклюзією клубово-стегнового сегмента і високим ризиком розвитку реперфузійно-реоксигенаційних ускладнень було діагностований стенотичний атеросклеротичний процес (63 – 81 %) контрлатерального клубового сегмента. У вказаних умовах пікова систолічна швидкість (ПСШ) на загальній клубовій артерії досягало 180 – 200 см/с. Вказані обставини вимагають проведення біфуркаційного аорто-стегнового алошунтування. Формуючи аорто-біфеморальний алошунт алошунтування дотримувались почергового відновлення кровотоку по браншах алопротеза - в другу чергу відновлення кровотоку по бранші нижньої кінцівки, яка могла б спровокувати розвиток реперфузійно-реоксигенаційних ускладнень, і попереджували розвиток тромбозу артеріального русла контрлатеральної нижньої кінцівки (Патент України на корисну модель № 115930) у разі формування тільки однічного аорто/клубово-стегнового алошунта.

За об'ємом оперативної реваскуляризації аорто/клубово-стегно-підколінного сегмента пацієнти розділені на дві групи. Оперативне втручання в I групі пацієнтів включало одномоментне аорто-біфеморальне алошунтування (14 спостережень) і однічне аорто(клубово)-стегнове алошунтування (8 спостережень). В другу групу включено 34 пацієнти, у яких крім атеросклеротичної оклюзії аорто/клубово-стегнового сегмента виявлено стенотично-оклюзивний процес стегно-підколінного сегмента. Із них 25 хворим на першому етапі проведено тільки аорто-біфеморальне алошунтування і 9 – тільки однічне аорто/клубово-стегнове алошунтування.

21 пацієнту із другої групи третю добу раннього післяопераційного періоду при проведенні УЗД встановили, що ПСШ і ІР на рівні глибокої артерії стегна (ГАС) досягають меж, відповідно, 23,2 – 1,5 см./с і 0,41 – 0,29 ум. од., а ПСШ і ІР на рівні тібіоперинеального стовбура (ТПС) знаходяться, відповідно, в межах 17,1-3,1 см./с і 0,39 – 0,11 ум. од. (табл. 1). Отримані результати визначення ПСШ і ІР на ГАС та ТПС нижчі, відповідно, у 1,9 ($p < 0,05$) і 1,5 ($p < 0,05$) рази за показники, що були на першу добу раннього післяопераційного періоду і вказують на прогресуюче погіршення кровопостачання дистальних відділів нижньої кінцівки. Подібне відбувається за рахунок блокування оклюзивним процесом стегно-підколінного сегмента анастомозів ГАС із низхідною артерією коліна та підколінною артерією. Наведена ситуація була показанням до проведення стегно-дистальної реконструкції. І на третю добу післяопераційного періоду проведено стегно-дистальне ауто-венозне шунтування (16 спостережень), а в 5 спостереженнях здійснено ротаційно-аспіраційну атероектомію із дистального сегмента поверхневої артерії стегна.

Відстрочена ревазуляризації стегно-дистального артеріального русла носить позитивний характер, окрім відновлення повноцінного кровопостачання дистальних відділів нижньої кінцівки, запобігає раптовому кисневому удару периферії артеріального русла. Це можна прослідкувати, досліджуючи через 48 год. після оперативного втручання стан мікроциркуляторного русла у трьох групах оперованих пацієнтів: 1 група (20 пацієнтів) із одномоментним аорто-біфеморальним алошунтуванням (13 спостережень) і одностороннім аорто(клубово)-стегновим алошунтуванням (7 спостереження); 2 група (13 пацієнтів) тільки із аорто-біфеморальним алошунтуванням при стегно-дистальній оклюзії; 3 група (21 пацієнт) із аорто-біфеморальним алошунтуванням і відстроченою стегно-дистальною реконструкцією артеріального русла нижньої кінцівки.

Таблиця 1. Ультразвукові показники артеріальної гемодинаміки

	ПСШ, см/с		ІР, у.о.	
	ГАС	ТПС	ГАС	ТПС
Норма	52,6±11,3	45,5±7,3	0,89±0,05	0,82±0,03
I доба п/о	43,7±6,1	32,9±2,8	0,58±0,09	0,50±0,08
III доба п/о	23,2±1,5	17,1±3,1	0,38±0,11	0,34±0,11

Таблиця 2. Стан мікроциркуляторного русла та тканинної оксигенації у пацієнтів із ризиком розвитку реперфузійно-реоксигенаційних ускладнень

Показники	До операції	Аорто/клубово-біфеморальне алошунтування за відсутності оклюзії стегно-підколінного сегмента	Аорто/клубово-біфеморальне алошунтування при оклюзії стегно-підколінного сегмента	Аорто/клубово-біфеморальне алошунтування, відстрочена реконструкція стегно-підколінного сегмента
ПШ, ПЕ	24,32± 4,25	28,71 ± 4,65	34,76 ± 4,49*	38,48 ± 4,45*
КЕ, ум.од.	18,86± 5,31	22,61 ± 5,72	23,34 ± 5,44	26,63 ± 5,74
ШКК, см/с	1,20 ± 0,07	1,23± 0,07	1,36 ± 0,09*	1,45 ± 0,13*
ШПТ, мм рт.ст.	34,41± 4,31	32,99 ± 4,31	30,27 ± 4,41	29,69 ± 4,51
ШТ, ум.од.	1,28 ± 0,17	1,28 ± 0,17	1,19 ± 0,10	1,18 ± 0,09
ІОМР	1,51 ± 0,09	1,42 ± 0,09	1,32 ± 0,07*	1,29 ± 0,10*
Тс рО ₂ , мм рт.ст.	2,75 ± 0,19	3,58 ± 0,19*	4,09 ± 0,23*	5,04 ± 0,27*

Примітка : * - достовірна різниця між показниками до операції та показниками після ревазуляризації нижніх кінцівок.

При аналізі результатів дослідження стану мікроциркуляторного русла через 48 год. після ревазуляризації нижніх кінцівок встановлено суттєве покращення його функціональної здатності (табл. 2). Поряд з цим, відмічено різницю у рівні функціонального стану мікроциркуляторного русла після застосування різних типів та об'єму ревазуляризуючих оперативних втручань. Так, при виконанні через 72 год. після проведення аорто/клубово-стегнового шунтування відстроченої ревазуляризації дистальних відділів нижньої кінцівки встановлено найкращі показники

функціонального стану мікроциркуляторного русла. У вказаній групі пацієнтів рівень ПШ, КЕ, ШКК був вищим, відповідно, у 1,5 ($p < 0,05$), 1,4 ($p < 0,05$) і 1,2 рази за показники у доопераційному періоді. Наведене відбувалось за рахунок зниження шкірного перфузійного тиску (ШПТ), індексу опору мікроциркуляторного русла (ІОМР), що в кінцевому результаті сприяло досягненню тканинної оксигенації на рівні $5,04 \pm 0,37$ мм.рт.ст.

Аналізуючи результати реконструктивних операцій можна стверджувати, що застосовуючи патофізіологічно обґрунтовану передопераційну підготовку та хірургічні прийоми в складі реваскуляризуючих оперативних втручаннях вдалось запобігти розвитку ускладнень таких, як поглиблення ішемії нижньої кінцівки, вираженої ниркової недостатності та деяких інших грізних реперфузійних ускладнень. Це досягнуто завдяки комплексному підходу до профілактики реперфузійно-реоксигенаційного синдрому шляхом застосування у передопераційному періоді ліквідації вазоконстрикції, зниження нейтрофільної активності, нормалізації стану ендотелію, підвищенню мікросудинної проникності, відновлення прооксидантно-антиоксидантної рівноваги. Не останню роль відіграли способи, оперативні втручання, що входять у реваскуляризуючу операцію, головною ціллю яких було зниження сили ударної хвилі кровотоку.

Поряд з цим, на інтраопераційному етапі та в ранньому післяопераційному періоді діагностували ряд ускладнень ініційованих реперфузійно-реоксигенаційним синдромом. Серед них було 6 (10,71 %) випадків порушення ритму і провідності серцевого м'язу, один (1,79 %) інтерстиціальний набряк легень та 4 (7,14 %) прояви минущої ниркової недостатності.

Потрібно відмітити, що 7 (31,81 %) випадків ускладнень виявлені у пацієнтів (22 спостережень), у яких не було діагностовано стенотично-оклюзивного процесу стегно-підколінного сегмента і їм виконано тільки аорто/клубово-стегове алошунтування. У пацієнтів (13 спостережень), у яких діагностовано стенотично-оклюзивний процес стегно-дистального сегмента і їм виконано тільки аорто/клубово-біфеморальне алошунтування, виявлено 3 (23,1 %) випадки ускладнень ініційованих реперфузійним синдромом. У пацієнтів (21 спостереження), яким проведено відстрочену реконструкцію стегно-дистального артеріального русла, діагностували одне (4,75 %) ускладнення у вигляді минущої ниркової недостатності саме після проведення основного хірургічного втручання – аорто/клубово-біфеморальне алошунтування.

Висновки. Застосування патофізіологічно обґрунтованої профілактики та лікування реперфузійно-реоксигенаційного синдрому, яка включає вплив та корекцію основних ланок механізму формування реперфузійного синдрому, використання методів у складі реваскуляризуючого оперативного втручання, які знижують силу ударної хвилі кровотоку у артеріальному руслі, дало змогу запобігти розвитку грізних реперфузійних ускладнень.

Список використаних джерел

1. Заболевания периферических артерий / под ред. Э. Р. Молер, М. Р. Джафф. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. 224 с.
2. Белов Ю. В., Степаненко А. Б. Повторные реконструктивные операции на аорте и магистральных артериях. Москва : МИА, 2009. 176 с.
3. Никульников П. И., Быцай А. Н., Ратушнюк А. В., Ликсунов А. В. Особенности хирургической тактики при многоуровневых окклюзионно-стенотических поражениях бедренно-берцового артериальных сегментов. Харківська хірургічна школа. 2013. № 3. С. 148–151.
4. Маршалов Д. В., Петренко А. П., Глушач И. А. Реперфузионный синдром – понятие, определение, классификация. Патология кровообращения и кардиохирургия. 2008. № 3. С.67–72.
5. Dick F, Li J., Girarud V.N., Kalka C., Schmidli J., Tevaearai H. Basic control of reperfusion effectively protects against reperfusion injury in a realistic rodent model of acute limb ischemia. Circulation. 2008. Vol. 118 (19). P. 1920–1928.
6. Костів С. Я. Корекція реперфузійного синдрому при хірургічному лікуванні пацієнтів із атеросклеротичною оклюзією аорто-клубово-стегового сегменту. Шпитальна хірургія. 2006. №1. С. 36–40.
7. Венгер І. К., Якимчук О. А., Костів С. Я., Адарбех А. С. Системна запальна відповідь у розвитку реперфузійного синдрому при реконструкції атеросклеротичного ураження аорто-стего-підколінного сегменту. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2010. №1. С. 87–88.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ПОЛІОНІХОМІКОЗУ З ІНКАРНАЦІЄЮ НІГТІВ: КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ТА АВТОРСЬКІ ПОГЛЯДИ

ВЕРГУН А.Р., Кульчицький В.В., Вергун О.М., Красний М.Р.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Комплексне лікування хворих на ускладнений поліоніхомікоз (УПО) з інкарнацією нігтя, що детермінує видалення нігтьових пластин і застосування антимікотичної терапії є актуальною проблемою амбулаторної хірургії та дерматології. Піднігтьові форми оніхомікозу, як відомо, мають тенденцію до розвитку оніходеструкції та вторинної інкарнації. Даними поліцентрових досліджень стверджено, що грибкові інфекції нігтів є проблемними у епідеміологічному, діагностичному та лікувальному аспектах, насамперед внаслідок поширення трихофітії (*T. rubrum*, *T. mentagrophytes*) та інших збудників з розвитком комбінованих уражень і ускладнень, що нерідко потребують операційного лікування.

Мета роботи: впровадити та вдосконалити оригінальну авторську схему комплексного лікування поліоніхомікозу з інкарнацією нігтів – врослим нігтем (ВР) для оптимізації ранніх та віддалених результатів.

Матеріал та методи. У комунальній 4-й міській клінічній лікарні м. Львова проспективний матеріал за 10-річний період (2006–2016 рр.) становив 496 випадків поліоніхеальних оніходеструкцій з інкарнацією нігтів (320 чоловіків та 176 жінок) та був розподілений за методами хірургічного лікування на 17 статистичних субвибірок, а за застосованими базовими системними антимікотичними препаратами – на 3 субвибірки (групу флюконазолу, групу тербінафіну та групу ітраконазолу). Вік прооперованих хворих – від 35 до 72 років. Основну групу становили 325 пацієнтів – 172 чоловіки та 153 жінки, віком 43–68 років. Контрольна група включала 171 випадок оніходеструкцій, що були проліковані за «класичними» схемами. Усі субвибірки були статистично подібними та співставними за віковим і гендерним складом. При наявності цукрового діабету та гнійних ускладнень пацієнти були переведені на простий інсулін. Всі операції виконувалися під провідниковою анестезією. Завдання щодо вдосконалення комплексного лікування УПО (з видаленням уражених нігтьових пластин) нами реалізовано шляхом впровадження ад'ювантної та протирецидивної системної терапії ітраконазолом, етапного розкриття гнійних вогнищ і видалення уражених нігтьових пластин з місцевою антимікотичною терапією.

Результати та обговорення. Досліджено клінічні варіанти та особливості перебігу патологічного процесу, стверджено оптимальні способи хірургічного втручання, їх етапність і терміни комплексного лікування комбінованих, ускладнених мікотичних процесів та рецидивів інкарнацій нігтьових пластин і уражень навколонигтьових структур. Протягом трьох днів до операційного лікування застосовано ад'ювантну системну триденну антимікотичну пульс-терапію щоденним прийомом 400 мг ітраконазолу. Пік частоти мікотичних уражень з ВН припадав на субвибірки осіб середнього віку 40–50 років та на осіб віком 50–60 років. Патологічні інкарнації мікотично змінених нігтьових пластин були характерними для трихофітії у хворих похилого віку. Стверджено, що вільні бокові краї нігтя при УПО внаслідок припіднімання його центральної частини гіперкератозом «підриваються», компресуючи періепоніхеальні тканини й епоніхій. Нами були застосовані такі методи хірургічного лікування: «класичне» видалення ВН (операція Дюпюїтрена) виконано у 64 осіб (12,90 %); блокоподібна епоніхектомія (висічення патологічно змінених епоніхеальних тканин) + видалення нігтя через оніхолізовані структури (малотравматичне) + резекція дерматофітоми + парціальна матриксектомія + епоніхеопластика – у інших 57 випадках (11,49 %); видалення нігтя через оніхолізовані структури (малотравматичне) – у 51 (10,28 %); «класичне» видалення нігтя + висічення патологічно змінених епоніхеальних тканин – у 43 (8,66 %); блокоподібна епоніхектомія (висічення патологічно змінених епоніхеальних тканин) + видалення нігтя через оніхолізовані структури (малотравматичне) + резекція дерматофітоми + парціальна матриксектомія – у 40 (8,04 %); блокоподібна епоніхектомія (висічення патологічно змінених епоніхеальних тканин) + резекція нігтя – у 38 (7,66 %); резекція нігтя здійснена у 31 хворого (6,25 %); резекція нігтя + висічення патологічно змінених епоніхеальних тканин + парціальна матриксектомія (операція Емерта-Шмідена) – у інших 30 пацієнтів (6,05 %); видалення нігтя

через оніхолізовані структури (малотравматичне) + висічення патологічно змінених епоніхеальних тканин + парціальна матриксектомія – у 24 осіб (4,84 %); видалення нігтя через оніхолізовані структури (малотравматичне) + висічення патологічно змінених епоніхеальних тканин – у 22 (4,44 %); блокоподібна епоніхектомія (висічення патологічно змінених епоніхеальних тканин) + резекція нігтя + парціальна матриксектомія – у 18 (3,63 %); резекція нігтя + висічення патологічно змінених епоніхеальних тканин + епоніхеопластика (операція Бартлета) – у 17 (3,43%); «класичне» видалення нігтя + висічення патологічно змінених епоніхеальних тканин + парціальна матриксектомія + епоніхеопластика (операція Винограда) – у 15 (3,02 %); резекція нігтя + висічення патологічно змінених епоніхеальних тканин + парціальна матриксектомія + епоніхеопластика (операція Мелешевича) – у інших 15 пацієнтів (3,02 %); «класичне» видалення нігтя + висічення патологічно змінених епоніхеальних тканин + парціальна матриксектомія – у 14 хворих (2,82 %); блокоподібне висічення патологічно змінених епоніхеальних тканин + видалення нігтя через оніхолізовані структури (малотравматичне) + резекція дерматофітоми + парціальна матриксектомія – у 9 випадках (1,81 %); блокоподібна епоніхектомія + видалення нігтя через оніхолізовані структури (малотравматичне) + парціальна матриксектомія – у інших 8 (1,61 %) хворих. Таким чином, видалення інкарнованих нігтів застосовано у всіх випадках, з них у 64 осіб (12,90 %) застосовано видалення нігтя типу Дюпюїтрена без протирецидивних доповнень, розширену абляцію з висіченням дерматофітоми – у інших 57 випадках (11,49 %). У переважній більшості пацієнтів (87,1 % вибірки) застосовано операційне лікування УПО з ВН з протирецидивними компонентами – дво- або трикомпонентне, доповнене висіченням патологічно змінених епоніхеальних тканин або/та механічною абразійною або/та коагуляційною парціальною матриксектомією. При наявності поліоніхомікозу з деструкцією більше 4 нігтьових пластин та ураженням інших структур хірургічну санацію розділено на декілька етапів. Одномоментно видаляли не більше чотирьох нігтьових пластин. У випадку наявності іншої мікотично-асоційованої патології одномоментно виконували не більше двох симультанних операцій та видаляли не більше трьох нігтьових пластин. Вибір послідовності операційних втручань здійснено за їх ургентністю. Мобілізовано уражені піднігтьовим гіперкератозом нігтьові пластини від нігтьового ложа через гіперкератоїдні маси та оніхолізовані структури тупим шляхом до ретроніхеального (заднього нігтьового) валика з фіксацією за дистальний край нігтя, здійснено оніхектомію. Візуалізовано оголене нігтьове ложе із залишками гіперкератоїдних нашарувань та дерматофітоми у дистальній частині і гіперкератозів біля епоніхеальних структур, які видалено додатковою санацією, вишкрібанням ложечкою Фолькмана. Продовжено застосування антимікотичної пульс-терапії на наступні 4 дні післяопераційного періоду щоденним прийомом 400 мг ітраконазолу. Залишені мікотично змінені ділянки нігтів щоденно сановано циклопіроксвмісними антимікотичними лаками з метою запобігання ре- або мікст-інфекції, а також з ціллю профілактики подальшої фрагментації нігтів. Додатково застосовано три 7-денні курси пульс-терапії щоденним прийомом 400 мг ітраконазолу з 10-денною перервою між ними. У хворих з наявним облітеруючим ураженням артерій нижніх кінцівок наступні етапи хірургічної санації проведено лише після повної епітелізації операційних ран під прикриттям курсу судинорозширювальної терапії. Перев'язки виконували через день з обробкою операційних ран розчином полівідону йоду (до повної епітелізації ран) та застосуванням лініменту тербінафіну (до повного відростання нігтів) з санацією інших залишених (невидалених) нігтів шляхом нанесення антимікотичного лаку через день протягом 3 місяців. Останній протирецидивний курс пульс-терапії УПО ітраконазолом здійснено після повного завершення хірургічної санації ВН та поліоніхомікозу. У хворих на УПО та ВН основної групи, яким видалено нігтьові пластини через оніхолізовані структури, терміни загоєння (кіркування) операційних ран становили 11–20 днів (середня тривалість загоєння – 16 днів), у групі контролю – 15–25 днів (середня тривалість загоєння – 21 день); тобто, у пацієнтів з УПО, яким здійснено оніхектомію через оніхолізовані структури, терміни загоєння оніхектомічних ран були меншими. Добру ефективність комплексного лікування констатовано у 284 пацієнтів основної (87,38 %) та у 141 випадку контрольної групи (82,46 %). Загалом позитивний ефект від застосування комбінованої терапії ітраконазолом та етапного хірургічного видалення мікотично уражених нігтів стверджено у 425 хворих (85,69 %).

Висновки. Нами розроблено схему комплексного лікування ускладнених інкарнацією нігтів мікотичних поліоніхеальних уражень з впровадженням ад'ювантної та протирецидивної систем-

ної терапії інтраконазолом, виконанням етапних операційних втручань – розкриттям гнійних вогнищ та видаленням уражених нігтьових пластин, протирецидивними заходами з місцевою антимікотичною терапією, яка дозволяє підвищити ефективність комплексного лікування тяжкого ускладненого та поєданого оніхомікозу з 82,46 % до 87,38 %. Вважаємо за доцільне таку схему лікування застосовувати при тяжких резистентних ускладнених випадках поліоніхомікозу з вторинною інкарнацією – вrostанням нігтів.

ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКОСТІ СТАНУ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПЕРИТОНІТ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ

ГРЕСЬКО М.М.

м. Чернівці, ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»

Гострий перитоніт на фоні цукрового діабету 2-го типу залишається одним із найважчих ускладнень в абдомінальній хірургії та супроводжується високою летальністю. Вивчена оцінка тяжкості загального стану у 35 хворих на гострий перитоніт з абдомінальним сепсисом. Вік хворих склав від 23 до 77 років (чоловіків – 19, жінок – 16). За ступенем тяжкості перебігу 5 хворих було з II ступенем тяжкості; 16 хворих – III А ступенем і 14 хворих – III Б ступенем. На основі клініко-імунологічних обстежень пацієнти розподілені на дві групи, залежно від розповсюдженості та тяжкості перебігу перитоніту. У I групу (n = 12) увійшли хворі на дифузний перитоніт (МІП < 20). Встановлено, що перебіг післяопераційного періоду характеризується I ступенем імунних розладів та супроводжується активацією імунокомпетентних клітин з формуванням адекватної ефективної клітинної та гуморальної імунної відповіді. У хворих II групи (n = 23) з розлитим перитонітом (МІП 21–30) виявили ознаки комбінованого вторинного імунодефіциту (II–III ступінь імунних розладів). 11 хворих померли, а у 8 хворих у ранньому післяопераційному періоді наступили гнійно-септичні ускладнення. Встановлено, що умовах виснаження захисних механізмів та вторинного імунодефіциту у хворих з III Б, IV ступенем тяжкості перитоніту, проведення імуностимуляції є недоцільним. У таких випадках в комплексне лікування включали плазму донорів – реконвалесцентів, які перехворіли на гострий перитоніт.

Проведений за бальною системою аналіз оцінки стану хворого на гострий перитоніт дозволяє призначити адекватну передопераційну підготовку, провести відповідне оперативне втручання та визначити лікування в післяопераційному періоді.

ДИСКРЕТНА ПОДОВЖЕНА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА САНАЦІЯ ОЧЕРЕВИННОЇ ПОРОЖНИНИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПЕРИТОНІТ

Гринчук А.Ф., Гринчук Ф.В.

м. Чернівці, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»

Ефективна санація очеревинної порожнини є одним з основних завдань хірургічного втручання в разі гострого перитоніту (ГП). Основним її способом є промивання антисептиками. Для збільшення ефективності використовують повторні санації, вакуумні системи, яким притаманні недоліки: висока вартість пристроїв, ризик післяопераційних гриж, що залишає актуальним питання вдосконалення цього компоненту лікування.

Ми розробили спосіб подовженої післяопераційної санації, який ґрунтується на використанні дренажу, що складається з основної трубки діаметром 10–15 мм і 4–8 трубок діаметром до 5 мм, який вводимо через контрапертуру в необхідну ділянку. У післяопераційний період через тонкі трубки двічі на добу вводимо 100–150 мл антисептика.

Видалення окремих трубок проводимо в різні терміни, залежно від індивідуальних потреб. Конструкція дренажу дозволяє проводити це диференційовано, з урахуванням особливостей конкретного пацієнта. Трубки маркуємо відповідно до місць розташування. За властивостями виділень оцінюємо активність запалення у визначених ділянках. Це дозволяє проводити їхню додаткову селективну санацію.

Дренаж застосований у 15 хворих на розлитий ГП, у яких зазначили прискорення регресу запального процесу, про що свідчили основні клінічні критерії, серед яких нормалізація температури тіла, поява стійкої кишкової перистальтики і випорожнень, зниження концентрації сечовини та креатиніну.

Отже, результати застосування розробленого способу засвідчили його високу ефективність. У жодного хворого не було черевних інфільтратів чи залишкових скупчень ексудату. Тривалість лікування скорочувалася на 2–4 доби.

ВДОСКОНАЛЕННЯ АПЛІКАЦІЙНОГО ЕНДОСКОПІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ КРОВОТЕЧІ

Дутка І.І., Гринчук Ф.В.

м. Чернівці, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»

Нині актуальним напрямком розвитку ендоскопічного гемостазу за виразкових кровотеч є аплікація спреїв або порошків, що містять кровоспинні чинники. Їхньою значною перевагою над методиками діатермо- чи фотокоагуляції є неінвазивність, що унеможливорює перфорацію стінки органа. Втім недоліками такого способу є недостатня адгезія до тканин і руйнування складників спрею чи порошку, зумовлена продукцією слизу і протеолітичних чинників слизовою оболонкою. Зазначимо також, що проведені нами дослідження засвідчили зростання активності окисних реакцій у тканинах органів у разі кровотечі, що також може сприяти змінам властивостей інгредієнтів гемостатичної аплікаційної речовини.

Для нівелювання означених хиб ми вдосконалили методику. Гемостаз виконуємо в такий спосіб. Якщо дозволяють місцеві умови, спочатку здійснюємо локальну ін'єкцію розчину, що містить інгібітори протеолітичних ферментів і антиоксидантні засоби. Відтак ми проводимо локальне охолодження зони виразки потоком повітря, що сприяє висушуванню її кратера і слизової оболонки по його периферії. Надалі здійснюємо аплікацію гемостатичного порошку. Попередні експериментальні дослідження засвідчили ефективність такого способу і відсутність ускладнень. У клінічних умовах напрацьований метод з успіхом використаний у 9 пацієнтів із гострими виразковими кровотечами, з яких у 5 виявлена виразка шлунка, а в решти – виразка дванадцятипалої кишки. У трьох хворих із діагностованим класом Forrest IB спочатку проводили ін'єкції. У решти, з діагностованим класом Forrest IIА, обмежувалися локальним охолодженням і аплікацією.

УЛЬТРАЗВУКОВА ТРОМБОЕЛАСТОГРАФІЯ У ВИБОРІ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗАХ

Костів С.Я., Венгер І.К., Левицький А.В., Костів О.І., Зарудна О.І.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Вступ. Післяопераційні венозні тромбози (ВТ) в 5 – 10 % є причиною фатальних ТЕЛА. УЗД у пацієнтів з підозрою на ВТ дозволяє встановити правильний діагноз тільки при типових проявах захворювання, при цьому частота діагностичних помилок досягає 50 %.

Мета дослідження – попередити розвиток ТЕЛА у пацієнтів з післяопераційним ВТ системи нижньої порожнистої вени (НПВ).

Матеріали та методи. Дослідження стану венозної системи басейну НПВ і визначення соноеластографічних властивостей ВТ проводили за допомогою ультразвукової системи Siemens Acuson S2000 (Німеччина).

Результати дослідження. Роботу засновано на результатах обстеження і оперативного лікування 729 пацієнтів. Згідно шкали J. Carprini (2012) у 316 (43,35 %) пацієнтів встановлено дуже високий, а у 413 (56,64 %) – високий рівень ризику розвитку тромбоемболічних ускладнень.

Післяопераційний тромбоз в басейні НПВ діагностований у 118 (16,19 %) спостереженнях. ВТ у системі глибоких вен діагностовано у 106 (88,89 %), а варикотромбофлебіт – у 12 (10,17 %) спостереженнях.

У 7 спостереженнях при ультрасоноеластографії післяопераційного ВТ глибоких вен швидкість поширення акустичної хвилі була на рівні 2,5 - 2,6 м/с, що вказувало на високий ризик ембологенного тромбу. У 5 спостереженнях при ультрасоноеластографії ВТ швидкість поширення акустичної хвилі була на рівні 2,7 - 2,8 м / с – помірний ризик ембологенного тромбу. У всіх 12 (11,32 %) спостереженнях з ембологенними формами тромбозу глибоких вен з метою попередження ТЕЛА проведені невідкладні методи оперативного втручання.

В одному з 12 спостережень післяопераційного варикотромбофлебіту на 4 добу після хірургічного втручання встановлено локалізацію проксимального сегмента ВТ на рівні сафено-фemorального співустя. Швидкість поширення акустичної хвилі зазначеного сегмента флеботромбозу перебувала в межах 2,7–2,8 м/с. Проведено оперативне втручання у вигляді кросектомії і короткого стріпінга великої підшкірної вени. 105 пацієнтам з післяопераційним ВТ була призначена антикоагулянтна терапія НМГ.

Висновки. Емболонебезпечними тромбами слід вважати ВТ басейну НПВ, які при ультрасоноеластографії проксимальних сегментів ВТ характеризуються швидкістю поширення акустичної хвилі в межах 2,5–2,8 м/с. Виявлення емболонебезпечних ВТ є показанням до проведення хірургічних методів профілактики ТЕЛА.

ДІАГНОСТИКА І ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОЄДНАНИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЬОЗУ І РАКУ ЛЕГЕНЬ

Кошак Ю.Ф., Савенков Ю.Ф.*, Кузик П.В.**

м. Тернопіль, КЗ «Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер»,

**м. Дніпро, КЗ «Дніпропетровське обласне клінічне лікувально-профілактичне об'єднання «Фтизіатрія»,*

***м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київський медичний університет*

Вступ. Представлено перший в Україні аналіз ефективної ранньої діагностики в хірургічному лікуванні хворих із поєднаними формами легеневого туберкульозу та недрібноклітинного раку легень залежно від застосування різних хірургічних доступів та застосування при цьому повної систематичної білатеральної лімфодисекції в межистинні.

Мета роботи – підвищити ефективність хірургічного лікування пацієнтів із поєднаними формами легеневого туберкульозу та раку легень шляхом удосконалення передопераційного діагностичного алгоритму і застосування в хірургічному лікуванні стерномедіастинального хірургічного доступу.

Матеріали і методи. Було проведено ретроспективний аналіз 91 випадку пацієнтів із поєднаними формами легеневого туберкульозу та недрібноклітинного раку легень I–II–IIIА ст., які проходили лікування у протитуберкульозних диспансерах, хірургічних відділеннях різних регіонів України. Основну групу склали 38 (28,3 %) хворих, яким застосовували методики комплексної ранньої діагностики, які ми удосконалили, включаючи спіральну комп'ютерну томографію органів грудної клітки (СКТ) з контрастуванням, відеоторакоскопію (VATS) з біопсією лімфатичних вузлів, а також

розроблені нами методики лобектомії ($n = 9$) та пневмонектомії ($n = 29$) з повною систематичною білатеральною лімфаденектомією в межистінні зі стерномедіастинального доступу. У групу порівняння увійшли 53 (71,7 %) пацієнтів, яким застосовували стандартні методи діагностики та радикальне хірургічне лікування в обсязі лобектомії ($n = 17$) та пневмонектомії ($n = 36$) з використанням стандартної бокової торакотомії та неповної медіастинальної лімфодисекції.

Частота проведених операцій лобектомій та пневмонектомій у групах хворих відображена в таблиці 1.

Таблиця 1. Частота проведених операцій у хворих груп спостереження, (M ± m)%

Характер проведеної операції	Основна група абс. (M ± m) %	Група порівняння абс. (M ± m) %
Лобектомія	8 (21,1 ± 0,3) %	15 (28,3 ± 0,3) % *
Білобектомія	1 (2,6 ± 0,3) %	2 (3,8 ± 0,3) %*
Пневмонектомія	29 (76,3 ± 1,3) %	36 (67,9 ± 1,3) %*
Усього	38 (100 %) %	53 (100 %) %*

Примітка. * – рівень значимості за критерієм χ^2 -Пірсона в основній і групі порівняння ($p < 0,05$).

З метою вивчення особливостей метастазування в регіонарні лімфатичні вузли, ми провели аналіз морфологічної картини видалених бронхопальмональних і середостінних лімфовузлів у хворих із поєднаними формами туберкульозу та недрібноклітинного раку легень. Метастазування раку мало місце найчастіше в тих лімфатичних вузлах, морфологічна структура яких не була грубо порушена специфічним туберкульозним ураженням. На нашу думку, в таких неуражених лімфовузлах була збережена функція дренажу лімфи з легень та ніщо не перешкоджало розповсюдженню метастазів злоякісної пухлини. Навпаки, значні фіброзно-склеротичні зміни та, особливо, наявність «зруйнованих» лімфатичних вузлів і казеозного розплавлення в них, значно перешкоджали метастазуванню. При цьому у 23,5 % випадків мало місце порушення поступовості метастатичного ураження лімфатичних вузлів кореня легень та середостіння і поява так званих «стрибаючих метастазів» при поєднаних формах, появу метастазів раку легень в N2 при відсутності метастазів у N1.

За стандартом Європейської Асоціації торакальних хірургів, обсяг повної систематичної медіастинальної лімфодисекції праворуч включає паратрахеальні лімфатичні вузли від підключичних судин 2R до трахеобронхіального кута 4R, біфуркаційної зони N7, параезофагальні N8, лімфатичні вузли нижньої легеневої зв'язки N9. Ліворуч видаленню підлягають паратрахеальні лімфатичні вузли 2L та 4L, лімфатичні вузли аортального вікна (превенозні 3N, субаортальні 5N, парааортальні 6N) біфуркаційні N7, параезофагальні N8, лімфатичні вузли нижньої легеневої зв'язки N9. З використанням стерномедіастинального доступу ми прооперували 38 пацієнтів із поєднаними формами туберкульозу та раку легень. 9 особам виконано лобектомію, 29 – пневмонектомію. У цілому в 25,4 % наших спостережень ступінь поширеності пухлинного процесу була перебільшена. Використання стерномедіастинального доступу дало можливість точніше визначити межу переходу пухлини на сусідні анатомічні структури і виконати заплановану радикальну операцію.

При порівняльному вивченні частоти і характеру інтраопераційних ускладнень виявилось, що в цілому в основній групі вони виникали у 2,1 раза вірогідно рідше, ніж у групі порівняння ($p < 0,05$). Інтраопераційна крововтрата у групі хворих із пневмонектомією зі стерномедіастинального доступу була вірогідно у 1,3 раза нижча ($p < 0,05$), ніж у групі порівняння. Зменшення крововтрати при виконанні операції зі стерномедіастинального доступу досягається за рахунок відключення легень, що видаляється із загального кола кровообігу без попереднього виділення легень зі зрощень. Частота післяопераційних ускладнень у групі порівняння була в 1,5 раза вірогідно вища, ніж у хворих основної групи ($p < 0,05$). При вивченні в порівняльному аспекті частоти і характеру післяопераційних ускладнень звертає на себе увагу статистично значуща різниця в кількості випадків внутрішньоплевральної кровотечі – (11,1 ± 1,4) % у групі порівняння та (3,4 ± 0,8) % – в основній групі ($p < 0,05$). Клінічного ефекту в найближчому післяопераційному періоді досягнуто у 94,7 % оперованих хворих основної групи. У групі порівняння найближчий клінічний ефект відмічено у 80,5 %. При вивченні віддалених результатів операційних втручань за критеріями

ефективності ми розглядали фтизіатричні (відсоток загострення туберкульозу і летальність від прогресування туберкульозного процесу) та онкологічні показники (середня тривалість життя, відсоток місцевих рецидивів пухлинного процесу). Відмічено більш низьку тривалість життя в групі порівняння. Середня тривалість життя в основній групі була вірогідно більшою і складала ($48,6 \pm 4,7$) місяців, тоді як у групі порівняння – ($37,4 \pm 5,2$) місяців ($p < 0,05$), що відображено в таблиці 2.

Таблиця 2. Віддалені результати хірургічного лікування хворих груп спостереження, (M \pm m)%

Критерії ефективності	Основна група	Група порівняння
Місцеві рецидиви, %	10,2 \pm 1,8*	23,4 \pm 3,7*
Середня тривалість життя, місяці	48,6 \pm 4,7*	37,4 \pm 5,2*
Реактивація туберкульозу, %	7,3 \pm 0,2*	9,4 \pm 0,6*
Летальність від прогресування туберкульозного процесу, %	4,1 \pm 0,7*	4,3 \pm 0,8*
p	p < 0,05	

Примітка. * – достовірна різниця між групами за ANOVA ($p < 0,05$).

Висновки. Показано визначальний вплив легеневого туберкульозу на операційне лікування хворих із поєднаними формами туберкульозу та раку легень у групах порівняння. Розроблення методик резекції легень та білатеральної лімфаденектомії із стерномедіастинального доступу дозволило зменшити інтраопераційні ускладнення з 22,6 % до 13,2 %, післяопераційні ускладнення – з 28,4 % до 18,4 %, частоту емпієми плеври – з 11,1 % до 3,9 %. Встановлено збільшення трирічної виживаності у пацієнтів основної групи з 37,4 % до 48,6 % і зменшення кількості місцевих рецидивів з 23,4 % до 10,2 % випадків, що свідчить на користь активної хірургічної тактики стерномедіастинального доступу та застосування при цьому більш радикальної повної систематичної білатеральної лімфодисекції в межистинні.

ПЕРШИЙ ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПІДХОДУ ДО ДІАГНОСТИКИ І ПРОФІЛАКТИКИ ТРОМБОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ГІСТЕРЕКТОМІЇ

Кривокульський Б.Д., Жулкевич І.В., Сухін В.С.

м. Тернопіль, Тернопільський обласний клінічний онкологічний диспансер,

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»;

м. Харків, ДУ Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва Національної академії медичних наук України

Вступ: Тромботичні ускладнення (ТУ) являються однією із основних причин смерті у хворих після виконання оперативного лікування.

Мета дослідження: Розробити і впровадити індивідуалізований алгоритм обстеження хворих з метою передбачення можливих тромботичних уражень вен малого тазу на основі математичної моделі прогнозування імовірності ТУ при виконанні гістеректомії у хворих на рак ендометрію (РЕ).

Матеріали і методи: Проведено аналіз стану системи гемостазу (СГ) у 210 оперованих хворих з приводу РЕ. Операцію виконували під загальним знеболенням, всім пацієнтам проводили комплексну профілактику венозних ТУ. Індивідуально у кожній пацієнтки визначали вік та антропометричні показники: ріст (см), маса тіла (кг), абсолютна поверхня тіла за Benerjes і Sen (m^2), відносна поверхня тіла (m^2), відносна маса тіла (кг), біомас-індекс за A. Keys et al., (kg/m^2), визначали належну масу тіла за Брока, індекс маси тіла за Кетеле, площу поверхні тіла (ППТ), фактори ризику виникнення ТУ за шкалою Carpinі (2012). Статистичний аналіз проводився за критеріями непараметричної статистики.

Результати: Досліджувана група (хворі на РЕ) характеризувалась: середній вік становив (59,22±0,78) років; середній ріст – (160,22±0,60) см; середня вага (81,77±1,42) кг; ІМТ– (31,88±0,54) кг/м²; бали по шкалі Саргіні – (6,26±0,08) балів; ППТ – (1,90±0,02) м².

Виявлені лабораторні ознаки гіперкоагуляції відносно до референтних норм (контрольну групу склали 30 здорових жінок). Встановлені достовірні (0,001<p<0,05) позитивні ($r^2>0,17$) і негативні ($r^2<-0,17$) кореляційні зв'язки між основними антропометричними характеристиками хворих (належною масою тіла; площею поверхні тіла) до шкали Саргіні і основними показниками активності системи гемостазу (фібриногену, антитромбіну III, протеїну С, Д-димеру). Встановлена пряма кореляційна залежність між підвищеними рівнями Д-димеру і протеїну С у хворих РЕ, що підтверджується даними еластографії до операції та проведенням тромбектомії під час оперативного втручання.

Під час гістеректомії проведена ревізія кукс судин малого тазу на наявність тромбів. У 10,0 % хворих при ревізії кукс судин малого тазу були виявлені тромботичні маси за лінійним розміром від 0,3 до 5,4 см.

З'ясовані клінічні, конституційні, вікові та морфологічні фактори ризику ТУ у хворих РЕ, розроблені критерії їх діагностики, лікування та профілактики. Завдяки проведеним дослідженням створено математичну модель рівняння множинної регресії, яка може бути використана для прогнозу наявності (відсутності) тромбів у венах малого тазу.

На основі динамічного спостереження за системою згортання крові на доопераційному етапі, та клінічні спостереження за хворими розроблено алгоритм оптимізації діагностичної та хірургічної тактики у хворих РЕ з врахуванням ризику можливих ТУ, який дозволяє оптимізувати діагностичну і хірургічну тактику, що сприяє активному виявленню тромбів у хворих РЕ. Дані методики впроваджено у клінічну практику Тернопільського, Хмельницького, обласних онкологічних диспансерів та ДУ Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва Національної академії медичних наук України.

У дослідженні взяли участь: 147 хворих на РЕ в Тернопільському обласному онкодиспансері, у 11,56 % при проведенні гістеректомії виявлено тромботичні маси (ТМ), котрі було діагностовано у 5,4 % на доопераційному етапі за допомогою розробленої моделі та оптимізації діагностичної тактики; 50 хворих в ДУ Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва, у 10,0 % виявлено ТМ під час проведення гістеректомії завдяки запропонованому алгоритму, 13 хворих на базі Хмельницького онкодиспансеру, у 7,69 % з яких виявлено ТМ при операції.

Висновки. Індивідуальний підхід діагностики і профілактики ТУ у хворих на РЕ дозволяє: вчасно виявити порушення згортальної системи крові в пацієнтів, у яких планується проведення оперативного втручання; визначити групи хворих з надвисоким ризиком виникнення ТУ, провести корекцію лікування та попередити розвиток ТУ в п/о періоді, що призводить до покращення результатів хірургічного лікування хворих на РЕ.

ТЕМП ДЕКОМПРЕСІЇ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНОГО ТРАНСПАПІЛЯРНОГО ДРЕНУВАННЯ У ХВОРИХ НА ХОЛЕДОХОЛІТІАЗ УСКЛАДНЕНИЙ ОБТУРАЦІЙНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

Ничитайло М.Ю., Дзюбановський О.І.

*м. Київ, Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова
НАМН України*

*м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Актуальність. Діагностика і лікування жовчнокам'яної хвороби та її ускладнень залишаються актуальною проблемою сучасної абдомінальної хірургії. Хірургічна тактика при холедохолітазі, ускладненому обтураційною жовтяницею, сьогодні передбачає дво- та одноетапні мініінвазивні втручання. Двоетапне лікування включає виконання ендоскопічної ретроградної холангіопан-

креатографії з подальшою ендоскопічною папілосфінктеротомією та літоекстракцією. Незважаючи на значні досягнення та прогрес у хірургічному лікуванні, невирішеним залишається питання щодо тривалості декомпресії жовчних проток.

Мета роботи: визначити темп декомпресії жовчних проток та оцінку показників холестазу після ендоскопічного транспапільярного міні-інвазивного втручання в пацієнтів із холедохолітіазом, ускладненим обтураційною жовтяницею.

Матеріали та методи. Оцінено динаміку біохімічних показників холестазу у 59 хворих на обтураційну жовтяницю, зумовлену холедохолітіазом із різним рівнем білірубину (пацієнти з рівнем гіпербілірубінемії до 100 мкмоль/л, від 100 до 200 мкмоль/л та більше 200 мкмоль/л), на 1–3 та 4–6 добу після транспапільярної ендоскопічної біліарної декомпресії. Для з'ясування темпу відтоку жовчі було використано модифіковану проф. Э. И. Гальпериним та співавт. формулу відповіді жовтяниці на декомпресії жовчних проток, запропоновану Т. Shimizu і К. Yohsida.

Результати. Встановлено достовірне зниження рівня загального і прямого білірубину крові відносно доопераційних показників. У пацієнтів із рівнем гіпербілірубінемії до 100 мкмоль/л зниження загального і прямого білірубину на 1–3 доби після операції, відповідно, склало на 52,2 і 28,2 %, а на 4–6 добу – на 62,9 і 65,0 % відповідно. Темп відповіді жовтяниці при проведенні транспапільярної біліарної декомпресії на 1–3 добу після операції був помірним, Beta=14,3. Тоді як на 4–6 добу темп відповіді відповідав затяжному (Beta=9,62). У групі хворих із середнім ступенем тяжкості жовтяниці (гіпербілірубінемія від 100 до 200 мкмоль/л) динаміку зниження рівня загального і прямого білірубину на 1–3 добу після транспапільярної біліарної декомпресії рівень загального і прямого білірубину достовірно знизився на 58,9 і 49,9 % відповідно. Вже на 4–6 добу після операції дані показники знизилися, відповідно, на 90,1 і 87,2 % ($p<0,01$). Темп відповіді жовтяниці на транспапільярну декомпресію у пацієнтів на 1–3 доби становив Beta=19,8, що відповідає швидкому темпу, а на 4–6 добу після декомпресії відмічено трансформацію швидкого темпу в помірний (Beta=11,14). У пацієнтів з тяжким ступенем жовтяниці, рівень гіпербілірубінемії більше 200 мкмоль/л, спостерігали зниження рівня загального і прямого білірубину на 1–3 доби після декомпресії на 48,7 і 54,5 % відповідно, а на 4–6 добу – на 90,7 і 91,3 % відповідно порівняно з вихідним рівнем білірубину. У вказаній групі показник лужної фосфатази знизився на 21,4 і 33,3 % в 1–3 і 4–6 добу після декомпресії відповідно. Темп відповіді жовтяниці на декомпресію в 1–3 доби після операції був затяжним (Beta=9,66), тоді як на 4–6 добу після декомпресії темп відповіді жовтяниці трансформувався в швидкий (Beta=20,66).

Висновки. Транспапільярна ендоскопічна біліарна декомпресія в пацієнтів з обтураційною жовтяницею і рівнем гіпербілірубінемії до 100 мкмоль/л та у групі від 100 мкмоль/л до 200 мкмоль/л супроводжується затяжним і помірним темпом декомпресії, тоді як у хворих з рівнем гіпербілірубінемії >200 мкмоль/л спостерігається трансформація затяжного темпу декомпресії в швидкий на 4–6 добу після декомпресії, що може призвести до розвитку явищ синдрому “швидкої декомпресії”.

ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ РОБОТИ «ХІРУРГІЇ ОДНОГО ДНЯ»

ПАНКРАТОВ Р.В., ЦВІГУН Б.Я., САВИЦЬКИЙ А.М.

м. Кам'янець-Подільський, Хмельницька область, Міська поліклініка №1

На сьогодні економіка тісно пов'язана з усіма сферами життя людини. В умовах реформування галузі охорони здоров'я, коли є необхідність раціонального використання коштів, економіка безпосередньо пов'язана і з медициною.

На ринку медичних послуг, незважаючи на джерела фінансових надходжень, саме система економічної ефективності є важливим компонентом, без якого не зможе успішно функціонувати будь-який лікувально-профілактичний заклад. Зважаючи на це, виникає потреба в оптимізації лікувального процесу, де фінансові витрати зменшуються, при цьому підвищується якість лікування, швидкість післяопераційної реабілітації та мінімізація ускладнень і рецидивів у пацієнтів. Як це зробити в умовах нашого з вами сьогодення?

Напевно, ні для кого не є секретом, що близько 50–60 % усіх оперативних втручань можуть проводитися в умовах відділень «хірургії одного дня». Цю практику протягом багатьох років активно впроваджують в своїх клініках більшість країн світу.

Після проведеної операції в стаціонарних умовах пацієнт перебуває на лікарняному ліжку, у переважній більшості, більше 7 днів, в результаті чого вартість надання медичної допомоги зростає (вартість лікування в стаціонарі дорівнює сумі вартості окремих послуг (лабораторних досліджень, функціональних обстежень, лікувального процесу, харчування, готельних послуг тощо)). В той же час, у «хірургії одного дня» пацієнту проводять оперативне втручання в найближчі години після госпіталізації і виписують додому вже через кілька годин або на наступний день після операції. Пацієнти, які залишаються у відділенні до наступного дня, перебувають під наглядом медичної сестри, а в деяких окремих випадках – хірурга та реаніматолога.

Візьмемо, до прикладу, диспансерну групу хворих м. Кам'янця-Подільського по таких захворюваннях, як варикозне розширення вен нижніх кінцівок та грижі передньої черевної стінки, які станом на 01.01.18р. складала 311 та 83 відповідно, і припустимо, що половина з них вирішила в поточному році радикально оздоровитися. Враховуючи, що приблизна вартість одного ліжка-дня в стаціонарі становить 350 грн, 197 пацієнтів за день перебування у відділенні «позбудуться» 68 950 грн., а за 10 днів – у десять разів більше.

Розвиток малоінвазивних методів лікування з кожним роком сприяє збільшенню кількості оперативних втручань, які проводяться в «хірургії одного дня». «Хірургія одного дня» дає можливість зробити операцію і спостерігати за станом хворого до наступної доби, зробити перев'язку, видалити дренажі і виписати під амбулаторне спостереження хірурга. В домашніх умовах, як показує практика, пацієнт видужує значно швидше, а у випадку щонайменшого відхилення від нормального післяопераційного періоду хворих можна повторно госпіталізувати. При необхідності контрольні огляди проводяться на дому.

Крім зменшення кількості проведених днів на лікарняному ліжку в «хірургії одного дня» економічно є вигідним і те, що зменшується кількість штатних працівників. Одна медична сестра одночасно може виконувати функції палатної, процедурної і перев'язувальної сестри. Також немає необхідності у чергуваннях хірурга в нічний час, у вихідні та святкові дні.

Навіть, враховуючи лише вищенаведені відмінності в особливостях надання стаціонарної хірургічної допомоги та допомоги в умовах «хірургії одного дня», стає зрозумілим, що існує економічна доцільність у створенні останніх не тільки у великих містах, а й у районних центрах.

СТРАТЕГІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ

Полянський І.Ю., Москалюк В.І.

м. Чернівці, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»

Гострий перитоніт є однією з найактуальніших проблем у абдомінальній хірургії. Висока частота його виникнення, недостатня ефективність існуючих методів лікування визначають проблему перитоніту як провідну, що потребує нових досліджень.

Нами запропонована діагностична програма при гострому перитоніті, яка включає якісну і кількісну оцінку проявів синдрому системної запальної відповіді, органних дисфункцій, а також прогнозування характеру перебігу запально-деструктивних процесів шляхом визначення генетичних їх предикторів.

Динамічна зміна видового та кількісного складу мікроорганізмів при перитоніті потребує проведення перманентного мікробіологічного моніторингу.

Вибір лапаротомного чи лапароскопічного доступу вирішуємо індивідуально з урахуванням характеру процесу, технічних можливостей виконання операції.

Завданнями операційного втручання вважаємо ліквідацію причини перитоніту, ефективну санацію очеревинної порожнини та створення умов для динамічного контролю за перебігом запального процесу, життєздатністю органів і структур, спроможністю накладених швів.

Методи завершення оперативного втручання (зашивання операційної рани, закриття рани ситуативними швами чи пристроями для виконання запрограмованих повторних розкриттів очеревинної порожнини (лапараскопія) визначаємо індивідуально на основі інтраопераційної оцінки характеру патологічних процесів та прогнозу їх перебігу, що базується на результатах генетичних досліджень.

Для евакуації ексудату з очеревинної порожнини перевагу надаємо активній його аспірації за допомогою розроблених пристроїв.

Нами розроблена комплексна профілактика ускладнень при перитоніті, яка направлена на запобігання розвитку внутрішньоочеревинних абсцесів, ранньої злукової кишкової непрохідності та нагноєнь післяопераційної рани.

Така стратегія і тактика дали змогу знизити летальність при перитоніті до 7,35 %.

ПРИРОДЖЕНІ ТРОМБОФІЛІЇ ЯК ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ ВЕНОЗНИХ ТА АРТЕРІАЛЬНИХ ТРОМБОЗІВ

РЕШЕТИЛО В.А., САБАДОШ Р.В., СОВТУС О.Ф.

м. Івано-Франківськ, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

На відміну від венозних тромбозів, вплив природжених тромбофілій на виникнення тромбозів артерій часто взагалі заперечується. Особливо маловивченим є питання їх участі у розвитку тромбозів шунтів після артеріальних реконструкцій на нижніх кінцівках.

Метою нашої роботи стало покращення результатів артеріальних реконструкцій на нижніх кінцівках шляхом порівняння частоти різних природжених тромбофілій у пацієнтів з венозними тромбозами нижніх кінцівок та у хворих з тромбозами артеріальних шунтів з подальшою корекцією у них профілактично-лікувальної тактики.

Для реалізації мети проведено 50 досліджень генних мутацій факторів I, II, V, VII і XIII зсідання крові, тромбоцитарних рецепторів колагену (ITGA2- α 2-інтегрин) і фібриногену (ITGB3- β -інтегрин), метилентетрагідрофолат-редуктази та інгібітора тканинного активатора плазміногену 1 у пацієнтів з тромбозами глибоких вен нижніх кінцівок і 77 досліджень цих мутацій у хворих з тромбозами артеріальних шунтів.

Природжені тромбофілії виявлено у 36,0 % осіб з венозними тромбозами нижніх кінцівок та у 44,2 % – з тромбозами артеріальних шунтів. Причому в останніх частіше виявлялися всі види тромбофілій, крім мутації II фактора зсідання крові 20210GA та гомозиготної форми мутації тромбоцитарного рецептора колагену.

Отриманий результат може свідчити про вагомий роль природжених тромбофілій у розвитку тромбозів шунтів після артеріальних реконструкцій, а також про можливість їх попередження шляхом заміни моноантитромбоцитарної терапії на подвійну або комбіновану з антикоагулянтною антитромбоцитарною терапією (залежно від виду тромбофілії).

ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА ЗЛУКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

СОРОЧИНСЬКИЙ І.М.

м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

Проведено аналіз результатів лікування 186 хворих зі злуковим процесом черевної порожнини за останні 5 років. У 87,09 % хворих діагностовано ознаки кишкової непрохідності. У більшо-

сті випадків хворіли жінки (68,28 %), а також переважали пацієнти молодого працездатного віку (75,81 %). В переважаючій більшості хворих в анамнезі були перенесені одне або два і більше оперативних втручань. До 6 годин з моменту захворювання в стаціонар поступили 16,67 % хворих, до 12 годин – 17,76 % хворих, до 24 годин – 38,17 % хворих і 27,41 % – після доби і більше. Задовільних результатів у 85,67 % хворих вдалося досягти при проведенні консервативного лікування з ранньою злуковою частковою кишковою непрохідністю. Медикаментозна терапія (знеболювальні, спазмолітики, десенсибілізуючі, розсмоктуючі та інші), фізіотерапевтичні процедури (електрофорез, іонофорез, ультразвукова терапія), евакуації вмісту шлунка і кишківника приводили до зменшення або повної відсутності больового синдрому і диспептичних проявів. Оперативне лікування показане після проведеної консервативної терапії і при її неефективності, частих рецидивах і стійкій втраті працездатності. На перший план виступає оперативне лікування з недовготривалою передопераційною підготовкою. Хірургічна тактика включає: ліквідацію перешкоди, встановлення життєздатності кишки, евакуацію кишкового вмісту з обов'язковим проведенням профілактичних заходів з введенням у черевну порожнину протизлукового гелю на основі карбоксиметилцелюлози для запобігання рецидиву захворювання. Об'єм і характер оперативного втручання повинні бути індивідуальними і залежать від виду злукової непрохідності, а також виявлених морфологічних змін.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ З ВИРАЗКОВИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ КРОВОТЕЧАМИ

Фомін П.Д., Запорожан С.Й.

м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця;

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки продовжує залишатися актуальною проблемою сучасної гастроентерології. Відомо більше 100 захворювань, які викликають шлунково-кишкові кровотечі, з них кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту складають 70-80 %.

Поширеність шлунково-кишкових кровотеч з верхніх відділів травного тракту в жителів США складає 115 осіб на 100 тисяч населення, в країнах Європи – 48-144, в Україні – 44,9. В структурі всіх шлунково-кишкових кровотеч, кровотечі виразкового генезу складають 46-61 %, тому виразкова хвороба та її ускладнення залишаються актуальною сучасною проблемою як для гастроентерологів, так і хірургів.

Летальність від виразкових гастродуоденальних кровотеч у структурі летальності серед ускладнень виразкової хвороби шлунка і ДПК (проривні, пенетрувальні та малігнізуючі виразки) становить 6,74 %.

В основу нашого дослідження ввійшли результати лікування 11 609 хворих, які перебували на лікуванні у Київському міському центрі шлунково-кишкових кровотеч. Серед госпіталізованих хворих у 5955 пацієнтів (51,5 %) діагностовано гастродуоденальні кровотечі. За скеруванням швидкої допомоги госпіталізовано 31,9 % хворих, поліклініки – 9,5 %, переведено з інших відділів 0,8 %.

Для встановлення діагнозу, верифікації джерела кровотечі, гемостазу та попередження рецидиву кровотечі проводили фіброгастроскопію при госпіталізації в стаціонар в екстреному порядку в 47,4 % пацієнтів терміном до 1 год., з 1 до 12 год. – у 51,8 % пацієнтів. У 0,8 % пацієнтів дослідження не проводили через вкрай тяжкий стан, обумовлений незворотнім геморагічним шоком.

На основі ретроспективного вивчення та аналізу медичної документації встановлено, що у померлих 213 пацієнтів (3,6 %) застосовували ендоскопічні та медикаментозні методи гемостазу. Операції не проводили у 161 пацієнта, у зв'язку з тяжкістю геморагічного шоку.

У 707 пацієнтів кровотечу зупиняли оперативним шляхом. У 482 пацієнтів (68,2 %) проведено органозберігаючі операції. На висоті кровотечі прооперовано 244 пацієнта (34,5 %), на висоті

рецидиву кровотечі – 134 пацієнти (19,0 %), а в ранньому відстроченому періоді – 320 пацієнтів (46,5 %).

Резекційні методи використовували в 223 пацієнтів (31,5 %), у 2-х хворих – прошивання кровотокових судин. Післяопераційна летальність становить 3,25 %. Причиною смерті 4 пацієнтів (17,4 %) у ранньому післяопераційному періоді була кровотеча на тлі тотального геморагічного гастриту, що розвинувся. У 7-ми пацієнтів (30,4 %) – некомпенсовані хронічні захворювання з боку серця, легень, печінки, нирок, ендокринних органів. У 3-х пацієнтів (13,0 %) смерть настала від тромбоемболічних ускладнень у ранньому післяопераційному періоді. 9 пацієнтів (39 %) померли від незворотнього геморагічного шоку.

Висновки. Для поліпшення результатів лікування хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами необхідно: 1) вирішити суб'єктивні, об'єктивні і соціальні проблеми, які слугують причиною летальності; 2) проводити ранню ендоскопічну діагностику та верифікацію джерела кровотечі; 3) для зупинки кровотечі, та профілактики рецидиву використовувати ендоскопічні то медикаментозні методи; 4) в хірургічному лікуванні виразкових гастродуоденальних кровотеч, слід надавати перевагу ораганозберігаючим операціям.

ВНУТРІШНЄ ЗАЩЕМЛЕННЯ ПЕЧІНКОВОГО КУТА ТОВСТОЇ КИШКИ В ТРИКУТНИКУ БОХДАЛЕКА

ШЕВЧУК А.Г., ВАСИЛЮК С.М., ГОЛОЯД Я.Б., КРИМЕЦЬ С.А., БОДНАРУК Л.І.,
ПОПОВИЧ Я.О.

м. Івано-Франківськ, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Внутрішнє защемлення гриж, особливо діафрагми, є рідкісними і досить складними для діагностики. Прикладом цього може слугувати випадок з хворою, 53 років, що поступила ургентно з проявами низької кишкової непрохідності, ознаками дихальної недостатності спричиненої випотом в синус правої плевральної порожнини, за даними УЗД до 200 мл. Рентгенологічно випіт визначався там же до рівня 7-го міжребер'я, але поряд з цим в базально-зовнішніх сегментах нижньої долі правої легені наявний конгломерат, який можна розцінити як запальний, але не можна виключити й онкопатологію. На оглядовій рентгенограмі живота чітко визначається 3 чаші Клойберга, з приводу чого було виконано сифонну клізму з незначним відходженням шматочків твердого калу і газів. Хвору оглянув торакальний хірург, який підтвердив виявлену патологію і трактував її як пневмонію з можливим формуванням в подальшому абсцесу легень. Виходячи з цього, їй було призначено протизапальну і антибіотикотерапію. Однак під ранок у хворої знову посилюлись переймоподібний біль у животі, блювання, здуття і асиметрія живота, затримка відходження калу і газів. Хворій налагоджено назогастральну декомпресію. Через зонд виділилось до 350 мл застійного вмісту, шлунок промито. Хвора відчула деяке полегшення. Анамнезом встановлено, що вона щоденно повертає, підтягує вверх своїх паралізованих батьків, і вчора при підтягуванні батька (до 110 кг) відчула біль справа у підребер'ї і вище в грудній клітці. Повторили оглядову рентгенограму живота: кількість чашок Клойберга збільшилась до восьми. Враховуючи дані фізичного обстеження: притуплення в нижніх зонах правої легені до 7-го ребра, бронхіальне дихання, дані УЗД, рентгенограми легень, наявність лейкоцитозу і зсуву формули крові вліво, а головне – ознак гострої кишкової непрохідності, висловлено припущення про защемлення петлі, можливо й печінкового кута, в трикутнику Бохдалека. Однак більшість хірургів її заперечила, мотивуючи це тим, що справа печінка і ця патологія частіше зустрічається зліва. Вирішено повторити сифонну клізму і продовжити інфузійну терапію, але симптоми ГКН різко почали наростати. Хворій рекомендована лапаротомія. При ревізії виявили, що печінковий кут і частково поперечна кишка знаходились защемленими в отворі (трикутнику Бохдалека) діафрагми над куполом правої долі печінки. Трикутник дещо розсічено в напрямку до діафрагмального центру, виділилося до 600 мл грижової води, і защемлену петлю товстої кишки низведено в черевну порожнину, її

відігріто, в брижу введено до 50 мл 0,5 % розчину новокаїну. Краї трикутника ушиті П-подібними швами. Товста кишка життєздатна. Черевну порожнину дреновано в правому підребер'ї над і ушито наглухо. Перебіг післяопераційного періоду відбувався на тлі нижньодольової пневмонії, яка повністю завершилася до 9-ї післяопераційної доби. Хвора виписана з одужанням.

ЛІКУВАННЯ АВТОДЕРМОПЛАСТИКОЮ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

ШЕВЧУК А.Г., ГРИБ В.А., БІЦЬКА І.В., ПОПОВИЧ Я.О., ВАСИЛИК Т.П.,
ТИМОФІЙЧУК О.М.

м. Івано-Франківськ, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Цукровий діабет є причиною трофічних виразок (ТВ) у 3–5 % випадків. На сьогодні відомо, що патогенетичні механізми ТВ при цукровому діабеті (ЦД) є складними та мультифакторними. Всього в клініці хірургії № 1 за 10 років виконано закриття автодермопластом трофічних виразок гомілок при ЦД 2-го типу з супутнім компенсованим облітеруючим атеросклерозом, або атеросклерозом Менкеберга у 27 хворих, з позитивним результатом при п'ятирічному спостереженні у 23 (85,2 %). Шкірний клапоть, товщиною 0,2–0,3 мм, забирали з передньої поверхні стегна, фіксували в місці очищених від грануляційної тканини виразок вузловими швами, без його мікроперфорацій і накладали асептичну пов'язку з порошкоподібним антибіотиком або лікоподієм.

Наводимо приклад успішного лікування ТВ суцільними аутодермопластами: Пацієнтка П., 73 роки, поступила у клініку кафедри хірургії № 1 04.11.2013 р. зі скаргами на наявність двох трофічних виразок великих розмірів на лівій гомілці, вкритих некротичними тканинами. З анамнезу відомо, що цукровий діабет у пацієнтки діагностовано вперше у 2007 році, дебютом якого була гангрена пальців лівої стопи, тоді ж було проведено операцію ампутації лівої стопи за Шарпом II. При огляді на лівій нижній кінцівці шкірні покриви сухі, стоншені, наявна атрофія м'язів, пульсація на артеріях послаблена на всіх рівнях. При ультрасонографічному дослідженні артерії стегна та гомілок рівномірно звужені до 45 %, стінки їх потовщені, а на рентгенограмах визначаються склеротично змінені артерії гомілки, що є патогномонічною ознакою облітеруючого атеросклерозу Менкеберга. На передній поверхні гомілки візуалізується трофічна виразка розмірами 15×6 см, а по задній поверхні – 6×7 см із запальними краями, вкриті фібрином і некротичними масами. Виставлено діаноз: Синдром діабетичної стопи III–IV ст. за Meggit-Wagner, з компенсованим атеросклерозом Менкеберга, трофічні рецидивуючі виразки лівої гомілки в стадії ексудації. Стан після ампутації лівої стопи за Шарпом II (2007 р.), цукровий діабет 2-го типу, інсулінпотребуючий, середньої тяжкості у стадії компенсації. З метою підготовки хворій виконано курс бенфотіаміну, альфа-ліпоєвої кислоти, глютаргіну та серію некректомій. Після чого, з появою рожевих грануляцій, пацієнтці проведено операцію автодермопластики ТВ. Шкірний клапоть товщиною 0,2 мм було взято електродерматомом із передньої поверхні стегна і фіксовано на очищені від грануляційної тканини на ТВ вузловими швами, та накладено асептичну пов'язку з порошкоподібним антибіотиком. Дренування ран здійснювали під час щоденних перев'язок, і затиснутою серветкою витискали ексудат, а потім присипали порошком антибіотику. Уже на 4–5-й перев'язці ексудату практично не було. На місце забору трансплантата накладено також асептичну пов'язку, яку змінювали 1 раз на 5 діб. Рана загоїлася первинним натягом. Пацієнтка виписана на 20-й день після операції, відмічено 100 % загоєння автодерми. При амбулаторному спостереженні за пацієнткою, через 2 місяці відмічено, що шкірні клапті рожеві, теплі, зі збереженням всіх видів чутливості, а виразки на передній і задній поверхнях лівої гомілки загоїлись. При тривалих, рецидивних ТВ, при ЦД 2-го типу з супутнім компенсованим облітеруючим атеросклерозом, слід використовувати для їх загоєння метод пластики суцільним клаптем автошкіри. До комплексу лікування ТВ на тлі ЦД необхідно включати препарати: бенфотіаміну, альфа-ліпоєвої кислоти, глютаргіну, церулоплазміну, глюкозокоригуючі та судинорозширювальні середники.

АВТОДЕРМОПЛАСТИКА В ЛІКУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВЕНОЗНИХ ВИРАЗОК

ШЕВЧУК А.Г., КОЗАНЬ Я.І., БІЦЬКА І.В., ПОПОВИЧ Я.О., ПОПАДЮК Б.П., ГУРАЛЮК Т.Т., КУЗЕНКО О.Д.

м. Івано-Франківськ, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Лікування трофічних венозних виразок нижніх кінцівок (ТВНК) залишається важливим завданням для лікарів і залежить не тільки від площі ураження, але й стану тканин, які оточують трофічну виразку (ТВ), віку та супутньої патології. З 2007–2016 рр. в клініці хірургії № 1, проліковано 653 хворих на ТВ нижніх кінцівок венозного генезу: у 411 (62,9 %) пацієнтів причиною ТВ була варикозна хвороба, при цьому 288 із них уже були прооперовані; у 242 хворих причиною ТВ був посттромбофлебійний синдром. У 496 хворих було застосовано консервативні методи лікування У 119 хворого консервативна терапія доповнилась корекцією варикозної хвороби хірургічними методами: кросектомією з венекзезом і перев'язкою наскрізних вен за Кокетом або Лінтоном. У 38 з них для закриття ТВ використовували спосіб автодермопластики.

Наводимо приклад успішної автодермопластики у хворої П., 58 років. Поступила в клініку з ТВ обох гомілок, на які страждає протягом 8 років, з неодноразовим стаціонарним та амбулаторним лікуванням. Виставлено діагноз: Посттромботичні (ПТС) рецидивуючі гігантські трофічні виразки обох гомілок з локалізацією в ділянці наскрізних вен Кокета з невираженою грануляцією, в стадії запалення і альтерації. ХВН III ст. Ангіотрофоневроз (хвороба Рейно) з переважним ураженням нижніх кінцівок II–III стадії. При огляді гомілок, зліва виявлено три ТВ, діаметром від 5 до 8 см. Після ад'ювантної загальної та місцевої терапії, виразки лівої гомілки були підготовлені до автодермопластики і виконано операцію закриття ТВ вільними, клаптями шкіри. Під внутрішньовенним наркозом трофічні виразки були очищені від грануляційної тканини до базального шару. За допомогою амінокапронової кислоти провели гемостаз. Шкірний клапоть товщиною 0,2 мм забирали з передньої поверхні стегна електродерматомом, який фіксували в місці дефектів вузловими швами без його перфорацій, та накладали асептичну пов'язку з порошкоподібним антибіотиком, шви знімали на 10–14-й день. При контрольному огляді через 6 і 12 місяців трансплантати були незмінні, зі збереженням всіх видів чутливості. Прикладом автодермопластики гігантської ТВ передньолатеральної поверхні правої гомілки може слугувати повторна операція через 6 місяців із застосуванням комбінованого клаптя шкіри у тієї ж хворої після VAC-терапії. Хвора поступила за повторне лікування в МКЛ № 1, зі скаргами на наявність гігантської виразки діаметром в 16 см ТВ правої гомілки після безперспективного стаціонарного і амбулаторного лікування. Хворій протягом 72 годин проведено VAC-терапію з метою підготовки до автодермопластики. Автодермопластику проводили за аналогічною методикою, тільки забирали клапоть шкіри товщиною 0,3 мм, а закриття ТВ провели трьома клаптями шкіри, які фіксували до країв виразки та зшивали між собою. Після автодермопластики у вертикальному положенні рекомендували носити щоденно і пожиттєво еластичний профілактичний трикотаж – гольф із компресією нижче 18 мм рт. ст., а в нічний час – постуральний дренаж в положенні Тренделенбурга. Виписана на 19-ту добу після операції, з приживленням шкіри та збереженням чутливості. При контрольному огляді через 3 роки, виразки на гомілках надійно загоїлись. Із 38 хворих, яким ТВ закриті суцільними, неперфорованими клаптями автошкіри, у двох наступив лізис трансплантатів. У решти хворих при спостереженні протягом 3–10 років відмітили повне загоєння ТВ. Вільна автодермопластика неперфорованими клаптями шкіри при хронічних, рецидивуючих ТВ венозного генезу з адекватною загальною терапією та профілактичною пожиттєвою компресійною терапією еластичним трикотажем дає можливість якісного життя та уникнення рецидивів протягом 5–7 років спостереження.

ПУПКОВА ГРИЖА БРОКА У ХВОРОГО З ОЖИРІННЯМ V СТУПЕНЯ

ШЕВЧУК А.Г., КОЗАНЬ Я.І., КРИСА Б.В., ВАСИЛИК Т.П., ФАЛАТ О.І., ПОПОВИЧ Я.О.,
ГУРАЛЮК Т.Т.

м. Івано-Франківськ, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Хворий О., 58 років, страждає на невправиму пупкову грижу близько 8 років та ожиріння V ступеня (170 кг при зрості 185 см). Майже в цей період у хворого виникла тяжка деформуюча форма подагри з наявними ліктьовими та колінними тофусами, артрозоартритами усіх великих і дрібних суглобів, з вираженим больовим синдромом та порушенням їх функції, гіпертонічною хворобою II–III ст., ішемічною хворобою серця, дифузним кардіосклерозом, стенокардією напруги, цукровим діабетом 2 тип, інсулінонезалежний.

Зі слів хворого, 2,5 місяця тому мав в анамнезі отруєння після вживання риби-юшки, що проявлялось високою температурою, болями в животі, блюванням, проносом, а потім – затримкою відходження газів і випорожнень, все це спостерігалось близько 3 діб. Після цього болі та інші ознаки поступово зменшувались і повністю пройшли, однак він відмітив збільшення і болючість у пупковій грижі. При огляді пупкового кільця, останнє розширене до ширини двох пальців, крізь шкіру просвічується темного кольору вміст, який є неболючим, але невправимим, а при УЗД обстеженні в грижовому мішку знаходиться пасмо чіпця, яке припаяне до шкіри і його можна частково вправити. Решту органів через масивну товщину (до 20 см) передньої черевної стінки оглянути не вдалось. Хворий скарг на болі в животі не подає, симптоми подразнення очеревини від'ємні. Однак болі в грижі підсилювались, тому хворий поступив на оперативне лікування з приводу невправимої пупкової грижі. Під е/т знеболенням, овалоподібним розтином висічено пупок з підшкірною жировою клітковиною, пупкове кільце і грижовий мішок розсічено, припаяне пасмо сальника до 10×6 см відсічено, прошито і перев'язано. Пальпаторним обстеженням виявлено інфільтрат черевної порожнини. Традиційна середньо-серединна лапаротомія, виявлено запального характеру еластичний інфільтрат із втягненням у нього петель тонкого кишечника і сальника, з локалізацією зліва, з приляганням до стінки черевної порожнини. При пальпаторному розділенні його розкрився абсцес з густим смердючим гноем до 350,0, в якому виявлено рибну кістку до 4 см довжини і 1,5 см ширини, стінками абсцесу були петлі кишок і сальник, які тупим шляхом розділено, а велике пасмо запально-зміненого сальника резековано. У стінці тонкої кишки, виявлено герметично прикритий, перфоративний отвір, який ушито дворядним швом. Пальпаторно, зліва під парієтальною очеревиною і м'язово-апоневротичним шаром черевної стінки, на протязі до 20 см довжиною, та 5–7 см шириною, пальпується щільний інфільтрат, без ознак абсцедування, який розцінено, як реактивне скупчення подагричних тофусів. Прокідність тонкого і товстого кишечника повністю збережена. Черевну порожнину дреновано і ушито з виконанням пластики воріт пупкової грижі за Мейо. Хворий виписаний з діагнозом: Лігатурні нориці в/кута та н/кута лапаротомної рани. Інфільтрат лапаротомної рани з абсцедуванням. Абсцес черевної порожнини, стороннє тіло черевної порожнини (рибна кістка), перфорація тонкої кишки, грижа Брока (стан після оперативного лікування). Ішемічна хвороба серця. Стенокардія напруги ФК III. Кардіосклероз дифузний. Гіпертонічна хвороба II, ст. 2, ризик дуже високий. Гіпертензивне серце (ГЛШ), стенокардія IIa. Сечокам'яна хвороба. Конкременти обох нирок, кіста лівої нирки. Цукровий діабет 2 тип, легка форма, стадія компенсації. Подагричний артрит, поліартрит, а\ф. Перев'язування проводили в домашніх умовах, але кожні 3 дні з серединної рани, виділялося до 500 мл смердючої темного кольору рідини. З приводу цього поступив на лікування. При УЗД обстеженні виявлено на глибині до 7–9 см в підшкірно апоневротично-м'язових шарах абсцес. Під Е/Т знеболенням виконано з окремих розтинів розкриття абсцесів та їх дронування. Виписаний з незначними виділеннями серозно-гнійного ранового ексудату. Однак уже через два тижні з центральної рани значно збільшилась кількість подібних, як до першої операції темного кольору, до 600 мл виділень. Виконано контрастовану комп'ютерну томографію, якою констатовано абсцес під лівим прямим і внутрішнім косим м'язами живота, з вірогідним з'єднанням з прилеглою до стінки живота петлею тонкої кишки. Вирішено оперувати хворого третій раз. На операції виявлено пода-

поневротично-м'язові, передочеревинні абсцеси передньої черевної стінки, без норичного сполучення з петлями кишечника та черевної порожнини. Абсцеси, вірогідно, інфікованих подагричних тофусів і п/ш клітковини, розкрито, адекватно висічено і дреновано. Перебіг післяопераційного рноїоду – без ускладнень, рани загоїлись, виписаний додому. Приступив до роботи.

THE KERDO'S AUTONOMIC INDEX AS A PROGNOSTIC CRITERION OF THE COURSE OF ACUTE SMALL BOWEL OBSTRUCTION AFTER SURGERY

BENEDYKT V.V., ZOSHCHUK B.I.

Ternopil, I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

To predict the course of acute small bowel obstruction (ASBO) in patients after surgery, the Kerdo's index was used, which is one of the simple indicators for the characterization of the autonomic nervous system functional state.

Our first group, conservative treatment, consisted of 56 people (15.14 %); the second group, surgical treatment, – 221 (59.73 %), and the third, patients with unfavorable course, – 30 (8.11 %). Upon admission, in the first group sympathicotonia was observed in 55.56 % of cases, parasympathicotonia – in 31.48 %, vegetative balance – in 12.96 %, whereas after treatment the numbers were 30.77 %, 46.15 %, and 23.08 %, respectively. In the second group, a significant overload of patients with sympathicotonia (by 3.52 times) and the value of the Kerdo's index (by 1.18 times) over the parasympathetic index value were detected upon admission. That state of vegetative homeostasis had been observed for three days after surgery. On the fifth day, sympathicotonia was observed only in 44.33 % of cases, with the Kerdo's index decrease by 1.69 times compared to the first day; the number of patients with parasympathicotonia increased by 2.86 times and the number of cases with vegetative balance increased by 2.5 times. At discharge, there was an increased number of patients with parasympathicotonia (by 1.57 times) and with vegetative balance (by 4.33 times). According to the Kerdo's index, the intensity of various parts of the autonomic nervous system was not significantly different. In patients of the third group, the Kerdo's index was + (19.5 ± 1.21) at admission and + (47.93 ± 1.64) at the end of treatment, which caused the inhibition of the digestive tract motility.

Our studies of the Kerdo's index in patients with ASBO revealed its sufficient stability and regularity during postoperative period, which can be used to predict the course of the disease.

м) травматологія та ортопедія

ПРООКСИДАНТНИЙ ВПЛИВ АРТЕРІАЛЬНОГО ДЖГУТА І РЕПЕРФУЗІЇ КІНЦІВКИ

МАКСИМІВ Р.В., ГОРБАНЬ І.І., СТРЕЛЬБИЦЬКА І.В., ГУДИМА АН. А., ШАЦЬКИЙ В.В., СТАХІВ О.В.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Останнім часом відмічається збільшення числа ушкоджень із масивною зовнішньою кровотечею з кінцівок. Ефективним методом зупинки такої кровотечі на догоспітальному етапі визнано артеріальний джгут з максимальним терміном накладання до двох годин.

Мета роботи: з'ясувати динаміку ліпідної пероксидації у внутрішніх органах після накладання артеріального джгута і реперфузії кінцівки.

В експериментах на білих щурах застосовували смужки джгута «SWAT-T» шириною 1 см, які накладали в умовах наркозу на ліву задню лапку протягом 2 год. з повною зупинкою артеріального кровотоку, що у кожному випадку підтверджували реографічним методом. Тварин виводили з експерименту через 1, 2 і 24 год., а також через 7 і 14 діб постреперфузійного періоду. В гомогенатах печінки, нирки, тонкої кишки, легень і мозку встановлювали вміст продуктів пероксидного окислення ліпідів – реагентів до тіобарбітурової кислоти та активність антиоксидантних ферментів – супероксиддисмутази і каталази.

Встановлено, що протягом усього постреперфузійного періоду порівняно з контролем у досліджуваних внутрішніх органах збільшувався вміст вторинних продуктів ліпідної пероксидації з максимумом через 1 – 24 год., який до 14 доби не досягав рівня контролю. Одночасно протягом усього терміну спостереження відмічали виснаження активності супероксиддисмутази і компенсаторне підвищення активності каталази.

Отже, реперфузія кінцівки після двогодинного артеріального джгута супроводжується масивним надходженням в організм ендотоксинів з ішемізованої кінцівки, зокрема активних форм кисню, які викликають каскад тривалих у часі реакцій. Отримані результати вимагають подальшого поглибленого вивчення, проте вже тепер вказують на небезпечність двогодинного накладання джгута з позиції системного впливу на організм, що вимагає додаткових заходів профілактики та корекції.

ВПЛИВ ВЕЛИЧИНИ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОГО ТИСКУ НА ПРОЯВИ ІШЕМІЧНО-РЕПЕРФУЗІЙНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЇХ КОРЕКЦІЇ ТІОЦЕТАМОМ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Мельник О.І.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Одним з грізних ускладнень хірургії черевної порожнини є розвиток абдомінального компартмент-синдрому. В його основі лежить підвищення внутрішньочеревного тиску (ВЧТ), зумовлене гострою хірургічною патологією.

Мета роботи: з'ясувати вплив величини ВЧТ на прояви ішемічно-реперфузійних порушень та ефективність корекції виявлених порушень тіоцетамом.

В експерименті використано 90 статевозрілих білих щурів-самців лінії Wistar масою 200–250 г, яким в умовах знечулення моделювали підвищення ВЧТ на 10, 20 і 30 мм рт.ст. шляхом нагнітання в черевну порожнину атмосферного повітря. Час експозиції становив 90 хв. Тварин виводили з експерименту через 1, 3 і 7 діб після реперфузії. В окремих групах тваринам після реперфузії щоденно протягом 6 діб внутрішньоочеревинно вводили препарат Тіоцетам («Галичфарм», Україна) в дозі 250 мг·кг⁻¹. З експерименту їх виводили через 7 діб. Визначали активність процесів ліпідної пероксидації у печінці та стінці тонкої кишки, прояви цитолітичного синдрому та ендогенної інтоксикації.

Встановлено, що моделювання підвищеного ВЧТ протягом 90 хв у постреперфузійному періоді супроводжувалося вираженим порушенням досліджуваних показників, які були найбільшими при величині ВЧТ 20 і 30 мм рт. ст. Застосування з корегувальною метою тіоцетаму в дозі 250 мг·кг⁻¹ внутрішньоочеревинно протягом 6 діб супроводжувалося вираженим позитивним ефектом, який проявлявся істотним зниженням активності процесів ліпідної пероксидації, меншим виснаження показників антиоксидантного захисту, меншими проявами синдромів цитолізу та ендотоксикозу.

Таким чином, підвищення ВЧТ викликає виражені метаболічні порушення у внутрішніх органах та здійснює системний вплив на організм, який пропорційний його величині. Тіоцетаму властивий тканинопротекторний вплив в умовах підвищення ВЧТ.

ВПЛИВ КРАНІОСКЕЛЕТНОЇ ТРАВМИ НА ПРОЦЕСИ ЛІПІДНОЇ ПЕРОКСИДАЦІЇ У НИРКАХ ЩУРІВ РІЗНОГО ВІКУ

Сушко Ю.І., Гудима А.А.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Одним із механізмів системного впливу травми на організм є активація процесів ліпідної пероксидації. За цих умов вміст вторинних продуктів відображає активність системної відповіді організму на запалення і є чутливим маркером перебігу травматичної хвороби.

Мета роботи – з'ясувати особливості активації процесів ліпідної пероксидації в нирках за умов краніоскелетної травми в залежності від віку експериментальних тварин.

В експериментах на нелінійних білих щурах самцях трьох вікових груп (статевонезрілі, статевозрілі і старі) в умовах тіопеталонатрієвого наркозу моделювали краніоскелетну травму. У тварин, які вижили, через 1, 3, 7, 14, 21 і 28 діб після нанесення травми в нирці оцінювали активність процесів ліпідної пероксидації за вмістом реагентів до тіобарбітурової кислоти.

Встановлено, що моделювання краніоскелетної травми супроводжувалося активацією процесів ліпідної пероксидації в нирці в особин різного віку, яка не досягала рівня контролю впродовж 28 діб. У статевонезрілих особин до 3 доби вміст показника у нирці наростав повільніше, ніж в особин інших вікових груп, проте через 7 діб ступінь приросту показника ставав найбільшим. В подальшому показник знижувався інтенсивніше і ставав вірогідно меншим, ніж в інших вікових групах. Динаміка показника в нирці статевозрілих щурів характеризується двома періодами активації процесів ліпідної пероксидації – через 3 і 14 діб посттравматичного періоду з наступним зниженням. У старих щурів вже через 1 добу після нанесення травми показник ставав найбільшим. Через 14 діб відмічали його повторне зростання з наступним зниження до 28 доби. В цей термін показник був суттєво більший, ніж у тварин інших вікових груп.

Отримані результати слід враховувати при розробці експериментальних методів корекції травматичної хвороби із врахуванням віку.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ГЛУТАТІОНОВОЇ АНТИПЕРОКСИДАЗНОЇ СИСТЕМИ ПЕЧІНКИ В ГОСТРИЙ ПЕРІОД ТЯЖКОЇ ПОЄДНАНОЇ ТРАВМИ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Угляр Т.Ю., Гудима А.А.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Травматизм належить до актуальних проблем сьогодення. Виходячи з концепції саногенно-патогенних співвідношень, в розумінні патогенезу політравми провідна роль відводиться оцінці адаптаційно-компенсаторних можливостей травмованого організму в динаміці посттравматичного періоду. Важливе місце у проявах реакцій компенсації та адаптації має глутатіонова антипероксидазна система. Оцінка динаміки її маркерів у гострий період поєднаної травми органів черевної порожнини і стало метою нашої роботи.

В експериментах на 74 білих щурах в мовах тіопентало-натрієвого наркозу (40 мг·кг⁻¹) моделювали закриту травму органів черевної порожнини в поєднанні із переломами обох стегон. Через 1 і 3 доби посттравматичного періоду досліджували вміст у печінці відновленого глутатіону, глутатіонпероксидази та глутатіонредуктази. Контрольну групу склали тварини, яких тільки вводили в наркоз. Встановили, що в піддослідних тварин з поєднаною травмою органів черевної порожнини в печінці через 1 добу спостерігається суттєве зниження досліджуваних показників відповідно на 56,4, 46,3 і 42,6 % ($p < 0,05$). Через 3 доби відмітили відновлення досліджуваних показників (відповідно на 87,2, 42,8 і 19,5 %), порівняно з попереднім терміном спостереження ($p < 0,05$), що не досягало рівня контролю ($p > 0,05$).

Отримані результати свідчать про те, що через 1 добу внаслідок сукупності патогенних чинників політравми настає виснаження глутатіонової антипероксидазної системи, яка бере участь у нейтралізації активних форм кисню, гідроперекисів та інших токсичних сполук. Проте до 3 доби за умов модельованої травми в гепатоцитах активуються процеси синтезу компонентів глутатіонової антипероксидазної системи. Її наслідком може стати синдром «тимчасового благополуччя», що слід враховувати у розробці програм корекції поєднаної травми черевної порожнини.

н) онкологія; гематологія

ТРИДЦЯТЬ ДВА РОКИ ТОМУ СПАЛАХНУВ ЧОРНОБИЛЬ: ІОНІЗАЦІЙНА РАДІАЦІЯ І РАК ГОРТАНІ

АНТОНІВ В., АНТОНІВ Т.

Основною метою нашого дослідження являється визначення особливостей клінічного перебігу радіогенних пухлин гортані. Ми провели аналіз результатів обстеження і лікування в нашій клініці (ЛОР-клініка Російського університету дружби народів (РУДН) – ЛОР – відділи московських міських клінічних лікарень ч.4 і ч. 67) 490 хворих на рак гортані за останні 12 років. Переважна більшість з них були особи чоловічої статі, осіб жіночої статі було лише 9. Із 490 обстежених 165 хворих за деякий час до появи перших симптомів важкої хвороби зазнали впливу іонізуючої радіації (фізики – атомники, особи, що працювали або служили на атомних криголамах, підводних човнах, АЕС, ліквідатори наслідків аварії на ЧАЕС). Саме ці 165 хворих увійшли в основну групу, а решта 325 – у контрольну. З основної групи ми виділили в окрему підгрупу ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС. З 1991 по 2001 р. в ЛОР-клініці РУДН лікувалось 112 хворих, що зазнали впливу іонізуючої радіації у зв'язку з аварією на ЧАЕС. В основній групі не було хворих жіночої статі, а були чоловіки віком від 30 до 50 років. Ми старались визначити різницю клінічного перебігу хвороби в основній і контрольній групах. Анамнестично визначали перші і ранні симптоми хвороби, терміни їх появи після аварії, послідовність їх розвитку і залежність від первинної локалізації пухлини, наявність первинно-множинних синхронних і метакронних вогнищ в межах гортані. Порівнювали хронологію симптомів, зосереджені терміни розвитку пухлини від перших симптомів до I, II, III, IV стадій (T1, T2, T3, T4) в основній і контрольній групах хворих з врахуванням первинної локалізації, форми росту і гістологічної структури. В основній групі хворі з I і II стадією пухлинного процесу склали 25,6 %, а в контрольній – 34,0 %. В обох групах переважали хворі з III і IV стадією хвороби. Первинну локалізацію пухлини визначали за даними анамнезу, враховуючи послідовність появи окремих симптомів. За первинною локалізацією дані основної і контрольної групи аналогічні. При порівнянні гістологічної структури пухлин основної і контрольної груп виявилось, що в основній групі переважають низькодиференційовані форми. Низькодиференційований рак мав місце у 54 % хворих, в той час як в контрольній групі – лише у 25 %. Метастази виявлені у 106 із 490 хворих. В основній групі метастази виявлені у 66 (40 %) із 165 хворих. У цій групі у більшості хворих метастази виникли дуже рано. При чому у 11 хворих збільшені лімфатичні вузли шії були першою ознакою грізної хвороби. Підчас лікування або зразу після його закінчення метастази появились ще у 20 хворих. Таким чином метастази були виявлені у 66 (41,8 %) хворих основної групи. В контрольній групі метастази виявлені лише у 12 % хворих. До лікування збільшені лімфатичні вузли в контрольній групі були виявлені у 32 (10 %) хворих. При локалізації пухлини у верхньому відділі гортані комплекс симптомів можна позначити як дисфагію (відчуття стороннього тіла, сухість, рідше печія, біль при ковтанні, що поступово наростає). Так, наприклад, біль в горлі спочатку появляється тільки при ковтанні слини і тільки зранку. Через певний час біль хворий відчуває і при ковтанні води та їжі, досить швидко хворий постійно відчуває незначний біль в горлі на стороні локалізації пухлини. Хрипота при пухлині верхнього відділу з'являється пізно і свідчить про поширення пухлини голосові складки. Для пухлин середнього відділу гортані характерна інша послідовність симптомів, комплекс яких можна позначити як явища дисфонії. Спочатку появляється слабкість голосу, що поступово переходить у хрипоту, а потім і у

афонію. При локалізації пухлини в нижньому відділі гортані комплекс симптомів позначають як диспное – розлад дихання, кашель, незначні і короткочасні приступи задухи, що поступово посилюються і переходять у затруднене дихання, стеноз і асфіксію. Для того щоб визначити швидкість розвитку пухлини в основній і контрольній групах фіксували час появи перших симптомів хвороби залежно від первинної локалізації. В клініку хворі поступали з пухлинами в різних стадіях розвитку (I- IV). У всіх хворих визначали час, що пройшов від появи першої прикмети хвороби до поступлення в клініку. У групі хворих, що поступили в клініку в першій стадії розвитку пухлини, цей час був періодом розвитку раку від першого симптому до першої стадії хвороби. Так само ми визначали час розвитку пухлини до II, III, IV стадій. Хворих з I ст. хвороби не було в основній групі, на II-й стадії хвороби було троє. В клініку хворі основної групи з пухлинами, що почались у верхньому відділі гортані, поступали в основному в III і IV-й стадіях. Це пояснюється тим, що такої локалізації ростуть швидше ніж пухлини середнього відділу і маніфестація їх на ранніх стадіях виражена менше. На відчуття стороннього тіла в горлі і незначну біль при ковтанні слюни хворі не звертають уваги. Від перших прикмет хвороби до I стадії пістряка в основній групі проходило в середньому 2 місяці. В контрольній групі не було ні одного хворого з первинно-множинними вогнищами пістряка в межах гортані. В основній групі вони виявлені у 22 пацієнтів. В основній групі більшість (112) становили хворі, що зазнали впливу іонізуючої радіації у зв'язку з аварією на ЧАЕС. Перший хворий, у якого поява пухлини зв'язана з аварією, появився в клініці в 1991 р. – через 5 років після аварії. Подальше кількість хворих з кожним роком збільшувалась. Якщо в 1991 р. поступив 1 хворий, то в 1992 – 5, в 1993 - 7 і т.д. З часу аварії пройшло більше 30 р. Крива захворювання і надалі зростала. Можна припустити, що вона сягнула якоїсь максимальної точки і якийсь час залишалась стабільною. Лікування цих хворих в основному хірургічне. Родіогенний рак має цілий ряд не звичайних особливостей.

1. Хвороба розвивається швидко, можна сказати – блискавично. Від перших прикмет хвороби до IV стадії проходить 30-60 днів в той час як у хворих контрольної групи такий розвиток триває більше року.

2. Гістологічно радіогенний рак низькодиференційований.

3. У хворих основної групи метастази появляються рано і в 5 разів частіше ніж у хворих контрольної групи. Віддалені метастази (середостіння, легені) виявлені у 41,8 %, а у контрольній групі – 12,1 %. У 20 % хворих виявлений первинно-множинний рак.

4. Прогноз важкий. Більшість хворих (78 %) загинули на протязі року, з іншими зв'язок втрачений, але знаємо, що із 112 хворих, що зазнали опромінення в результаті аварії на ЧАЕС, на протязі року після госпіталізації загинули всі.

РОЛЬ ФАКТОРА НЕКРОЗУ ПУХЛИН У ВИНИКНЕННІ АВТОІМУННОЇ ГЕМОЛІТИЧНОЇ АНЕМІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ЛІМФОЦИТАРНОЮ ЛЕЙКЕМІЄЮ ІЗ СПЕНОМЕГАЛІЄЮ

БАРІЛКА В.А., МАТЛАН В.Л.*, ШАЛАЙ О.О., ВИГОВСЬКА О.Я., ПРИМАК С.В.,
МІЛЯШКЕВИЧ С.П., ЛОГІНСЬКИЙ В.Є.

м. Львів, ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України»,

** м. Львів, Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра гематології та трансфузіології*

Клітини хронічної лімфоцитарної лейкемії (ХЛЛ) здатні продукувати цитокіни та антиеритроцитарні антитіла, посередники автоімунної гемолітичної анемії (АІГА). Поряд з цим роль автотокрино секретованого фактора некрозу пухлин (TNF) у виникненні АІГА при ХЛЛ остаточно не встановлена.

Мета. Визначити концентрацію TNF у плазмі крові та живильних середовищах (ЖС) мононуклеарів периферичної крові (МНПК) у пацієнтів з ХЛЛ із спеномегалією та порівняти отримані результати з показниками гемограми у пацієнтів без ознак спеномегалії та у здорових осіб.

Матеріал і методи. Концентрація TNF визначена біологічним методом у плазмі крові та ЖС МНПК 75 хворих на ХЛЛ. На момент обстеження у 26 осіб (група А) розмір селезінки становив 2–8 см, тоді як у 20 пацієнтів (група В) розмір селезінки перевищував 8 см. Контрольну групу склали 29 пацієнтів з ХЛЛ без ознак спленомегаалії (група С) та 15 здорових осіб.

Результати дослідження. Встановлено, що рівень TNF у плазмі крові пацієнтів групи А ($0,885 \pm 0,189$ нг/мл) та групи В ($1,291 \pm 0,271$ нг/мл) був достовірно вищий, ніж у контрольній групі С ($0,416 \pm 0,081$ нг/мл; $p < 0,01$ та $p < 0,02$, відповідно) та у здорових осіб ($p < 0,001$). Подібна залежність у розподілі TNF виявлена у ЖС МНПК цих пацієнтів, що вказує на значну частку продукції TNF у кров під час прогресування хвороби. Показники ретикулоцитів були статистично вищі у групі В, ніж у групі А ($14,125 \pm 3,676$ та $9,333 \pm 2,034$ $^{\circ}/_{00}$, відповідно; $p < 0,02$), що свідчило про активацію внутрішньосудинного гемолізу. Рівень TNF у плазмі крові та ЖС МНПК пацієнтів групи А та В перебував у негативній кореляції з кількістю ретикулоцитів ($r = -0,315$ та $r = -0,490$, відповідно), як можливий наслідок супресивної дії TNF на еритропоєз. У пацієнтів групи А визначений негативний корелятивний зв'язок між розмірами селезінки та рівнем гемоглобіну ($r = -0,323$), кількістю еритроцитів ($r = -0,304$) та ретикулоцитів ($r = -0,310$).

Висновки. Отримані результати можуть свідчити про патогенетичний механізм впливу TNF на появу аутоімунних ускладнень при ХЛЛ, частота виникнення яких може зростати у пацієнтів із спленомегаалією.

МОРФОЛОГІЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ПІСЛЯ ТРИВАЛОГО КРІОЗБЕРІГАННЯ

Галайчук І.Й., Бігуняк В.В., Николіук В.Д., Дацко Т.В., Лотоцька О.М.,
Косило Л.І.

*м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Вакциноterapia – один з методів лікування онкопацієнтів з високим ризиком розвитку метастатичної хвороби. Прогнозуючи під час операції подальший перебіг хвороби, хірург може зберегти частину пухлини або метастатичний лімфовузол як субстрат для виготовлення аутовакцини у післяопераційному періоді.

Мета: дослідити гістологічну структуру взірців пухлин при різних режимах і термінах їх кріозберігання.

Матеріал і методи. Проведено морфологічний аналіз 18 взірців тканин пухлин, які зберігались після операції замороженими при ($-$) 20° С (12 пухлин) і ($-$) 196° С (6 пухлини) з різними кріопротекторами. На кріозберігання були взяті частини пухлин (Т4 стадії) прооперованих у 2016–2017 рр. пацієнтів з приводу меланому шкіри і раку товстої кишки. Порівнювали морфологічну структуру «нативної» пухлини, гістологічний блок якої був виготовлений після операції, з морфологічною структурою тих же пухлин після кріозберігання 2, 4, 6, 12 і 18 місяців. Мікропрепарати фарбувались гематоксилін-еозином; у світлооптичному мікроскопі визначали число зруйнованих клітин за методом Автанділова.

Результати. У «нативних» мікропрепаратах відсоток клітин з ознаками апоптозу, деструкції та некрозу був у межах 8–10 % у різних полях зору. У взірцях пухлин, збережених при температурі ($-$) 20° С відсоток клітин з незміненою структурою становив 60–70 %, а при температурі ($-$) 196° С – 35–45 %. Кріопошкодження проявлялось розривом або деформацією цитоплазматичних мембран, деструкцією просторової організації клітин, каріолізисом та ін.

Висновок. Значний відсоток збереження структури злоякісної пухлини після її кріоконсервування є тим біологічним субстратом, який можна використати для виготовлення аутовакцини на основі власних пухлинно-асоційованих антигенів. Для подальшого розвитку цього напрямку необхідно створення кріобанків злоякісних пухлин.

КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ У ХВОРИХ НА РАК ОБОДОВОЇ КИШКИ В ЛІКАРНЯХ ОНКОЛОГІЧНОГО І НЕОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

ГАЛАЙЧУК І.Й., ДОМБРОВИЧ М.І., ЗАГУРСЬКА Н.О.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Комп'ютерна томографія (КТ) входить у перелік передопераційних обстежень, які рекомендують ESMO і American College of Radiology, для встановлення клініко-рентгенологічної стадії (сTNM) раку товстої кишки.

Мета: порівняти результати КТ дослідження хворих на рак ободової кишки (РОК) в лікарнях онкологічного і загального профілю.

Матеріал і методи. Ретроспективно проаналізовано 78 медичних карт хворих на РОК, які отримали планове хірургічне або комбіноване з хірургічним лікуванням у Тернопільському обласному диспансері (ТОКОД) та в інших медичних закладах Тернопільщини у 2015–2016 рр. Порівнювали обсяг обстежень у 40 хворих ТОКОД (I група) і у 38 пацієнтів хірургічних стаціонарів інших лікарень (II група). З'ясовано, що УЗД та оглядова рентгенографія грудної порожнини пропорційно однаково застосовувались у двох групах хворих (90–100 %). Колоноскопія була проведена у 80,0 % хворих I групи і в 60,5 % хворих II групи; іригографія – у 37,5 % хворих I групи та у 47,4 % хворих II групи. Передопераційна гістологічна верифікація пухлини отримана у 72,5 % пацієнтів I групи і у 50,0 % пацієнтів II групи. КТ грудної і черевної порожнини була проведена у 77,5 % хворих I групи і в 39,5 % хворих II групи. Якість КТ досліджень у візуалізації первинної пухлини («Т») та метастазів у віддалені органи («М») суттєво не відрізнялась. Однак візуалізація та описання лімфатичних колекторів D1–D2–D3 рівнів у лікарнях неонкологічного профілю були лише у 29,0 % передопераційної КТ.

Обговорення. За даними Sali et al. (2014), Rollvén et al. (2017), Kijima et al. (2014), точність локалізації пухлини при колоноскопії становить 88,7 %, при іригографії – 93,3 %, при КТ-колонографії – 94,7 %, при ендоскопічному татуванні – 97,9 %, при інтраопераційній колоноскопії – 100 %. Точність КТ діагностики лімфатичних вузлів (N1–N2) досягає 70–85 %, віддалених метастазів (M1) – 94 %. Досягти такого результату діагностики в наших умовах неможливо, допоки у хірургів загальної практики не буде запроваджено діагностичного алгоритму з використанням передопераційної КТ.

Через 6–12 місяців після операції контрольне КТ дослідження було виконане у 33 хворих (82,5 %) I групи і у 31 хворого (81,6 %) II групи (всі вони проходили диспансерне обстеження в ТОКОД). При цьому у 7 (18,4 %) пацієнтів II групи було встановлено невідповідність опису об'єму операції, що була зазначена у медичній документації, післяопераційній КТ рентгенанатомії товстої кишки.

Висновки. КТ органів черевної та грудної порожнини – це необхідний діагностичний компонент обстеження первинного хворого для встановлення стадії раку товстої кишки за системою «Tumor–Nodules–Metastases». Завдяки прецизійній КТ діагностиці можна уникнути інтраопераційних помилок і поліпшити радикальність планових хірургічних втручань. У післяопераційному моніторингу онкохворих КТ є запорукою своєчасного виявлення рецидиву пухлини, її метастазів та контролю якості первинної хірургічної операції.

СКЛАДНІ ВИПАДКИ РЕКОНСТРУКЦІЇ ОРОСТОМ ТА ФАРИНГОСТОМ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПУЩЕНИМ ТА РЕЦИДИВНИМ РАКОМ ГОРТАНІ ТА ГЛОТКИ

Дуда О.Р., Сліпецький Р.Р.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Українське лікарське товариство у Львові

В Україні за даними національного канцер-реєстру щороку реєструється близько 2300 нових випадків раку гортані (РГ) та 2500 випадків раку глотки (РГл). III–IV стадія складає від 60 до 73 % залежно від локалізації, смертність до 1 року коливається в межах 27 та 44 %, відповідно. При цьому необхідне комбіноване лікування одержує лише кожен третій пацієнт, нерідко через те, що частота ускладнень радикального лікування сягає 38–53 %. Водночас при порівнянні результатів із великими онкологічними центрами, що мають значний досвід у цій патології, показники є набагато вищими.

Лікування первинно занедбаного РГ, РГл чи їх рецидиву передбачає агресивну хірургічну тактику (від ларингектомії і резекції глотки до фаринголарингектомії і комплексної лімфодисекції шиї), агресивну променеву терапію (ПТ) (66–70 Гр, за протоколом NCCN безперервним етапом), конкурентну хіміотерапію. Досягнення абластичності операції у багатьох випадках закінчується формуванням трьох стом: ороостоми, фарингостоми та трахеостоми, що значно знижує якість життя та робить неможливим виконання типових методик реконструкції харчового каналу. Основними проблемами постають брак м'яких тканин та слизової для заміщення дефекту, вплив ПТ на репараційні властивості тканин, агресивне середовище зі слиною у зоні реконструкції, рубці та фіброз тканин, особливо після лімфодисекції шиї чи попередніх реконструкцій.

Метою нашого дослідження було проаналізувати різні методики реконструкції орофарингальної зони та порівняти із власним досвідом закриття подібних дефектів.

Нами представлено клінічний випадок реконструкції глотки у пацієнта із запущеним РГ з метастазами у лімфатичні вузли (ЛВ) шиї справа (T3pN2bM0G1), що знаходився на лікуванні у Львівському онкоцентрі з 2013 року. Пацієнту завдяки поетапному переміщенню «філатовського стебла» було реконструйовано харчову трубку та відновлено функцію мови шляхом голосового протезування новоствореного каналу.

Результати. Пацієнт Б., 45 років, розпочав спеціалізоване лікування з 2013 р.: проведено неоад'ювантний курс ПТ за схемою РВД 2 Гр, СДВ 40 Гр на ділянку гортані та ЛВ шиї, через 3 тижні радикальне оперативне втручання – ларингектомія, операція Крайля справа (реконструкція глотки і стравоходу за рахунок залишкової слизової). Післяопераційний курс ПТ до СВД 60 Гр. Рана загоїлася без зауважень, що дозволило через 3 місяці провести класичне голосове протезування. Рецидив діагностовано через 20 місяців після початку лікування. Об'єм проведеного втручання – резекція ротоглотки, харчового каналу на шиї, кореня язика, селективна лімфодисекція I–III рівнів зліва – передбачав планове формування оро- та фарингостоми. Через 3 місяці розпочато проведення ряду хірургічних втручань з реконструкції та пластики глотки і верхньої третини стравоходу шляхом поетапного переміщення «філатовського стебла», адаптованого до ішемічного типу кровопостачання. Результат: відновлення харчування per os, встановлення нового голосового протезу. Даних за рецидив станом на 2016 рік не виявлено.

Висновки. «Філатовське стебло» може успішно застосовуватись для реконструкції глотки і стравоходу у зоні тканин, що мають знижену регенераційну здатність внаслідок ПТ. Водночас дана методика повинна застосовуватися як етап індивідуалізованого лікування пацієнта у спеціалізованих центрах з врахуванням клінічного перебігу захворювання.

Список використаної літератури:

1. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2013 / N. Howlader, A. M. Noone, M. Krapcho et al. (eds). ; National Cancer Institute. Bethesda, MD. URL: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2013/, based on November 2015 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2016.
2. Pharyngoesophageal reconstruction with the anterolateral thigh flap after total laryngopharyngectomy / P. Yu, M. M. Hanasono, R. J. Skoracki et al. *Cancer*. 2010. Vol. 116, no. 7. P. 1718–1724.
3. Outcomes following pharyngolaryngectomy reconstruction with the anterolateral thigh (ALT) free flap / M. W. Ho, L. Houghton, E. Gillmartin et al. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2012. Vol. 50, no. 1. P. 19–24.

ПЛОСКОКЛІТИННИЙ РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ – РІДКІСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Дуда О.Р., Сліпецький Р.Р., Бойко Н.І.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила

Галицького, Українське лікарське товариство у Львові

Поширеність вузлових утворів у щитоподібній залозі (ЩЗ) за різними оцінками в Україні у 2015 році склала від 3201 до 3568 пацієнтів на 100 000 населення. Якщо врахувати, що частота цієї патології серед жінок у 7–10 разів вища, то кожна 15-та жінка працездатного віку підпадає під категорію ризику. Водночас серед вузлових утворів ЩЗ частота раку ЩЗ складає лише 5–7 % (переважно папілярна та фолікулярна карцинома, рідше медулярна карцинома). Плоскоклітинна карцинома ЩЗ є дуже рідкісним захворюванням, що зустрічається менш ніж у 0,5 % випадків раку ЩЗ і має дуже поганий прогноз. Оптимальною терапією є радикальне хірургічне втручання. Хіміотерапія і променева терапія застосовуються рідше, оскільки пухлина є хіміорезистентною та у багатьох випадках радіорезистентною. Медіана виживаності таких пацієнтів складає близько 6 місяців.

Метою нашого дослідження було описати цікавий випадок плоскоклітинної карциноми ЩЗ у жінки 72 років, що звернулася зі скаргами на утруднене дихання та пухлину надключичної ділянки справа у відділ пухлин голови та шиї Львівського онкоцентру.

Анамнез захворювання склав 3 місяці. Жінка – курець зі стажем 42 роки та пачко-днем у 20–30 сигарет. Пункція утвору: плоскоклітинний рак, ймовірно бранхіогенний. Ларингоскопія: парез правої голосової складки. КТ шиї та ОГК: утвор неправильної округлої форми у проекції нижнього контуру правої частки ЩЗ 43×30×50 мм, верхній контур прилягає до перснеподібного хряща і правої частини щитоподібного хряща, прилягає та відтискає вліво стравохід, прилягає до переднього краю тіл хребців С7, Th1, Th2, без видимої деструкції. Лікування: тиреоїдектомія з парціальною крікотрахеальною резекцією та формуванням тимчасової трахеостоми, селективна лімфодисекція шиї I–V рівнів справа, VI рівня. Інтраопераційно виявлено вrostання пухлини у хрящі трахеї без ураження слизового шару. Гістологія: плоскоклітинна карцинома, G2–G3 ЩЗ, у 16 л/в I–VI рівнів – фолікулярна гіперплазія; краї резекції чисті. У післяопераційному періоді зважаючи на G2–G3 диференціацію пухлини, pT4a поширення первинної пухлини та pN0 призначено курс променевої терапії СВД 60–66 Гр на зону ЩЗ та трахеї. У перспективі – оперативне втручання з реконструкцією трахеї.

Висновки. Доопераційна діагностика та верифікація вузлових утворів ЩЗ є ключовою у диференційній діагностиці з основними гістологічними варіантами раку ЩЗ та адекватному об'ємі лікуванні. Лікування пацієнтів у спеціалізованих медичних центрах за участю мультидисплінарної команди дозволяє верифікувати рідкісні форми раку ЩЗ та проводити повний комплекс радикального, комбінованого лікування за міжнародними стандартами.

Список використаної літератури:

1. Primary squamous cell carcinoma of the thyroid gland / Sapalidis K., Anastasiadis I., Panteli N., Stradi T.-M., Liavas L. et al. *J. Surg. Case Rep.* 2014. Vol. 12. P. 1–3.
2. Ibrahim M.-I.-S., Jusoh Y.-R., Adam N.-N., Mohamad I. Primary squamous cell carcinoma of the thyroid gland. *Iran J. Otorhinolaryngol.* 2018. Vol. 30, no. 96. P. 65–68.
3. Jang J. Y., Kwon K. W., Kim S. W., Youn I. Primary squamous cell carcinoma of thyroid gland with local recurrence: ultrasonographic and computed tomographic findings. *Ultrasonography.* 2014. Vol. 33, no. 2. P. 143–148.
4. Гайдаєв Ю.О., Моисєнко Р.О., Жданова М.П., Боднарчук Н.М., Паньків В.І. Стан ендокринологічної служби України та перспективи розвитку медичної допомоги хворим з ендокринною патологією. *Міжнародний ендокринологічний журнал.* 2006. Т. 2, № 4. С. 1–5.

ПРОМЕНЕВІ РЕАКЦІЇ МІСЦЕВО ПОШИРЕНОГО РАКУ ШИЙКИ МАТКИ ПРИ ХІМІОПРОМЕНЕВІЙ ТЕРАПІЇ

ІВАНКОВА В.С., БАРАНОВСЬКА Л.М., ХРУЛЕНКО Т.В., ПИЛЬНОВ В.А., ГОРЕЛІНА Г.Л.,
ПЕРЕПЕЧКІНА В.Т., ГАЛЯС Г.В.

м. Київ, Національний інститут раку

Застосування цитостатичних препаратів при хіміопроменевій терапії (ХПТ) з метою радіомодифікації або системної поліхіміотерапії збільшує прояви загальної та місцевої токсичності і може призвести до зростання кількості індивідуальних непрогнозованих реакцій.

З метою підвищення ефективності консервативної ХПТ і якості життя застосовувались засоби профілактики і лікування променевих реакцій та ускладнень препаратами гіалуринової кислоти. Проведена ХПТ 130 хворим на місцево поширені форми раку шийки матки (МП РШМ) з ІВ–ІІВ стадією пухлинного процесу (T2b-3bN0-1M0). Майже у 70 % хворих був виявлений епідермоїдний рак різного ступеня диференціації. За характером росту були лише змішані форми МП РШМ. Хворих розподілено на 3 основні і 1 контрольну групи залежно від хіміорадіомодифікації (цисплатин, тегафур, гідроксисечовина). Аналіз променевих реакцій у пацієнтів досліджуваних та контрольної груп показав, що ранні променеві цистити I ступеня спостерігались в межах 23,5–29,3 %, у 4,9–5,9% – II ступеня. Післяпроменеві ректити I ступеня – 14,3–23,5%, а реакції II ступеня – 5,7–9,8%.

Сучасні технології топографічної підготовки, індивідуальне комп'ютерне планування та коректне відтворення запланованого курсу радіотерапії зменшують вираженість і кількість ранніх променевих реакцій, що є профілактикою пізніх ускладнень. У хворих на МП РШМ проведення ХПТ з місцевим застосуванням препаратів гіалуринової кислоти на фоні адекватної медикаментозної терапії супроводу не призводить до збільшення токсичних променевих реакцій з боку «критичних» органів і тканин вище II ступеня.

РІЗНІ ВИДИ БРАХІТЕРАПІЇ ПРИ ХІМІОРАДІОТЕРАПІЇ ВТОРИННОГО (МЕТАСТАТИЧНОГО) РАКУ ВАГІНИ

ІВАНКОВА В.С.¹, БАРАНОВСЬКА Л.М.¹, ХРУЛЕНКО Т.В.¹, МАТВІЄВСЬКА Л.В.²,
ОТРОЩЕНКО І.П.¹, ДОЦЕНКО Н.П.¹, ГАЛЯС О.В.¹

м. Київ, Національний інститут раку¹;

м. Житомир, Житомирський обласний онкологічний диспансер²

Одним із напрямків оптимізації консервативного лікування вторинного (метастатичного) раку вагіни (ВМРВ) є впровадження оптимальних методик конформної променевої терапії (КПТ) за рахунок високоенергетичної, більше 12 Гр/год, брахітерапії (БТ, HDR) на тлі використання хіміорадіомодифікаторів (тегафур, цисплатин).

З метою підвищення ефективності хіміопроменевої терапії (ХПТ) шляхом використання КПТ, оптимального планування, HDR БТ джерелами ¹⁹²Ir, ⁶⁰Co, нами проведено лікування 49 хворим на ВМРВ II–III стадій, T₂₋₃N₀₋₁M₀, яким на I етапі ХПТ проводили дистанційну КПТ на малий таз з урахуванням опромінення, проведеного раніше. На II етапі ХПТ хворим I–II груп проводили БТ джерелом ¹⁹²Ir в режимі по 3 Гр 3 р/тиждень, або 5 Гр 2 р/тиждень, а III (контрольної) – ⁶⁰Co по 5 Гр 2р/тиждень.

Аналіз безпосередніх результатів показав, що у хворих I групи позитивна відповідь пухлини (сума повної і часткової регресії) склала у 59,9 %, II – у 60,0 % і в контрольній групі – у 53,0 % хворих. Відмічено зниження токсичних проявів ХПТ (епітеліт, цистит, ректит або ентероколіт), особливо в I групі.

Безпосередні результати ХПТ у хворих на ВМРВ свідчать про більшу ефективність розроблених методик HDR ¹⁹²Ir БТ за рахунок посилення регресії вторинних (метастатичних) пухлин ва-

гіни (позитивний відгук) та зменшення частоти променевих реакцій з боку критичних органів, порівняно з джерелом ^{60}Co .

Таким чином, завдяки використанню сучасних методів і технологій КПТ та високоенергетичної HDR БТ, ми маємо можливість отримати більш задовільні результати ХПТ у хворих на ВМРВ при невеликій частоті ускладнень.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ПУХЛИНАМИ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

ІВАНКОВА В.С., СКОМОРОХОВА Т.В., ХРУЛЕНКО Т.В., МАГДИЧ І.П.

м. Київ, Національний інститут раку

З метою підвищення ефективності дистанційної променевої терапії (ДПТ) у хворих з пухлинами верхніх дихальних шляхів (ВДШ) ми використовували різні методи передпроменевої топометричної підготовки (ПТП).

Проведено лікування 121 пацієнта з пухлинами ВДШ T2b-4N0-1M0, які були розподілені на 3 групи: I група – 32 пацієнти, які отримували ДПТ до сумарної осередкової дози (СОД) 60 Гр по 2 Гр (у всіх групах) за 2 етапи з тижневою перервою, на лінійному прискорювачі електронів (ЛПЕ) Mevatron KD2 з попередньою 2D+ ПТП; II група – 41 пацієнт – отримували ДПТ без перерви до СОД 60–70 Гр, на ЛПЕ Clinac 2100 CD з 3D ПТП, використанням фіксуючих пристроїв, з винесенням референсних міток; III група (контрольна) – 48 пацієнтів, які отримували ДПТ до СОД 60 Гр в два етапи з тритижневою перервою на апаратах РОКУС АМ і Тераatron з 2D ПТП на рентгенівському симуляторі.

Кращий результат відзначено при використанні 3D ПТП (II група), позитивний відгук (повна + часткова регресія) спостерігався у 48,7 % пацієнтів, порівняно з контролем – 35,4 %. Місцеві променеві реакції слизових оболонок і шкіри виникали у пацієнтів I групи – при СОД 30–40 Гр (3 ступеня до 14,6 %), у хворих II групи – при СОД 46–50 Гр, що дозволило підвести СОД без перерви, в III групі при СОД 20–25 Гр (3 ступеня до 21,9 %). У пацієнтів II групи реакцій III ступеня не спостерігали. Шкірних реакцій IV ступеня не відзначено взагалі.

Таким чином, застосування сучасної 3D ПТП дозволяє підвищити ефективність ДПТ хворих з пухлинами ВДШ, зменшити дозове навантаження на критичні органи і тканини та тим самим покращити якість життя хворих.

ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИКИ СТОМ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ ЗЛОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРАМИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ

КАРП С.Ю.¹, БІЛИНСЬКИЙ Б.Т.¹, ГАЛАЙ О.О., ДУДА О.Р.²

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького¹

м. Львів, КЗ ЛОР Львівський онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр²

Вступ. Фарингостоми (ФС) та оростоми (ОС) є одними з найчастіших ускладнень в процесі радикального лікування пацієнтів зі злоякісними новоутворами голови та шиї (ЗНГШ) на III–IV стадіях. Профілактика ФС та ОС становить складну клінічну проблему і потребує інтегрованого підходу.

Мета. Вивчити основні засоби профілактики утворення стом в процесі радикального лікування основних ЗНГШ.

Матеріали та методи дослідження. Нами проаналізовано результати спеціалізованого лікування 213 пацієнтів зі ЗНГШ. Виділено основні заходи профілактики на всіх етапах лікувального

процесу та визначено їх ефективність на основі розрахунку показників відношення шансів (OR) та 95 % довірчого інтервалу (CI).

Результати. В ході клінічного та статистичного аналізу встановлено достовірні методи профілактики утворення стом на кожному з етапів основного лікування, а саме: дотримання принципу «оптимального хірургічного вікна» (OR = 0,3; 95 % CI 0,110–0,819; p = 0,017) на доопераційному етапі; накладання двох і більше рядів швів із залученням оточуючих м'яких тканин при ушиванні харчового каналу (OR = 0,53; 95 % CI 0,281–0,986; p = 0,044) та міотомія м'язів-констрикторів глотки та стравоходу (OR = 0,4; 95 % CI 0,193–0,848; p = 0,019) в ході хірургічного втручання; застосування ГБО у пацієнтів з анемією після операції (OR = 0,257; 95 % CI 0,081–0,815; p = 0,036).

Висновки. Застосування інтегрованого клінічного підходу, побудованого на основних профілактичних заходах, дозволить в процесі радикального лікування значно зменшити частку пацієнтів з післяопераційними ускладненнями у формі ОС та ФС.

МАРКЕР ПУХЛИННОЇ ПРОГРЕСІЇ КІ-67 ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕННЯХ

Литвиненко О.О., Бугайцов С.Г., Литвиненко Ол.О.

м. Київ, ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»

Інтенсивність пухлинного росту визначається об'ємом проліферуючого клітинного пула. Одним із маркерів проліферації клітин є Ki-67. Ki-67 – антиген, який експресується в ядрах клітин протягом всіх фаз клітинного циклу, крім G0, і є чутливим маркером проліферативної активності в пухлині. В нормальній тканині рівень експресії Ki-67 дуже низький. Згідно з багатьма даними, підвищена експресія відбувається в 20–50 % пухлинних клітин. Вважають, що підвищення експресії свідчить про негативний прогностичний перебіг захворювання, але з іншого боку високий індекс Ki-67 пов'язаний з кращою відповіддю пухлини на стандартну хімотерапію. Зміна рівня експресії Ki-67 може бути прогностичним фактором. Логічно говорити, що проведене лікування придушує проліферацію пухлинних клітин, і відповідно експресія Ki-67 повинна знижуватись. Пухлини, які мають високий ступінь злоякісності, мають також високий рівень проліферації і апоптозу. Такі дані вказують на спроможність швидкого клітинного обміну в пухлинах. Швидкий клітинний обмін в активно проліферуючих пухлинах може бути свідком їх агресивності. Пухлини з більш високим проліферативним індексом, що визначається як відношення Ki-67 позитивних клітин до загального числа клітин, як правило, низько диференційовані. Виділяють декілька варіантів локалізації Ki-67 у ядрах пухлинних клітин: нуклеолярний/перинуклеолярний (G1 фаза клітинного циклу), нуклеоплазмений (S/G2 фази клітинного циклу) та перихромосомний (M фаза клітинного циклу). Дана різниця в експресії маркера на протязі клітинного циклу, крім інших факторів, призводить до значних розбіжностей в методах оцінки його рівня.

ПЛОЇДНІСТЬ – ОДИН ІЗ ВАЖЛИВИХ ФАКТОРІВ ПРОГНОЗУ ПУХЛИНИ

Литвиненко О.О., Бугайцов С.Г., Литвиненко Ол.О., Шахрай Г.Ф.

м. Київ, ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»

Поведінка злоякісних пухлин пов'язана з проліферативною активністю і плоїдністю. Визначення плоїдності пухлини дає можливість прогнозувати перебіг захворювання. Існує пряма кореляція плоїдності і ступеня злоякісності новоутворення. Анеуплоїдні утворення частіше зустрічаються при III ступені злоякісності, а диплоїдні – при I та II ступенях. У хворих з анеуплоїдними пухлинами частота рецидивів вища, а виживаність нижча, ніж при диплоїдних. Перебіг хвороби у пацієнтів з диплоїдними пухлинами відносно доброякісніший, ніж у хворих з анеу-

плоїдними та тетраплоїдними пухлинами. У останніх рецидив захворювання спостерігається в 3,2 раза частіше, а смертність – у 2,8 раза вища ніж у хворих з диплоїдними пухлинами. Відповідно до плоїдності та проліферативної активності клітин існує класифікація ДНК-гістограм, де виділено 5 основних типів, а для більшості з них залежно від проліферативної активності і кількості анеуплоїдних клітин, ще й підтипи: I – диплоїдні пухлини з низьким (підтип 1), помірними (підтип 2) та високими (підтип 3) показниками проліферативної активності; II – тетраплоїдні пухлини (індекс ДНК – I ДНК – від 1,85 до 2,15); III – анеуплоїдні новоутворення з I ДНК від 1,1 до 1,84, які залежно від показників проліферативної активності і кількості анеуплоїдних клітин в пухлині підрозділяються на 7 підтипів; IV – різко анеуплоїдні пухлини (I ДНК більше 2,15) з низькою (підтип 1), помірною (підтип 2) та високою (підтип 3) проліферативною активністю; V – тип гістограм, характерний для незначної групи хворих з багатоклонованими пухлинами. Зазначений тип ДНК-гістограм корелює з віком хворих, ступенем злоякісності пухлини і є, як і ступінь злоякісності, незалежним фактором прогнозу. Існує пряма кореляція плоїдності та ступеня злоякісності пухлини.

РОЛЬ МІКРО-РНК ПРИ ОНКОЛОГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ

Литвиненко О.О., Бугайцов С.Г., Литвиненко Ол.О., Шахрай Г.Ф.

м. Київ, ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»

Сімейство генів мікро-РНК становить дещо більше 1 % від всього генома людини, але регулює експресію майже третини всіх генів на післятранскрипційному рівні, при цьому є найбільш консервативним відносно послідовностей і механізмів експресії. Виявлена ключова роль мікро-РНК в порушеннях балансу проліферації, диференціювання і програмної загибелі клітини. Мікро-РНК регулює експресію генів шляхом інгібування трансляції або матричної РНК. Післятранскрипційне пригнічення експресії генів розпочинається коли мікро-РНК регулює білковий комплекс RISC. Мікро-РНК здатні пригнічувати трансляцію за допомогою різних механізмів: як на етапі ініціації, так і в процесі елонгації. Близько 4 % всіх пухлин мають незрозумілу гістоспецифічність. У здоровому організмі профіль експресії мікро-РНК дуже часто має тканинспецифічний характер, крім того, він є специфічним для фази розвитку організму і рівня диференціювання клітин. Існує різниця в експресії мікро-РНК між пухлинними і нормальними клітинами, при цьому в пухлинній зберігається й експресія тканинспецифічних мікро-РНК. В зв'язку з цим, мікро-РНК допомагають у визначенні природи пухлин невизначеної гістологічної приналежності.

У мікро-РНК є значний потенціал для виявлення органу, до якого належать низькодиференційовані пухлини і метастатичні новоутворення з невиявленим первинним вогнищем. Профіль експресії мікро-РНК пов'язаний з наявністю або відсутністю специфічних онкогенних мутацій. Є зв'язки між порушеннями регуляції мікро-РНК та мРНК – мішенями. Все це дає можливість пояснити деякі унікальні генні зв'язки.

СУЧАСНІ МЕТОДИ І ТЕХНОЛОГІЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ РАКУ ПРОСТАТИ У США

Онуфрій В.

Butler, Pennsylvania, USA, Butler Health System Radiation Oncology

Вступ. Рак простати є найпоширенішим видом раку серед чоловіків Сполучених Штатів та другою причиною смерті від раку в американських чоловіків.

Мета доповіді – представити сучасні досягнення в технології променевої терапії хворих на рак простати.

Матеріал і методи. Протягом останніх двох десятиліть були розроблені методи, які зараз використовують у стандартній практиці радіаційної терапії раку простати, що дозволило покращити як локальний контроль, так і результати лікування загалом. Дослідження стверджують, що збільшення дози опромінення раку простати значно покращує виживаність пацієнтів. Рандомізовані клінічні дослідження, що порівнювали 68–70 Гр проти дози у 80 Гр, показали продовження періоду без прогресування як клінічного, так і біохімічного (PSA) при більшій дозі опромінення.

Проте, дози більші 70 Гр мають підвищений ризик ускладнень при застосуванні звичайних методів опромінення. Для того, щоб безпечно вживати більш високі дози радіації, були розроблені нові методи, такі як 3-D конформна терапія та інтенсивна модуляційна променева терапія. Додаткові методи включають брахітерапію із застосуванням радіоактивних джерел I-125 або Pd-103. Вони можуть бути використані як у вигляді єдиної локальної модальності, так і в комбінації із зовнішнім опроміненням.

Загальні підходи радіаційної терапії ґрунтуються на категорії ризику захворювання пацієнта. Категорії ризику, як правило, поділяють на основі гістологічного класу Gleason та клінічної стадії раку, а також рівня простатспецифічного антигену (PSA) до моменту трепан-біопсії пухлини. Рак простати з низьким рівнем ризику може звичайно лікуватись за допомогою зовнішнього радіаційного опромінення або радіоактивних джерел (наприклад, I-125) локально, тоді як проміжний ризик та пухлини високого ризику вимагають комбінованого підходу. Способи лікування, результати та ускладнення будуть розглянуті під час презентації.

Висновки. Розгляд наукових робіт і клінічні дослідження показують, що, вживаючи сучасні методи і дози променевої терапії, можна досягти 5-річної безрецидивної виживаності у 80–90 % хворих, замість 60 % при застосуванні старих методик.

ВИКОРИСТАННЯ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ В РОБОТІ ОНКОЛОГІЧНОГО КАБІНЕТУ

Савицький А.М., Цвігун Б.Я., Панкратов Р.В., Веселовська В.Г., Сьомко А.М.
м. Кам'янець-Подільський, Хмельницька область, Міська поліклініка № 1

Метою дослідження було провести аналіз діагностичних можливостей стандартних додаткових методик рентгенівської мамографії (РМГ) та ультрасонографії в комплексній діагностиці раку молочної залози.

Мамографічне обстеження виконували на апараті «HOLOGIC M-IV». За 2017 рік та I квартал 2018 року виконано 3388 мамографії та 255 досліджень об'ємних утворень молочних залоз на ультразвуковому апараті «LOGIQ 100 PRO».

За даними РМГ новоутворення молочних залоз виявляли у вигляді об'ємних утворів до 10 мм – 28 %; до 20 мм – 30 %; до 40 мм – 18 %. Порушення архітектури – 6 %, мікрокальцинати – 18 %. Всі пацієнтки взяті на облік та проліковані. Всього за вказаний період було 32 хворі. Вікова структура захворювань: 40–50 років (28 %), 51–60 років (16 %), 60–70 років (38 %), 70–80 років (18 %).

При порівнянні променевих характеристик і результатів онкологічних досліджень відповідно до отриманих виписаних епікризів для зручності практичного застосування були виділені, на наш погляд, найбільш важливі рентгенографічні та ультрасонографічні ознаки, які мають найбільшу узгодженість за частотою зустрічаємості при підозрі на злоякісну пухлину, достовірність яких підтверджена гістологічно.

Для об'ємних утворів: неправильна форма – 63 %, променисті контури – 36 %, висока щільність – 64 %, нечіткі контури – 32 %.

Ультрасонографія, яку проводили в онкологічному кабінеті, дозволила провести диференціальну діагностику при виявленні вузлових форм утворів через можливість проведення прицільної біопсії, під контролем датчика.

УЗО злоякісних утворів, на які звернули увагу: променисті контури – 12, неправильної форми – 21. При проведенні ультразвукового дослідження виявлених при мамографії утворів звертає на

себе увагу, що даний метод показав не зовсім гарні результати при непальпуючих пухлинах та при виявленні скопичення мікрокальцинатів і при локальній тяжистій перебудові.

У випадках вузлових форм раку молочної залози ультрасонографічне зображення пухлин молочної залози є ідентичним тому, яке отримане при рентгенівській мамографії. Зважаючи на те, що в державі є недостатня кількість мамографічних комплексів на рівні міських та районних поліклінік, використання ультрасонографії для обстеження молочної залози ще довго буде актуальним.

ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ПРОВЕДЕННЯ ХІМІОТЕРАПІЇ В ДЕННОМУ СТАЦІОНАРІ «ОДНОГО ДНЯ» МІСЬКОЇ ПОЛІКЛІНІКИ № 1

Савицький А.М., Цвігун Б.Я., Сьомко А.М., Горох К.В., Панкратов Р.В.
м. Кам'янець-Подільський, Хмельницька область, Міська поліклініка №1

При огляді кількості хворих, що лікувались в денному стаціонарі міської поліклініки № 1, відмічається збільшення питомої ваги хворих на онкологічні захворювання.

Показник	2013	2014	2015	2016	2017
Кількість випадків	63	112	167	101	247
Кількість ліжок/днів	126	307	371	274	784

Причин для цього декілька:

1. Зручність для пацієнта, який знаходиться «вдома».
2. Не треба оформляти історію хвороби, обходити кабінети.
3. Відсутність транспортних витрат для пацієнта.
4. Економія бюджетних коштів, зважаючи на різницю вартості 1 ліжка/дня в стаціонарі і поліклініці.

Вартість ліжка/дня в поліклініці складає 32,45 грн, тоді як у стаціонарі – 434,21 грн, різниця в 13,3 рази є суттєвою.

За останній рік кількість пролікованих хворих зросла на 145 %. Причиною цього явища є незадовільне забезпечення закладів охорони здоров'я лікарськими засобами для проведення хіміотерапії. В 2005 році самостійно придбані хворими ліки склали 10–15 %, в 2012 році ця сума склала 30 %, в 2017 році витрати пацієнта на придбання ліків склали вже 90–95 %, і логічно, що самостійно фінансуючи власне лікування, пацієнт має право вибору місця проведення лікування.

Тому після консультації хіміотерапевта закладу, де пацієнт почав лікування, та отримання відповідного розписування прийому ліків, хворий отримує введення ліків за місцем проживання.

Реформування галузі, зокрема, в питанні забезпечення доступними ліками дало гарні результати по зменшенню захворювань на інсульти у хворих з гіпертонічною хворобою, зменшення загострень бронхіальної астми у пульмонологічних хворих тощо.

Пропозицією для МОЗу України буде включення до переліку препаратів за програмою «Доступні ліки» засобів для проведення хіміотерапевтичного лікування.

ДІАГНОСТИКА І ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОЇ ЛІМФОЦИТАРНОЇ ЛЕЙКЕМІЇ В ОСІБ ЛІТНЬОГО ВІКУ

Шалай О.О., Виговська О.Я., Виговська Я.І., Барілка В.А., Логінський В.Є.
м. Львів, ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України»

Хронічна лімфоцитарна лейкемія (ХЛЛ) – пухлина лімфоїдної тканини, клінічні прояви якої, перебіг, прогноз та відповідь на лікування у окремих хворих значно відрізняються. Під нашим

спостереженням перебувало 114 хворих ХЛЛ літнього віку (від 61 до 86 років, Me = 67 років), серед них 38 жінок та 76 чоловіків (співвідношення – 1 : 2). Розподіл хворих за стадіями поширення хвороби (за Rai): 0 ст. діагностовано у 29,8 %, I – 19,3 %, II – 16,7%, III – 25,4 %, IV – у 8,8 % пацієнтів. Збільшення периферичних лімфатичних вузлів виявлено у 71,2 % хворих, збільшення розмірів селезінки – у 44,7 %, гепатомегалію – у 36,0 % хворих. Лейкоцитоз $> 10 \times 10^9 / \text{л}$ з відносним та абсолютним лімфоцитозом ($> 5,0 \times 10^9 / \text{л}$) за рахунок популяції CD19⁺/CD20⁺CD5⁺CD10⁻CD23⁺ лімфоцитів спостерігали у всіх пацієнтів. Анемію (Hb < 110 г/л) констатовано у 30,7 % хворих, тромбоцитопенію ($< 100 \times 10^9 / \text{л}$) – у 8,8 %. Таким чином, майже половина хворих старшого віку (49,1 %) звернулась до гематолога на ранніх (0–I) стадіях хвороби, а у третини пацієнтів (34,2 %) діагноз ХЛЛ встановлено на пізніх (III–IV) стадіях, що свідчить про недостатню гематологічну настороженість сімейних лікарів і лікарів інших спеціальностей. Хворі старшого віку, як правило, звертаються за медичною допомогою у зв'язку з супутньою патологією, і проведений в цей час повний аналіз крові дозволяє виявити гематологічну патологію на ранніх стадіях. Саме так на основі аналізу крові з різних інших причин 0 стадію ХЛЛ було діагностовано у 34 хворих. Серед них 21 пацієнт постійно (протягом 5–20 років) знаходяться під спостереженням гематолога. Вони до цього часу не потребують цитостатичного лікування у зв'язку зі стабільним перебігом хвороби (відсутністю прогресії).

КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

СТЕРНЮК Ю.М., БЕРЕЗЮК М.І., ЛАБА Л.І.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр

В останнє десятиліття в Україні спостерігається тенденція до зростання захворюваності на рак щитоподібної залози, зумовлена наслідками Чорнобильської катастрофи. Це є одним із важливих аргументів для пошуку методів підвищення ефективності лікування хворих. На сьогодні загальноновизнаним стандартом сучасного радикального лікування кожного гістологічно верифікованого диференційованого раку щитоподібної залози є поєднання хірургічного і променевого методів (радіойодтерапія). Така тактика сучасного радикального лікування, при якому особливо деталізується хірургічне лікування на сьогодні практично не викликає заперечень.

Проведено порівняльний аналіз результатів радикального лікування двох груп хворих з диференційованим раком щитоподібної залози. Перша група (149 спостережень) – це хворі, у яких радикальне лікування було представлено хірургічними операціями та проводилось без використання єдиної тактики. Зокрема, лімфатичні дисекції не мали системного характеру.

Друга група (131 спостереження) – це хворі, які отримали радикальне лікування з урахуванням єдиної хірургічної тактики: тироїдектомія та центральна лімфаденектомія *en block* як мінімум хірургічного втручання в поєднанні з адекватними системними дисекціями бокових відділів шиї і середостіння з використанням діагностичної лімфаденектомії або керуючись стадією процесу. В подальшому – радіойодтерапія з використанням вищих разових активностей¹²³].

Число рецидивів у першій групі склало 11,4 % (17 хворих), у другій – 2,3 % (3 хворих), що становило істотну різницю ($p < 0,05$).

о) стоматологія, щелепно-лицева хірургія

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ НА ОСНОВІ НАНОДИСПЕРСНОГО КРЕМНЕЗЕМУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ПЕРИОСТИТУ

Бєляєв П.В.

м. Вінниця, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Вступ. Однією з важливих проблем стоматології та щелепно-лицьової хірургії є гострий гнійний одонтогенний периостит, який може призводити до виникнення важких ускладнень. Тому розробка методів лікування гострого гнійного периоститу залишається актуальною проблемою.

Мета дослідження: обґрунтувати ефективність розробленої методики лікування гострого гнійного периоститу з використанням сорбційної композиції на основі нанодисперсного кремнезему.

Методи дослідження. Оцінку ефективності розробленого способу лікування проведено у хворих з гострим гнійним одонтогенним периоститом, які були розподілені на дві групи – основну та групу порівняння. Всім хворим проводили видалення «причинного» зуба, розкриття гнійного вогнища та дренажування. В групі порівняння в післяопераційному періоді лікування проводилось за традиційною методикою, а в основній групі – з використанням сорбційної композиції на основі нанодисперсного кремнезему з антисептиком. Ефективність лікування оцінювали за допомогою клінічних, лабораторних, мікробіологічних, цитологічних та статистичних методів.

Результати дослідження. Вивчення властивостей композиції з сорбентів та антисептика показали її високу сорбційну, антимікробну та протизапальну дію. При проведенні порівняльної оцінки ефективності лікування встановлено, що у хворих основної групи швидше зникали явища запалення, зменшувалась мікробна забрудненість ран та активізувались процеси репаративної регенерації, що приводило до скорочення термінів лікування.

Висновки. Використання композиції на основі нанодисперсного кремнезему при лікуванні гострого гнійного периоститу дозволяє запобігти ускладненням та скоротити терміни лікування.

СПОСІБ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ПОКРИВНИХ ПРОТЕЗІВ НА НИЖНЮ ЩЕЛЕПУ

БРАТУСЬ-ГРИНЬКІВ Р.Р., Кордіяк А.Ю.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вступ. Раціональний вибір типу конструкції і своєчасне заміщення дефектів зубних рядів є актуальними питаннями ортопедичної стоматології, адже часткова втрата зубів здатна зумовити загально-соматичні порушення, безпосереднім чином впливає на якість життя пацієнта та його психоемоційний стан. Ретельний аналіз даних наукової літератури та медичної документації вказує на те, що оклюзійні чинники є визначальними для повноцінного функціонування знімних конструкцій протезів, які слід враховувати починаючи від планування конструкції, що й стало предметом даного дослідження.

Мета: відновлення функціональної здатності зубощелепної системи пацієнтів з поодиноким збереженими зубами шляхом раціонального вибору конструкції покривного протеза на підставі комплексної оцінки даних клінічного обстеження.

Методи і матеріали. Обстежено 25 пацієнтів (13 жінок та 12 чоловіків) віком 50–76 років: у 6 осіб втрачені зуби внаслідок ускладнень карієсу не були заміщені жодним видом ортопедичних конструкцій; у 9 осіб виникла необхідність заміни незнімних, а у 10 осіб – знімних конструкцій протезів. У 15 пацієнтів було визначено показання та проведено лікування із застосуванням покривних протезів.

Оклюзійні співвідношення визначали з використанням індексу К. Eichner'a (1955). Центральне співвідношення щелеп визначали методом бімануальної маніпуляції за Р. Dawson (1979) і фіксували з використанням матеріалу Futar D (Kettenbach). На підставі цього визначали спосіб постановки штучних зубів за однією з основних оклюзійних схем: двобічно збалансована, лінгвалізована, площинна. Оклюзійні контакти визначали засобами Bausch та аналізували за схемою S.J. Davies (2001). Ступінь задоволення жувальною здатністю визначали за опитувальником Н. Miura, К. Sato (2013).

Результати та їх обговорення. У 3 (20 %) пацієнтів ступінь задоволення жувальною здатністю був найвищим (2 бали – безперешкодне жування) як через 1 місяць після виготовлення, так і після 6 місяців користування, а кількість корекцій оклюзійних співвідношень не перевищувала трьох процедур, включно з етапом здачі ортопедичних конструкцій. У 8 (53,3 %) пацієнтів оцінка рівня жувальної здатності відображала незначні незручності (1 бал) через 1 місяць після виготовлення і безперешкодне жування (2 бали) через 6 місяців користування після проведення необхідної кількості корекцій оклюзійних співвідношень. У 3 (20 %) пацієнтів рівень жувальної здатності був утрудненим (1 бал) через 1 місяць після виготовлення та з незначними незручностями при жуванні (2 бали) через 6 місяців користування після корекцій оклюзійних співвідношень. У 1 (6,7 %) пацієнта рівень жувальної здатності був оцінений як утруднений (1 бал) через 1 та 6 місяців користування після корекції оклюзійних співвідношень.

Висновок. Застосування покривних протезів з відновленням оклюзійних опорних зон забезпечує достатній рівень функціональної здатності зубощелепної системи у пацієнтів з поодиноким збереженими зубами на нижній щелепі.

СТОМАТОЛОГІЧНІ ЛІКАРСЬКІ ПЛІВКИ

Гриновець І.С., Гриновець В.С.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Стоматологічна плівка – це лікарська форма (ЛФ), що відноситься до терапевтичних систем та яку застосовують шляхом аплікації до слизової оболонки порожнини рота (СОПР) та пародонта для терапії (наприклад, знеболювання уражених епітеліальних тканин, при потребі локального захисту тканин від впливу різних подразників шляхом створення тимчасового бар'єру та з метою корекції мікрофлори порожнини рота).

Стоматологічні лікарські плівки (СЛП) складаються з гідрофільної полімерної основи та активного фармацевтичного інгредієнта (АФІ) і мають подовгасту форму у вигляді прямокутної стрічки. Ширина стрічки у межах 1 см, а довжина коригується ділянкою нанесення. Унаслідок аплікації такої ЛФ до СОПР під впливом слини відбувається поступове розчинення полімерної основи з контрольованим і пролонгованим вивільненням АФІ. СЛП підвищують біодоступність та ефективність уведення АФІ, захищають їх від вимивання слиною та дозволяють використовувати різні за властивостями АФІ, що надає ЛФ перевагу перед іншими стоматологічними засобами.

Класифікація за: 1) *вмістом АФІ* (одно- багатокomпонентні); 2) *призначенням* (лікувальні, профілактичні); 3) *характером дії* (локальної, системної); 4) *терапевтичною дією* (антисептичні, анальгетичні, захисні, протизапальні, репаративні); 5) *технологічними особливостями* (одношарові з монолітним полімерним шаром та багатшарові); 6) *походженням плівкоутворювача* (тваринні: колаген, желатин, еластин, хітозан; рослинні: агар-агар, альгірати, целюлоза; напів-

синтетичні: метилцелюлоза, натрію карбоксиметилцелюлоза.; синтетичні: ПЕГ, ПВС; 7) *областю нанесення для аплікації на піднебіння, ясно, під'язикову ділянку, щоку, губу*; 8) *способом одержання* (методом поливу на пластини різної форми з подальшим висушуванням).

РІВЕНЬ ЛІЗОЦИМУ В РОТОВІЙ РІДИНІ ДІТЕЙ ІЗ ДИСМЕТАБОЛІЧНИМИ НЕФРОПАТІЯМИ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У РІЗНИХ ЕКОЛОГІЧНИХ УМОВАХ

Лучинський В.М., Лучинська Ю.І.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Вступ. За умов дії екологічних стрес-чинників хімічної природи знижується резистентність організму, порушуються гомеостатичні функції, адаптаційно-компенсаторні процеси, виникає синдром «екологічної дезадаптації» та екологічно зумовлена патологія, зростає загальна захворюваність.

Мета дослідження. Вивчити рівень лізоциму в ротовій рідині дітей із дисметаболічними нефропатіями, які проживають у різних екологічних умовах

Методи дослідження. Обстежено 166 дітей віком 6–15 років із дисметаболічними нефропатіями, які проживали в екологічно несприятливому регіоні й становили основну групу. Групу порівняння склали 65 їх однолітків з аналогічною соматичною патологією, що мешкали в умовно «чистому» районі. Контрольну групу становили 125 дітей відповідного віку без соматичних захворювань.

Результати дослідження. У результаті проведених досліджень встановлено зниження рівня лізоциму в ротовій рідині дітей із дисметаболічними нефропатіями порівняно з їх здоровими однолітками. Так, у осіб із дисметаболічними нефропатіями, які проживали в екологічно чистому регіоні, уміст лізоциму в ротовій рідині становив $6,09 \pm 0,30$ проти $6,31 \pm 0,23$ мг/л у здорових дітей ($p > 0,05$). Максимальне зниження даного протиінфекційного маркера визначали у дітей із дисметаболічними нефропатіями, які проживали в екологічно несприятливому регіоні – $5,32 \pm 0,30$ мг/л ($p < 0,05$), що може свідчити про значне порушення опірності тканин ротової порожнини у дітей із дисметаболічними нефропатіями.

Висновок. У ротовій рідині дітей із дисметаболічними нефропатіями, які мешкають на екологічно несприятливих територіях, встановлено достовірно нижчий вміст лізоциму, порівняно з відповідними значеннями у дітей зі стоматологічними захворюваннями на фоні дисметаболічних нефропатій із екологічно чистого регіону

КОМПЛЕКСНА ПРОФІЛАКТИКА МНОЖИННОГО КАРІЕСУ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Лучинський М.А.¹, Рожко В.І.², Басіста А.С.²

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»¹

м. Чернівці, Буковинський державний медичний університет²

Розробка і впровадження лікувально-профілактичного комплексу для попередження розвитку множинного карієсу постійних зубів у 120 дітей 6-15 рр. проводилося шляхом диспансерного спостереження впродовж 2-х років, з яких сформували дві групи дітей 12-ти річного віку: основна (40 дітей) і контрольна (38 осіб).

Заходи системної (ендогенної) профілактики передбачали застосування: «Ехінацеї пурпурної» для підвищення опірності організму, запобігання надмірного активації перекисного окиснення

ліпідів; “Атоксілу” для покращення дезінтоксикаційної дії шлунково-кишкового тракту; “Сунамо-лу-Л” для покращення кальцієвого-мікроелементного складу організму та “Вітафтору” для нормалізації розвитку тканин зуба та кісткової тканини.

Місцеві профілактичні заходи включали: професійну гігієну 4 рази на рік; навчання індивідуальної гігієни порожнини рота та контрольоване чищення зубів за допомогою профілактичних паст “R.O.C.S kids”, “R.O.C.S. school” та гелю “R.O.C.S.” - для підвищення ремінералізуючого потенціалу емалі зубів; призначення індивідуальних засобів гігієни (флоси) та ополіскувач “R.O.C.S.” для додаткового поновлення мінеральної насиченості зубів; санацію порожнини рота з використанням сучасних пломбувальних матеріалів та диспансерний нагляд у лікаря-стоматолога 4 рази на рік.

Результати проведених клініко-лабораторних досліджень дозволили нам розробити комплекс лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на попередження виникнення і подальшого прогресування множинного карієсу у дітей із захворюваннями ШКТ. Цей комплекс передбачав два напрями впливу – системний вплив на організм з метою підвищення гомеостазу організму та місцевий вплив на емаль зубів з метою підвищення її карієсрезистентності.

РОЗПОВСЮДЖЕННІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ХВОРИХ ІЗ РІЗНОЮ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Лучинський М.А., Чорний Н.В., Манащук Н.В., Залізник М.С., Бойцанюк С.І., Чорний А.В., Пацкань Л.О., Погорецька Х.В., Серватович А.М., Суховолець І.О.
м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Актуальність дослідження У 85 % пацієнтів запальні і дистрофічно-запальні захворювання пародонта поєднуються із загальносоматичною патологією, тому вивчення взаємозв'язків уражень тканин пародонта із захворюваннями внутрішніх органів і систем організму дозволяє скласти більш чітку уяву сутності генезу захворювання.

Метою нашого дослідження було провести порівняльну оцінку поширеності, діагностичної структури та особливостей перебігу захворювань пародонта у хворих із соматичною патологією.

Матеріали та методи дослідження. Було проведено визначення пародонтального статусу у 498 хворих на: опікову хворобу, хронічний панкреатит, хронічний неспецифічний виразковий коліт, первинний гіпотиреоз, первинний остеоартроз великих суглобів.

Результати дослідження та обговорення

Встановлено значну поширеність захворювань пародонта у групах спостереження: захворювання пародонта у хворих на опікову хворобу діагностовано у 89,32 %, у хворих на остеоартроз - 96,43 %, у хворих на хронічний неспецифічний коліт - 84,93 %, у хворих на хронічний панкреатит - 75,49 %, у хворих із первинним гіпотиреозом - 93,25 %. У всіх обстежених діагностували запальні та запально-дистрофічні ураження тканин пародонта. Особливістю перебігу даних захворювань є хронічне їх протікання. Загострення спостерігали у осіб із хронічним панкреатитом, хронічним неспецифічним виразковим колітом та остеоартрозом в період загострення супутнього захворювання.

Висновки. Висока поширеність захворювань пародонта у пацієнтів із різною супутньою патологією потребує розроблення індивідуальних схем фармакотерапії.

МЕХАНІЧНА ОБРОБКА КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ СИСТЕМОЮ S5

Могитич Д.М. , Могитич М.М.

м. Тернопіль, Україна, Тернопільський обласний комунальний лікарсько-фізкультурний диспансер

Основною причиною ендодонтичного лікування є бактеріальне ураження, під час якого інфікується і кореневий дентин. Для їхнього усунення, необхідне якісне трьохвимірне хіміко-механічне препарування корневих каналів з наступною їхньою obturaцією.

S5 – обертова ендодонтична система нікель-титанових інструментів для обробки корневих каналів, високоефективна та проста в застосуванні. Містить 5 файлів конусністю від 4 % до 8 %, завершаючий файл – 04/20.

Для початку роботи потрібно створити «килимову доріжку» ручними інструментами, не доходячи кілька мм до верхівки кореня. Виміряти і відзначити стоперами робочу довжину. Заповнити кореневий канал гіпохлоритом натрію і, за допомогою інструментів S1-S3, обробити ділянку устя і середню третину каналу до легкого опору. Після кожного розміру файла обов'язкова інтенсивна хімічна обробка NaClO і рекапітуляція ручним файлом малого розміру, для запобігання закупорювання дентинними ошурками. Кінцева обробка апікальної третини на всю робочу довжину інструментів S4, S5.

Прогнозований результат механічної обробки ендодонтичною системою дає змогу надати кореневому каналу необхідного діаметру та конусності, що забезпечить не тільки кращу його іригацію і усунення інфікованого дентину, але і герметичну obturaцію.

ВИКОРИСТАННЯ ГІПОХЛОРИТУ НАТРІЮ В ОБРОБЦІ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ

Могитич М.М. , Могитич Д.М.

м. Тернопіль, Україна, Тернопільський обласний комунальний лікарсько-фізкультурний диспансер

Всі етапи механічної інструментальної обробки корневих каналів повинні супроводжуватися достатньою іригацією. Це здійснюється для розчинення залишків пульпи, хімічної дезінфекції, механічного видалення мікроорганізмів і дрібних часток пульпи та дентину, змащування робочої частини інструментів.

В практиці застосовуються багато різноманітних хімічних розчинів для промивання корневих каналів – гіпохлорит натрію NaClO (Chlorax), сурфактанти, хелатні агенти (ЕДТА – MD Cleanser), перекисі, хлоргексидин. По даних багаточисельних досліджень, препаратом вибору є NaClO. Він здатний ефективно розчиняти органічні тканини і має високу антимікробну активність. Його широкий спектр дії дозволяє знищувати вегетативні і спорові форми бактерій, гриби, найпростіші і віруси.

Клінічні дослідження антимікробного ефекту іригації інфікованих корневих каналів розчинами NaClO в концентрації 0,5 % і 5 % не показали значних відмінностей. Для кращої дії гіпохлориту натрію потрібно інтенсивне промивання каналів, в максимально можливому об'ємі, його часта заміна, час експозиції 30-40 хвилин Також для підвищення ефективності рекомендована його ультразвукова активація і підігрів перед застосуванням розчину.

Застосування NaClO в комбінації з іншими хімічними речовинами, зокрема ЕДТА, дозволяє досягнути ефективною обробки інфікованих корневих каналів, знищити органічні та неорганічні залишки в них, видалити «змазаний» шар.

ЗАСТОСУВАННЯ ДВОШАРОВИХ ПЛІВОК З ДЕКАМЕТОКСИНОМ І ТІОТРИАЗОЛІНОМ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

ПЕТРИШИН О.А., Сулим Ю.В.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Терапія запальних захворювань слизової оболонки має свої особливості, пов'язані зі специфікою порожнини рота. Останнім часом перспективним вважається використання принципово нових лікарських форм – біорозчинних лікарських плівок (БЛП), які характеризуються тим, що біологічно активні речовини (БАР) у них розчинені у масі полімера, що активно впливає на кінетику їх вивільнення. Терапевтична дія здійснюється шляхом повільної дифузії ротової рідини у полімер, з наступним його набуханням, біодеструкцією та вивільненням БАР крізь пори полімера, що забезпечує пролонгацію дії та постійність концентрації лікарських речовин в ділянці ураження.

Для терапії запальних захворювань слизової оболонки рота нами використані двошарові БЛП з 0,02 % декаметоксином та 2 % тіотриазоліном. Плівку за допомогою пінцета накладали на уражену ділянку слизової оболонки, де вона швидко змочувалась слиною, ставала мякою, перетворюючись поступово в гель і остаточно розсмоктувалась протягом 30–60 хвилин. Як правило, плівка накладалася 1–2 рази на добу. Тривалість використання лікарських плівок складала залежно від діагнозу та ступеня ураження від 1 до 7–8 діб.

Аналіз результатів лікування свідчить, що загоєння ураженої слизової оболонки у дослідній групі відбувалось на 2–4 дні швидше, ніж у контрольній. Пацієнти відзначили переваги використання плівки, аплікацію якої на слизову оболонку можна проводити самостійно за кілька секунд. Таким чином, апробований метод лікування ерозивно-виразкових уражень слизової оболонки рота є ефективним і може бути рекомендований для широкого застосування.

СТУПІНЬ ДИСБІОЗУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ОСІБ ІЗ РЕАКЦІЯМИ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

ПЯСЕЦЬКА Л.В., Лучинський М.А.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Метою нашого дослідження було оцінити ступінь дисбіозу у пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта на фоні реакцій психофізіологічної дезадаптації.

Визначали ступінь дисбіозу ротової порожнини (СД) у осіб з різними типами реакцій психофізіологічної дезадаптації (РПД), з урахуванням попередньо отриманих даних активності лізоциму та уреаз, та сформували дві групи дослідження: I група – 50 пацієнтів із запальними захворюваннями; II група – 40 пацієнтів із запально-дистрофічними тканин пародонта.

Встановлено, що, у середньому, ступінь дисбіозу у I групі становив $0,56 \pm 0,09$ проти $0,73 \pm 0,07$ у II групі, що свідчило про сильний дисбіоз ротової порожнини, $p > 0,05$.

Слід зауважити, що у досліджуваних обох груп достовірно зростання значень СД визначалось у пацієнтів з гострими невротичними розладами (ГНР) та невротичними розладами із затяжним перебігом (НРЗП). Так, у I групі СД була при ГНР у 1,76 рази та при НРЗП – у 2,05 рази вище, ніж у осіб без РПД, $p < 0,05$. У II групі спостерігалась аналогічна тенденція: СД при ГНР був у 1,4 рази та при НРЗП – у 1,6 рази вище, ніж у осіб без РПД, $p < 0,05$. Зростання уреазної активності на тлі зменшення активності лізоциму обумовлювала наявність сильного СД у пацієнтів з соматогенним астеничним симптомокомплексом, ГНР та НРЗП обох груп дослідження.

При аналізі цифрових значень показників ступеня дисбіозу встановили, що у осіб I групи, при відсутності психофізіологічних реакцій дезадаптації та при РПД, виявляли помірний ступінь дисбіозу, а при решта типах РПД – сильний ступінь дисбіозу. Водночас, у II групі осіб при усіх типах реакцій психофізіологічної дезадаптації визначався сильний ступінь дисбіозу.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІТИННОГО СКЛАДУ ЯСЕН ВІДПОВІДНО ДО ЗАСТОСОВАНИХ ВИДІВ ОДОНТОПРЕПАРУВАННЯ ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ МЕТАЛОКЕРАМІЧНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ В ДИНАМІЦІ КЛІНІЧНИХ СПОСТЕРЕЖЕНЬ

Радчук В. Б., Гасюк Н. В.

м. Тернопіль, «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Питання вивчення порівняльної характеристики клітинного складу ясен при одонтопрепаруванні під металокерамічні конструкції у різні терміни клінічних спостережень, виходячи із закономірностей морфологічних змін є актуальним, оскільки дають змогу спрогнозувати віддалені результати протезування.

Серед осіб 2-х груп клінічних спостережень, що включали пацієнтів, яким було застосовано одонтопрепарування під металокерамічні конструкції із формуванням класичного заокругленого скошеного уступу та осіб, яким максимально зберігали тверді тканини у ділянці шийки зуба в процесі одонтопрепарування в подальшому проводили вивчення клітинного складу зішкрябу, забраного із маргінальної частини ясен в ділянці відпрепарованих зубів.

Клітинний склад ясен до препарування зубів пацієнтів I та II дослідних груп, при забарвленні за Романовським–Гімза представлений проміжними і поверхневими клітинами, а також роговими лусочками. Форма проміжних епітеліоцитів ясен видовжена та неправильна, цитоплазма слабобазофільна. Ядра добре візуалізовані, округлої форми. Поверхневі епітеліоцити мають гексагональну форму та характеризуються різким зменшенням ядерно-цитоплазматичного співвідношення в сторону ядер. Останні щільні, різко гіперхромні, пікнотичні. Рогові лусочки у клітинному складі осіб обох груп спостережень мають гексагональну форму, цитоплазма зазвичай еозинофільна. Істотні зміни якісних параметрів клітинного складу ясен спостерігали у осіб із депульпованими зубами. Паралельно із сегментоядерними лейкоцитами спостерігаються лімфоцити у фагоцитарно активному стані.

Вищенаведені тинкторіальні відмінності ясенних епітеліоцитів у клітинному складі пацієнтів обох груп клінічних спостережень, відображають функціонування захисних механізмів тканин ясен в нормі та забезпечують їх гомеостаз.

ГІНГІВОГЛІФІКА ЯК ОДИН З ЕЛЕМЕНТІВ ОЗНАЧЕННЯ СТАНУ ЯСЕН

Ріпецька О.Р., Гриновець В.С., Демчина Г.Р., Петришин О.А.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Терміном гінгівогліфіка у стоматології визначається утворений міжзубними сосочками і пришийковим краєм рельєф маргінальної частини ясен. Контур ясен має свої особливості, на які впливає їх біотип, а також форма і положення зубів. Нами досліджено, що особливості контуру та макрорельєфу ясен можуть формувати аркадний, балонуючий, плоский і змішаний типи гінгівогліфіки. Аркадний тип гінгівогліфіки характеризується високими міжзубними сосочками і зустрічається частіше при тонкому біотипі ясен та дещо більший від середнього висоті зубів. Інший тип гінгівогліфіки зустріча-

ється при низьких і широких зубах та товстому біотипі ясен. Фізіологічними варіантами нормальної будови вінцевого пародонту можуть посилюватися при патології пародонту. Так, при захворюваннях пародонта в 26 % випадків розвивається хвороблива зміна макрорельєфу ясен, яка супроводжується набряком чи рецесією ясен і оголенням коренів зубів з розвитком цементопатій (патології зубного цементу), які погіршують перебіг хвороби, сприяючи інтенсивному утворенню мікробної платівки, інтоксикації вінцевого пародонта й підтримуванню в ньому запального процесу.

Серед 405 обстежених нами хворих, що з різних мотивів звертались за допомогою в стоматологічну поліклініку Львівського медичного університету у 22,36 % осіб мало місце порушення фізіологічного контуру ясен, тобто макрорельєфу вінцевого пародонта. Встановлено наступний розподіл типів патологічної гінгівогліфіки: сплющений – 6,29 %, балонуючий – 4,23 %, посилено-аркадний – 3,28 %, змішаний – 8,56 %.

Клінічна характеристика контуру ясен допомагає лікарю-пародонтологу не тільки виявити певні відхилення у стані вінцевого пародонту, а й правильно прогнозувати лікування та оцінити його результат.

REMODELING OF THE MUSCLE TISSUE OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT AREA IN RATS WITH EXPERIMENTAL DIABETES

RUBAS L.V.

I. Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine

Introduction. Recent years, there has been a tendency towards increasing of diabetes mellitus. A violation of the synthesis of insulin leads to increasing of the level of glucose in the blood. Chronic hyperglycemia may be accompanied by dislipoproteinemia, blood flow, coagulation disorders and oxidant stress. Generalized changes in blood vessels are one of the causes of the development of complications in various organs and systems, including muscle tissue. Depending on the level of hyperglycemia, the possibility of its correction, duration and development of complications, diabetes mellitus leads to disability of patients and, in turn, is the cause of temporary and permanent invalidity and mortality.

The violation of the action of the insulin receptor in case of diabetes mellitus leads to the disruption of further series of reactions and insulin resistance of the skeletal muscles. However, there is no information about the effect of chronic hyperglycemia on chewing muscles. It was for this reason that the remodeling of the muscle tissue of the temporomandibular joint area was studied in experimental animals.

Materials and methods. The study was conducted on 24 sexually mature linear white male rats, which were divided into 2 groups. The first, control group, consisted of 12 intact animals, and the second group included 12 rats with experimental diabetes mellitus caused by intraperitoneal injection of streptozotocin «Sigma» (50 mg/kg). Blood glucose level was measured in the caudal vein with the help of glucometer On-Call Plus (USA). The euthanasia of the experimental animals was carried out one month after the beginning of the experiment by bloodletting in the conditions of thiopental anesthesia. Complexes of temporomandibular joints and adjacent soft tissues of both sides were removed for morphological study. The material was fixed in 10% neutral formalin and filled with paraffin after appropriate wiring. The microtomic sections of the tissues were painted with hematoxylin-eosin and Van Gison and studied using Luman P-8 and MBR-15 microscopes.

Results. In control animals, structural and functional changes in the muscle tissue of the temporomandibular joint area were not detected. The layers of connective tissue divide the fibers of the muscles. Significant remodeling of muscle tissue was noted in the case of streptozotocin-induced diabetes. Atrophy, as well as dystrophy and necrobiosis of some of of muscle fibers were established. The foci of lymphoid-hystioidal infiltrates were found. The walls of arterioles and arteries are thickened. Venous vessels of the microcirculatory channel are expanded, full-blooded, with foci of diapedesic hemorrhages.

Conclusions. Streptozotocin-induced diabetes leads to significant structural and functional changes in the vascular bed of the muscles of the area of the temporomandibular joint, which manifests itself by the thickening of the arterial walls and the narrowing of their lumen, as well as the enlargement and dilation of the venous vessels. Such vessel remodeling leads to hypoxia, dystrophy, necrobiosis and atrophy of the muscle of temporomandibular joint area.

СТУПІНЬ МІНЕРАЛІЗАЦІЇ АЛЬВЕОЛЯРНОЇ КІСТКИ У ДІТЕЙ З ОРТОДОНТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЗА ДАНИМИ РЕНТГЕНДЕНСИТОМЕТРІЇ

Савичук О.В., Фліс П.С., Немирович Ю.П., Філоненко В.В.

м. Київ, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Обстежили 56 пацієнтів з хронічним катаральним гінгівітом на тлі патології положення окремих зубів та оклюзії. Використали клінічні, лабораторні, рентгенологічні, рентгенденситометричні, статистичні методи обстеження.

Метою було проаналізувати стан мінералізації кісткової тканини альвеолярного відростка у дітей 12–17 років до та після ортодонтичного лікування на тлі запальних процесів в тканинах пародонта.

У осіб з ортодонтичною патологією діагностували хронічний катаральний гінгівіт у 98 % випадків. Ступінь тяжкості за даними папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА) був легкий у 49,7 %, середній – 33,1 % та важкий – у 17,2 % випадків. Перед початком ортодонтичного лікування за даними рентгенденситометричного обстеження відзначали зниження рівня мінералізації кісткової тканини. Найбільш низький рівень мінералізації був у дітей зі скупченістю зубів (особливо на нижній щелепі) та патологією прикусу з середнім і тяжким перебігом хронічного катарального гінгівіту – 78,9 рівня квантування яскравості.

Отримані дані свідчать про необхідність детального вивчення процесів кісткового метаболізму з метою набирання якісного піку кісткової маси в цілому організмі. Важлива співпраця стоматолога з лікарем-педіатром, призначення спеціалізованої лабораторної та ультразвукової денситометричної діагностики кісток опорного скелета для запобігання розвитку остеопенічного синдрому, остеопорозу та переломів у майбутньому.

ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ

Сафонкін О.А., Тимошенко А.В., Чмір О.Р.

м. Київ, ПП «Київмед»

Профілактика та лікування зубощелепних аномалій (ЗЩА) прикусу в стоматологічній практиці потребують подальшого вдосконалення. Своєчасна діагностика є запорукою ефективного лікування.

Набутими причинами формування ЗЩА прикусу є функціональні порушення ротового дихання та патологічні типи ковтання, які потребують постійної корекції протягом усього терміну росту дітей. Шкідливі звички також сприяють формуванню аномалій прикусу. Смоктання верхньої чи нижньої губи та щік постійно порушують функціональний баланс матрикса, що безпосередньо впливає на ріст щелеп та обличчя. Мімічні експресії також мають вплив на рецидив ЗЩА після лікування.

Мета: профілактика та покращення результатів лікування пацієнтів із зубощелепними аномаліями шляхом впровадження стандартів лікування для досягнення стабільності результатів.

Матеріали і методи. Проведено аналіз результатів лікування ЗЩА у 210 дітей, віком від 3 до 17 років, шляхом застосування еластолайнера як основної ортодонтичної апаратури в комбінації з брекет-системою для корекції типу ковтання, шкідливих звичок та порушень дихання. Уточнення діагнозу проводили клінічно, при необхідності використовували дані магнітно-резонансної томографії голови.

Результати. Вивчені види порушень ковтання, носового дихання, шкідливих звичок, мімічних патернів та експресій обличчя. Проведено функціональне перепрограмування типу ковтання на сприятливий для профілактики, ефективного лікування та покращення стабільності після його проведення. Уточнені види порушень:

- перша група – ротове дихання;
- друга група – передній тип ковтання та патерн гідродинамічного засмокування нижньої губи;
- третя група – піднебінний тип ковтання та патерн гідродинамічного засмокування щік та губ;
- четверта група – нижній тип ковтання та патерн гідродинамічного засмокування верхньої губи.

Запропоновано широке застосування для складних випадків еластоелайнерів, що унеможливають негативний вплив порушених функцій та шкідливих звичок на ріст щелеп.

Висновки. Своєчасно проведені профілактика порушень ротового дихання, порушень ковтання та засмокування губ та щік, застосування еластоелайнерів в комбінації з брекет-системою унеможливають негативний вплив порушених функцій та шкідливих звичок на ріст щелеп та обличчя, що сприяє профілактиці та покращенню лікування зубощелепних аномалій у дітей.

ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ АКТИВАЦІЇ ПРЕПАРАТУ БЕТАДИН ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ВЕРХІВКОВОГО ПЕРІОДОНТИТУ

Синиця В.В., Довганик В.В., Петришин О.А.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Наявність загострення хронічного верхівкового періодонтиту або його гостра стадія часто створюють певні перешкоди для подальшого лікування і потребують певного часу для усунення гострого стану. Серед способів лікування часто обирається пасивний, коли кореневий канал залишається відкритим, з метою дренивання ексудату з періапикальних тканин. Проте даний спосіб має суттєві недоліки, головним з яких є масивне інфікування кореневого каналу мікрофлорою з ротової порожнини та виникнення стану суперінфекції у порожнині зуба. Для ефективного лікування стану загострення запального процесу у верхівковому періодонті було обрано спосіб лікування інфікованих ран із використанням комплексного препарату повідон-йоду (бетадин). Бетадин має широкий антимікробний спектр бактерицидної дії. Для цього після розкриття порожнини зуба, верхівкового отвору та медикаментного і механічного опрацювання кореневого каналу, препарат вводили у кореневий канал і періапикальний простір (по можливості) та проводили обробку кореневого каналу ультразвуком протягом 10 с по всій довжині каналу за допомогою u-файла. Після ультразвукової обробки кореневого каналу у ньому залишали пасту бетадину з оксидом цинку під напівгерметичною пов'язкою для дренивання вмісту каналу на 1–2 доби. Після зникнення або суттєвого зменшення ознак загострення запального процесу проводили подальше лікування верхівкового періодонтиту згідно з обраним протоколом.

Вищенаведений метод лікування було застосовано під час лікування 20 хворих на хронічний верхівковий періодонтит у стадії загострення. У 15 хворих (75 %) через 1–2 доби відзначилось повне зникнення симптомів загострення, 5 пацієнтів (25 %) відзначили суттєве зменшення болю, набряку та відновлення функції зуба, а подальше герметичне закриття порожнини зуба не супроводжувалось наступним загостренням.

ВИКОРИСТАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПЛІВОК З АМІЗОНОМ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Сулим Ю.В., Петришин О.А.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Однією з проблем використання місцевих засобів в умовах складного рельєфу та постійної зволоженості порожнини рота залишається забезпечення достатньо тривалої концентрації ак-

тивнодіючої речовини, необхідної для проведення повноцінного терапевтичного курсу. З огляду на це, надзвичайно перспективним видається впровадження у широку клінічну практику відносно нової лікарської форми – адгезивних полімерних стоматологічних плівок. Включений до складу плівки амізон виявляє виражену бактерицидну дію до стафілококів, стрептококів, грибів, деяких вірусів і найпростіших. Амізон (N-метил-4-бензилкарбамідопірідиній йодид) — похідне ізонікотинової кислоти, відноситься до групи ненаркотичних анальгетиків. Засіб має анальгезуючі, протизапальні, жарознижуючі, інтерфероногенні властивості.

Плівки з амізonom застосували для лікування 39 хворих з ерозіями та виразками слизової оболонки рота різної етіології. У контрольній групі (13 пацієнтів) використовували традиційні засоби для полоскань і зрошень.

Результати дослідження свідчать про високу ефективність апробованого засобу: скорочувались терміни лікування, пацієнти не відчували болю в ураженій ділянці. Аплікована на слизову оболонку плівка не викликала почуття дискомфорту, утримувалась на місці протягом 2–3 год. Нами не зафіксовано алергічних чи будь-яких інших побічних ефектів під час клінічного застосування плівок з амізonom.

УСУНЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ШКІДЛИВИХ ЯЗИКОВИХ ЗВИЧОК

Фліс П.С., Філоненко В.В., Мельник А.О.

м. Київ, Україна, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Однією з причин виникнення деформацій зубощелепного апарату є шкідливі звички, а саме: смоктання та прокладання язика між зубними рядами, невірна артикуляція язика тощо. Логопедичні порушення, такі як дислалії – порушення вимови деяких звуків, при нормальному слуху і збереженій іннервації мовленнєвого апарату, можуть виникати при короткій вуздечці язика, ортодонтичних патологіях і усуваються з використанням різних пристосувань.

Нами запропоновано створення пристрою, що містить кронштейн, на якому у середній частині прикріплений функціонально-діючий елемент у формі намистини, кронштейн припаяний до двох тонкостінних литих перфорованих коронок, призначених для фіксації на тимчасових іклах на фотополімерний склоіономерний цемент. Застосування функціонально-діючого елемента у формі намистини, дозволяє контролювати звичне піднебінне положення язика, активізувати роботу кореня язика, оскільки під час розмови дитина мимоволі катає її в ділянці піднебіння, стимулюючи м'язи язика.

Клінічними показаннями до використання запропонованого пристрою є профілактика та лікування логопедичних порушень, зокрема дислалій, профілактика зубощелепних деформацій шляхом усунення шкідливих язикових звичок, інфантильного типу ковтання, міогімнастика після пластики вуздечки язика. Вікові показання: тимчасовий та перший період змінного прикусу.

ЦЕФАЛОМЕТРИЧНА ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Фліс П.С., Філоненко В.В., Циж О.О.

м. Київ, Україна, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Для діагностики, планування та оцінки ефективності проведеного лікування запропонованою ортодонтичною конструкцією (патент на корисну модель № 115089 від 27.03.2017 р.) 63 пацієнтів віком від 6 до 12 років з відкритим прикусом використали бокову цефалометрію.

Розшифровку цефалограм вперше в Україні проводили комбінованим методом, в основі якого лежить метод UNESP, запропонований науковцями Universidade Estadual Paulista «Júlio de Mesquita Filho» (Бразилія). Аналіз провели за допомогою комп'ютерної програми RadiocefStudio2. За допо-

могою цієї програми, провели суперімпозицію цефалограм до та після лікування за структурними орієнтирами (supraorbital plane CI-RO та Si).

Враховуючи вид патології, головну увагу приділили аналізу вертикальних співвідношень, а саме: кутам SN-ML та OrPo-ML (вказують на вертикальне положення нижньої щелепи), SN-NL та OrPo-NL (вказують на вертикальне положення верхньої щелепи), SN-Оср (вказує на вертикальне положення оклюзійної площини), ML-NL (характеризує вертикальне положення щелеп).

Встановили, що пацієнти зі збільшеним кутом нижньої щелепи, вкороченою гілкою нижньої щелепи та ротацією верхньої щелепи вверх і назад мають скелетну форму відкритого прикусу, а при наявності вертикального типу росту потребують більш довготривалого та складного лікування. Використання запропонованої ортодонтичної конструкції дозволяє покращити результати лікування в порівнянні зі стандартною апаратурою.

МОРФОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НАПРАВЛЕНОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ З ВИКОРИСТАННЯМ КСЕНОГЕННОГО ОСТЕОПЛАСТИЧНОГО МАТЕРІАЛУ «CERABONE»

ЧЕРНЕНКО В. М.

м. Харків, Харківська медична академія післядипломної освіти

Актуальність. На сьогодні в галузі хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії остеопластичні операції є одними з найбільш розповсюджених, у зв'язку з тенденцією до збільшення частоти травматичних уражень, вроджених вад, онкопатології, вогнепальних поранень, що призводить до виникнення первинної та вторинної адентії. Так, використання остеопластичних матеріалів дає змогу пришвидшити та покращити якість реабілітації стоматологічного статусу пацієнтів методом дентальної імплантації, зокрема безпосередньою з негайним навантаженням.

Метою роботи було морфологічне дослідження направленої регенерації кісткової тканини з використанням ксеногенного остеопластичного матеріалу «CERABONE» за умов імплантації та порівняння з групою контролю.

Матеріали та методи. Для експерименту використали 30 лабораторних щурів лінії Wistar, яким проводили імплантацію з використанням кістковопластичного матеріалу «CERABONE», та 30 тварин групи контролю.

Результати. Результати морфологічного дослідження показали, що при заповненні кісткового дефекту в зоні імплантації остеопластичним матеріалом «CERABONE» якісні характеристики репаративного остеогенезу були значно кращими, темпи регенерації швидшими, були відсутні запальні зміни на 30-ту добу, але до закінчення експерименту регенерація в ділянці імплантації мала незавершений характер.

Висновки. Даний ксеногенний остеопластичний матеріал має остеокондуктивні та остеоіндуктивні властивості, не імуногенний і добре переноситься тканинами, але застосування матеріалу за умов безпосередньої імплантації, зокрема, з негайним навантаженням є сумнівним, з огляду на невисокі темпи відновлення кісткових структур.

п) рентгенологія, радіологія

ГІПЕРДОНТІЯ У 3D ЗОБРАЖЕННІ

Голько В.А., Галюк У.М., Мота О.М., Саяук С.М., Скалецька Н.М.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність. У стоматологічній практиці необхідно знати про різні види гіпердонтії для правильної діагностики і своєчасного лікування даної вродженої аномалії.

Мета. Вивчити різні види гіпердонтії в молодих осіб у 3D зображенні.

Матеріали і методи. Було проведено ретроспективний аналіз 320 комп'ютерних томограм щелепно-лицевої ділянки, з яких було відібрано томограми 13 осіб молодого віку, серед яких 5 жінок і 8 чоловіків з різними видами гіпердонтії. Комп'ютерні томограми отримали на томографі PointNix 3D з програмним забезпеченням RealScan 2.0.

Результати. У 12 пацієнтів було виявлено різні види надкомплектних зубів. В однієї пацієнтки було діагностовано однобічну одонтому. У двох пацієнтів було виявлено mesiodens — додаткові зуби в ділянці різців верхньої щелепи. Четверо пацієнтів мали додаткові ікла верхньої щелепи. Двоє мали додаткові премолари. У чотирьох пацієнтів надкомплектні зуби знаходились в ділянці верхніх молярів: один paratomolar, що знаходився біля другого моляра і два distomolares, які були виявлені в тілі верхньої щелепи позаду третього моляра. В одного пацієнта верхній distomolar поєднувався з palatum fissum. У однієї пацієнтки було виявлено однобічну одонтому, яка розміщувалася у лівій задній частині нижньої щелепи. Розміри однобічної одонтоми складали 42 мм × 33 мм.

Висновки. Серед обстежуваних пацієнтів з гіпердонтією переважали різні варіанти надкомплектних зубів і один випадок однобічної одонтоми нижньої щелепи. Гіпердонтія частіше виявлялась на верхній щелепі. У чоловіків гіпердонтія спостерігалась в 2 рази частіше, ніж у жінок. Кожний випадок гіпердонтії потребує докладної променевої 3D діагностики і подальшого лікування, котре має пройти з мінімальним ускладненням.

УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ КЛІТИН КРОВІ У ДІТЕЙ З РОЗЛИТИМ ГНІЙНИМ ПЕРИТОНІТОМ

Саяук С.М., Личковська О.Л., Галюк У.М., Ковалишин В.І., Мота О.М., Голько В.А.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

При розлитому гнійному перитоніті у дітей, в умовах загальної інтоксикації, неминучий негативний вплив на стан формених елементів крові.

У науковій літературі зустрічаються окремі дані про ультраструктуру клітин крові при розлитому гнійному перитоніті у дорослих. Повідомлень про аналогічні дослідження у дітей нами не виявлено.

Мета. Вивчити ультраструктуру клітин крові у дітей з розлитим гнійним перитонітом.

Матеріали і методи. Дослідження ультраструктури клітин крові було проведено у 15 дітей у віці 2–12 років, з яких 10 знаходились на лікуванні в реанімаційному відділі ЛОДКЛ з приводу розлитого гнійного перитоніту, 5 – практично здорові діти. Вивчення і фотографування матеріа-

лу проводили за допомогою мікроскопа УЭМВ-100К, при прискорюючій напрузі 75 кВ і збільшенні на екрані мікроскопа 2000X–124000X.

Результати досліджень. В умовах патологічного процесу електронно-мікроскопічний аналіз кров'яного осаду показав, що він складається в основному з еритроцитів, гранулоцитів і значно меншої кількості лімфоцитів. Еритроцитарна маса представлена в основному клітинами неправильної форми, що мають численні видовжені вирости. Значні зміни відбуваються з клітинами гранулоцитарного ряду. Їхня цитоплазма електронно-світла, з ознаками розпаду, містить краплини жиру, мікровезикули. Ядерна оболонка в багатьох місцях дезорганізована або відсутня. В цитоплазмі лімфоцитів можна виявити гіпертрофованій апарат Гольджі, велику кількість юних мітохондрій, лізосом, везикул. Ядерна оболонка в багатьох місцях відсутня. Нерівномірний розподіл хроматину.

Висновок. При розлитому гнійному перитоніті у дітей спостерігається пошкодження еритроцитів, нейтрофілів, еозинофілів, лімфоцитів. Вираженість ультраструктурних змін цих клітин крові напряму залежить від тяжкості перебігу перитоніту.

⁶⁸Ga-ПСМА ПЕТ – УЛЬТРАСУЧАСНИЙ МЕТОД ДІАГНОСТИКИ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

КОРОЛЬ П.О.^{1,2}, ТКАЧЕНКО М.М.¹

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

²Київська міська клінічна лікарня № 12, Київ, Україна

⁶⁸Ga-ПСМА ПЕТ (68-галій Простатно Специфічний Мембранний Антиген Позитронно-Емісійна Томографія) – це абсолютно новий неінвазивний метод діагностики раку передміхурової залози, який за ефективністю перевершує всі відомі інструментальні дослідження. Даний метод з високою точністю визначає як первинні злоякісні осередки в передміхуровій залозі, так і рецидив захворювання при самому незначному підвищенні рівня простатного специфічного мембранного антигену (ПСМА = 0,2 нг/л), чого не може дати жодне інше обстеження. Рання діагностика первинної пухлини і рецидиву раку простати є найгрунтовнішою перевагою даної методики, адже ПЕТ з ¹¹C-холіном виявляє захворювання тільки при ПСМА вище 1,5 нг/л. Дане дослідження має ряд суттєвих переваг, в тому числі перед ПЕТ з ¹¹C-холіном, який до недавнього часу вважався найефективнішим методом діагностики раку передміхурової залози. Якщо говорити про діагностику рецидиву захворювання, то вірогідність методу відповідає 85–90 %. Крім цього, зображення злоякісних вогнищ набагато чіткіше, ніж при ПЕТ з використанням холіну. Радіоактивний галій належить до радіонуклідів з ультракоротким періодом напіврозпаду, за рахунок чого знижується променеве навантаження на організм пацієнта. Променеве навантаження при ПЕТ з галієм не вище, ніж при рентгенографії хребетного стовпа і дорівнює приблизно 2 мЗв. Також на зрізах ПЕТ достовірно точно визначається межа, яка відокремлює пухлину від здорових тканин залози, що неможливо при використанні ¹¹C-холіну. До переваг методу можна зарахувати і його високу ефективність у виявленні дрібних метастазів в кістковій тканині, невидимих при інших обстеженнях.

р) фармакологія, клінічна фармакологія, токсикологія

ВИВЧЕННЯ ДОЗОЗАЛЕЖНОСТІ СУХОГО ЕКСТРАКТУ ЛИСТЯ ШОВКОВИЦІ БІЛОЇ

Дуб А.І., Стечишин І.П.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Вступ. Упродовж останніх років, як в Україні, так і в світі, спостерігається негативна тенденція щодо зростання захворюваності на цукровий діабет типу 2, який набув останнім часом епідемічного характеру поширення в популяції. Сучасний фармацевтичний ринок представлений широким арсеналом синтетичних лікарських засобів, що застосовуються для профілактики та лікування хворих на цукровий діабет. Альтернативою ним є рослини, які можуть служити потенційним джерелом гіпоглікемічних засобів і широко використовуватися в традиційній медицині для попередження цукрового діабету.

Мета. Встановити дозозалежність сухого екстракту листа шовковиці білої (*Morus alba* L.) в умовах «глюкозного навантаження» з використанням орального тесту толерантності до глюкози при одноразовому введенні досліджуваних засобів.

Методи дослідження. Експерименти проводили на щурах-самцях лінії Wistar масою (180 ± 20) г з нормальним вуглеводним гомеостазом. Оскільки для рослинних препаратів дози варіюють від 50 до 300 мг/кг, для дослідження використовували сухі екстракти листа шовковиці білої у дозі 50, 75, 100, 150, 200, 250, 300 мг/кг. Як препарати порівняння було використано рослинний збір «Арфазетин» (12 мл/кг) та лікарський препарат «Метформін» (150 мг/кг). Контрольна група отримувала воду очищену. Через 1 год всі групи щурів піддавались «глюкозному навантаженню». Кров для досліджень отримували з хвостової вени щурів шляхом дистальної резекції хвоста. Порції крові для визначення рівня глюкози збирали перед дослідженнями (натще, після 6-7 годинного голодування) і через 30, 60, 90, 120 та 180 хв після «глюкозного навантаження». Концентрацію глюкози в крові визначали за допомогою тест-смужок та глюкометра «Accu-Chek Performa Nano».

Основні результати. Внаслідок «глюкозного навантаження» рівень глюкози в крові контрольної групи тварин зростав на 49, 60, 48, 28 % через 30, 60, 90, 120 хв відповідно від початку експерименту та повертався до вихідного рівня через 180 хв. При введенні усіх дозувань екстракту спостерігали зниження рівня глюкози порівняно з контролем. При застосуванні екстракту починаючи із дозування 100 мг/кг гіпоглікемічний ефект достовірно перевищував ефект рослинного збору «Арфазетин», а саме при визначенні через 30, 60, 90, 120 хв у групі тварин, які приймали екстракт у дозі 100 мг/кг рівень глюкози був нижчим на 19, 23, 22 та 8 % відносно контролю. А починаючи з дозування 200 мг/кг при всіх визначеннях гіпоглікемічний ефект у дослідних групах тварин достовірно не відрізнявся від ефекту при прийомі «Метформіну» та достовірно перевищував ефект «Арфазетину», а саме при визначенні через 30, 60, 90, 120 хв у групі тварин, які приймали екстракт у дозі 200 мг/кг рівень глюкози був нижчим на 25, 31, 25 та 12 % відносно контролю.

Висновки. Отримані результати дослідження підтверджують виражену гіпоглікемічну дію екстракту листа шовковиці білої, що підтверджує актуальність його подальших досліджень. Для створення комбінованого гіпоглікемічного засобу на основі сухого екстракту листа шовковиці обрано дозування 200 мг/кг маси тіла тварин, при застосуванні якого у дослідній групі тварин, гіпоглікемічний ефект достовірно не відрізнявся від ефекту при застосуванні препарату «Метформін» та достовірно перевищував ефект від застосування лікарського збору «Арфазетин».

УСВІДОМЛЕННЯ ВПЛИВУ ОСНОВНИХ ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК НА ВЛАСНЕ ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ

ЗАРЕМБА Н. І., ЗІМЕНКОВСЬКИЙ А. Б., ГУПАЛО І. В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вступ. Шкідливі звички впливають на формування нашого майбутнього та сучасного суспільства. На даний час ця проблема набула глобальності. Більшість молоді не усвідомлює, що надмірне споживання безрецептурних лікарських засобів (ЛЗ) також є шкідливою звичкою, яка впливає на розвиток нації, її майбутнє.

Мета роботи: наукове обґрунтування оцінки усвідомлення впливу шкідливих звичок на власне здоров'я студентської молоді.

Матеріали й методи. Проведено соціологічне дослідження (шляхом анкетного опитування за єдиним спеціально розробленим протоколом) з-поміж 503 здобувачів вищої медичної освіти у ЛНМУ імені Данила Галицького на до- та післядипломному рівні з питань усвідомлення впливу шкідливих звичок.

Результати. У середньому 89,74 % студентів-фармацевтів IV курсу, 90,88 % студентів-медиків IV курсу, 92,32 % інтернів та 91,67 % курсантів повністю усвідомлюють негативний вплив шкідливих звичок на своє здоров'я. Серед негативних звичок, на думку студентів IV курсів, найбільшу шкоду здоров'ю наносить вживання важких наркотиків та тютюнокуріння, майбутні провізори та інтерни впевнені, що це тютюнокуріння та вживання токсичних речовин, лікарі-курсанти – споживання алкоголю, тютюнокуріння і вживання легких наркотиків. Останнє місце у цьому рейтингу має чинник «Зловживання ліками» – 80,42 % респондентів погодились із його шкодою, з них найбільше це визнають інтерни – 84,35 % осіб, найменше – студенти-фармацевти – 76,92 % опитаних.

Висновки. Результати проведеної оцінки стану здоров'я студентської молоді показали нижчий рівень усвідомлення впливу шкідливих звичок на власне здоров'я студентів IV курсів, порівняно зі студентами-випускниками та здобувачами післядипломної освіти. Негативний чинник «Зловживання ліками» за сумою середніх балів був на останньому місці серед усіх чинників, що свідчить про неусвідомлення та недооцінку небезпеки зловживання ліками опитуваною молоддю.

ФОРМУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-МЕТОДОЛОГІЧНОГО ПІДГРУНТЯ МОДЕЛІ ЛІКОВОЇ ПОЛІТИКИ НА ОСНОВІ ОЦІНКИ РІВНЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ СЕРЕД МОЛОДІ

ЗАРЕМБА Н.І., ЗІМЕНКОВСЬКИЙ А.Б., КОВАЛЬСЬКА О.Р.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вступ. Проблеми розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я призвели до порушення рецептурного відпуску ліків, і, як наслідок – значне розповсюдження самолікування, при якому пацієнти відмовляються від допомоги медичних працівників та обирають собі медикаментозне лікування, не замислюючись про можливу шкоду для власного здоров'я. Першим кроком нашого дослідження є визначення частоти захворюваності серед молоді, наступним – порівняння її з неконтрольованим прийманням лікарських засобів (ЛЗ).

Мета роботи: оцінка рівня захворюваності серед молоді на основі вивчення думки здобувачів вищої медичної та фармацевтичної освіти на до- та післядипломному рівні.

Матеріали й методи. Проведено соціологічне дослідження (шляхом анкетного опитування за єдиним спеціально розробленим протоколом) з-поміж 503 здобувачів вищої медичної освіти у ЛНМУ імені Данила Галицького на до- та післядипломному рівні з питань інформованості щодо власних захворювань.

Результати. Найбільш поширеною (у 49,90 % опитуваних) є патологія дихальної системи (ДС), на другому місці – ураження шлунково-кишкового тракту (ШКТ) (37,18 %), на третьому – патологія серцево-судинної системи (ССС) (21,07 %), останнє посідає патологія ендокринної системи (4,57 %). Серед випадків патології ДС 49,80 % складає фарингіт (найпоширеніший у групах курсантів та інтернів); 39,44 % – бронхіт (найчастіше у групах студентів-медиків та інтернів). Серед уражень ШКТ 49,20 % становлять гастрити (найчастіше серед інтернів та курсантів) і 30,48 % – закрепи (поширені у студентів-медиків та інтернів). Серед захворювань ССС найпоширенішими були вегетосудинна дистонія (54,72 %), найчастіше у курсантів та інтернів, і гіпотонія (31,13 %) – у студентів-медиків.

Висновки. Групою ризику щодо перенесених захворювань є лікарі-курсанти, відносно благополучною групою – студенти-фармацевти. Отримані результати можуть бути використані у розробці комплексної програми попередження негативних наслідків самолікування, особливо серед молоді.

НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕРЕЛІК ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЯК ІНСТРУМЕНТ ДОСТУПУ ПАЦІЄНТІВ ДО ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Ілик Р.Р.¹, Олещук О.М.^{2,3}

¹МОЗ України,

²м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,

³Експертний комітет з відбору та використання основних лікарських засобів МОЗ України

Забезпечення ефективними, безпечними, якісними ліками пацієнтів України є пріоритетом для Уряду та Міністерства охорони здоров'я. Прийняттям постанови Кабінету Міністрів України від 25 березня 2009 року № 333 «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення» уряд затвердив Національний перелік основних лікарських засобів (далі Нацперелік). Нацперелік 2018 року гармонізований з останнім 20-м виданням Базового переліку основних лікарських засобів ВООЗ. Тому всі ліки, які включені у перший випуск Нацпереліку мають обґрунтування експертів ВООЗ щодо їхньої ефективності та економічної доцільності. Нацперелік включає 426 МНН (міжнародна непатентована назва). Мета запровадження – гарантувати рівність доступу пацієнтів до ліків за МНН відповідно до потреби на госпітальному етапі, а на амбулаторному – згідно нозологій за програмою реімбурсації «Доступні ліки». Включення до Нацпереліку нових МНН буде відбуватися із застосуванням методу «Оцінки медичних технологій», який є інструментом для вибору лікарських засобів з оптимальним показником витрати/ефективність в умовах обмеженого фінансування системи охорони здоров'я. В подальшому Нацперелік буде єдиним списком за яким буде здійснюватися закупівля ліків за державні кошти.

ФЕНОМЕН ОКСИДУ АЗОТУ ЯК МЕДИКО-ТЕРАПЕВТИЧНИЙ РЕЗЕРВ (короткий аналітичний погляд на актуальну тему)

КРАВЧЕНКО В.Г.

м. Полтава, Медичний центр «Медіпол»

Прогрес медико-терапевтичної практики неможливий без розробки і впровадження передових біологічних технологій і нових лікарських засобів. Незважаючи на стрімке і неухильне збільшення фармацевтичної продукції переважно хіміко-синтетичного походження, в останні роки особливого значення набуває використання в терапії різноманітних хвороб природних резервів

людського організму. Здобутки в біології, зокрема в біохімії, повсякчас стають провідниками і рушіями нових напрямків розвитку фармакологічної науки. В останні два десятиріччя жваво розглядається в якості потужного, хоч і не до кінця з'ясованого медико-терапевтичного резерву при лікуванні багатьох захворювань, феномен оксиду азоту (NO). Як виявилось, оксид азоту безперервно виробляється в організмі людини і тварин ферментативним шляхом за участі NO-синтаз (NOS) і виконує функції універсального регулятора різноманітних біологічних і фізіологічних процесів. В якості субстрата NOS виступає амінокислота L-аргінін, окислення аміногрупи в його гуанідиновому залишку призводить до вивільнення з нього нейтральної молекули NO і перетворення аргініну в іншу амінокислоту — цитрулін. Установлено, що оксид азоту виробляється різними клітинами організму – ендотеліоцитами, епітеліоцитами, міоцитами, лімфоцитами, нейтрофілами, тромбоцитами, макрофагами, моноцитами, фібробластами, нейронами, гепатоцитами, тучними клітинами – і контролює в них багато функцій і біохімічних процесів.

Різноманітність фізіологічних ефектів NO можна розподілити на 3 типи: регуляторний вплив; захисна дія; ушкоджуюча дія. NO викликає розслаблення гладеньких м'язів судин, регулює програмоване відмирання і проліферацію клітин, захищає проти патогенів, є нейромедіатором, відіграє важливу роль у секреторній та репродуктивній системі і особливо як внутрішньоклітинний месенджер. Оксид азоту виконує функцію медіатора запалення, при чому кожна фаза асептичного запалення асоційована з певними ізоформами NOS. На ранній фазі запальної реакції під дією медіаторів (гістаміну, брадикініну, простагландинів і лейкотрієнів) відбувається стимуляція продукції оксиду азоту за допомогою nNOS, паралельно підвищується активність eNOS. В клітинах судинного ендотелію NO активує розчинну гуанілатциклазу, що призводить до підсиленого утворення цГМФ, який викликає релаксацію гладеньком'язових клітин судин, збільшуючи судинну проникність. cNOS і iNOS мають відношення до продукції оксиду азоту в ранній фазі запалення. В розвитку пізньої фази запалення задіюється лише оксид азоту. Суттєву роль NO відіграє в життєдіяльності шкіри і секреторних тканин, у функціонуванні органів дихання.

Таким чином, розмаїття ефектів оксиду азоту зумовлено утворенням фізіологічно активних метаболітів NO у взаємодії з різними молекулярними мішенями. Так, (нітрогліцерин, нітросорбід, амлінітрил і його аналоги, а також інші нітрати і нітроти широко використовуються в лікуванні ішемічної хвороби серця і хронічної серцевої недостатності, а також для швидкого вгамування гіпертензивних кризів. Ці сполуки в організмі перетворюються в оксид азоту, хоча точні шляхи їх метаболізму поки що остаточно не вирішені. Таким же чином діють при гіпертонії блокатори кальцієвих каналів, впливаючи на одну із кінцевих ланок NO-опосередкованого сигнального каскаду. Гіпотензивний засіб міноксидил містить у своєму складі радикал NO і здатний, крім безпосереднього впливу на активність калієвих каналів, діяти як агоніст NO. Бактерицидна і антипротозойна активність нітроїмідазолів, таких, як метронідазол, пов'язана з утворенням в бактерійній клітині або клітині найпростішого в анаеробних умовах вільного оксиду азоту. Механізм бактерицидної і антипротозойної дії метронідазолу та інших похідних нітроїмідазолу на анаеробних і мікроаерофільних мікроорганізмів (наприклад, *Helicobacter pylori*) і на найпростіших, таких, як амеба, лямблія, полягає в тому, що в процесі метаболізму сполуки в бактерійній клітині або клітині найпростішого утворюється вільний оксид азоту. Вазодилатуючий ефект оксиду азоту відіграє роль у забезпеченні виникнення і подальшого підтримання ерекції в процесі мастурбації або статевому акту.

NO проявляє регуляторні функції при стаціонарній концентрації в тканинах близько декількох мікромолів на 1 кг маси тканини. Цей рівень NO забезпечується функціонуванням визначальних (істотно важливих) ізоформ NOS — ендотеліальної і нейрональних, представлених в ендотелії судин і нервовій тканині. При генерації NO у більш високій кількості (при стаціонарній концентрації до 100 мкмоль/кг) він виявляє цитотоксичну/цитостатичну активність, завдяки чому може проявитись в якості одного із ефекторів системи клітинного імунітету, тобто забезпечувати захист організму від бактерійної і злоякісної інвазії. Синтез NO в такій кількості забезпечується індукційною ізоформою NOS, яка синтезується в імунокомпетентних та інших клітинах і тканинах під дією цитокінів або інших біологічно активних речовин.

Значення ендогенного NO при запаленні пов'язане з антимікробним ефектом, стимуляцією макрофагів та індукцією цитокінів, Т-лімфоцитів і низки імуноглобулінів, взаємодією з кисневими радикалами, впливом на мікроциркуляцію, цитотоксичною або цитопротективною дією в

різних умовах тощо. Дослідження останніх років свідчать про те, що ендogenous оксид азоту є надважливим чинником неспецифічної резистентності макроорганізму при внутрішньоклітинних інфекціях. Доказом тому слугують дослідження, в яких пригнічення синтезу NO в клітинах макроорганізму стимулювало розмноження збудників і загострювало перебіг експериментальних інфекцій. Дефіцит оксиду азоту всередині фагоцитуючих клітин – одна з головних причин незавершеності фагоцитозу і розмноження мікроорганізмів всередині фагоцитів. Замалі розміри молекули NO дозволяють їй безперешкодно проникати через клітинні мембрани, без участі рецепторів. На сучасному етапі застосування NO в медицині відбувається шляхом введення донорів NO, індукторів NOS або інгаляцією газоподібного NO. В останні роки, зокрема, запропоновано метод екзогенного направлення NO-містких газових потоків через ендоскопічні прилади, дренажі і пункційні голки, що, на думку авторів, значно розширює перспективи NO-терапії для лікування виразково-некротичних, запальних, гіперпластичних та інших процесів у кишківнику, шлунку, простаті і т. ін. Установлено, що NO дифундує не тільки через ранову поверхню, а й через неущожену шкіру, слизові оболонки, рогівку і склеру ока, що відкриває нові можливості впливів NO-містких газових потоків на глибоко розташовані уражені тканини при хронічних запальних, склеротичних та інших патологічних процесах. Прикладом перспективи практичного застосування оксиду азоту є розроблення крему для лікування легких і помірних форм atopічного дерматиту і псоріазу. Виділення оксиду азоту має відбуватися з макромолекули полісилоксану при змішуванні мазі і гідрогелю, які утворюють самоемальгуючу композицію у вигляді крему. На основі розробленої нової активної сполуки планується створення ще 3 гелевих препарати для лікування кондилом, вульгарних вугрів і мікозів. Очікується, що розроблювані засоби будуть вигідно відрізнятися за безпечністю від топічних глюкокортикостероїдних препаратів і інгібіторів кальциневрину. Оскільки більшість пацієнтів з простатитом мають хронічний небактерійний простатит (синдром хронічного тазового болю запального типу) або незапальний тип, виникає потреба диференціювати зазначені стани для визначення тактики лікування. В зв'язку з цим пропонується дослідження утворення оксиду азоту (NO) в простатичній частині уретри в якості маркера запалення, яке підтверджує доцільність таких замірів продукції NO для визначення зазначених категорій простатиту.

Таким чином, NO знаходить все більш широке застосування в медичній практиці, насамперед в хірургії, проте існують не менш потенційні можливості активного використання даного методу в лікуванні пацієнтів терапевтичного профілю, що змушує його перебувати під прискіпливою увагою сучасних дослідників. Аналіз літератури показує, що хоча багато аспектів механізму дії оксиду азоту (NO) до кінця не вивчені, а інколи суперечливі, проте сприяють з'ясуванню багатьох фундаментальних проблем біології і мають велике практичне значення для медицини. Ми вважаємо, що отримані новітні дані про роль оксиду азоту в фармако-терапевтичних процесах спонукають по-новому підходити до трактування механізмів успішної дії окремих лікарських засобів.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПОХІДНОГО 1,3-ОКСАЗОЛ-4-ІЛ-ФОСФОНОВОЇ КИСЛОТИ НА ФОСФОДІЕСТЕРАЗНУ АКТИВНІСТЬ У ЩУРІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Ніженковська І.В., Седько К.В.

м. Київ, Національний Медичний Університет імені О.О. Богомольця

Вступ. Похідне 1,3-оксазол-4-іл-фосфонової кислоти (скорочена назва – похідне оксазолу) – це нова оригінальна сполука, яка вивчається в якості антигіпертензивного судинорозширюючого засобу. Проте механізм його дії залишається невідомим.

Мета: дослідити вплив похідного 1,3-оксазол-4-іл-фосфонової кислоти у сироватці крові гіпертензивних щурів на фосфодіестеразну активність, як маркера артеріальної гіпертензії.

Методи досліджень. Артеріальну гіпертензію моделювали щурам шляхом сольового навантаження – сольового пиття (1 % розчин натрію хлориду) впродовж 21 доби. Тваринам з 14-ї доби вводили похідне оксазолу в дозі 25 мг/кг внутрішньоочередово, один раз на добу, щоденно, про-

тягом 7 діб з метою попередження розвитку артеріальної гіпертензії. Визначення фосфодіестеразної активності в сироватці крові щурів проводили флуориметричним методом з використанням умбелліферону.

Результати досліджень. У групи щурів, яким вводили похідне оксазолу, встановлене незначне зниження фосфодіестеразної активності у вигляді тенденції порівняно з групою щурів з артеріальною гіпертензією, проте не відзначено відновлення даного показника до вихідного рівня групи нормотензивних щурів.

Висновки. Введення похідного 1,3-оксазол-4-іл-фосфонової кислоти в дозі 25 мг/кг (ED_{50}) внутрішньоочеревинно, один раз на добу, щоденно, протягом 7 діб не призводило до статистично значущих змін фосфодіестеразної активності в сироватці крові щурів, а отже, механізм антигіпертензивної дії похідного оксазолу не опосередкований даним параметром.

DETERMINATION OF PHARMACOLOGICAL ACTIVITY THE NEW ANTIDIABETIC HERBAL COLLECTION IN RATS WITH STREPTOZOTOCIN-NICOTINAMIDE-INDUCED DIABETES

SAVYCH A.O., MARCHYSHYN S.M.

Ternopil, I. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ukraine

Diabetes mellitus is a global problem today, because there is a sharp increase the number of patients in the world each year. Severe complications of diabetes are very dangerous because it can lead to disability of patients and high mortality.

The using of medicinal plants in the treatment of diabetes is appropriate, pathogenetically substantiated and helps endocrinologists to solve certain tasks: to reduce the dose of antidiabetic drugs, to neutralize the side effects some of them, to improve sensitivity the target tissue to insulin, to activate regenerative processes in β -cells of the pancreas, to increase general non-specific resistance of the organism.

The purpose of our study was to establish the antidiabetic property of new antidiabetic herbal collection (consisting of Equiseti arvensis herba, Sambuci flores, Inulae rhizomata et radices, Hyperici herba, Tiliae flores, Polygoni avicularis herba, Myrtilli folium, Urticae folia) in Streptozotocin-Nicotinamide-induced diabetic type 2 in the rats.

Experimental diabetes type 2 was reproduced on rats by a single intravenous dose of Streptozotocin at 65 mg/kg. Solution of Streptozotocin was prepared in 0.1 M citrate buffer pH 4.5. To reduce the action of substance that causes diabetes was injected Nicotinamide at a dose of 230 mg/kg for 15 minutes before entering of Streptozotocin.

It was established that preventive and therapeutic administration of antidiabetic herbal collection inhibits carbohydrate metabolism in rats on the background of experimental diabetes type 2, caused by the simultaneous administration of Nicotinamide and Streptozotocin. Basal glucose level in the group of animals that received the investigational herbal collection was statistically lower than the group of control pathology throughout the experiment. By the effectiveness the antidiabetic herbal collection was on the level of tablets metformin but prevailed herbal collection "Arphasetinum". The results of determination coefficient of insulin sensitivity showed that under the action of antidiabetic herbal collection increases insulin sensitivity of target cells in 2.3 times, but when using herbal collection "Arphasetinum" increases in 2 times and tablets metformin in 2.8. It was established that the health care administration of antidiabetic herbal collection promotes the normalization of lipid spectrum, lowering triglyceride level by 1.5 times and cholesterol level by 1.3, LDL by 1.8 times and increase the level HDL by 6 % relative to group of control pathology. By the effectiveness the antidiabetic herbal collection prevailed the tablets metformin and herbal collection "Arphasetinum". Investigation of biochemical parameters showed that the using of antidiabetic herbal collection leads to normalization of lipid peroxidation, accompanied by decrease the activity of ALT by 22 % and AST by 15 %. Suppressive effect of antidiabetic herbal collection relative to lipid peroxidation processes characterized by decreased content of malonic dialdehyd levels by 37 % in blood and by 43 % in liver homogenates. There was a reduction in the activity of catalase by 4 % and increasing

glutathione content by 7 % in liver homogenates, indicating that normalization of lipid peroxidation and antioxidant protection. Under the influence of the antidiabetic herbal collection was increased activity of succinate dehydrogenase by 43 %, indicating that recovery providing cells with energy.

Thus, the antidiabetic herbal collection reveals pronounced antidiabetic, hypoglycemic, lipid-lowering, antioxidant and hepatoprotective properties.

ANTIFERTILITY EFFECT OF ANTITUBERCULOSIS DRUGS COMBINATIONS CONTAINING ETHAMBUTOL OR STREPTOMYCIN IN MALE RATS

SHAYAKHMETOVA G.M.

Kyiv, SI "Institute of Pharmacology and Toxicology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine"

The antifertility effect of antituberculosis drugs (ATD) in combination, which contains ethambutol (EMB) and EMB alone, in male rats has been reported by us earlier. Analysis of potential effects of different ATD combinations (with or without EMB) on the male gonads is urgently required for the development of more effective and safe regimens for the prevention and treatment of tuberculosis infection. The aim of the study was comparative investigation of the two ATD combinations, which contained isoniazid (INH), rifampin (RIF), pyrazinamide (PZA) and EMB or streptomycin (STM), effects on male rats' fertility and spermatogenesis parameters, as well as antenatal development of their offspring. Male rats were divided into 3 groups: 1 – control; 2 – 1st combination (EMB, RIF, INH, PZA); 3 – 2nd combination (STM, RIF, INH, PZA). ATD were given at maximal doses used in clinic. The degree of destructive changes in the spermatogenic epithelium following administration of both ATD combinations was almost the same, but time of spermatozoa motility after administration of combinations 1 and 2 decreased as compared to control 77 and 34%, respectively. Osmotic resistance of spermatozoa following combination 1 administration decreased 65 %, whereas combination 2 did not have a significant effect. Combination 1 caused increase of lipid peroxidation (LPO) in testes (15 %) and epididymis (38 %), whereas after use of combination 2 intensification of LPO was recorded only in testes. In male groups with combinations 1 and 2 administration fertility indexes were 9.09 and 78.12 %, respectively. Thus, the replacement of EMB with STM reduced the toxic effect of ATD on gonads to a certain extent. The results of our study broaden the theoretical basis for understanding of male infertility possible causes.

с) фітотерапія, гомеопатія, нутриціологія, дієтологія

ЇЖА ЯК ЧИННИК ВПЛИВУ НА СТАТЄВЕ ДОЗРІВАННЯ

МАТАСАР І.Т.¹, ПЕТРИЩЕНКО Л.М.¹, ЛУЦЕНКО О.Г.¹, МАТАСАР В.І.¹, НЕЧИПОРУК Б.В.²
м. Київ, ¹Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»,
²Національний телеканал «Україна»

Якість та безпечність їжі мають велике значення для людини, починаючи з внутрішньочеревного розвитку і до останніх днів життя. Особливого значення набуває структура раціону в період вдосконалення і адаптації всіх органів і систем людини до функціонування в умовах дії на організм комплексу антропогенів, а також біо- та гео- обумовлених чинників. Із загальним ростом тіла відбувається фізіологічне дозрівання організму дитини, зокрема статевої системи, яке, як правило завершується до тринадцятирічного віку. Дія на організм ушкоджуючих чинників, у т. ч. й іонізуючого випромінювання, сприяє функціональній перенарузі нейроендокринної системи. Це може спричинити формування ряду ендокринно-обмінних захворювань, поширеність яких серед дітей за останні десятиріччя невпинно зростає, стимулюючи інтенсивний розвиток статевої системи. Результатом передчасної статевої зрілості також є гормональний сплеск, спровокований рядом захворювань. У такому випадку структура харчового раціону має колосальний модифікуючий вплив – гальмуючи чи прискорюючи процес статевого розвитку. Так, надмірно калорійна їжа з великим вмістом моно- та дисахаридів, що не використані організмом для фізичної активності, з часом накопичується у вигляді жиру, який у свою чергу, як стверджують дослідники з університету в Мічигані, сигналізує про готовність організму до продовження роду. Жирова тканина стимулює збільшення концентрації гормоноподібного білка лептину, який дає поштовх до початку статевого дозрівання. При надлишковому надходженні до організму ряду есенціальних нутрієнтів, зокрема, деяких фракцій ліпопротеїдів і холестерину, інфантильний період розвитку дитини може різко перейти в гормональну стадію статевого розвитку, при якій активізується функціонування гонад.

Вивчення харчування та харчового статусу дітей віком від 10 до 13 років проводилось у смт Іванків Іванківського району Київської області (основна група) та у с. Петропавлівська Борщагівка Києво-Святошинського району Київської області (група контролю). За результатами дослідження встановлено, що харчування дітей, які мешкають на територіях радіоекологічного контролю, зокрема хлопчиків, деформовані за вмістом пластичної, енергетичної та каталітичної складових. Аналіз харчового статусу дітей виявив, що відсоток учнів з дефіцитом маси тіла та з ознаками ожиріння, був вищим у хлопчиків смт Іванків і складав, в середньому, 22,7 та 24,4 %, тоді як у хлопчиків с. Петропавлівська Борщагівка він становив 13,6 та 24,2 %. І навпаки, відсоток учнів з нормальною та підвищеною масою тіла був вищим у хлопчиків с. Петропавлівська Борщагівка і складав, в середньому, 49,4 та 16,2 %, а у хлопчиків смт Іванків – 45,9 та 12,7 % відповідно від кількості обстежених.

Психоемоційні тести також характеризують стан статевого дозрівання. За результатами проведеного нами тестування встановлено, що незалежно від віку та місця проживання відмічається досить високий рівень тривоги, в середньому, у 43 % та низький рівень соціальної комунікації, в середньому, у 57 % від всіх обстежених дітей. У дітей смт Іванків віком 10–13 років спостерігався високий рівень тривоги і, в середньому, складав 28, 46, 37 та 58 %, а у хлопців такого ж віку із с.

Петропавлівська Борщагівка – 48, 11, 62 та 58 % відповідно. Рівень соціальної комунікації у дітей з смт Іванків віком 10–13 років був досить низьким і, в середньому, дорівнював 89, 61, 70 та 56 %, а у хлопців такого ж віку із с. Петропавлівська Борщагівка – 59, 30, 42 та 42 % відповідно. Згідно з отриманими даними гормональні зміни зростають відповідно віку. Однак, у хлопчиків 10-річного віку, для яких статеве дозрівання ще передчасне, спостерігались реакції гормональних змін у 14 та 27 % відповідно у мешканців смт Іванків та із с. П. Борщагівка.

Ф) курортологія, реабілітація і фізіотерапія

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПОМІРНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

Григус І.

м. Рівне, Навчально-науковий інститут охорони здоров'я

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) на сьогодні є розповсюдженим захворюванням і зустрічається до 15 % у загальній популяції.

Фізична реабілітація хворих включала декілька етапів: оцінку стану пацієнта; навчання; заходи з корекції маси тіла; фізичні тренуючі програми; психологічну підтримку. Для кожного хворого на ХОЗЛ основної групи розробляли індивідуальну довготривалу програму фізичної реабілітації з урахуванням фізичних можливостей, функціонального стану, специфічних фізіологічних і психопатологічних порушень, викликаних основним чи/та супутнім захворюванням. Важливим моментом була відмова хворого від тютюнопаління, навчання активному способу життя, правильному диханню та харчуванню. Вплив запропонованої фізичної реабілітації вивчено шляхом оцінки рухових можливостей хворих (БХКТ), ФЗД та якості життя.

Проведене лікування і фізична реабілітація призвели до покращення рухових можливостей усіх хворих, різниця між значеннями після і до реабілітації у чоловіків основної групи становила ($132,7 \pm 12,83$) м, в контрольній групі – ($50,18 \pm 5,15$) м, $p < 0,001$. Сформувалася краща динаміка показників ФЗД в порівнянні зі стандартним лікуванням, в основній групі різниця між значеннями після і до реабілітації ФЖЄЛ становила ($8,00 \pm 1,03$) %, ПОШВ – ($11,53 \pm 2,14$) %, в контрольній групі – відповідно ($3,16 \pm 1,24$) %, $p < 0,05$, і ($5,33 \pm 1,12$) %, $p < 0,01$. Ми спостерігали підвищення загальної якості життя та стану здоров'я хворих за рахунок збільшення показників у проблемних субсферах. Наприкінці дослідження встановлено покращення клінічного стану хворих: у них зменшився кашель, покращилось відходження харкотиння, зменшилась задишка, зменшились або зникали хрипи у легенях.

Фізичну реабілітацію слід рекомендувати хворим на ХОЗЛ, щоб допомогти контролювати симптоми, поліпшити якість життя та збільшити фізичну активність.

ВПЛИВ ПОЄДНАНОГО ВИКОРИСТАННЯ МАГНІТОТЕРАПІЇ І ЛАЗЕРОТЕРАПІЇ НА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ І ЛЕЙКОЦИТАРНИЙ ІНДЕКС ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Кишко Т.В., Кишко М.М.¹, Бичко М.В.¹

м. Ужгород, Закарпатська обласна клінічна лікарня імені Андрія Новака,

¹*Ужгородський національний університет¹*

Ефективність поєднаного використання магнітотерапії і лазеротерапії вивчена у 61 хворого на ревматоїдний артрит. Хворі були розподілені на 2 групи. У першу групу включено 31 особу,

яким проводили магнітотерапію і лазеротерапію, а у другу (контрольну) – 30, яким проводили тільки лазеротерапію.

Ефективність проведеної терапії оцінювали за зменшенням артралгії, тривалості ранкової скутості, часу проходження 30 метрів у секундах, лейкоцитарного індексу інтоксикації.

У хворих, які отримували магнітотерапію і лазеротерапію, суб'єктивні та об'єктивні критерії покращення відмічались у більш короткі строки, ніж у осіб, які отримували тільки лазеротерапію. У хворих 1-ї групи значне покращення виявлено в 39,7 %, 2-ї – у 22,4 %; покращення – відповідно в 60,3 % і 65,3 %; незначне покращення – у 12,3 % хворих 2-ї групи. Менш вираженими виявились зміни лейкоцитарного індексу інтоксикації. Так, значне покращення виявлено в 9,8 % хворих 1-ї і 6,3 % – 2-ї групи; покращення – відповідно в 49,3 % і 31,4 % хворих; незначне покращення – в 27,4 % і 20,9 %. Не виявлено змін лейкоцитарного індексу інтоксикації у 13,5 % обстежених осіб 1-ї та 31,4 % – 2-ї групи.

Включення в комплекс лікувальних процедур магнітотерапії і лазеротерапії сприяє більш швидшому зменшенню виразності клінічних проявів РА.

КУРОРТОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЖІНКАМ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП, ЯКІ ХВОРІЮТЬ НА ГЕНІТАЛЬНИЙ ЕНДОМЕТРІОЗ

Корчинська О.А., Корчинський Б.М.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Ендометріоз входить в перелік провідних причин зниження якості життя і порушення фертильності жіночого населення. Медикаментозне лікування контролює хворобу, але не виліковує її. Протягом останніх років висвітлюють частоту рецидивуючого ендометріозу в постменопаузі, коли жінки зазвичай отримують замісну гормональну терапію, яка може відновити ендометріоз, а також за рахунок виробництва естрогенів жировою тканиною. Про курортологічну допомогу жінкам з ендометріозом різних вікових груп не повідомляється.

Метою нашої роботи стала розробка методів санітарно-курортної допомоги при генітальному ендометріозі жінкам різних вікових груп.

Серед стаціонарних хворих з ендометріозом репродуктивного віку найчастіше були пацієнтки з непліддям. Для цієї категорії пацієнтів можливості курортної допомоги великі: загальнозміцнююча, протизапальна, імунокоригуюча терапія, корекція метаболізму гормонів. Пропонується використання прогулянок, теренкур, вживання кальцієво-магнієвих мінеральних вод, ванни, душі, ароматерапія, фітотерапія та інші. Серед досліджуваних нами 86 стаціонарних хворих у 8 (9,3 %) генітальний ендометріоз спостерігався в менопаузальному і постменопаузальному періодах. У таких пацієнтів важливою є санаторна допомога в лікуванні екстрагенітальних захворювань, особливо діабету і ожиріння. Тому дієтотерапія, фітотерапія, лікування в тренажерних залах, вживання кальцієво-магнієвих мінеральних вод має бути переважаючим серед інших курортних методів лікування і їхньою метою є зниження маси тіла та участі жирової тканини у синтезі естрогенів, а також підвищення імунітету. Таким чином, можливості санаторно-курортного лікування генітального ендометріозу доволі значні.

х) санологія, гігієна, лабораторна діагностика

НАУКОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ ОРІЄНТОВНО ДОПУСТИМОЇ КОНЦЕНТРАЦІЇ В ҐРУНТІ ФЛУКСАПІРОКСАДУ, ПЕНТІОПІРАДУ, ІЗОПІРАЗАМУ І СЕДАКСАНУ

АНТОНЕНКО А.М.

м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Забезпечення високої продуктивності сільського господарства неможливе без застосування пестицидних препаратів. Суттєве зменшення в останні десятиріччя обсягів їх використання у зв'язку з появою нових, ефективних при низьких нормах витрат, препаратів сприяло зменшенню забруднення ґрунтів. Однак, пестициди, що залишаються у ґрунті, проникають у глибші шари і забруднюють підземні води, а з водою потрапляють в організм людини.

Тому, метою роботи була розробка гігієнічних нормативів у ґрунті нових діючих речовин флуксапіроксаду, пентіопіраду, ізопіразаму і седаксану.

Обґрунтування орієнтовно допустимих концентрацій (ОДК) досліджуваних речовин у ґрунті проводили відповідно до Тимчасових методичних вказівок по застосуванню розрахункового методу обґрунтування ОДК пестицидів у ґрунті.

Встановлено, що в ґрунтово-кліматичних умовах України період напівруйнування для всіх досліджуваних сполук складав близько 12 діб, що дозволяє віднести їх згідно з ДСанПіН 8.8.1.002-98 до 3-го класу небезпечності за стійкістю у ґрунті, за винятком седаксану, який віднесено до 4-го класу. Вищевикладене дало можливість обґрунтувати розрахунковий норматив досліджуваних речовин у ґрунті.

В результаті проведених розрахунків було обґрунтовано та затверджено в установленому порядку величину ОДК ізопіразаму на рівні розрахованої – 0,4 мг/кг. Для решти діючих речовин було введено додатковий коефіцієнт запасу 2 з урахуванням даних літератури щодо їх стійкості у ґрунті інших Європейських країн. Таким чином, ОДК пентіопіраду, седаксану та флуксапіроксаду обґрунтовано на рівні 0,3; 0,2 та 0,3 мг/кг, відповідно.

ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА УМОВ ПРАЦІ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ГЕРБІЦИДУ ЮНІ-КО 80, МД НА ПОСІВАХ КУКУРУДЗИ

БОРИСЕНКО А.А., АНІСІМОВ Є.М., ВАВРІНЕВИЧ О.П., БАРДОВ В.Г.

м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Епідеміологічними дослідженнями доведений достовірний кореляційний зв'язок між хронічними пестицидними навантаженнями та рядом нозологічних форм захворювань.

Метою нашої роботи була гігієнічна оцінка умов праці при застосуванні гербіциду Юні-ко 80, МД (д. р. нікосульфурон) на посівах кукурудзи. Вирішували наступні задачі:

- вивчити умови праці при застосуванні гербіциду на посівах кукурудзи у максимальних нормах витрат;
- провести оцінку ризику для працюючих з препаратом Юні-ко.

При визначенні вмісту діючої речовини гербіциду в нашивках під та на робочому одязі встановлено, що при приготуванні робочого розчину та проведенні обробки вміст нікосульфурону становив нижче межі кількісного визначення методу (0,002 мг). Під час проведення робіт концентрація нікосульфурону в повітрі робочої зони, в повітрі над ділянкою (після обробки) та в повітрі зони зносу (300 м) не перевищувала меж кількісного визначення методів.

Оцінку індексу ризику для працюючих проводили з використанням даних вмісту нікосульфурону в повітрі робочої зони і рівнів забруднення шкірних покривів у відповідності до МР 8.8.1.4-162-2009 «Вивчення, оцінка і зменшення ризику».

Результати порівняння експозиційних і допустимих доз нікосульфурону свідчать про те, що індекс небезпеки для осіб, задіяних при застосуванні препарату Юні-ко на посівах кукурудзи, з урахуванням рівнів забруднення засобів індивідуального захисту, становить нижче 1.

Таким чином, виходячи з результатів вивчення умов праці при застосуванні гербіциду Юні-ко за допомогою штангового оприскувача з нормою витрат 0,6 л/га, можемо стверджувати, що безпечність виробничого середовища для працюючих на всіх технологічних етапах роботи достовірно гарантовані за умови дотримання вимог ДСП 8.8.1.2.001-98 «Транспортування, зберігання та застосування пестицидів у народному господарстві».

ОЦІНКА РИЗИКУ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ ПРИ СПОЖИВАННІ СУНИЦІ, ВИРОЩЕНОЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПЕСТИЦИДІВ В СИСТЕМІ ХІМІЧНОГО ЗАХИСТУ

Зінченко Т.І., Вавріневич О.П., Омельчук С.Т., Пельо І.М.

м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Суниця – смачна та корисна ягода, висока врожайність якої досягається лише при застосуванні засобів хімічного захисту. Багато років саме суниця очолює список продуктів «*Dirty Dozen*» за вмістом залишкових кількостей пестицидів, що іноді обмежує вживання ягід, проте фахівці ЕРА (США) доводять, що користь для здоров'я людини від вживання ягід переважає над ризиком їх негативного впливу.

Проведені натурні дослідження із застосуванням препаратів Тореро, Форс, Актара, Світч і бакових сумішей № 1 (Актеллік + Топаз) та № 2 (Актеллік + Хорус).

Вміст досліджуваних пестицидів у суниці визначали методами газорідинної та високоефективної рідинної хроматографії.

Проведені дослідження показали, що на момент збору врожаю вміст діючих речовин у суниці був нижче межі кількісного визначення відповідних методів.

З метою перевірки безпечності суниці, вирощеної при застосуванні досліджуваних пестицидів з урахуванням допустимої добової дози, визначено їх допустиме добове надходження в організм людини та допустиме добове надходження з харчовими продуктами. Якщо діючі речовини будуть наявні в суниці на рівні межі кількісного визначення методу, то в організм людини може надійти $\leq 1\%$ досліджуваних сполук від допустимого добового надходження з харчовими продуктами.

Отримані результати дозволили нам обґрунтувати величини максимально допустимих рівнів у ягодах суниці тефлутрину, ципродинілу, флудіоксонілу та тіаметоксаму на рівні «не допускається» і строки очікування до збору урожаю при застосуванні препаратів Світч, Хорус – 7 діб, Актеллік, Топаз – 20 діб, Форс – 30 діб, Актара – не потребує.

ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ЕКОТОКСИКОЛОГІЧНОЇ НЕБЕЗПЕКИ ПРИ ВИКОРИСТАННІ КОМБІНОВАНОГО ФУНГІЦИДУ НА ОСНОВІ ПРОПІКОНАЗОЛУ, БЕНЗОВІНДИФЛУПІРУ ТА ЦИПРОКОНАЗОЛУ

Кондратюк М.В., Благая А.В., Омельчук С.Т., Коршун М.М.

м. Київ, Кафедра гігієни та екології № 1, Інститут гігієни та екології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

В сучасних реаліях агропромислового виробництва використання препаратів хімічного захисту рослин, що містять не одну, а декілька діючих речовин, набуло усталеної позитивної динаміки обсягів застосування. Необхідно зазначити, що фунгіциди є одними з препаратів, що найчастіше застосовуються з метою збереження та збільшення врожаїв зернових колосових культур. Тому оцінка їх безпечності для компонентів навколишнього середовища потребує детального дослідження.

Мета роботи: гігієнічна оцінка екоотоксикологічної небезпеки при використанні комбінованого фунгіциду на основі пропіконазолу, бензовіндифлупіру та ципроконазолу.

Матеріали та методи досліджень: діючі речовини фунгіциду, ґрунт; натурального гігієнічного експерименту, газорідинної хроматографії, високоефективної рідинної хроматографії, бібліографічний, аналітичний та статистичний.

Результати дослідження. Встановлено, що період напіврозкладання пропіконазолу становить – 4,3 доби (д), бензовіндифлупіру – 7,1 д, ципроконазолу – 47,5 д. При проведенні оцінки екоотоксикологічного ризику було визначено, що величина екоотоксу в агрокліматичних зонах України для пропіконазолу становить $1,0 \times 10^{-4}$ екоотоксів (Е), для бензовіндифлупіру – $1,8 \times 10^{-3}$ Е, для ципроконазолу – $5,3 \times 10^{-4}$ Е. Екоотоксикологічна небезпечність досліджуваних речовин даного комбінованого фунгіциду для біоценозів на 2–4 порядки нижча у порівнянні з ДДТ. За 4-бальною шкалою екоотоксичності пестицидів, даний препарат можна віднести до малотоксичних пестицидів (до 0,1 Екоотоксів).

Висновок. При раціональному використанні даного препарату та дотриманні обґрунтованих регламентів його застосування, діючі речовини представленого засобу захисту рослин руйнуються протягом одного вегетаційного періоду та не представляють небезпеки для об'єктів навколишнього середовища.

РИЗИК ВПЛИВУ НІТРАТІВ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ ПРИ НАДХОДЖЕННІ З ПИТНОЮ ВОДОЮ

Лотоцька О.В., Кондратюк В.А., Кашуба М.О., Паничев В.О., Крицька Г.А., Сопель О.В., Пашко К.О., Флекей Н.В., Федорів О.Є., Копач О.Є., Голка Н.В., Смачило О.М., Домчишин М.В.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Забруднення підземних вод нітратами є гострою проблемою в усьому світі. Вживання молочних сумішей, приготованих на воді з надлишком нітратів може викликати у новонароджених розвиток захворювання метгемоглобінемії. До нітратів чутливі також особи похилого віку, хворі на анемію, із захворюваннями дихальної і серцево-судинної систем. Оцінка популяційного здоров'я населення в районах Тернопільської області, які вживають воду з підвищеним вмістом нітратів, за допомогою демографічних показників показала, що смертність в них за останні роки вища середньообласних показників і перевищує народжуваність. Це може свідчити про погіршення здоров'я населення.

Для оцінки ризику впливу питної води з підвищеним вмістом нітратів на населення Тернопільської області був розрахований коефіцієнт небезпеки. Встановлено, що неканцерогенний ризик

споживання питної води, забрудненої нітратами на рівні до 2 ГДК, відповідає середньому рівню небезпеки і зростає з підвищенням концентрації нітратів у воді. Імовірність розвитку шкідливих ефектів для дітей, що вживають цю воду більша, про що свідчать більш високі показники рівня небезпеки. Високий ризик розвитку несприятливих ефектів у більшій частині дітей можливий при вмісті у воді нітратів на рівні 3–7 і більше ГДК у двох районах Тернопільської області – Борщівському та Заліщицькому.

ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ПЕРСИСТЕНТНОСТІ ТА ЕКОТОКСИЧНОЇ НЕБЕЗПЕКИ ПЕСТИЦИДІВ, ДОЗВОЛЕНИХ ДО ЗАСТОСУВАННЯ НА ПОСАДКАХ КАРТОПЛІ

НОВОХАЦЬКА О.О., ВАВРІНЕВИЧ О.П., ОМЕЛЬЧУК С.Т., БАРДОВ В.Г.
*м. Київ, Кафедра гігієни та екології № 1, Інститут гігієни та екології
Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ*

Пестициди займають особливе місце серед речовин, які забруднюють екосистему. Метою нашої роботи була гігієнічна оцінка персистентності тіаметоксаму, азоксистробіну, металаксилу-М, флуфенацету, метрибузину, імідаклоприду, диметоморфу, манкоцебу, фамоксадону, оксатіапіпроліну, диквату в ґрунті та їх екотоксичної небезпеки при застосуванні для захисту картоплі.

При дослідженні поведінки діючих речовин препаратів Круїзер, Юніформ, Артист, Кольт Пауер, Філдер, Зорвек Інкантія, Реглон Форте використані методи ГРХ, ВЕРХ, математичного моделювання та статистичні методи.

В результаті проведеної роботи встановлено, що на 3-тю добу після обробки вміст метрибузину в ґрунті складав 0,06 мг/кг, флуфенацету – 0,13 мг/кг, імідаклоприду – 0,025 мг/кг, фамоксадону – 0,037 мг/кг, оксатіапіпроліну – < 0,01 мг/кг, диметоморфу – 0,021 мг/кг, манкоцебу – 0,11 мг/кг, диквату – 0,32 мг/кг. У всі терміни дослідження речовини визначалися в кількостях, що не перевищують орієнтовно допустимих концентрацій в ґрунті.

За фактичними даними нами був розрахований період напівруйнації (τ_{50}) для тіаметоксаму – 47,8 доби, азоксистробіну – 16,6 доби, металаксилу-М – 21,1 доби, флуфенацету – 32,9 доби, метрибузину – 20,6 доби, імідаклоприду – 39,1 доби, диметоморфу – 37,1 доби, манкоцебу – 6,9 доби, фамоксадону – 14,9 доби, оксатіапіпроліну – 17,2 доби, диквату – 62,4 доби.

Розрахована величина Екотоксу для діючих речовин була в межах від $2,75 \times 10^{-1}$ до $2,2 \times 10^{-4}$, відповідно до них екотоксикологічний ризик на 1–4 порядки нижче, ніж ДДТ.

Встановлено, що досліджувані сполуки належать до малоекотоксичних пестицидів і згідно з ДСанПіН 8.8.1.002-98 манкоцеб відноситься до 4-го класу небезпечності; азоксистробін, металаксил-М, метрибузин, фамоксадон, оксатіапіпролін – до 3-го класу; імідаклоприд, диметоморф, флуфенацет – до 2-го класу; дикват – до 1-го класу.

ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИКИ ДЛЯ СТУДЕНТІВ ФАКУЛЬТЕТУ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ НА БАЗІ ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО ЛІКАРСЬКО-ФІЗКУЛЬТУРНОГО ДИСПАНСЕРУ

ПАНЬКІВ І.В., ПАНЬКІВ О.Ф.
м. Тернопіль, Тернопільський обласний комунальний лікарсько-фізкультурний диспансер

Відповідно до наказу МОЗ України від 17.06.2014р. №401 зареєстрованого міністерством юстиції України від 7 липня 2014р. №646/25523 лікарсько-фізкультурний диспансер взаємодіє із закладами охорони здоров'я, закладами фізичної культури і спорту, науково-дослідними інститу-

тами, суб'єктами сфери фізичної культури і спорту, кафедрами лікувальної фізкультури та спортивної медицини, фізичного виховання, валеології вищих навчальних закладів (ВНЗ) усіх рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти.

Мета дослідження: вивчення можливостей використання лікарсько-фізкультурних диспансерів, як бази для проведення практики студентами заочної форми навчання факультету педагогіки та психології вищих навчальних закладів (ВНЗ).

Матеріали і методи: ознайомлення студентів-практикантів ВНЗ з холистичним підходом до реабілітації спортсменів – одночасне зцілення душі і тіла. Тематику практики студентів заочної форми навчання факультету педагогіки та психології Тернопільського педагогічного університету були: а) особистість у спорті. Значення вивчення особистості спортсмена, її оцінка; б) увага: роль уваги для досягнення успіху у спорті; в) психологічна реабілітація спортсменів, що отримали травму опорно-рухового апарату; г) методи психологічної підтримки після травм опорно-рухового апарату.

Отримані результати. Студенти-практиканти мали можливість ознайомитись із тестуванням спортсменів у кабінеті функціональної діагностики, а саме: проведенням дослідження біоритмів та короткого тесту Люшера, що давало можливість оцінити психоемоційний стан спортсменів під час досліджень та скласти прогноз для тренувального процесу. Практиканти зрозуміли, що вивчення особистості спортсмена лікарем зі спортивної медицини підвищує ефективність роботи фахівців у медико-біологічному забезпеченні тренувального та змагального періодів провідних спортсменів.

На базі реабілітаційного відділення диспансеру студенти ознайомились із методами психологічної підтримки спортсменів після спортивної травми, а саме: встановлення взаємин із травмованою людиною; інформування травмованої людини про те, як відбувається процес реабілітації; навчання спеціальних психологічних навичок та вмій, спрямованих на здійснення реабілітації; підготовка травмованої людини до можливих рецидивів у процесі реабілітації; забезпечення соціальної підтримки.

Висновки. Лікарсько-фізкультурні диспансери можуть бути базою для практики студентів факультету педагогіки і психології ВНЗ.

Методи вивчення особистості, концентрації уваги спортсменів, психологічна реабілітація після отриманої травми опорно-рухового апарату повинні стати невід'ємною частиною програми курсів підвищення кваліфікації для лікарів зі спортивної медицини і завжди використовуватись у повсякденній практиці.

АНАЛІЗ ПОВОДЖЕННЯ ІЗ ДЕЗЗАСОБАМИ В ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ РІЗНИХ ФОРМ ВЛАСНОСТІ У КАМ'ЯНЦІ-ПОДІЛЬСЬКОМУ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

Процков О.О.¹, Процкова О.В.², Чайковський О.А.³,

¹м. Кам'янець-Подільський, міська поліклініка №1,

² м. Кам'янець-Подільський, сімейний лікар,

³Кам'янець-Подільське міськрайонне управління «Держспродспоживслужби»

Аналіз поведінки із деззасобами виділив основні тези на які необхідно звернути увагу під час здійснення медичної практики:

- наявність інструкцій, методичних вказівок, чітко прописаних алгоритмів дій персоналу у сфері інфекційного контролю та поведінки із деззасобами;
- проходження персоналом медоглядів;
- наявність індивідуальних засобів захисту персоналу;
- терміни придатності деззасобу, офіційні джерела його походження;
- дотримання вимог зберігання, (температура, вологість, герметизація тари);
- наявність дистильованої води що використовується для приготування робочих розчинів;

- наявність та використання градуйованих (мірних) пристроїв для відбору необхідної кількості концентрату та таблиць приготування розчинів;
- використання деззасобу за його прямим призначенням;
- використання 4-компонентних ємностей для дезінфекції промислового виготовлення;
- чітко визначену концентрацію робочого розчину деззасобу;
- повну розчинність порошкоподібної речовини, тощо);
- впорядковане розташування інструментарію у ємності з дезрозчином та дезінфекція їх у розібраному вигляді;
- достатній час експозиції при дезінфекції інструментарію;
- відсутність інтенсивного забруднення, корозії, застійного нашарування органічними субстратами інструментарію, які згортаються від дії дезінфектанту та перешкоджають очистці.

Ретельне виконання дезінфекційно-стерилізаційних заходів у закладах охорони здоров'я є усвідомленою виробничою необхідністю, яка забезпечує інфекційну безпеку як пацієнтів так і персоналу.

ТОКСИКОЛОГО-ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА СУЧАСНИХ ФУНГІЦИДНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ ДИФЕНОКОНАЗОЛУ ТА НОВОЇ ДІЮЧОЇ РЕЧОВИНИ ЦИФЛУФЕНАМІДУ

СТАВНІЧЕНКО П.В., АНТОНЕНКО А.М., КОРШУН М.М., БАРДОВ В.Г.
м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Токсиколого-гігієнічна оцінка нових фунгіцидних формуляцій є обов'язковим етапом передреєстраційних державних випробувань та дає змогу попередити виникнення гострих отруєнь серед професійних та непрофесійних контингентів.

Оцінку токсичного впливу препаратів на організм теплокровних лабораторних тварин та їх небезпечність для людини здійснювали згідно з ДСанПіН 8.8.1.002-98.

Всі препарати на основі досліджуваних речовин за параметрами гострої пероральної токсичності та алергенними властивостями відносяться до 4 класу небезпечності, лише Амістар Голд відноситься до 3-го класу за гострою пероральною токсичністю. За параметрами гострої перкутанної токсичності Селест Топ відноситься до 4-го класу, решта препаратів – до 3-го класу. За показниками гострої інгаляційної токсичності фунгіциди Ріас, Селест Тріо, Амістар Голд, Магнело віднесено до 2-го класу небезпечності; Селест Топ, Циделі Топ, Сетар, Скор – до 3-го класу. За подразнюючою дією на шкіру до мало небезпечних (4-й клас) віднесено препарати Селест Топ, Селест Тіо, Амістар Голд, Циделі та Сетар; до помірно небезпечних (3-й клас) – Скор, Магнелло, Діналі, Ріас. За подразнюючою дією на слизові оболонки до мало небезпечних (4-й клас) віднесено препарати Сетар та Селест Топ; до помірно небезпечних (3-й клас) – Скор, Амістар Голд, Селест Тріо; до небезпечних (2-й клас) – Магнело, Діналі, Циделі Топ та Ріас.

Отже, за лімітуючим показником – гострою інгаляційною токсичністю – фунгіциди Ріас, Селест Тріо, Амістар Голд, Магнело відносяться до 2-го класу, решта – до 3-го класу небезпечності.

ГІГІЄНА ХАРЧУВАННЯ: ВІД ІСТОРІЇ ДО СЬОГОДЕННЯ

ФІЛОНЕНКО М.Ю., СІНГАЄВСЬКА В.С.
ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

Кожна наука має свій хід розвитку. Пізнати історію – розуміти сьогодення і передбачити майбутнє. Знання минулого допомагає уникнути помилок при створенні нових теорій, матеріалів для розвитку сучасних наукових концепцій і практичних заходів.

Найдавнішою медичною наукою є гігієна. У Стародавній Греції, Римі, Єгипті, Індії, Китаї спостерігалися перші спроби створення здорових умов життя. Це відобразалося в заходах, що стосувались способів харчування, попередження захворювань, боротьби з ними. Девіз: «Краще попереджати хвороби, ніж лікувати», був відомий ще у Давньому Китаї.

Гігієна – наука, яка вивчає закономірності впливу навколишнього середовища на організм людини з метою обґрунтування заходів із зміцнення здоров'я, запобігання захворюванням, проведення первинної профілактики. М. Пирогов писав: *«Я верю в гигиену. Вот где заключается истинный прогресс нашей науки. Будущее принадлежит медицине предупредительной»*. У актовій промові, проголошеній у 1873 році, проф. Г. Захар'їн сказав: *«Чем зрее практический врач, тем более понимает он могущество гигиены и относительную слабость лечения, терапии... Победоносно спорить с недугами масс может лишь гигиена. Считаю гигиену одним из важнейших, если не важнейшим предметом деятельности практического врача»*.

Історію гігієни можна розділити на два періоди: емпіричний (накопичення гігієнічних знань) і науково-експериментальний (вивчення факторів, що впливають на здоров'я людини та розробка науково-обґрунтованих профілактичних рекомендацій).

Гігієна харчування вивчає вплив аліментарних чинників на організм людини і розробляє заходи щодо запобігання захворюванням і зміцнення здоров'я, збереження працездатності, збільшення тривалості життя, шляхом раціоналізації харчування та забезпечення якості і безпеки харчових продуктів. Г. Хлопін писав: *«Добре харчування – основа здоров'я, оскільки воно збільшує опірність організму до хвороботворних впливів, від нього залежить розумовий і фізичний розвиток, працездатність і бойова сила»*.

На жаль, статистика свідчить, що з об'єктивних чи суб'єктивних причин українці нехтують принципами здорового харчування, що суттєво знижує якість життя і, врешті, несе загрозу здоров'ю. Окреслюючи стан проблеми здорового харчування в українському суспільстві, президент Асоціації дієтологів України, к. мед. н. О. Швець сказав: *«Справа поширення сучасних знань про важливість харчування задля збереження здоров'я людини залишається ключовим напрямком діяльності спеціалістів з дієтології, нутриціології, гігієни харчування та інших медичних галузей...»*.

За останні роки спостерігається розбалансування системи профілактики, про що свідчить статистика захмарної кількості харчових отруень та кишкових захворювань, пов'язаних з вживанням харчових продуктів. Так, у 2013 р. було зареєстровано 48 спалахів з 822 постраждалими, з них 243 дитини. У 2017 р. – 82 спалахи, 1002 постраждалих, з них 574 дітей.

Вказане свідчить про необхідність збільшення відповідальності Держави за здоров'я українців, потребує змін у ставленні до проблем гігієни харчування та до всієї профілактичної медицини.

ц) анатомія, гістологія, фізіологія, мікробіологія

ОЦІНКА ШВИДКІСНИХ ТА ЯКІСНО-КІЛЬКІСНИХ ПОКАЗНИКІВ ВИЩОЇ НЕРВОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У МОЛОДИХ ОСІБ РІЗНОГО СОМАТОТИПУ З ПІДВИЩЕНИМ АРТЕРІАЛЬНИМ ТИСКОМ

Вадзюк С.Н., Горбань Л.І.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

На сьогодні артеріальну гіпертензію (АГ) прийнято розглядати як поліетіологічне захворювання, факторами, які сприяють її розвитку є ендогенні (спадковість, маса тіла, зріст, стать, особистісні характеристики) і екзогенні, до яких відносять харчування, гіподинамію, психоемоційне напруження, тютюнопаління, надмірне споживання кухонної солі.

Соматотип, як і функціональна рухливість нервових процесів формуються при реалізації спадкової програми в конкретних умовах навколишнього середовища і мають визначальний вплив на формування адаптаційних реакцій організму на дію різних чинників навколишнього середовища. В літературі нами не знайдено даних про особливості нервових процесів в молодих осіб різного соматотипу з підвищеним АТ, що робить ці дослідження актуальними.

Мета дослідження: встановити індивідуально-типологічні особливості центральної нервової системи в молодих осіб різних соматотипів з підвищеним артеріальним тиском.

Матеріали та методи: нами обстежено 135 осіб віком 18–22 роки в яких на момент дослідження величина систолічного АТ перевищувала 130 мм рт. ст., і (або) діастолічного – 85 мм рт. ст.). Для оцінки функціональної рухливості нервових процесів (ФРНП) та сили нервових процесів (СНП) нами використано комп'ютерну програму «Діагност-1» запропоновану Н.В. Макаренком та В.С. Лизогубом. Дослідження проводили в режимі зворотного зв'язку. Мірою оцінки ФРНП в цьому режимі був час виконання завдання. Оцінку СНП проводили за загальною кількістю представлених і перероблених сигналів за 5-хвилинний відрізок часу. Визначення соматотипу людини проводили за методикою J. Carter і В. Heath. Кількісні показники проаналізовані за допомогою методів математичної статистики.

Результати дослідження. За допомогою схеми соматотипування нами виділено 6 змішаних соматотипів: екто-мезоморфний, екто-ендоморфний, мезо-ектоморфний, мезо-ендоморфний, ендо-ектоморфний і ендо-мезоморфний. У характеристиці соматотипу переважаючий компонент ставлять на 2-ге місце, а інший більший – на 1-ше. Результати визначення ФРНП та СНП в комп'ютерній програмі «Діагност-1» розподілено на 5 рівнів: високий, вище середнього, середній, нижче середнього та низький.

Дані отримані при обстеженні осіб з підвищеним АТ вказують на те, що більшість мезо-ендоморфів і екто-ендоморфів (83 % і 64 % відповідно) мали нижче середнього і середній рівні ФРНП, у ендо-мезоморфів та екто-мезоморфів частка осіб з рівнем нижче середнього була найменшою і складала 20 %. Особи ендо-ектоморфного і мезо-ектоморфного соматотипів мали проміжні значення рівнів ФРНП.

Найвищі рівні СНП були характерні для обстежених ендо-мезоморфного соматотипу, а найменші рівні цього показника нами встановлено у осіб мезо-ендоморфного соматотипу.

Висновок. Отже, для осіб з підвищеним АТ у соматотипі яких переважає ендоморфний компонент характерні низький рівень функціональної рухливості та сили нервових процесів. Це може

свідчити про те, що особи даного соматотипу є найменш стійкими до психоемоційних навантажень, що може впливати у них на розвиток і перебіг артеріальної гіпертензії.

РІВЕНЬ САМОПОЧУТТЯ, АКТИВНОСТІ ТА НАСТРОЮ В ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ З РІЗНОЮ ВЕСТИБУЛЯРНОЮ СТІЙКІСТЮ ТА РІВНЕМ НЕЙРОТИЗМУ

Вадзюк С.Н., Шмата Р.М.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Відомо, що при подразненні вестибулярного аналізатора виникають реакції, які поділяють на три групи: вестибуло-соматичні, вестибуло-вегетативні та вестибуло-сенсорні реакції (В.В.Кривша, 2013). Прояви цих реакцій визначаються вестибулярною стійкістю (В.В.Пічурін, 2013). Проте, як впливає функціональна активність вестибулярного аналізатора на самопочуття, активність та настрої (САН) в осіб з різним рівнем нейротизму у даний час недостатньо вивчено.

Мета нашої роботи: оцінити вплив вестибулярного навантаження на самопочуття, активність та настрої осіб з різним рівнем нейротизму.

Для досягнення мети ми досліджували ступені вестибулярних реакцій методом оберտальної проби, використовуючи крісло Барані (за В.Г.Воячеком, 1929). Рівень нейротизму ми визначали використовуючи опитувальник Айзенка. Самопочуття, активність та настрої оцінювали за опитувальником САН (В.А. Доскіним, Н.А. Лаврентьевою, В.Б. Шарай, М.П. Мірошніковим, 1973 р.) до та після вестибулярного навантаження.

У залежності від ступенів прояву вестибулярних реакцій після проведеної обертальної проби, ми розділили обстежуваних на 3 групи: з високою, середньою та низькою вестибулярною стійкістю.

У стані спокою між обстежуваними групами рівень САН не відрізнявся. Достовірні відмінності між самопочуттям, активністю до та після вестибулярного навантаження ми знайшли у групі із зниженою вестибулярною стійкістю. Також, показник самопочуття та активності після вестибулярного навантаження достовірно відрізнявся між групою із високою вестибулярною стійкістю та низькою. Оскільки достовірної різниці, щодо зниження настрою до та після вестибулярного навантаження ми не отримали, тому було вирішено об'єднати обстежуваних за нейротизмом.

Настрої в осіб з різним рівнем нейротизму змінювався в залежності від ступеня вестибулярної стійкості неоднаково. Він знижувався після вестибулярного навантаження в осіб з високим нейротизмом і водночас із зниженою вестибулярною стійкістю порівняно із особами з середнім та низьким рівнем нейротизму і водночас із високою вестибулярною стійкістю.

Наші дані вказують на те, що особи із зниженою вестибулярною стійкістю і водночас з високим рівнем нейротизму більш схильні до депресивних станів.

ДИСБІОТИЧНІ ПОРУШЕННЯ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПІХВИ У ЩУРІВ, ВИКЛИКАНІ ІНГАЛЯЦІЙНОЮ ДІЄЮ НІТРОКСОЛІНУ

Кузьмінов Б.П., Яськів Г.І., Платонова І.Л., Руда І.А.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вивчали вплив інгаляційної дії підпорогової (5 мг), порогової (15 мг) та надпорогової (45 мг) концентрацій нітроксоліну на мікроценоз піхви у щурів. Для моделювання інгаляційного шляху надходження сполуку змішували зі стерильним 0,9 % розчином NaCl і вводили тваринам інтраназально по 0,2 мл протягом 30 днів. Контрольній групі – по 0,2 мл 0,9 % NaCl без нітроксоліну. Мікробіологічне дослідження біотопу піхви проводили відповідно до методичних вказівок Ю.Л. Волян-

ського (2004). Встановлено, що домінуючими представниками біотопу піхви інтактних самок щурів є молочнокислі бактерії (МКБ), питома вага яких у сумарному складі мікробіоти становила 67,3–70,7%, умовно-патогенних – 29,3–32,7 %, із них: спільнота кокових бактерій займала 14,3–15,0 %, бактерії групи кишкових паличок – 11,9–15,0 %, гриби роду кандіда – 2,4–2,7 %, плісеневі – 0–0,03 %. У конгломераті МКБ основу складали лактобактерії. Біфідобактерії займали менше 8,3 %.

Вплив порогової та надпорогової концентрації сполуки, починаючи з 15-го дня проведення досліду, зменшував індекс домінування МКБ до 55,0 % і 50,6 %, відповідно, а також обумовлював структурні зміни всередині асоціації МКБ, знижуючи в середньому на 80,0 %, від початкових значень частку біфідобактерій, викликав зміни морфологічної картини лактобактерій (зростання у популяції коковидних форм і зменшення паличководних), сприяв стрімкій колонізації екосистеми піхви умовно-патогенними коками (24,2 % та 26,5 %), грибами роду кандіда (3,2 % та 2,8 %), плісеневими грибами (0,1 % та 0,2 %, відповідно), появи серед асоціації коків штамів, наділених гемолітичною активністю. Вираженість порушень пропорційна концентрації та тривалості впливу діючого чинника.

ОСОБЛИВОСТІ МАКРО- І МІКРОАНАТОМІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ЩУРА

Мота О.М., Галюк У.М., Серкіз С.Р., Варварич Л.М., Петришин М.І.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність. Подальший розвиток медичної науки сьогодні неможливо уявити без експерименту. Лабораторні щури широко використовуються у медико-біологічних дослідженнях. Тому необхідні ґрунтовні знання анатомо-фізіологічних особливостей у піддослідних тварин, оскільки вони мають певні особливості.

Мета. Вивчити особливості макро- та мікроанатомії щитоподібної залози щура.

Матеріали і методи. Дослідження виконано на 5 білих лабораторних щурах-самцях масою 210–250г. Проводили препарування з наступним дослідженням ділянки шиї. Видалену залозу детально вивчали і зважували на електронних вагах. Надалі фіксували 10 % розчином формаліну і заливали в парафін. Фарбування здійснювали гематоксилін-еозином.

Результати. Щитоподібна залоза здебільшого має вигляд двох ізольованих часток білуватого кольору, які прилягають до кілець трахеї. В одному випадку частки залози мали форму «метелика» та були з'єднані перешийком. Маса залози складає 0,257–2,112 % від маси щура. При цьому маса правої частки в усіх випадках домінує над масою лівої частки. Структурно-функціональною одиницею залози є фолікул, стінки якого утворені тироцитами кубічної форми. Розміри фолікулів неоднорідні, фолікули більшого розміру розташовані на периферії, а меншого розміру – більш центрально. Площа фолікулів перевищує площу міжфолікулярного простору.

Висновки. Щитоподібна залоза щура здебільшого вирізняється відсутністю перешийка та асиметрією часток. Маса щитоподібної залози складає 0,257–2,112 % від маси тіла щура. Частки залози складаються з фолікулів різного розміру з нерівномірним їх розподілом.

ЦІННІСТЬ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ЛЮДИНИ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ РАННІХ ПРОЯВІВ ОСТЕОПОРОЗУ

Мота О.М., Галюк У.М., Федитник С.Т.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Рівень захворюваності остеопорозом за останні роки значно зріс. Рентгенологічний метод залишається єдиним доступним методом дослідження, що дає можливість спостерігати динаміку

морфологічних змін хребців з віком і на ранніх етапах метаболічних захворювань в кістковій тканині.

Мета: вивчити вікову динаміку морфометричних показників хребців поперекового відділу хребта осіб Прикарпатського регіону залежно від віку та статі.

Матеріали і методи. Проаналізовано 50 рентгенограм поперекового відділу хребта у прямій та бічній проекціях. Вимірювали три висотних (передній, середній та задній) та сагітальний і фронтальний розміри тіл хребців. Визначали індекси Барнетта–Нордіна, Рохліна і Шармазанової.

Результати. Максимального значення всі висотні розміри досягають у I зрілому віці. У II зрілому віці спостерігається зниження висоти хребців, особливо середнього висотного розміру. Щодо поперечних розмірів хребців, то вони обидва поступово зростають і максимального значення набувають у похилому віці. Максимальне значення індекса Барнетта–Нордіна (98–100 %) характерне для осіб юнацького віку та I зрілого віку і поступово знижується до похилого в осіб чоловічої статі, а у жінок спостерігається зниження даного індекса до 90 % у II зрілому віці. Виражене зменшення індекса Рохліна спостерігається у жінок II зрілого віку (67 %), а у чоловіків – у похилому віці (59 %). Індекс Шармазанової є найменш варіабельним.

Висновки. В осіб обох статей з віком знижуються висотні та зростають поперечні розміри хребців. Найбільш виражені зміни висотних розмірів характерні для хребців L_2 та L_3 . Перші ознаки зниження всіх трьох індексів спостерігається у II зрілому віці.

ч) судова медицина, патанатомія, патогістологія

ПАТОМОРФОЛОГІЯ ДІАБЕТИЧНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ

Волос Л.І.¹, Михайличенко Т.Є.²

¹ м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Д.Галицького,

² м. Лиман, Донецький національний медичний університет

Мета дослідження: визначити патоморфологічні особливості діабетичної енцефалопатії, які обумовлюють відповідну клінічну симптоматику.

Матеріал і методи. Матеріалом для дослідження слугували 10 спостережень осіб, які за життя хворіли на цукровий діабет і померли від його ускладнень. Тканину мозку фіксували в 10 % розчині нейтрального формаліну. Виготовлення і фарбування гістологічних препаратів здійснювалося за стандартною методикою.

Результати та їх обговорення. Основними цитоангіоархітектонічними проявами діабетичної енцефалопатії є дифузна альтерація базальних мембран і ендотелію судин мікроциркуляторного русла як білої, так і сірої речовини: капілярів, прекапілярів, венул і в меншій мірі – артеріол, внутрішньомозкових артерій і вен, поєднання гострих альтеративних ушкоджень нейронів з хронічними (ішемічного характеру): пікноз ядер з вираженою атрофією цитоплазми, перевантаження цитоплазми ліпофусцином, дрібнозернистий розпад нейропілю в зоні гострої ішемії (навколо судин мікроциркуляторного русла з мікротромбами), наявність гематоксилінових куль з макрофагальною реакцією.

Висновок. Структурні пошкодження судин мікроциркуляторного русла при діабетичній енцефалопатії є маніфестними, однак проведене морфологічне дослідження кори головного мозку показало, що випадання нейронів, спонгіоз, формування бляшок, які обумовлюють основну клінічну симптоматику, також чітко виражені. У збережених нейронах виявляються дистрофічні зміни різного ступеня тяжкості. Має місце поєднання гострих і хронічних процесів, оборотних і необоротних змін нервових клітин.

РОЛЬ ЕСТРОГЕНОВИХ І ПРОГЕСТЕРОНОВИХ РЕЦЕПТОРІВ У ПАТОГЕНЕЗІ АДЕНОМІОЗУ В ПОЄДНАННІ З АДЕНОКАРЦИНОМОЮ ЕНДОМЕТРІЮ

Гончаренко Г.Ю.

м. Одеса, Одеський національний медичний університет

Третє місце серед гінекологічної патології займає ендометріоз, який у 70–80 % представлений аденоміозом (АМ). Часте поєднання АМ з аденокарциномою ендометрію (АДК) (4,4–19,4 %) вказує на можливі спільні етіологію і патогенез цих захворювань. Дослідження АМ у постменопаузі допоможе ретельніше вивчити гормональні зміни і їх роль у патогенезі АМ.

Мета: встановлення ролі естрогенових (ER) і прогестеронових (PR) рецепторів у патогенезі АМ у поєднанні з АДК у жінок в постменопаузі.

Матеріали і методи. Матеріалом для імуногістохімічного (ІГХ) дослідження слугували видалені матки з придатками 17 пацієнток з діагнозом АМ у поєднанні з АДК (52–74 роки).

Результати. Дослідження активності ER залозистих клітин ЕКЕ виявило виражену експресію у 10 випадках і помірну – у 6. Для строми ЕКЕ спостерігалася зворотна ситуація: більшість жінок характеризувалася слабкою ІГХ реакцією ER – у 12 пацієток. PR у залозистих клітинах АДК – аналогічною поведінкою, що й ER. У стромі АДК половина жінок мала помірний рівень експресії PR. Активність рецепторів еутопічного ендометрію прямо пропорційна ступеню диференціювання клітин АДК. У епітеліальних клітинах вогнищ АМ виявлено переважно помірну ІГХ реакцію ER, а у стромальних – слабку. PR залозистих елементів вогнищ АМ мали переважно помірні й високі показники експресії рецепторів, відповідно 6 і 7 пацієток. Схожу картину спостерігали і в стромі.

Висновки. Патогенетично важливими для АМ і АДК у постменопаузі є збереження естрогенової і прогестеронової активностей рецепторного апарату. Для існування вогнищ АМ у постменопаузі необхідні обмежений естрогеновий вплив і значний прогестеронової.

ПАТОМОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ІНВАЗИВНОГО ПРОТОКОВОГО РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ У ЖІНОК З УРАХУВАННЯМ ІМУНОФЕНОТИПУ ПУХЛИНИ

Дудаш А.П.

*м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Д.Галицького
м. Львів, КЗ ЛОР «Львівське обласне патологоанатомічне бюро»*

Мета дослідження: встановити характерні морфологічні ознаки інвазивного протокового раку грудної залози з урахуванням імунофенотипу пухлини для удосконалення патогістологічної діагностики.

Матеріал і методи. Матеріалом для дослідження слугували 20 випадків інвазивного протокового раку грудної залози у жінок, котрі знаходилися на лікуванні у Львівському онкологічному регіональному центрі. Післяопераційний матеріал фіксували в 10 % розчині нейтрального формаліну. Виготовлення гістологічних препаратів здійснювали за стандартною методикою. Препарати зафарбовували гематоксилін-еозином. Імуногістохімічно оцінювали експресію ER, PR, Ki-67.

Результати та їх обговорення. В інвазивному компоненті протокової карциноми виявлялись солідні, альвеолярні, тубулярні структури та дрібні групи пухлинних клітин. Переважаючою діагностичною ознакою є високий або помірний ступінь диференціації пухлинних клітин (G1–G2), лізис і розпад колагену базальної мембрани, виражена експресія Ki-67 на периферії естроген-прогестерон-позитивних (ER+-PR+) епітеліальних пухлинних комплексів, відсутність міоепітеліальних клітин у базальних відділах комплексів, наявність пухлинних клітин у просвіті периферичних лімфатичних судин. Виявлено, що лімфогенне метастазування мало місце у всіх випадках раку, але варто зазначити, що естроген-прогестерон-негативні (ER-PR-) пухлини були переважно низького або помірною ступеня диференціації (G2–G3) та вражали більшу кількість лімфовузлів у порівнянні з естроген-прогестерон-позитивними (ER+PR+) пухлинами.

Висновок. У всіх випадках інвазивного протокового раку інфільтративний компонент був представлений солідними, альвеолярними і тубулярними типами структур. Існує зв'язок між метастатичним поширенням, ступенем диференціації пухлини та імунофенотипом пухлини.

ЄДНІСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ЧИННИКІВ РОЗВИТКУ КАРДІОНЕВРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

МАЛИК О.Р.*, ФАЛІОН Р.І.*, РЯБЕЦЬ Л.С.**

*м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**м. Львів, комунальний заклад «Бюро судово-медичної експертизи»

Універсальним патогенетичним чинником для мозкової та серцевої патології є дисфункція ендотелію судин і ригідність стінок, як маркер «раннього старіння».

Мета дослідження – з'ясувати напрямок розвитку патологічного ланцюжка «серце–мозок» при одночасному прояві патології.

Методи дослідження: макро- та мікроскопічне дослідження автопсійного матеріалу.

Результати. *Випадок № 1.* Патоморфологічні зміни у системі кровообігу 52-річного досліджуваного: вага серця 600 г, лівий шлуночок товщиною до 2 см, строкатий від основи до верхівки задньої стінки внаслідок чергування біло-сірих вогнищ субендокардіально та трансмурально і темно-червоних; коронарні артерії зі стенозом від 80 % у проксимальних відділах до повної оклюзії у дистальних відділах внаслідок формування фіброзно-ліпідних бляшок зі звапінням. Артерії основи мозку сегментарно з фіброзно-ліпідними бляшками, середньо-мозкова артерія стенозована; в ділянці таламуса є вогнища маляції (3,5 × 2,5 см), в ділянці потиличної частки – однокамерні порожнини (1,5 × 1,0 і 1,7 × 1,5 см). Це свідчить про конкуренцію двох інфарктів у різних системах організму, але приймаючи до уваги неоднакову давність гострих станів (інфаркт міокарду – 72 год, інфаркт головного мозку – 24 год), безпосередньою причиною смерті є набряк головного мозку як ускладнення повторного субкортикального інфаркту лівої півкулі головного мозку.

Випадок № 2. 52-річна досліджувана упродовж двох діб отримувала медичну допомогу в інфарктно-му відділенні, в минулому мала інсульт та інфаркт міокарда. Патоморфологічні зміни такі: вага серця 447 г, товщина стінки правого шлуночка 0,4 см, лівого – 1,8 см, у задніх стінках базальних відділів обох шлуночків з поширенням на перетинку між ними і до верхівки серця трансмуральні темно-червоні вогнища та дрібні сіро-білі щільні прошарки тканини в усіх відділах лівого шлуночка; ліві коронарні артерії зі стенозом 25 % у початковому відділі та 30 % у передній міжшлуночквій, з обтурацією огинаючої (пристінкової червоної тромб давністю 12 год). Субкортикально у лівій скронево-тім'яній частці є вогнищевий крововилив (6,0 × 7,0 см), ліва середньо-мозкова артерія розірвана з геморагічною інфільтрацією, в просвітах лівого бокових 3-го та 4-го шлуночків – згортки крові. Щодо основної патології – гострого трансмурального інфаркту міокарда, незаплановано виконали стентування правої коронарної артерії, тому кардіогенний шок, як ускладнення, був безпосередньою причиною смерті, а внутрішньомозковий крововилив із проривом крові у шлуночкову систему виник після операції внаслідок розриву лівої середньомозкової артерії на тлі підйому артеріального тиску.

Висновки. Повноцінне дослідження кардіального статусу особи, яка в анамнезі мала інфаркт головного мозку, і навпаки – мозкового статусу особи з інфарктом міокарда в минулому, є сьогодні очевидно необхідним, зважаючи на однаковість патогенетичних чинників розвитку обох патологій. Інфаркт міокарду погіршує стан уже зміненої в минулому мозкової гемодинаміки, сприяючи збільшенню розмірів церебральної ішемії. Найчастіше під час гострих змін мозкового кровообігу діагностують гострий інфаркт міокарду серед іншої кардіальної патології.

УЛЬТРАСТРУКТУРА ОСЕРЕДКІВ РЕНАЛЬНОЇ ІНТРАТУБУЛЯРНОЇ НЕОПЛАЗІЇ ПЕРИТУМОРАЛЬНОЇ ТКАНИНИ ПРИ СВІТЛОКЛІТИННОМУ РАКУ НИРКИ

ФЕДЕВИЧ С.В., КУЗИК Ю.І., КОВАЛИШИН В.І.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Розвиток світлоклітинного раку нирки (СКРН), а особливо в ділянці епітеліальних клітин ниркових тубул перитуморальної тканини остаточно не з'ясований (Романенко А.М., Возіанов С.О.,

Непомнящий В.М. та ін., 2003; Черданцева Т.М., 2014). Разом з тим немає досліджень які б у порівняльному плані показали ультраструктурну організацію осередків ренальної інтратубулярної неоплазії (РІН) ниркових тубул перитуморальної тканини при СКРН різних ступенів диференціації.

Метою роботи було розкрити (в порівняльному плані) ультраструктуру клітин, клітинних і неклітинних елементів осередків РІН ниркових тубул перитуморальної тканини при СКРН високого (G 1), середнього (G 2) та низького (G 3) ступенів диференціації.

Матеріал і методи дослідження. Матеріалом для дослідження в трансмісійному електронно-мікроскопічному виконанні слугували післяопераційні біоптати перитуморальної тканини при високодиференційованому СКРН (G 1) – п'ять випадків, середнього ступеня диференціації СКРН (G 2) – п'ять випадків, низького ступеня диференціації СКРН (G 3) – шість випадків.

На ультраструктурному рівні (трансмісійна електронна мікроскопія) в перитуморальній тканині досліджували при СКРН різної диференціації (G 1, G 2, G 3) ниркові тубули та дотичні до них елементи строми.

Результати досліджень. Виявлено, що в ниркових тубулах перитуморальної тканини при СКРН високодиференційованого (G 1) та середнього ступеня диференціації (G 2) осередки РІН представлені в основному середньої електронної щільності малодиференційованими епітеліальними клітинами з великим ядерно-цитоплазматичним співвідношенням. В окремих осередках РІН при СКРН (вказаних ступенів диференціації) присутні епітеліальні клітини з малим ядерно-цитоплазматичним співвідношенням. Цитоплазма цих клітин наповнена дезорганізованими дрібними мітохондріями, тільцями Маллорі, гранулами глікогену, аутофагосомами. Перитуморальна тканина при СКРН високодиференційованого (G 1) та середнього ступеня диференціації (G 2) містить гемокапіляри, дрібні венули, скупчення фібробластів, макрофагів, плазмоцитів.

Характерною ультраструктурною ознакою перитуморальної тканини при СКРН низького ступеня диференціації (G 3) є присутність ниркових тубул малого діаметра, що окутані дуже товстими і одночасно розшарованими базальними мембранами. Типовим для окремих малодиференційованих епітеліальних клітин осередків РІН ниркових тубул перитуморальної тканини при СКРН низького ступеня диференціації (G 3) є наявність в їхній цитоплазмі поєданого із зовнішньою мембраною ядерної оболонки дуже великих розмірів, кулястої форми електроннощільного тільця Маллорі. Виявлено також, що ряд осередків РІН ниркових тубул перитуморальної тканини наповнені епітеліальними клітинами, цитоплазма яких вміщує гігантських розмірів аутофагосому та електроннощільне скупчення гранул глікогену. У складі аутофагосом містяться дрібні ліпідні краплі незначної електронної щільності та приблизно такого ж розміру дуже високої електронної щільності кулястої форми утвори невстановленої природи.

Висновки. Епітеліальні клітини осередків РІН перитуморальної тканини при СКРН низького ступеня диференціації (G 3), у порівняльному плані з аналогічними епітеліальними клітинами осередків РІН перитуморальної тканини при СКРН високого (G 1) і середнього (G 2) ступенів диференціації, мають цитоплазму, яка найбільш насичена тільцями Маллорі, аутофагосомами, електроннощільними скупченнями гранул глікогену.

ш) нетрадиційні методи діагностики і лікування

ВПЛИВ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН КОРДОВОЇ КРОВІ НА ПОКАЗНИКИ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ЩУРІВ З ГОСТРИМ ПЕРИТОНІТОМ НА ТЛІ ГІПОТИРЕОЗУ

ВЕРБА Р.В.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Незважаючи на досягнення сучасної медицини, перитоніт залишається одним з найбільш грізних ускладнень невідкладної хірургії живота. Науковці апробують нові підходи до його лікування. Гіпотиреоз посідає одне з провідних місць у структурі ендокринної патології. Знижена продукція тиреоїдних гормонів впливає на стан імунної та антиоксидантної систем. Тому метою роботи було вивчення стану антиоксидантної системи у щурів із гострим поширеним перитонітом на тлі гіпотиреозу та корекції з використанням стовбурових клітин кордової крові.

Гіпотиреоз моделювали щоденним введенням «per os» тиреостатика мерказолілу («Здоров'я», Україна) в дозі 25 мг/кг протягом 21-ї доби. Гострий поширений перитоніт (ГПП) відтворювали за методикою В. А. Лазаренка (2008), що полягає у введенні 0,5 мл 10 % профільтрованої калової суспензії в черевну порожнину піддослідних щурів. Стовбурові клітини отримували з пуповинної крові вагітних самок на 21–24 доби вагітності. Суспензію отриманих мононуклеарів вводили внутрішньоочеревинно в дозі 0,5 мл (кількість клітин в уведений дозі – $0,9-1,0 \times 10^8$) одразу після моделювання гострого поширеного перитоніту. Стан антиоксидантної системи оцінювали за активністю супероксиддисмутази (СОД) і каталази (КТ) у цільній крові.

Моделювання ГПП на тлі гіпотиреозу супроводжувалось зниженням активності СОД вже з 1-ї доби розвитку патологічного процесу – у крові вона склала 71 %, у гомогенаті печінки – 70 % від норми, а до 10-ї доби відповідно 60 % і 48 % ($p < 0,001$). Каталазна активність змінювалась аналогічно. Застосування СКК сприяло зростанню супероксиддисмутазної і каталазної активності крові і печінки. Зокрема, до 10-ої доби активність СОД у крові склала 162 %, а у печінці – 349 % від рівня тварин без корекції ($p < 0,001$). Каталазна активність склала відповідно 151 % та 297 % ($p < 0,001$) від тварин з ГПП на тлі гіпотиреозу без корекції.

щ) генетика, демографія

РЕТРОСПЕКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СМЕРТНОСТІ ЯК ІНДИКАТОРА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ОСІБ 1968–1986 РОКІВ НАРОДЖЕННЯ, ЯКІ ПРОЖИВАЛИ НА НАЙБІЛЬШ РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ УКРАЇНИ

Гуцько Н.В., Омелянець М.І., Масюк С.В., Іванова О.М., Короткова Н.В.
м. Київ, Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України»

Об'єктом дослідження обрано смертність осіб 1968–1986 років народження (0–17 років на час аварії на Чорнобильській АЕС), які проживали на найбільш радіоактивно забруднених територіях (РЗТ) України (Іванківський, Поліський, Народицький та Овруцький райони). Використано інформацію архівів Міністерства юстиції України та Державної служби статистики України за 1986–2011 рр.

Застосовано документарний аналіз, теоретичні, загальнонаукові, демографічні, математико-статистичні та програмно-технологічні методи дослідження з суцільним охопленням на досліджуваних територіях живих та померлих осіб. Контролем слугувало населення України відповідного віку.

Встановлено, що досліджувана когорта за 26 років потенційно втратила 82,3 тис. років життя. На чоловічу субкогарту припадає 72,4 % втрат. За кількістю летальних випадків лідирували у чоловіків народжені у 1969 (9,4 % від усіх випадків смертей), 1968 (8,9 %) та 1970 (8,7 %) рр., у жінок – у 1972 (8,1 %), 1971 (7,9 %) та 1974 (7,5 %) рр. Середній вік смерті для чоловіків – $(28,2 \pm 0,002)$ років, жінок – $(26,1 \pm 0,0006)$ років, обох статей складає $(27,7 \pm 0,05)$ років.

Середньохронологічний за 1986–2011 рр. рівень смертності на РЗТ становив $(2,7 \pm 1,67)$ ‰, а в Україні – $(1,80 \pm 0,82)$ ‰. Порівняння кривих виживання за допомогою логрангового критерію показало, що з ймовірністю $p > 99,9$ % (рівень значимості $\alpha < 0,1$ %) смертність як чоловіків, так і жінок 1968–1986 років народження є статистично достовірно вищою на РЗТ порівняно з Україною в цілому.

У смертності як чоловіків, так і жінок провідна роль належить зовнішнім причинам – смерті, новоутворенням та хворобам системи кровообігу.

Для суб'єктів дослідження методами ретроспективної дозиметрії відновлено 94,1 % поглинутих доз внутрішнього опромінення щитоподібної залози радіоізотопами йоду у травні-червні 1986 р. та 98,9 % індивідуалізованих ефективних доз зовнішнього та внутрішнього опромінення з різним рівнем точності. Середня поглинута доза опромінення щитоподібної залози у досліджуваного контингенту складає $(361,8 \pm 0,11)$ мГр, а середня ефективна доза – $(18,5 \pm 0,10)$ мЗв. Доза опромінення хлопчиків вища, ніж дівчаток. Розмах варіації доз однолітків найбільший у народжених у 1968, 1976, 1975, 1970 рр. Отримані у ході дослідження результати не дають змоги достеменно сказати чи є підвищена смертність когорти дослідження результатом впливу додаткового дозового навантаження, отриманого внаслідок аварії на ЧАЕС, чи ні.

Результати наукових досліджень свідчать, що існує серйозна проблема підвищеної смертності відносно молодих людей (до 45 років), які мешкають на РЗТ. Тому дослідження стану здоров'я осіб, які були дітьми та підлітками на час аварії на Чорнобильській АЕС, потрібно продовжувати з метою встановлення (або спростування) залежності доза–ефект на цих територіях. Одним із шляхів продовження досліджень є так звані «екологічні» радіоепідеміологічні дослідження. Для

їх проведення потрібно реконструювати дані щодо кількості осіб 1968–1986 років народження у вищезгаданих районах з точністю до населеного пункту і річні та накопичені індивідуальні ефективні дози для цих осіб, а також поглинені дози на щитоподібну залозу. Це дасть змогу порівняти дози у померлих (від того чи іншого захворювання) та у тих, хто вижив, і встановити можливі радіаційні ризики передчасної смертності. Інший шлях продовження досліджень – це дослідження смертності у контрольній групі осіб, що мешкали в схожих умовах, але отримали набагато менше дозове навантаження (наприклад, особи, що мешкають у відносно чистих районах Житомирської та Київської областей).

РАДІАЦІЯ, ВАДИ НЕВРАЛЬНОЇ ТРУБКИ ТА МІКРОЦЕФАЛІЯ

ВЕРТЕЛЕЦЬКИЙ В.Є.¹, ЄВТУШОК Л.С.^{1,2}, КОМОВ О.Д.³, ШУСТИК Р.П.², КУЗНЕЦОВ І.П.⁴,
ЛАПЧЕНКО С.Ф.^{1,5}, АХМЕДЖАНОВА Д.Р.^{1,6}, ЗИМАК-ЗАКУТНЯ Н.О.^{1,6}

¹Міжнародний благодійний фонд (МБФ) «ОМНІ-мережа для дітей»,

²м. Рівне, Рівненський обласний клінічний лікувально-діагностичний центр імені В. Поліщука,

³м. Рівне, Державна установа «Рівненський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України»,

⁴м. Луцьк, Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки,

⁵м. Луцьк, Волинське обласне дитяче територіальне медичне об'єднання,

⁶м. Хмельницький, Хмельницький міський перинатальний центр

Зростаюче занепокоєння суспільства щодо хронічного впливу низьких доз іонізуючої радіації внаслідок Чорнобильської катастрофи на результати вагітностей і нестача популяційних даних про вроджені вади розвитку (ВВР), зібраних за міжнародними стандартами, спонукали до започаткування у 1999 році у Рівненській та сусідніх областях системи популяційного моніторингу ВВР та проведення серії багаторічних досліджень, результати яких представлено нижче.

Вибух та пожежа на Чорнобильській атомній електростанції (ЧАЕС) спричинили забруднення іонізуючою радіацією північно-західних регіонів України. Одна з популяцій, що зазнала найбільшого впливу хронічного опромінення низькими дозами іонізуючої радіації, проживає на Поліссі – північній частині Рівненської області. Забруднені радіонуклідами поліські ґрунти мають один з найвищих відомих в Україні показників переносу цезію-137 з ґрунту до харчового ланцюга.

Іонізуюча радіація є відомим тератогеном, що може спричинити виникнення ВНТ і мікроцефалії.

Метою даного дослідження було вивчити асоціацію підвищеного рівня цезію-137 в організмі вагітних жінок та популяційні частоти вад невральної трубки (ВНТ) і мікроцефалії в Рівненській області.

Регресійні та кластерні аналізи продемонстрували тісну кореляцію доз інкорпорованого цезію-137 та частот ВНТ і мікроцефалії. У двох районах області поблизу діючих атомних електростанцій (АЕС) частоти ВНТ і мікроцефалії були найвищими, однак, в одному з цих районів рівні інкорпорованого цезію-137 серед вагітних були серед найнижчих в області.

Дані літератури свідчать, що підвищені частоти ВНТ спостерігались біля атомного комплексу Хамфорд (штат Вашингтон, США) та поблизу атомного комплексу Селафілд (Північна Англія, Великобританія).

Таким чином, отримані результати свідчать про необхідність проведення подальших досліджень асоціації високих частот ВНТ і мікроцефалії та доз інкорпорованого цезію-137 у вагітних жінок, а також високих частот цих ВВР поблизу АЕС.

ю) управління і організація охорони здоров'я, медична освіта

ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ СЛІД ВИРІШЕННЯ В ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ БІОЕТИЧНИХ ПРОБЛЕМ ВИКОРИСТАННЯ ЗОВНІШНЬОЇ МОВИ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ СУЧАСНОСТІ

Бачинський П.П., Цігнадзе Т.П.

м. Дніпро, Дніпровський Національний університет ім. Олеся Гончара, факультет медичних технологій діагностики, соціології та реабілітації; обласна дитяча клінічна лікарня.

Поки люди науки слухають ознаки живої речовини на інших планетах Сонячної системи, в багатьох місцях планети Земля антропогенний пошкоджуючий вплив на екологію відбувається прискореними темпами, що призводить до зникнення певних видів живої речовини на планеті Земля все більше і більше. Така доля і для такого виду живої речовини (за терміном, запропонованим В.І.Вернадським) як *Homo sapiens* (людина розумна). Ще в 1601 р. однією з форм зовнішньої мови славнозвісний англійський драматург і поет Вільям Шекспір (1564–1616 рр.) в драмі «Гамлет» вклав у уста свого героя найголовніше питання біоетики: «Бути чи не бути? Ось в чому питання!»

Першим із науковців зі світовим ім'ям найголовнішу проблему біоетики глибоко дослідив і сповістив людству різними формами зовнішньої мови українець за материнською лінією родо-воду, засновник і перший Президент української Академії наук в Києві, академік В.І. Вернадський при читанні циклу лекцій у Празькому університеті, в Сорбонні та в опублікованих наукових працях «Очерки и речи» [4]. В січні 1922 р. за ініціативою В.І. Вернадського в Петрограді був створений «Радієвий інститут», директором його був призначений В.І. Вернадський, який і керував науковою роботою цього інституту до 1939 р. У службовій записці, поданій в Академію наук СРСР, він писав: «Радієвий інститут повинен бути тепер організований так, щоб він міг спрямувати свою роботу на оволодіння атомною енергією. Цього вимагає простий розрахунок і державна передбачуванність. І мені здається, що збереження роботи Радієвого інституту є в наш час одним із таких завдань, яке державна влада не може без величезної, можливо, непоправної шкоди для справи відкладати. Я це стверджую, тому що ясно усвідомлюю важливе значення цієї роботи і можливий, як мені здається, в кінці кінців неминучий поворот в житті людства при вирішенні проблеми атомної енергії і її практичного використання.» Вже пізніше, у збірнику «Очерки и речи» В.І. Вернадський застерігав: «...чи зуміє людина скористатися цією силою, направити її на добро, а не самознищення?» [3] Вибух на 4-му атомному реакторі Чорнобильської АЕС 26 квітня 1986 р. приховати було неможливо. 1 травня 1986 року у Києві дорослі і діти святкували, не підозрюючи, що саме в той момент зазнають радіаційного опромінення. Це було надзвичайно грубим порушенням принципів біоетики з позиції охорони здоров'я людини, забезпечення екології, дотримання законів Природи.

Порушення принципів біоетики є серйозною світовою проблемою. Медичні працівники мають допомагати людям до їх народження ще в утробі матері, після народження, особливо в перші три роки життя, а також у подальшому житті. Треба зберігати не тільки соматичне, а й інтелектуальне здоров'я людини. Ми звернули увагу на особливості клініко-біохімічних процесів в перші три роки життя кожної новонародженої дитини, що пов'язані з впливом зовнішньої мови, ще під час перебування в Тернополі з 1960 по 1972 рр. Один із співавторів (Т.П. Цігнадзе) народилась в Тер-

нополі, а інший співавтор (П.П. Бачинський) виконував докторську дисертацію на кафедрі біохімії та госпітальної хірургії при консультативній допомозі проф. Ю.Т. Коморовського. Саме від нього я вперше дізнався, що лікар має спілкуватися з пацієнтом його рідною мовою (однією з форм зовнішньої мови). При такому спілкуванні у пацієнтів виникає більше довіри до лікаря. Згодом саме клініко-біохімічні особливості впливу генетично рідної зовнішньої мови на людину і стали предметом наших наукових досліджень. Відомо, що в перші три роки після народження, організм дитини виконує найбільш важку і важливу для подальшого життя працю і дитина вчиться говорити під впливом зовнішньої мови дорослих людей, які її оточують, а також вчиться ходити. Клініко-біохімічний процес формування власної зовнішньої мови під дією зовнішньої мови дорослих в перші три роки життя дитини – це величезне психологічне навантаження на клітини кори головного мозку. Його важливість в тім, що саме цей процес формує інтелект. Членороздільна зовнішня мова та інтелект – це унікальні властивості виду *Homo sapiens*, яких немає ні у одного іншого виду живої речовини на планеті Земля. Якщо в перші три роки життя дитина не почує членороздільної зовнішньої мови від людей, вона позбавляється інтелектуального здоров'я – у неї не формується інтелект, вона залишається на рівні людиноподібних мавп. Тоді, в Тернополі, визріла науково-дослідна програма порівняння впливу генетично рідної і генетично чужорідної зовнішніх мов на формування інтелектуального здоров'я шляхом вимірювання коефіцієнта інтелектуальності (IQ) у дітей. Таке обстеження було розпочате в дошкільних закладах і в молодших класах шкіл міста Дніпра. Результати досліджень впродовж 33 років опубліковані і представлені до оформлення як відкриття [1, 2, 4]. На результати наших досліджень звернув увагу тодішній Голова Правління ВУЛТ О.С. Мусій. Мовна проблема в країні набуває все більшої актуальності, про що свідчить реакція багатьох країн Європи на нещодавно прийнятий «Закон про освіту».

Висновки. 1. Спілкування зовнішньою мовою з новонародженими дітьми в перші три роки їх життя має бути генетично рідною мовою за материнською лінією родоvodu, щоб досягти оптимальних результатів інтелектуального здоров'я – розвитку інтелекту.

2. Найкращі результати розвитку інтелекту досягаються тоді, коли рідна мати спілкується зі своєю дитиною генетично рідною за материнським родоvдом зовнішньою мовою, а не наймані сторонні особи. Просвітницьку роль в цьому питанні повинні зіграти сімейні лікарі.

Список використаних джерел

1. Бачинський П. П. Про потребу створення особистісно орієнтованої материнської діалектики рідної мови. Педагогіка і психологія. Київ, 2000. № 3. С. 16–22.
2. Бачинський П. П., Цігнадзе Т. П. Медико-екологічне обґрунтування права новонародженої дитини на забезпечення оптимального розвитку інтелекту. Матеріали VII Міжнародної конференції «Франція-Україна, науково-практичний досвід у контексті діалогу національних культур». Дніпро : ДНУ ім. Олеса Гончара, 2001. Т. 2. С. 67–74.
3. Вернадский В. И. Очерки и речи. Питер : Научн. хим.-техн. изд-во, 1922. В. 1. 159 с.
4. Bachynski P. Role of Ukrainian physicians in enhancing intellectual development. YUMANA. 2004. Vol. 49, № 1(151).

ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ З МЕТОЮ ТРЕНУВАННЯ КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

*Бількевич Н.А., Андрейчин С.М., Ярема Н.З., Верещагіна Н.Я., Кучер С.В.
м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Сучасні вимоги до підготовки майбутніх лікарів передбачають набуття ними професійних компетентностей, зокрема навичок комунікації з пацієнтами відповідно до сучасних стандартів. У цьому аспекті важливим є врахування індивідуальних особливостей студентів, оскільки здатність до спілкування передбачає не лише дотримання ввічливої тактової поведінки, але й взаємодію на невербальному рівні. Лікарю важливо вміти відстежувати свої жести з метою узгодження їх із тим, про що говориться, одночасно потрібно вміти читати невербальні жести хворого. Не менш

значущим є вміння активно вислухати пацієнта, що передбачає вловлювання психологічного (і семантичного) підтексту, інтуїтивне відчуття того, що людина не може або не хоче вимовити.

Згідно з теорією К. Юнга, здатність до успішного спілкування детермінована ведучими психологічними функціями етики й екстраверсії. Метою дослідження було визначити розподіл цих ведучих функцій у студентів медичного університету та їх зв'язок із рівнем комунікативності.

При опитуванні 183 студентів III курсу медичного факультету за стандартними методиками визначення психологічного типу й за тестом В. Ряховського на визначення комунікативності виявлено, що результати опитування більшості студентів відповідали нормальній та дещо підвищеній комунікативності. Спостерігали залежність значень тесту від ведучої функції етики та екстраверсії. Таким чином, врахування індивідуальних якостей студентів-майбутніх лікарів дозволило б підвищити ефективність набуття ними комунікативних компетентностей.

МОЖЛИВОСТІ АНТИПЛАГІАТНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ДЕКІЛЬКОХ НАУКОВИХ ПРАЦЬ (ЗІ ЗБЕРЕЖЕННЯМ ВАЛІДНОСТІ) В НАУКОВОМУ ВІДДІЛІ МЕДУНІВЕРСИТЕТУ З ОДНОЧАСНИМ ЗАЛУЧЕННЯМ ДЕСКТОПНИХ ПРОГРАМ ТА ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСІВ: АВТОРСЬКІ АЛГОРИТМИ В КОНТЕКСТІ АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ

ВЕРГУН А.Р., ЧОП'ЯК В.В., НАКОНЕЧНИЙ А.Й., НЕГРИЧ Т.І., НАДРАГА О.Б., ЯГЕЛО С.П., ОГОНОВСЬКИЙ Р.З., ВЕРГУН О.М., ЯРКО Н.Б.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Як відомо, для всієї науково-освітньої спільноти набуває особливого значення поняття академічної доброчесності (academic integrity), є чітко визначеною роль академічної етики, культури та спільноти (academic ethos, culture and community), академічної доброчесності в процесах викладання та навчання (academic integrity in the teaching and learning processes), демократичного та етичного керівництва та управління (democratic and ethical governance and management), досліджень, що базуються на академічній доброчесності та соціальній відповідальності (research based on academic integrity and social responsiveness). Поняття академічної доброчесності (academic integrity) включає чесність (honesty), довіру (trust), справедливість (fairness), повагу (respect), відповідальність (responsibility) та підзвітність (accountability) [Академічна чесність як основа сталого розвитку університету / Міжнародний благодійний Фонд «Міжнародний фонд досліджень освітньої політики»; за заг. ред. Т. В. Фінікова, А. Є. Артюхова. К. : Таксон, 2016. 234 с.]. Антиплагіатна експертиза в концепції реалізації цієї стратегії є невід'ємною складовою системи освітньої та наукової діяльності і якості вищої освіти. Перевірка наукових праць на відсутність плагиату здійснюється в репозитарії медуніверситету та ресурсах інших репозитаріїв і мережі Інтернет, онлайн з урахуванням принципів відкритого доступу. Репозитарій Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького – це інституційний репозитарій відкритого доступу, розміщений на сервері Університету. Репозитарій акумулює електронні повнотекстові документи наукового та навчально-методичного призначення, надає до них безкоштовний постійний доступ через Інтернет, формується та функціонує відповідно до Законів України «Про бібліотеки і бібліотечну справу», «Про авторське право і суміжні права», «Про Національну програму інформатизації», «Про основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007–2015 роки», які визначають стратегію розв'язання проблеми забезпечення інформаційних потреб та інформаційної підтримки соціально-економічної, екологічної, науково-технічної, національно-культурної та іншої діяльності; до Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг», який поширюється на відносини, що виникають у процесі створення, відправлення, передавання, одержання, зберігання, використання електронних документів; до Закону України «Про захист інформації в автоматизованих системах», який встановлює основи регулювання правових відносин щодо захисту інформації в автоматизованих системах за умови дотримання права власності громадян України на інформацію та права доступу до неї у веб-орієнтованих кумулятивних та

постійних базах даних електронних копій документів. Незважаючи на те, що доповіді виконавчих наукових робіт заслуховуються на засіданнях профільних кафедр (лабораторій), враховуючи велику кількість тез доповідей, що скеровуються кафедрами для публікації, процес їх технічної перевірки стандартним способом (екстенсивним, послідовним) потребує значних затрат часу та детермінує оптимізацію антиплагіатної експертизи впровадженням нових алгоритмів комплексного застосування онлайн- і десктопного програмного забезпечення (ПЗ).

Мета роботи. Удосконалити принципи первинної комплексної антиплагіатної експертизи декількох наукових праць у науковому відділі медуніверситету (зі збереженням валідності і збільшенням оптимальної швидкості проведення) без втрати якості її виконання шляхом впровадження авторських алгоритмів одномоментного послідовного застосування загальнодоступних десктопних програм та інтернет-ресурсів.

Матеріал та методи. У відповідності до Статуту Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького з вересня 2015 р. в університеті розроблено Положення про протидію академічному плагіату та реалізуються заходи щодо запобігання оприлюдненню (частково або повністю) наукових результатів, отриманих іншими особами, як результатів власного дослідження та/або відтворенню опублікованих текстів інших авторів без відповідного посилання. Одним із сучасних напрямків боротьби з академічним плагіатом є його констатація за допомогою програм, які постійно удосконалюються і стають більш ефективними, повинні адекватно аналізувати збіги кирилицею та латиницею і бути вільно доступними. Перевірка тез доповідей і статей у фахові журнали в науковому відділі медуніверситету найчастіше здійснюється за допомогою програм «Advego Plagiatus», «AntiPlagiarism.NET» або «Etxt Антиплагіат» на підставі Положення, прийнятого та затвердженого на Вченій Раді 23. 09. 2015 р. Наукові керівники в обов'язковому порядку ознайомлюють з антиплагіатним Положенням виконавців наукових робіт, на всіх етапах проведення дослідження контролюють і попереджують факти академічного плагіату. Застосоване ПЗ для первинної антиплагіатної перевірки є вільнодоступним. У рамках комплексної стратегії академічної доброчесності та тотальної антиплагіатної експертизи публікацій результатів наукових досліджень нами здійснено перевірку 480 коротких наукових праць, що були представлені для участі у науковій конференції Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького у 2018 р. Основна група – 400 коротких наукових праць, що перевірені із застосуванням авторських алгоритмів (першим алгоритмом одномоментної перевірки 5 наукових праць здійснена перевірка 250 тез доповідей; іншим авторським алгоритмом одномоментної перевірки 7 наукових праць здійснена перевірка 150 тез доповідей), контрольна група включала 80 тез доповідей. Усі досліджувані групи були статистично співставимими за обсягом інформації, форматом і складністю проведення технічної експертизи. Проаналізовано переваги та недоліки окремих антиплагіатних програм та інтернет-ресурсів.

Результати та їх обговорення. Нами стверджено, що дані параметри дозволяють застосовувати одночасну перевірку системою до 5 коротких наукових праць (до 200000 символів), – кожної зокрема в окремому діалоговому вікні, повільність базової експертизи ПЗ «Advego Plagiatus» детермінує можливість одночасного застосування для паралельної експертизи інших 2 наукових праць інших антиплагіатних програм, включаючи інтернет-ресурси, оптимальними з яких на сьогоднішній день є «Content Watch» і «Be1Ru». Одномоментна перевірка 5 наукових праць реалізується шляхом одномоментного застосування перевірки у трьох діалогових вікнах десктопної програми «Advego Plagiatus» та в інтернет-ресурсах «Content Watch» і «Be1Ru» (до 10 000 символів) після попередньої реєстрації. При сумнівних результатах перевірки антиплагіатними інтернет-ресурсами (онлайн), здійснюється повторна перевірка цих 2 робіт у попередньо відкритих і підготовлених діалогових вікнах «Advego Plagiatus». Експертиза 7 публікацій у науковому відділі медуніверситету нами реалізується шляхом десктопного завантаження у попередньо відкриті діалогові вікна вільнодоступного ПЗ, скринінгу у 5 окремих діалогових вікнах десктопної програми «Advego Plagiatus» і двох інших робіт – у інтернет ресурсах «Content Watch» і «Be1Ru». При сумнівних результатах перевірки антиплагіатними інтернет-ресурсами (онлайн), здійснюється повторна валідизаційна перевірка цих праць у попередньо відкритих і підготовлених додаткових діалогових вікнах «Advego Plagiatus» та «Etxt Антиплагіат» («AntiPlagiarism.NET») згідно із запропонованими нами алгоритмами (рацпропозиція депонована в науковій бібліотеці Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького 26. 03. 2018 р., свідоцтво №1914).

Особливості налаштування ПЗ «Advego Plagiatus»: верифікація збігів від 1 %; шингл 4, пошукова фраза 5 слів, таймаут на швидкому інтернеті – 10 секунд, на повільному – 50 секунд; переривання «50»; глибока перевірка з виведенням відсотку унікальності тексту.

За першим алгоритмом здійснена перевірка 250 тез доповідей, внаслідок наявності академічного плагіату відхилено 32 праці (12,8 %). Тривалість перевірки одного логічного блоку (5 праць становила 15–25 хвилин). При послідовній перевірці 5 студентських тез стандартним способом десктопною програмою «Advego Plagiatus, версія 1.3.3.2» (80 тез доповідей – група контролю) така перевірка триває до 1 год (45–65 хвилин). Таким чином, перший запропонований алгоритм дозволяє здійснити економію до 75 % затрат ефективного часу без втрати результативності антиплагіатної первинної технічної експертизи тез доповідей. За іншим алгоритмом здійснена вибіркова перевірка інших 150 тез доповідей. Після повторної перевірки програмою «Etxt Антиплагіат» 12 сумнівних робіт (8 %), кількість відхилених внаслідок наявності академічного плагіату становила 11 праць (7,33 %). Тривалість перевірки одного логічного блоку (7 праць) становила 10–17 хвилин, середня тривалість – 12 хвилин. При послідовній перевірці 7 наукових праць стандартним способом ПЗ «Advego Plagiatus, версія 1.3.3.2» (80 тез доповідей – група контролю) така перевірка триває до 1,5 год (70–90 хвилин). Інший запропонований алгоритм також дозволяє здійснити економію 81,11–85,71 % затрат ефективного часу без втрати результативності антиплагіатної первинної технічної експертизи тез доповідей. Результатом роботи ПЗ, що є складовою стратегією академічної доброчесності, є відсоток унікальності тексту. Статті у спеціалізовані журнали, наукові роботи (включаючи тези доповідей) і наукові звіти кафедр рецензує старший інспектор наукового відділу за скеруванням відповідного структурного підрозділу медуніверситету. Довідка про автоматизований аналіз роботи на плагіат з вказанням відсотка унікальності тексту «підшивається» до скерування та відгуку установи, зберігається і є обов'язковою для допуску наукової роботи до публікації.

Висновки. Антиплагіатна перевірка проводиться на засадах сприяння академічній доброчесності, є важливою передумовою адекватності реалізації комплексних наукових тем вищих навчальних закладів і об'єктивізує загальну оцінку якості представлення результатів досліджень у фахових та інших наукових виданнях, включаючи тези доповідей наукових конференцій. Оптимізація швидкості виконання первинної технічної експертизи коротких наукових праць (до 10 000 символів) без втрати якості її виконання нами реалізована створенням алгоритмів послідовного та одномоментного застосування десктопних програм «Advego Plagiatus», «Etxt Антиплагіат» («AntiPlagiarism.NET») та інтернет-ресурсів «Content Watch» і «Be1Ru», що дозволяє здійснити економію 75–85,71 % затрат ефективного часу без втрати експертної валідності; результати апробації авторських алгоритмів свідчать про достатню перспективність щодо можливостей застосування і дозволяють рекомендувати такі варіанти оптимізації антиплагіатної експертизи наукових праць до впровадження у структурних підрозділах наукових та навчальних закладів. Актуальними щодо подальших досліджень є аспекти оцінювання та побудови ефективних заходів контролю академічної доброчесності в освітню практику, розробка керівництв і рекомендацій для оптимізації антиплагіатної експертизи впровадженням нових алгоритмів комплексного застосування сучасного програмного забезпечення.

ПІДҐРУНТЯ ТА ШЛЯХИ БОРОТЬБИ З НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В УКРАЇНІ

Грузєва Т.С., Галієнко Л.І.

м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

У Порядку денному Організації Об'єднаних Націй у сфері сталого розвитку на період до 2030 року, Основах політики «Здоров'я-2020», Талліннській хартії боротьбу з неінфекційними хворобами визначено пріоритетним завданням соціальної політики. Відповідно до перспективного бачення скорочення їх поширеності визнано стратегічним напрямом розбудови національної системи охорони здоров'я, що потребує комплексного підходу до його реалізації.

В даному контексті проведено аналіз здоров'я населення, поширеності чинників ризику розвитку неінфекційної патології, стану профілактичної роботи. Виявлено, що рівень смертності населення працездатного віку від хвороб системи кровообігу в Україні перевищував середній в європейському регіоні у 2 рази, країнах Європейського Союзу – в 4 рази, від раку – в 1,2 та 1,3 рази відповідно. Впродовж 1991–2016 років поширеність серцево-судинних хвороб серед населення України збільшилася в 2,7 рази, діабету – в 1,7 рази, бронхіальної астми – в 1,6 рази; артеріальну гіпертензію виявлено у 45,1 % населення, вживання тютюну – у 28,3 %, прояви небезпечного вживання алкоголю, ожиріння тощо. Обсяги профілактичної роботи впродовж 2000–2015 років були недостатніми; скорочувалися обсяги популяційної, групової та індивідуальної медичної профілактики.

З урахуванням сучасного стану здоров'я, профілактичної діяльності, рекомендацій ВОЗ обґрунтовано функціонально-структурну модель профілактики неінфекційних захворювань та формування здорового способу життя, яка базується на міжсекторальній основі і спрямована на запобігання інвалідизації і підвищення якості життя населення.

ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ У ВИЩОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

КОВАЛЬСЬКА О.Р.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Удосконалення системи додипломної освіти лікарів є одним з важливих завдань сьогодення. Із цією метою у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького набули широкого впровадження інноваційні методи навчання.

Мета роботи: оцінка ефективності впровадження дистанційної форми навчання в системі медичної освіти.

Матеріали й методи. Проведено узагальнений системний аналітичний огляд ефективності програми дистанційної форми навчання «Misa» на базі системи Moodle, яка впроваджена у навчальний процес кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я ЛНМУ імені Данила Галицького.

Результати. Система дистанційного навчання «Misa» впроваджена у навчальний процес Університету з 2017 року та успішно доповнює традиційні методи навчання. Дана система передбачає можливість наповнення її як навчальним матеріалом (презентації/тексти лекцій, методичні рекомендації до практичних занять/самостійної роботи тощо), так і використання методів онлайн-тестування, яке може бути у формі тренувального тестування та у формі контролю. Безсумнівними перевагами такого оцінювання є: економія матеріальних ресурсів, економія часу, ефективність та неупередженість оцінювання, миттєва інформація про результати тестування. Перевагою даної форми навчання для студентів є можливість вільного доступу до навчальних матеріалів і онлайн-тестування у будь-який час доби та будь-де. Єдиною умовою комфортної роботи з системою є наявність гаджета, який має доступ до мережі інтернет.

Висновки. Впровадження системи дистанційного навчання сприяє різнобічному розвитку індивідуальності здобувача вищої освіти, формує демократичне та гуманне навчання по відношенню до нього і допомагає раціонально використовувати свою діяльність, формувати механізм адаптації до сучасних умов.

ВИКЛАДАННЯ ФТИЗИАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ КОМП'ЮТЕРНО-ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В КОНТЕКСТІ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ КРЕДИТНО-ТРАНСФЕРНОЇ СИСТЕМИ

Костик О.П., Ільницький І.Г., Чуловська У.Б., Вольницька Х.І., Луцишин Т.В., Пискур З.І., ЗАВЕРУХА О.Я., Галишич Н.М., СУВОРКІНА І.В.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Прогрес науки і техніки, який характеризує початок ХХІ століття, вимагає підвищення якості освіти, тому значна увага спрямовується на впровадження інноваційних технологій навчання. Навчальний процес на кафедрі фтизіатрії і пульмонології проводиться на засадах Європейської кредитно-трансферної системи, відповідно до якої у студентів медичних факультетів передбачена аудиторна та позааудиторна робота, яка контролюється під час практичних занять і завершується проведенням підсумкового модульного контролю та письмовим іспитом. Враховуючи патоморфоз туберкульозу в сучасних умовах, а саме зміну епідеміологічного профілю захворюваності на туберкульоз у бік збільшення кількості хворих на мультирезистентні форми туберкульозу, особлива увага студентів звертається на поліморфізм перебігу туберкульозу, спричиненого мультирезистентними формами мікобактерій. Згаданий матеріал відображається у відео- та мультимедійному форматі (відео торакоскопія, трансторакальна біопсія, комп'ютерна томографія легень), із застосуванням рентгенограм, результатів лабораторно-інструментальних досліджень. Контроль знань проводиться на довільній вибірці тестових завдань.

Напрацювання колективу кафедри фтизіатрії і пульмонології в комплексі з сучасним оснащенням навчальних кімнат і лекційних аудиторій, динамічне забезпечення педагогічного процесу новітніми інформаційними технологіями, систематичне оновлення та поповнення матеріалів, а також всебічна видавнича діяльність сприяють постійному підвищенню якості навчального процесу.

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ І ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Лемішко Б., Базилевич А., Лемішко Б.

м. Львів, Львівський регіональний інститут державного управління національної академії державного управління, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Виключна актуальність розвитку первинної медичної допомоги (ПМД) на засадах сімейної медицини (СМ) в Україні, як основного напрямку сучасного реформування системи охорони здоров'я (СОЗ) з метою поліпшення якості та ефективності медичної допомоги та зміцнення здоров'я кожної людини й громадського здоров'я, ні у кого не викликає сумніву. Реформування ПМД на засадах СМ відповідає світовим стандартам охорони здоров'я та є одним із критеріїв Європейського вибору України. Ці та інші аспекти розвитку ПМД на засадах СМ в Україні реалізуються на основі комплексного механізму державного управління розвитком СМ в наші країни.

При цьому комплексний механізм державного управління розглядається як система політичних, організаційних, мотиваційних, економічних і правових впливів органів державної влади на сферу охорони здоров'я з метою досягнення поставленої цілей.

З прийняттям Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» від 05.02.2015р. розпочалась децентралізація державного управління, реформа місцевого самоврядування та адміністративно-територіальна реформа. Ради об'єднаних територіальних громад (ОТГ) не можуть безпосередньо здійснювати господарську і професійну діяльність з медичної практики, оскільки є органом місцевого самоврядування, тобто відноситися до суб'єктів владних повноважень.

Громадське здоров'я включає в себе все, що пов'язане зі здоров'ям кожного індивіда, однак воно не зводиться лише до характеристики останнього. Фахівці інтегративної СМ залучають територіальні громади до зміцнення громадського здоров'я населення через активну участь у розподілі ресурсів державного бюджету у вигляді державної субвенції на охорону здоров'я в ОТГ і місцевого бюджету громади. Через громадські організації та окремих спонсорів ресурси закладів охорони здоров'я ОТГ збільшуються за рахунок благодійних внесків фізичних і юридичних осіб.

Розширення можливостей профілактичної медицини, медичної валеології та медико-соціальної реабілітації хворих і травмованих осіб на основі значної просвітницької роботи фахівців СМ у громаді дозволяє будувати перспективні взаємовідносини між інтегративною сімейною медициною, громадським здоров'ям територіальних громад і суспільним здоров'ям країни.

Сімейний лікар, який добре знає проблеми громадського здоров'я територіальної громади, які можливості їх вирішення у різних закладах охорони здоров'я й у різних фахівців забезпечує вертикальну інтеграцію пацієнт-орієнтованої медичної допомоги. Тобто, сімейний лікар може визначити оптимальний діагностичний і лікувально-реабілітаційний маршрути пацієнта за таким принципом, щоб кожна хвора чи здорова людина змогла одержати найкращі медичні послуги саме у тому закладі та й того фахівця, який найліпше зможе вирішити її проблеми.

У системі охорони здоров'я інтеграція медичних послуг окрім якісної пацієнт-орієнтованої медичної допомоги, що є найважливішою її перевагою, вирішує ще низку проблем: наближує до кожної хворої людини окрім первинної медичної допомоги, яку надає сімейний лікар, і спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну, що надають вузькі спеціалісти; забезпечує єдиний комплексний процес діагностики, профілактики, лікування і медико-соціальної реабілітації; формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей, а також первинної та вторинної профілактики найбільш поширених захворювань і травм, що становлять основу зміцнення громадського здоров'я.

Створення великих інтегрованих багатфункціональних команд на кшталт клінік інтегративної сімейної медицини схвалюється у всьому світі як спосіб поліпшення якості медичної допомоги та зменшення витрат на реалізацію сучасних лікувально-профілактичних технологій, що підвищує їх економічну ефективність. Так, в Австралії інтегрована командна медична практика є дешевшою з розрахунку на одного лікаря і більш прибутковою. У Великобританії реформи у сфері СМ у 90-х роках минулого століття відбулися при підтримці полі-профілізації медичних кадрів.

Окрім фінансового заохочення на структуру інтегрованих професійних команд впливає також державне регулювання їх функцій. Так, у США законодавчо дозволено в окремих штатах медичним сестрам виписування рецептів та виставлення рахунків за надані медичні послуги.

Законодавством України визначено, що надання ПМД забезпечують центри ПМД, а також сімейні лікарі, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці та можуть перебувати з цими закладами охорони здоров'я у цивільно-правових відносинах. Сімейному лікареві, який надає ПМД на сімейно-територіальній ділянці, надано право координувати та інтегрувати медичні послуги будь-якого лікаря СОЗ з метою надання якісної допомоги пацієнтові на основі принципу «Гроші йдуть за пацієнтом».

Інтегративна функція фахівців СМ успішно проявляється в клініці інтегративної сімейної медицини, в якій поруч з фахівцями сімейної медицини, які об'єднані в центрі ПМД, працюють вузькі спеціалісти в консультативно-діагностичному центрі на правах підрозділів єдиного закладу охорони здоров'я, що фінансується на принципах часткового фондотримання.

Ми вважаємо, що реформування системи охорони здоров'я зі створенням підсистеми громадського здоров'я в Україні не повинно відбуватися шляхом юридичного розділення закладів охорони здоров'я на 3 рівні (первинний, вторинний і третинний). Немає жодного сенсу відокремлювати фахівців другого рівня, які в наш час працюють у територіальних поліклініках, від сімейних лікарів, дезінтегруючи їх зусилля на догоспітальному етапі. На перехідному етапі від державно-комунального типу управління системою охорони здоров'я слід перейти до державно-громадської системи управління охороною здоров'я населення об'єднаних територіальних громад. Такі заклади мають стати в Україні фундаментом постійного підвищення рівня громадського здоров'я та базою додипломної та післядипломної підготовки студентів і лікарів-інтернів за спеціальностями «сімейна медицина» і «громадське здоров'я», а також наукового супроводу цього комплексу проблем.

ЕТИЧНІСТЬ ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

ЛІТВАК А.І.

м. Одеса, Регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України

Дослідження шляхом анкетування медичного персоналу (104 лікарів, з яких 42 – чоловіки і 62 – жінки, а також 24 медичних сестер, жінок), що надає медичну допомогу у різних закладах, показало, що тільки кожен одинадцятий респондент (8,6 %) показав високий рівень етичних цінностей і поведінки. Найбільша частина людей – дві третини (70,3 %) показали середній рівень і кожен п'ятий респондент (21,1 %) продемонстрував низький рівень етичності, головним чином, за рахунок чоловіків. Різниця між часткою респондентів, що опинились разом на певному рівні етичності (вищому, середньому, низькому), має статистичну достовірність. Оцінки наших респондентів засвідчили високу толерантність багатьох медичних працівників до неетичної поведінки під час професійної діяльності. Вони показали певну легкість, з якою наші респонденти ставляться до поведінки, яка порушує існуючі моральні норми і правила. Факторами, що могли впливати на етичність поведінки медичного працівника, виявились стать (чоловіча чи жіноча) і освіченість людини (медичні сестри, лікарі). Жінки більш етично виховані, ніж чоловіки, незалежно від освіти. Дослідження показало результативність використання анкети і можливість її використання для діагностики різних факторів, що впливають на рівень етичності людини. Навчання етичним правилам і поведінці є неодмінним завданням громадських професійних організацій. Етичні тренінги для чоловіків повинні за змістом суттєво відрізнятися від тренінгів для жінок. В медичних закладах слід запровадити школи етичної поведінки для молодих спеціалістів, а також розробляти програму етичного розвитку медичного персоналу.

СУЧАСНА МОРАЛЬНІСТЬ І ЕТИКА МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Мельник І.В., Чурпій І.К., Мельник Р.І., Мельник М.І.

м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

Мораль медпрацівників є одним із ефективних механізмів передбачення і розв'язання суперечностей і конфліктів, які виникають у цій сфері діяльності. Специфіку її досліджує медична етика, якій належить особливо важлива роль у формуванні принципів, на яких ґрунтується моральний кодекс працівників системи охорони здоров'я. Безперечно, здоров'я, життя людини є основою реалізації принципу гуманізму. Похідними від принципу гуманізму є принципи «Не зашкодь», «Роби благо», «Поваги автономії пацієнта», «Справедливості», «Правила взаємин медпрацівника і пацієнта», «Правило конфіденційності», «Правило інформаційної згоди» тощо.

Для медичного працівника культура спілкування зі співробітниками в колективі – одна з необхідних умов високої ефективності праці, морального задоволення від неї. Соціологи і психологи встановили пряму залежність між моральним кліматом у колективі і продуктивністю праці, плинністю кадрів. У гарному колективі робота формується завдяки прагненню кожного допомогти іншому, виявити увагу до товариша по роботі, розділити з ним усі радості та прикрі моменти життя. І навпаки, якщо колектив конфліктує через постійні непорозуміння у взаєминах між його членами, інтриги, неповагу один до одного, це знижує ефективність праці колективу в цілому, якість роботи окремих співробітників. У такому колективі неприємно працювати, з'являється бажання залишити роботу. Ненормальна обстановка в колективі іноді пов'язана з хворобливим самолюбством окремих його членів, з небажанням прислухатися до корисних порад і в той же час з грубими помилками в роботі тощо. Таке поведіння частіше пояснюється низькою культурою людини, її невихованістю. На жаль, у деяких медичних колективах ще не зжиті випадки брутальності, хамства, безцеремонності. Терпіти подібну обстановку, що роз'їдає нерідко гарний колектив, неприпустимо. Порушники порядку, порушники морально-психологічного клімату в

колективі повинні одержувати одностайну відсіч, а якщо це не допомагає, їх необхідно ізолювати від колективу. Є таке слово «колеги». Колегами називають товаришів по роботі чи навчанню, людей, об'єднаних спільністю ділових інтересів. Колегіальність – це устремління людей вирішувати всі питання спільно на принципах взаємоповаги, взаємодопомоги. Бути колегами – це значить дотримуватися принципу взаємодопомоги, а не взаємного всепрощення і покривання, взаємно збагачувати коло друзів знаннями, уміннями. Людині легко і просто працювати в колективі, якщо він уміє поважати інших, з довірою і доброзичливістю ставиться до колег. Поважати інших – значить рахуватися з іншою думкою і переконаннями, інтересами і недоліками, тобто бути уважним й чуйним до навколишніх людей, ввічливим і делікатним, скромним і справедливим. Нормою здорових взаємин медичних працівників один з одним є дбайливе ставлення до авторитету свого і товаришів. Необхідна субординація в роботі лікарів і середнього медичного персоналу. Разом з тим, в наш час зустрічаються лікарі, частіше молоді, які поводяться некоректно, фамільярно. Однією з важливих умов гарного психологічного клімату в медичному колективі, ефективності його діяльності є згуртованість і взаєморозуміння всіх співробітників незалежно від займаної посади. Згуртуванню медичного колективу сприяють вечори відпочинку, спортивні змагання тощо. Однак це нічого спільного немає з розважальними заходами на території лікувальних установ та ще й з розпиванням алкогольних напоїв. Потреба врегулювання і встановлення здорової атмосфери виробничих стосунків медичної спільноти на часі. І коли восени 2009 року під час роботи X з'їзду Всеукраїнського лікарського товариства було прийнято Етичний кодекс лікаря України, це стало історичною подією для всієї медичної спільноти країни. Дотримання норм і принципів, прописаних у кодексі, сприятиме налагодженню конструктивного діалогу між медичними працівниками, пацієнтами та сприятиме відновленню втраченої довіри суспільства до лікаря. Залишається їх впроваджувати на практиці.

ПЕДАГОГІЧНА МАЙСТЕРНІСТЬ ВИКЛАДАЧА МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Мельничук І. М.

м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Науково-педагогічна діяльність викладача вищої медичної школи – це висококваліфікована праця з підготовки майбутніх фахівців медичної галузі. У цій діяльності поєднано знання та ерудицію вченого і мистецтво педагога, високу культуру з інтелектуальною і моральною зрілістю, усвідомленням обов'язку та почуттям відповідальності.

Успішність педагогічної діяльності викладача в медичному університеті залежить від гармонійного поєднання таких складників: 1) його професійної компетентності, професіоналізму, наукових знань з дисциплін фахового спрямування, що є основою підготовки майбутніх лікарів, стоматологів, фармацевтів, фахівців сестринської справи; 2) педагогічних умінь і навичок методичного мистецтва викладача, спроможного сформувати професійну компетентність у студентів-медиків; 3) вияв викладачем власного «Я», професійно-педагогічних здібностей і професійно-педагогічної техніки в інтегрованій професії лікаря-педагога з метою самореалізації особистості лікаря в педагогічній діяльності. Відтак педагогічну майстерність викладача медичного університету розглядаємо як його творчу активність, спрямовану на доцільне використання методів і засобів педагогічного взаємовпливу в кожній ситуації навчання та виховання майбутніх фахівців медицини.

З метою вдосконалення педагогічної майстерності викладачів у Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського в 2017-2018 навчальному році організовано та апробовано проведення спеціальних курсів у формі лекцій і навчальних тренінгів з метою розширення системи педагогічних знань і уявлень про закони навчання, виховання та інноваційні освітні технології розвитку особистості майбутніх фахівців медицини.

ЗНАЧУЩІСТЬ СИНЕРГІЇ СОЦІАЛЬНО-КОМУНІКАТИВНИХ ТА ПРОФЕСІЙНИХ НАВИЧОК (SOFT AND HARD SKILLS) ДЛЯ ІННОВАТОРА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

НАЙДА І., ГОРБАНЬ А., КУЧЕР О.

м. Київ, ГС «Центр інновацій “Сходи в Майбутнє”»

Ключові слова: інноватор, інновація, ціннісні характеристики, особистісні характеристики, hard skills (професійні навички), soft skills (соціально-комунікативні навички), digital skills (цифрові навички), соціально-демографічні характеристики інноватора, компетенція, компетентність.

Актуальність вибору теми дослідження обумовлена необхідністю достовірного визначення основних ціннісних та особистісних характеристик інноватора у сфері охорони здоров'я України, що потребують підсилення для подальшої активної інноваційної діяльності.

На думку авторів, за результатами огляду існуючих міжнародних точок зору на визначену проблему, найбільш повно та науково доведено вона розкрита у соціологічних дослідженнях, проведених незалежно одне від одного, майже в один проміжок часу, за участі достатньої кількості респондентів, що мінімізує ризик системної похибки, у США та Росії. У обох дослідженнях встановлені типові соціально-демографічні характеристики узагальненого портрету інноватора.

Також було здійснено огляд результатів дослідження базових цінностей першого рівня респондентів за теорією Ш. Шварца. Крім того, проведено огляд досліджень, що визначають ранжування пріоритетності hard skills, soft skills та digital skills, і виважений баланс між ними для досягнення успіху у представників різних груп спеціальностей.

Після огляду результатів цих досліджень встановлено, що незалежно від країни, у якій проводилися дослідження, тобто у респондентів, що працюють та мешкають в різних соціально-економічних і побутових умовах, узагальнені соціально-демографічні портрети інноватора досить схожі, а саме: це чоловіки старше 35 років, що мають вищу освіту (третина респондентів має також науковий ступінь), постійно підвищують рівень фахової компетенції шляхом проходження додаткового навчання, працюють у великих колективах, у тому числі наукових та освітніх, переважно спираються на підтримку держави, або гранти неурядових організацій, третина з них працює паралельно у декількох закладах.

Таким чином, дослідниками спростований прийнятий соціальний «міф» про те, що інноватором є молода людина, яка усамітнено «в гаражі» створює інновацію, яка потім має значний соціальний і бізнесовий успіх. Скоріше – це виняток з правил, що підтверджує наявність самого правила.

Огляд досліджень з визначення ранжування пріоритетності цінностей hard skills, soft skills та digital skills демонструє, що для досягнення визнання у соціальному середовищі та успіху у бізнесі баланс між професійними і комунікативними цінностями повинен мати рівновагу з незначним зміщенням у бік, що відповідає специфіці спеціальності (технічні чи гуманітарні науки). Цифрові знання і вміння у сучасному світі не розглядаються, як раніше, складовою професійних навичок (hard skills) та виокремлюються у поняття digital skills. Ефективне використання кожної з компетенцій, складовими яких є відповідний комплекс знань, вмінь, навичок і мотивації робить фахівця високоефективним та успішним.

Огляд результатів дослідження базових цінностей першого рівня за теорією Шварца свідчить, що найбільш значущі цінності відповідають критеріям самостійності, універсалізму та доброзичливості. Саме вони переважно впливають на формування поведінки успішного інноватора.

Після огляду міжнародних досліджень, що доводять типовий соціально-демографічний і професійний портрет успішного інноватора, автори дійшли гіпотези, відповідно до якої узагальнений портрет Українського інноватора має бути відповідним до визначеного світового.

Для підтвердження чи спростування цієї гіпотези заплановано проведення власного дослідження, що за методологією та інструментарієм буде зіставним зі світовими. У разі встановлення системного зниження значень окремих ціннісних характеристик, що визначають Українського інноватора, буде розроблено рекомендації щодо спрямування зусиль освітян і наставників наукової молоді зі сфери охорони здоров'я на розвиток таких особистісних чинників.

Зазначаємо, що Громадська спілка «Центр інновацій “Сходи в Майбутнє”» використовує у своїй діяльності ціннісно-цільовий та компетентнісний підходи, котрі спираються на огляди міжнародних досліджень та результати власних наукових досліджень високого рівня доведеності.

БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК ФАХІВЦІВ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

САКСОНОВ С.Г.

м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Реформування охорони здоров'я потребує особливої уваги до питань підготовки і використання кадрових ресурсів, зокрема офтальмологічного профілю, враховуючи поширеність патології органу зору серед населення, тенденції до її збільшення.

Медико-соціальним дослідженням встановлено, що 65,2 на 100 фахівців офтальмологічного профілю високо оцінюють рівень своєї кваліфікації, проте 12,4 – низько. У контексті безперервного професійного розвитку відвідували курси підвищення кваліфікації 1 раз на 5 років більше половини респондентів. Висловилися за потребу у постійному підвищенні кваліфікації 75,0 на 100 опитаних. Причинами недостатньої частоти підвищення кваліфікації є складність відриву від роботи, втрата частини заробітку, значні затрати на проїзд та проживання, дороговартісність деяких форм підвищення кваліфікації.

З'ясовано бажані форми підвищення кваліфікації в системі безперервної медичної освіти. Виявлено суттєві резерви підвищення ефективності професійної діяльності. Рекомендовано передати середньому медичному персоналу виконання досліджень з рефрактометрії, тонометрії, візометрії для вивільнення часу спеціалістів. Висловлено думку щодо проведення фахівцями без медичної освіти досліджень з оптичної когерентної томографії, флуоресцентної ангіографії, периметрії та запропоновано внести до класифікатора професій – спеціалізацію «оптометрист» (рівень освіти – неповна вища медична, середня спеціальна медична). Підтверджено необхідність удосконалення освітніх програм на дипломному та післядипломному рівнях, забезпечення безперервного професійного розвитку протягом всього життя.

АВТОРСЬКА ІНТЕРАКТИВНА МЕТОДИКА ВИКЛАДАННЯ СТУДЕНТАМ ДИСЦИПЛІНИ «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

СЕМЕНЮК О.О.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Стрімкий розвиток медицини спонукає постійно вдосконалювати навчальний процес для підготовки кваліфікованого конкурентоспроможного кадрового резерву. Прогрес інформаційних і медичних технологій вимагає відповідних навиків у лікаря для оволодіння необхідними знаннями та методиками. Оториноларингологія – хірургічна спеціальність, тому передбачає індивідуальне відпрацювання оперативних технік та маніпуляцій, зокрема – ендохірургії. Підготовця фахівця до роботи з пацієнтом (не лише лікарів-інтернів, але й студентів) передбачає попередній тренінг на спеціалізованому симуляційному обладнанні. Іноземне профільне устаткування – дороге та крихке. Такий вишкіл можна змодельювати, використавши наявні на кафедрах фантоми/муляжі, ПК у поєднанні з доступними зараз промисловими гнучкими фіброендоскопами та супутнім програмним забезпеченням за прийнятною ціною. Виконання найпростіших прийомів (ендоскопічний огляд, видалення сторонніх тіл, локалізація місця, важкості кровотечі та її зупинка) студентами чи огляд можливі навіть на біологічних об'єктах, оскільки промислові ендоскопи піддаються обробці. Імплементация сучасних інтерактивних методик разом із рутинними мето-

дами аудиторної роботи зі студентами медичних навчальних закладів при вивченні дисципліни «Оториноларингологія» сприятиме підвищенню інтересу до предмету, покращенню показників успішності й оптимізації та інтенсифікації підготовки майбутніх медичних кадрів, а також професійному розвитку та росту самих викладачів.

ДО ПРОБЛЕМИ НАВЧАННЯ ІНОЗЕМЦІВ В УКРАЇНСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ ВУЗІ

Тимків І.С., Остафійчук С.О., Ромаш І.Б.

м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет

За останні 10 років навчання іноземців в українських медичних університетах від рідкісного явища перейшло до невід'ємної складової. Студенти-іноземці вливаються в життя студентського співтовариства, активно приймають участь в наукових форумах, культурному житті університету.

Як і завжди в процесі навчання – кінцевий продукт – це якісна освіта. Для забезпечення цього необхідні зусилля двох сторін: від викладача та від студента. Проблему, яку прагнемо вирішити: мова спілкування/навчання. Більшість іноземців навчаються англійською мовою. До викладачів в Івано-Франківському національному медичному університеті існують вимоги (рівень B2) і створені всі умови для навчання (працює навчально-тренінговий центр «Іноземні мови для професійного спілкування», відбувається підготовка до іспиту FCE на рівень B2). Зі сторони студента: рівень володіння англійською мовою високий, але починаючи з II-III курсу виникає проблема розмовної української мови для спілкування з пацієнтами. Звичайно, перші кроки збору анамнезу відбуваються з викладачами, але кожен лікар знає, що формування навичку та подолання страху розмови можливе тільки в багаторазовому спілкуванні наодинці з хворими. Існуючий для цього варіант вивчення української мови як додаткового предмету з екзаменом є явно недостатнім і запізнілим в часі: необхідно вимагати певний рівень знань української мови (за тією ж системою А-В-С) ще до початку навчання в Україні, що покращить побутову адаптацію, оптимізує вивчення клінічних дисциплін.

я) історія медицини, лікарське називництво (медична термінологія)

ВИДАТНИЙ СТОМАТОЛОГ – ПРОФЕСОР М.Ф.ДАНИЛЕВСЬКИЙ

БОРИСЕНКО А.В., ДІКОВА І.Г.

м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Данилевський Микола Федорович народився 9 травня 1922 року в с. Монастирище Ічнянського району Чернігівської області. З 1941 по 1945 рік брав участь у Великій Вітчизняній війні. У 1951 році закінчив з відзнакою Київський медичний інститут.

Доктор медичних наук, професор М.Ф. Данилевський – талановитий організатор, визначний вчений, засновник наукової школи: під його керівництвом захищені 13 докторських і 50 кандидатських дисертацій. М.Ф. Данилевський зробив великий внесок у розвиток вітчизняної науки. Основний напрямок його наукових досліджень пов'язаний із вивченням однієї з актуальних проблем стоматології захворювань пародонта та слизової оболонки ротової порожнини. За розробку та впровадження в практику ферментів протеолізу професор М.Ф. Данилевський став Лауреатом державної премії України (№ 2845 від 08.12.87 р.), а у 1988 р. йому присвоєно почесне звання Заслуженого діяча науки України.

Багатогранною була суспільна діяльність професора М.Ф. Данилевського. З 1975 року він голова Республіканського наукового стоматологічного товариства України, а з 1994 по 2005 рік – президент Асоціації стоматологів України. За фундаментальні наукові дослідження та великий внесок в підготовку лікарів, науково-педагогічних кадрів професора М.Ф. Данилевського обрано академіком Української АН та АН вищої школи України. За участь у Великій Вітчизняній війні з Німеччиною та Японією і за мирну працю М.Ф. Данилевського нагороджено 40 орденами та медалями.

На жаль, 17 грудня 2006 р. на 84-му році Микола Федорович Данилевський пішов з життя. Його добрі діла заслуговують на належну пам'ять нащадків.

СПРАВЖНІЙ НАРОДНИЙ ЛІКАР ІВАН СМОЛИНСЬКИЙ

КОРЧИНСЬКА О.А., КОРЧИНСЬКИЙ Б.М.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Про багатьох видатних людей найзахідніших територій українських земель Лемківщини відомо дуже мало чи взагалі невідомо. Це пов'язано з різними причинами: 1) основна територія Лемківщини знаходиться зараз за межами України; 2) корінні лемки розпорошені волею високого керівництва різних держав по різних територіях і різних державах; 3) багато відомих імен зумисно були замовчувані окупаційними режимами (та іншими).

Про лікарів Лемківщини інформації вкрай мало. Це, в основному, спогади рідних, близьких і знайомих людей цих особистостей. Хочемо поділитися інформацією про доброго доктора Лемківщини Івана Смолинського зі спогадів його сучасників, опублікованих в матеріалах «Бібліотеки Лемківщини». Повне ім'я лікаря було Іван Хризостом. Народився він 2 січня 1906 року в Розтоці

Великій, Новосанчівського повіту. Він був сином отця Василя Смолинського із села Нова Весь і добре знав важке життя селян. Після закінчення медичних студій лікарював у місті Криниці. Серед лемків-руснаків його знали як «наш доктор» і кожен бідний лемко був впевнений, що доктор Іван Смолинський не тільки плати за лікування не візьме, а й дасть ліки безплатно. В 1945 році його заарештували і ув'язнили в концентраційному таборі Освенцім, але не зламали сили духу лікаря-патріота. Після звільнення з табору не мав права повернутися в Криницю, тому разом із родиною поселився в Рацібожу на Шльонську. Коли закінчилися у нього ліки, він вирішив поїхати до Криниці, де у своїй хаті мав багато лікарств. По дорозі заїхав у рідне село, в якому жила його мати. Вона ніяк не хотіла його відпустити, адже намір польської влади був заарештувати всю лемківську інтелігенцію, щоб потім легше було справитися з виселенням лемківського люду з їхніх споконвічних земель. Проте доктор не зважив на такі перестороги і поїхав у Криницю, де його було розпізнано і заарештовано. Почалися допити і страшенні тортури. Очевидці розповідали, що його тіло було чорне від побоїв, а від того, що по ньому стрибали, було травмовано шлунок, потім з'явилася гангрена. Внаслідок тортур Іван Смолинський загинув 13 травня 1947 року мученицькою смертю.

ЛІКАР МИХАЙЛО ГИЖА – В'ЯЗЕНЬ КОНЦЕНТРАЦІЙНОГО ТАБОРУ В БЕРЕЗІ КАРТУЗЬКІЙ 1934 РОКУ

МАЗУР П.Є.¹, ГОРОШКО Є.Л.¹, МАЗУР О.П.², МАЗУР Л.П.³

¹м. Кременець, Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського

²м. Тернопіль, Тернопільська університетська лікарня

³м. Тернопіль, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Лікар М. Гижя перебував в політичному концентраційному таборі в Березі Картузькій з 7 липня по 18 вересня 1934 року. За час перебування на нього було накладено три покарання.

В рішенні про примусове відправлення до концтабору відмічається: «Доктор Гижя Михайло є братом провідного українського діяча Івана Гижі, який у Львові підозрюється за приналежність до ОУН. Доктор Михайло Гижя залишається в постійному контакті з українськими діячами Львова, а ці, провідуючи його, планують організування відділів ОУН у Горлицькому повіті. Має він організаційний контакт з багатьма членами ОУН, з якими має часті конференції. Був студентом медицини у Відні, тому має постійний контакт з українцями у Відні. Має ворожий стосунок до польської державності. У цьому дусі діє серед лояльної лемківської людності. Виголошує відкрито свої переконання. Коли були вибори до Сейму, демонстративно голосував за українським списком під № 11, якого тут не виставляли. Був ініціатором заворушень у 1931 році у Висовій і Бліхнарці. 14.10.1932 року українці у Висовій, за вказівками Гижі, зірвали польські та старорусинські хоругви, які висіли на в'їзній брамі біля церкви з нагоди відпусту. У 1933 році Гижя зорганізував нелегальний навчальний курс при «Просвіті» у Висовій».

Народився М.М. Гижя 14.09.1902 року у селі Висова. Закінчив польську гімназію у Горлицях (1922), медичний факультет Ягеллонського університету (Краків, 1928). Працював у психіатричній лікарні біля Кракова, отримав ступінь доктора медичних наук (1930 р.) у Львівському університеті. Через переслідування польських властей у 1944 році емігрував до Німеччини, а звідти в 1949 році виїхав до США, де працював за спеціальністю. У 1964 році після автомобільної аварії втратив здоров'я і незабаром помер.

ФОНЕНДОСКОП В РУКАХ СКРИПАЛЯ

Солейко Л.П., Солейко О.В., Линдюк Н.О.

м. Вінниця, Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

«Щонайближче до хворого» – ці слова стали своєрідним девізом Ф. Г. Яновського, які він неодноразово повторював своїм учням і колегам. Цей заклик співзвучний з добре відомим у медицині принципом: лікувати не хворобу, а хвору людину. Що ми знаємо про цього талановитого лікаря – лікаря від Бога, як говорили про нього не тільки пацієнти, а й медична громада? Золота медаль, як свідчення сумлінного навчання та неабияких знань, отриманих у гімназії, відкриває Феофілу Яновському двері медичного факультету Київського університету святого Володимира. Доля звела його з багатьма відомими вченими: Володимир Бец, Григорій Мінх, Карл Трітшель, Фрідріх Мерінг. Крім того, він постійно займався грою на скрипці. Феофіл Гаврилович був чудовим скрипалем, і в свій час мав вибирати між музикою та медициною. Колеги відмічали, що Феофілу Гавриловичу були притаманні такі важливі для лікаря риси, як чудовий слух, тонкий нюх, гострота зору та винятковий дар інтуїції. Наукова та клінічна діяльність академіка Ф.Г. Яновського була багатосторонньою (бактеріологія, пульмонологія, фтизіатрія, нефрологія, гастроентерологія, санаторно-курортна справа, патоморфологія). Невід'ємною частиною діяльності була педагогічна робота. Академік Яновський великого значення надавав і громадській роботі, був співредактором журналів «Лікарська справа», «Питання онкології», «Український медичний архів», першого видання Великої медичної енциклопедії та рецензував нову медичну літературу. На жаль, не збереглися записи скрипічних виступів відомого «святого» доктора, але пам'ять про нього буде жити у віках.

МЕДИЧНА ОСВІТА У ЛЬВОВІ ПЕРШОЇ ПОЛОВИНИ ХХ СТОЛІТТЯ

СТЕРНЮК Ю.М., ФЕДУЩАК А.Л.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Історія вітчизняної медицини, як і історія України загалом, через геополітичні обставини залишається не лише неналежно висвітленою, але й недослідженою. Нечисленні публікації з історії медичної освіти, як правило, мають формат хронологічних чи біографічних розвідок і не дають повної уяви про характер, дух, особливості стосунків всередині професійних громад, у студентському середовищі. Обмеженість джерельної бази, трактування історичних подій авторами через призму політичної кон'юнктури є особливістю вітчизняної історіографії попередніх періодів. Лише окремі історичні та літературні джерела, переважно мемуарно-літературного характеру, передають історичне тло, сам дух і характер суспільних відносин у конкретні періоди на конкретних територіях, що, здебільшого, не враховується в оцінці історичних подій

На підставі вивчення історичних, історично-мемуарних, біографічних інформаційних матеріалів досліджено маловідомі сторінки з історії вітчизняної медичної освіти першої половини ХХ ст. Встановлено, що підготовка медичних працівників з вищою освітою у Західній Україні у першій половині ХХ ст. мала свої особливості, зумовлені, зокрема, геополітичними обставинами. Результати проведених досліджень засвідчили актуальність і значимість фіксації мемуарно-біографічних, архівних матеріалів, вивчення історичних та сучасних аспектів педагогічної методології, особистісних характеристик викладачів, дисциплінарної і виховної науки у формуванні медичного фахівця.

ДЕЯКІ ТРУДНОЩІ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Крушинська Н.А., Нечаїв С.В.

м. Київ

В процесі кваліфікованого перекладу англomовної кардіологічної літератури досить часто кидається у вічі деяка невідповідність між собою англосаксонської та української (насправді німецько-російсько-української) латинізованих медичних термінологій.

Аналізовані труднощі кардіологічної термінології можна скомпонувати у кілька груп.

Першу з них складають очевидні приклади непотрібності так званих «інтернаціоналізмів» нашої медичної мови, для яких в англійській (найбільш інтернаціоналізованій мові світу!) є свої відповідники: антитромбоцитарний – antiplatelet; гіполіпідемічні препарати – lipid-lowering agents; гомогенна група – peer-group; препарати – medications; профілактичний – preventive; толерантність до фізичних навантажень – activity tolerance, exercise tolerance; фізичне навантаження – exercise; тромбоцитарний – platelet.

Друга група труднощів кардіологічної термінології вміщує різнописання так званих «інтернаціоналізмів»: блокатор – blocker; дисбаланс – imbalance; натрійуретичний – natriuretic; хіміотерапія – chemotherapy.

Третю групу складають проблеми варіантності перекладів англо-американських та міжнародних англomовних назв, наприклад: American Heart Association (АНА) – Американська Серцева Асоціація, Американська Асоціація Серця, Американська Кардіологічна Асоціація.

Четверта група об'єднує труднощі невипрацьованості деяких українських медичних термінів, де плутаються зовні ідентичні латиничні та кириличні букви, або використовується один із варіантів вимови складних англійських звуків:

С-реактивний білок (СРБ), С-реактивний протеїн (СРП) – C-reactive protein;

СРАР-лікування (від англ. Continuous Positive Airway Pressure) – ППТП-лікування (Постійне Позитивно-Тискове Повітряне лікування), ППТП(ДШ)-лікування (Постійне Позитивно-Тискове Повітряне лікування в Дихальних Шляхах). Лікування постійним позитивним тиском повітря в дихальних шляхах, метод лікування створенням постійного позитивного тиску в дихальних шляхах;

СиПАП-терапія (від англ. Continuous Positive Airway Pressure) – ППТП-терапія (Постійна Позитивно-Тискова Повітряна терапія), ППТП(ДШ)-терапія (Постійна Позитивно-Тискова Повітряна терапія в Дихальних Шляхах). Терапія постійним позитивним тиском повітря в дихальних шляхах, метод лікування створенням постійного позитивного тиску в дихальних шляхах.

Це стосується також латинських абrevіатур іншомовних назв в україномовному тексті, схожих на кириличні, приміром: АНА (American Heart Association) Американська Серцева Асоціація, Американська Асоціація Серця, Американська Кардіологічна Асоціація.

Вживання латинських букв у кириличному тексті, щоб не допустити наростаючої плутанини, ніяк недопустиме, оскільки ми маємо в кардіологічній термінології безліч прикладів українських абrevіатур, яких неможливо відрізнити від латинських за зовнішнім виглядом: АА – антагоністи альдостерону; АК – антагоністи кальцію; АМР – антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів; Ао – аорта; АТ – артеріальний тиск; Аут – аугментаційний тиск, тиск аугментації; ІМ – інфаркт міокарду; ІМТ – індекс маси тіла; ІХС – ішемічна хвороба серця; КІМ – комплекс інтима-медія; КСО – кінцево-сistolічний об'єм; КСР – кінцево-сistolічний розмір; РААС – ренін-ангіотензин-альдостеронова система; САТ –istolічний артеріальний тиск; СН – серцева недостатність; СОАС – синдром обструктивного апное сну; ХС – холестерин; ХХН – хронічна хвороба нирок; ХХНКС – хронічна хвороба нирок кінцевих стадій.

Неприпустимо в українському науковому тексті використовувати також латинську абrevіатуру англomовного походження АНІ (arnea-hypornea index), а лише ІАГ (індекс апное-гіпноное). Те ж саме стосується інколи вживаного Аіх (Augmentation index – індекс аугментації) тощо.

У цьому матеріалі представлені лише окремі приклади таких труднощів, щоб осмислити їх та, по-можливості, спробувати уніфікувати латинізовану медичну термінологію, наблизивши нашу постросійську до світової англо-американської (Global English!). Звісно, набагато краще було б створити своє власне лікарське називництво, але це можливо після осмислення усіх проблем.

УКРАЇНСЬКІ НАЗВИ ДЕЯКИХ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН З ЇХНІМИ ЛАТИНСЬКИМИ ТА ТУРКМЕНСЬКИМИ ВІДПОВІДНИКАМИ

НЕЧАЙ С.

м. Київ, Історико-термінологічна комісія Всеукраїнського Лікарського Товариства

Наукове вивчення назов лікарських рослин зараз переживає нове відродження. Стрімке зростання алергізації населення розвинених країн спонукає людство переглянути захоплення хемізацією свого життя і прихильніше поставитись до довкілля. Увага до органічності стрімко зростає. З іншого боку тотальна глобалізація жорстко руйнує усталені межі між культурами, і багатокультурність може і повинна пом'якшити існуючі протиріччя між виправданим національним відродженням звільнених народів та невмолимою уніфікацією усіх сфер життя. У цьому контексті дуже цікавим і корисним з практичної точки зору є зіставлення назов лікарських рослин українською мовою, яка відчутно зазнала впливу латинської культури, як і кожна інша європейська мова, та туркменських назов лікарських рослин, які, як східні, не зазнали значної латинізації протягом свого історичного розвитку, і, значною мірою, зберегли свою самобутність та оригінальність.

Для підтвердження вищесказаного наводяться деякі українські назви лікарські рослини з їхніми латинськими та туркменськими відповідниками:

адоніс дрібноквітковий (*Adonis parviflora*) Güýlmene

алтей лікарський (*Althaea officinalis*) Çerbiýe

арча (*Juniperus turcomanica*) arça; /див. тж ялівець туркменський/.

аспленій зелений (*Asplenium viride* /зовнішнім виглядом нагадує селезінку/) Ýaşyl dalakça

аспленій муровий (*Asplenium ruta-muraria* /зовнішнім виглядом нагадує селезінку/) Dalakça

аспленій чорний (*Asplenium adiantum-nigrum* /зовнішнім виглядом нагадує селезінку/) Gara dalakça

астрагал короткозубчатий (*Astragalus brevidens*) Gökgül

астрагал підложний (*Astragalus commixtus*) Towşanot

берізка шерстиста (*Convolvulus subhirsutus*) kert

блекота чорна (*Hyoscyamus niger*) Маһыrsak

волошка синя (*Centaurea cyanus*) daşkekre

гірчак пташиний (*Polygonum aviculare*) курукbogun; /див. тж спориш/

глід туркестанський (*Crataegus turkestanica*) haraçeken

глід туркменський (*Crataegus turcomanica*) haraçeken

глауціум витончений (*Glaucium elegans*) gelşikli gökgüläle

деревій керманський (*Achillea kermanica*) kerman boýbodranı

деревій звичайний (*Achillea millefolium*) adaty boýbodran; /нар. назви: [гурткиран], [тарпкесен]/

еремурус Ольги (*Eremurus olgae*) çyruş

інжир звичайний (*Ficus carica*) injir; /див. тж смоковниця звичайна/

їжовник солончаковий (*Anabasis salsa*) buýurgyn

краекучник перський (*Cheilanthes persca*) eýran gyrasiññillijesi

куркума культурна (*Curcuma domestica*) sarybuga

лопух білосім'яний (*Arctium leiospermum*) aýupenje

мак павичевий (*Papaver pavoninum*) güläle

міхурник ламкий (*Cystopteris fragilis*) siññillije; /див. тж пухирник ламкий/

морква посівна (*Daucus sativus*) kâşir

м'ята довголиста (*Mentha longifolia*) narpyz

м'ята перцева (*Mentha piperita*) aju narpyz; /нар. назви: [гуртгиран], [тарпкесен]/

ожина анатолійська (*Rubus anatolicus*) böwürslen

ожина сиза (*Rubus caesius*) gögümtil böwürslen

оман британський (*Inula britannica*) akargül; /нар. назви: [куяшгюль], [кара андиз], [калботи], [сарисолмаз]/

очанка гребінчаста (*Euphrasia pectinata regia*) dideoty

очерет південний (*Phragmites australis*) gamuş

пальчатокорінник тінювий (*Dactylorhiza umbrosa*) barmakköklüje; /нар. назви: [салепахайри], [горнюксіз], [хайрисалап], [дзубютярадилан], [салапу]/
 парнолистник амудар'їнський (*Zygophyllum oxiantum*) ak ýüzärlik, düýedaban
 парнолистник лободовий (*Zygophyllum atriplicoides*) ýaglyja, ýagodun
 паслін перський (*Solanum persicum*) eýran itüzümi
 паслін чорний (*Solanum nigrum*) itüzüm
 первоскія благовонна (*Perovskia abrotanoides*) pütün
 первоцвіт Федченка (*Primula fedtschenkoi*) nowruzgül, ysmaz oty
 переступень білий (*Bryonia alba*) ak andyz
 переступень дводомний (*Bryonia dioica*) andyz
 перець однорічний (*Capsicum annuum*) burç, gyzylburç; /див. тж перець стручковий/
 перець стручковий (*Capsicum annuum*) burç, gyzylburç; /див. тж перець однорічний/
 персик звичайний (*Persica vulgaris*) şetdaly
 петрушка кучерява (*Petroselinum crispum*) badyýan
 пижмо різнолисте (*Tanacetum heterophyllum* - /букв./ величезне диво) çoruytelpek
 пирій повзучий (*Elytrigia repens*) guýak, bugdaýbogun
 підмаренник паміро-алайський (*Galium pamiro-alaicum*) tilkisumaý, şanoty
 пізноцвіт жовтий (*Colchicum luteum*: від гр. [колхікон]: від країни Колхіди на Кавказі, де, за давньогрецькою міфологією, був чарівний сад під покровительством богині Артеміді) sawgramjan
 пізноцвіт Кессельрінга (*Colchicum kesselringii*: від гр. [колхікон]: від країни Колхіди на Кавказі, де, за давньогрецькою міфологією, був чарівний сад під покровительством богині Артеміді) sawgramça
 піщана акація Конолли (*Ammodendron conollyi*) sözen
 платан східний (*Platanus orientalis*) çynar
 повитиця зближена (*Cuscuta approximata*) golaý saryçyrmaşyk
 повитиця китайська (*Cuscuta chinensis*) hytaý saryçyrmaşygy
 повитиця Лемана (*Cuscuta lehmanniana*) Lemanyň saryçyrmaşygy
 повитиця одностовпчикова (*Cuscuta monogyna*) bir sütünjikli saryçyrmaşyk
 подорожник блошиний (*Plantago psyllium* L.) büreli atgulak
 подорожник великий (*Plantago major*) atgulak; /нар. назви: [балгуша], [ярадерт]/
 подорожник ланцетолистий (*Plantago lanceolata*) guzygulak
 полин (*Artemisia*: від імені давньогрецької богині Артеміді: від гр. ἀρτεμής [artemes] – здоровий, неушкодний) ýowşan
 полин Балханів (*Artemisia balchanorum*: від назви місцевостей поширення в Туркменії (Туркменистані), ендемік Великого Балхану) gur ýowşan
 полин білуватий (*Artemisia leucodes*: густі білі волоски надають рослині білуватості) agymtyl ýowşan
 полин віниковий (*Artemisia scoparia*) syza
 полин гіркий (*Artemisia absinthium*: від apinthion – негідний для пиття: полин вважається найгіркішою рослиною на Землі, символом гіркоти в прямому та переносному сенсі) ажуýowşan
 полин копетдагський (*Artemisia kopetdaghensis*: ендемік Копетдагу) Köpetdag ýowşany, ýowşan
 полин однорічний (*Artemisia annua*) burgunça
 полин перський (*Artemisia persica*) Eýran ýowşany
 полин пізній (*Artemisia serotina*) giçki ýowşan
 полин сантоліна (*Artemisia santolina*) bozagan; /нар. назви: [євшан], [лімонли євшан], [ісли євшан]/
 полин цитварний (*Artemisia ciniformis*) sitwar görnüşli ýowşan
 портулак городній (*portulaca oleracea*) semzek
 прутняк аврамове дерево (*Vitex agnus-castus*) bitlik
 псоралея костянкова (*Psoralea drupacea*) gandyýar
 пустинноколісник губатий (*Eremostachys labiosa*) mäs oty, sygyrdili/
 пухирник ламкий (*Cystopteris fragilis*) siňňillije; /див. тж міхурник ламкий/
 пушняк канадський (*Erigeron canadensis* L.; *Conyza canadensis* (L.) Cronq.) derwüşoty; /див. тж злинка канадська/

ревінь туркестанський (*Rheum turkestanicum*) уşğyn, garadamak, garaуарбан, gara уарпак
редька посівна (*Raphanus sativus*) turp
ремерія відігнута (*Roemeria refracta*) пақыу
ремерія гібридна (*Roemeria hybrida*) мауыгүл
рис посівний (*Oryza sativa*) şaly, tūwi
рицина звичайна (*Ricinus communis* L.) çakjagunduz. Лікарська рослина сімейства (родини) мо-
лочайних
рогіз широколистий (*Typha latifolia*) үекеп
розторопша гостростроката (*Silybum marianum*) алапакыт; /див. тж розторопша плямиста/
розторопша плямиста (*Silybum marianum*) алапакыт; /див. тж розторопша гостростроката/
рутвиця ізопіроїдна (*Thalictrum isopyroides*) гарареце
рутвиця мала (*Thalictrum minus*) үççүñkli
рутка Вайана (*Fumaria vaillantii*) şaterne
рябчик Ольги (*Fritillaria olgae*) alwan
саксаул білий (*Haloxylon persicum*) sazak
саксаул чорний (*Haloxylon aphyllum*) ojar
самосил білоповстистий (*Teucrium polium*) bağşууowşan, tilkiderman/
самосил часничоподібний (*Teucrium scordioides*) bağşууowşan; /нар. назва: [тілкідерман]/
сведа висока (*Suaeda altissima*) syrkyн
свинорій пальчастий (*Cynodon dactylon*) garaçaуыр, çaуыр
свинчатка європейський (*Plumbago europaea*) gurşungül
селера пахуча (*Apium graveolens*) garauk
синьоголовник кавказький (*Eryngium caucasicum*) gökbaş
ситник морський (*Juncus maritimus*) ülen
сить бульбоносна (*Cyperus rotundus*) doñuztopalak
скабіоза голубина (*Scabiosa columbaria*) goturot
скабіоза перська (*Scabiosa persica*) goturot
скребниця аптечна (*Cetarach officinarum*) birsepere
слива домашня (*Prunus domestica*) garaly
смирновія туркестанська (*Smirnowia turkeстана*) sözenek
смоковниця афганістанська (*Ficus afghanistanica*) owgan injiri; /див. тж інжир афганістанський/
смоковниця звичайна (*Ficus carica*) injir; /див. тж інжир звичайний/
собача кропива туркестанська (*Leonurus turkestanicus*) şirguуruk
солерос європейський (*Salicornia europaea*) уата
солодка гола (*Glycyrrhiza glabra*) buуan, süјji buуan; /нар. назва: [сюйджі забіяка]/
солянка Ріхтера (*Salsola richteri*) çerkez
соляноколосник Беланже (*Halostachys belangeriana*) ojargarak
соняшник однолітній (*Helianthus annuus*) günebakar
софора товстоплідна (*Sophora rachycarpa*) ајубууан. Лікарська рослина родини бобових
спаржа лікарська (*Asparagus officinalis*) sersepil
спаржа перська (*Asparagus persicus*) sersepil
сумах дубильний (*Rhus coriaria*) somak
суховершки звичайні (*Prunella vulgaris*) ruhoty, garabaş
сухоцвіт жовто-білий (*Gnaphalium luteo-album*) keçegül
таволга звіробоелиста (*Spiraea hypericifolia*) tuwolga
татарник колючий (*Onopodium acanthium*) alatiken; /нар. назви: çakurtiken [чакиртікен], [гара-
мандалак]/
терен благословенний (*Cnicus bennedictus*) бүрмексе
тирлич Олів'є (*Gentiana olivieri*: від імені іллірійського царя Генті/Джантіна, який вперше за-
стосував корінь цієї рослини під час чуми 167р. до н.е.) үerbahasy
тополя біла (*Populus alba*) derek, ak derek
тополя євфратська (*Populus euphratica*) toraһny
тополя сизолиста (*Populus pruinosa*) pette
трюфель пустельний (*Terfeisia leonis*) domalan

ужовник звичайний (*Ophioglossum vulgatum*) ýulandili
 укріп пахучий (*Anethum graveolens* L.) şibit; /див. тж кріп запашний/
 унабі звичайний (*Ziziphus jujuba*) arnar, elnar, ennar
 угернія Віктора (*Ungernia victoris*) gaýraç
 угернія трисферна (*Ungernia trisphaera*) dokuzdonly; /див. тж угернія трьохкульова/
 угернія трьохкульова (*Ungernia trisphaera*) dokuzdonly; /див. тж угернія трисферна/
 фенхель звичайний (*Foeniculum vulgare*) arbabadyýan
 ферула бадракема (*Ferula badrakema*) Badrakema çomuju; /нар. назви: [чомуч], porsygamak [пор-
 сикамак]/
 ферула виімчаста (*Ferula foetida*) ýapyldak
 ферула смердюча (*Ferula foetida*) çomuç
 ферула смолиста (*Ferula gummosa*) aňňyza, porsaňňyza, porsygama
 ферула яйценога (*Ferula oopoda*) keyigokara
 фіалка прихована (*Viola occulta*) benewşe
 фізаліс звичайний (*Physalis alkekengi* L.) pakpak
 фісташка справжня (*Pistacia vera*) pisse
 хвойник середній (*Ephedra intermedia*) ýaman borçak
 хвойник шишконосний (*Ephedra strobilacea*) borjak
 хвощ польовий (*Equisetum arvense*) atguýruk
 хміль звичайний (*Humulus lupulus*) maýa oty
 хрестовник малозубчастий (*Senecio subdentatus*) sarysolmaz
 целозія гребінчата (*Celosia cristata*) täjihoraz
 церцис Гріффіта (*Cercis griffithii*) arguwan
 цибуля городна (*Allium cepa*) sogan
 цибуля дивна (*Allium paradoxum*) dere sogan
 цибуля порей (*Allium porrum*) keber
 цибуля Суворова (*Allium suvorovii*) anzur; /див. тж анзур/
 цибуля часник (*Allium sativum*) sarymsak
 цикорій звичайний (*Cichorium intybus*) syçratgy
 цільнолистник гостролистий (*Haplophyllum acutifolium*) penirçek, porsuçõp
 цільнолистник різнокольоровий (*Haplophyllum versicolor*) porsykert
 чебрець закаспійський (*Thymus transcaspicus*) kâkiligoty
 череда трироздільна (*Bidens tripartita*) goşadiş
 черсак розрізний (*Dipsacus laciniatus*) guşokara
 чистець лавандолистний (*Stachys lavandulifolia*) tilkiçaý
 чорнокорінь критський (*Cynoglossum creticum*) itdili, syrlan
 шавлія колюча (*Salvia spinosa*) kelepçe, ak kenerçe
 шавлія мускатна (*Salvia sclarea*) bidenek
 шандра звичайна (*Marrubium vulgare*) ýolgutly, halmyratot
 шандра нерівнозуба (*Marrubium anisodon*) diş-diş ýolgutly
 шафран Королькова (*Crocus korolkowii*) zefren
 шафран Міхельсона (*Crocus michelsonii*) zagpyran
 шипшина Беггера (*Rosa beggeriana*) Beggeriň bägüli
 шипшина звичайна (*Rosa canina*) itburun
 шипшина самаркандська (*Rosa samaracandica*) Samarkant bägüli
 шипшина собача (*Rosa canina*) itburun, hamyrça
 шовковиця біла (*Morus alba*) ak tut, tut. Рослина родини тутових
 шовковиця чорна (*Morus nigra*) gara tut. Рослина родини тутових
 шоломниця звичайна (*Scutellaria galericullata* L.) tuwulgalyja
 шолудивник густоквітний (*Pedicularis rusciantha*) bitoty; /див. тж шолудивник густоцвітний, шолу-
 дивник рясноцвітний/. Лікарська отруйна рослина родини губоцвітих. Застосовується при вошивості
 шолудивник густоцвітний (*Pedicularis rusciantha*) bitoty; /див. тж шолудивник густоквітний,
 шолудивник рясноцвітний/. Лікарська отруйна рослина родини губоцвітих. Застосовується при
 вошивості

шолудивник зеравшанський (*Pedicularis sarawschanica*) bitoty
шолудивник рясноцвітний (*Pedicularis rusciantha*) bitoty; /див. тж шолудивник густоквітний, шолудивник густоцвітний/. Лікарська отруйна рослина родини губоцвітих. Застосовується при вошивості шпашник італійський (*Gladiolus italicus*) ýylangül
шпинат туркестанський (*Spinacia turkestanica*) usmanak. Лікарська рослина родини лободових
щавель Галачі (*Rumex halacsi*) gyzylbaldak
щавель кучерявий (*Rumex crispus*) turşyja
щириця біла (*Amarantus albus*) ak hulpa
щириця закинута (*Amarantus retroflexus*) hulpa
щитовник борідконосний (*Dryopteris barbigera*) sarahs
яблуня домашня (*Malus domestica*) alma. Культурна рослина родини розоцвітих
яблуня туркменська (*Malus turkmenorum*) alma. Дика рослина Туркменії/Туркменістану
якірці сланкі (*Tribulus terrestris*) demirtiken, çorançereken
ялівець зеравшанський (*Juniperus seravschanica*) zerewşan arçasy, gara arça. Рослина родини кипарисових
ялівець туркменський (*Juniperus turcomanica*) arça; /див. тж арча/. Рослина родини кипарисових
ясен сирійський (*Fraxinus syriaca*) dardar

Список використаних джерел

1. Berdimuhamedow G. Türkmenistanda saglygy goraýşy ösdürmegiň ylmy esaslary. Aşgabat «Ylym» neşirýaty, 2007. 96 s.
2. Бердимухамедов Гурбангули Мялікгулійович. Лікарські рослини Туркменістану. Київ : АДЕФ-Україна, 2012. Т. 1. 344 с.
3. Кобів Ю. Словник українських наукових і народних назв судинних рослин. Київ : Наук. думка, 2004. 800 с. (Словники України).
4. Мусій О. Медичний словник лікарських рослин (російсько-латинсько-український). Додаток 2 до Російсько-українського медичного словника з іншомовними назвами /3 т./ Київ : КЛТ, Фонд ТТ, 2002. 208 с.
5. Нечай (Нечаїв) С. Українсько-латинсько-туркменський словничок лікарських рослин. Додаток. Київ, 2014. 11 с.

Ь) інші теми

МУЖНІСТЬ КОРОЛЕВИ СВІТОВОГО ДЖАЗУ

ЦАРЕНКО К.С.

м. Львів, Львівська музична академія імені М. В. Лисенка

Унікальний тембр її голосу, вільного, з рідкісним діапазоном і красою, над яким не було тиску часу – цей голос зводив з розуму людей всіх континентів та кольорів шкіри. Якщо з віком голос Елли Фіцджеральд ставав лише більш глибоким та багатим на відтінки, то здоров'я з роками почало погіршуватися. В 1985 році співачка перервала свої гастролі, тому що в її легенях лікарі виявили рідину. В 1986 році почали виникати болі в ділянці серця, в цьому ж році Фіцджеральд перенесла декілька операцій на серці. Їй поставили штучний клапан серця, а згодом ще один. Невдовзі у співачки діагностували цукровий діабет, вона почала втрачати зір. Ні в кого не було сумнівів, що вона ніколи більше не буде виступати і на цьому її зіркова кар'єра скінчиться. Але вона не здавалася. Незважаючи на заборону лікарів, виходить на сцену та продовжує студійну роботу. В 1993 році стан 76-річної співачки різко погіршився. Діабет спровокував порушення кровообігу, внаслідок чого їй ампутували обидві ноги до колін. Співачка не залишала сцену, співала в інвалідному візку. Останні роки життя Елла присвятила своїй улюбленій онуці. 15 червня 1996 році згасла одна з найяскравіших зірок ХХ століття. Трон Королеви джазу пустий до цих пір.

ОСНОВНІ ШЛЯХИ ЗМІН В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Божук Б.С.

м. Київ, Українська асоціація лікарів-психологів

На сьогоднішній день українська система охорони психічного здоров'я зберегла організаційну структуру, стратегії та практики радянської системи психіатрії, які не зазнали істотних структурних змін за 27 років незалежності. Основним фахівцем в даній галузі продовжує вважатися лікар-психіатр, а ефективні реформи психотерапії та психології до недавнього часу активно блокувалися. 27 грудня 2017 р. було прийнято Розпорядження Кабінету міністрів України № 1018-р «Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року», яке визнало більшість проблем, що існують в галузі та зазначило основні шляхи і способи їх розв'язання. Зокрема вказано, що система: «залишається переважно сфокусованою на біомедичних підходах, які реалізуються в основному в стаціонарних відділеннях психіатричних та наркологічних закладів охорони здоров'я... Недостатня увага приділяється профілактиці, психосоціальним методам, організації охорони психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги, наданні психотерапевтичної допомоги, реабілітаційним заходам, а також службам охорони психічного здоров'я, які функціонують у територіальних громадах...». Слід зазначити, що подібний стан речей обмежує реалізацію в Україні ефективних моделей надання послуг в сфері охорони психічного здоров'я.

При цьому на чільне місце серед змін слід поставити освіту фахівців системи психічного здоров'я, яка має базуватися на компетентнісному та фаховому підході та унеможливити ситуації, коли особи, які не відповідають профілю спеціальності в даній галузі та не володіють відповідним досвідом, але займають ключові посади та «навчають» майбутніх фахівців.



МАТЕРІАЛИ НАУКОВОЇ ІСТОРИКО-
ТЕРМІНОЛОГІЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«100-РІЧЧЯ МІНІСТЕРСТВА
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА
ОПІКУВАННЯ УКРАЇНИ І
ЛІКАРСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ»

100-ЛІТТЯ МІНІСТЕРСТВА НАРОДНОГО ЗДОРОВ'Я І ДЕРЖАВНОГО ОПІКУВАННЯ ГЕТЬМАНАТУ

Нечаїв С.В.

м. Київ, Історико-термінологічна комісія ВУЛТ

29 квітня 1918 року до влади прийшов Павло Скоропадський. Гетьман всеї України своїм наказом № 1 від 3 травня 1918 р. (Копія. Машинопис. ЦДАВО України – Ф.1035. – Оп.1. – Спр.6. – Арк.30) сформував новий уряд, у якому Міністерство Народного Здоров'я (так воно спочатку називалось) очолив Всеволод Юрійович Любинський (1840–1920) – уродженець Київщини, доктор медицини, лікар-фармаколог. Він належав до міністрів, які провадили українізацію. Діяльний член «Української народної громади», заснованої П. Скоропадським 1917 р. На квартирі В. Любинського часто відбувались її засідання. Він зберіг свою посаду й після змін Кабінету Міністрів 24 жовтня та 14 листопада 1918 року.

Другий період української державності початку ХХ століття для історії української медицини особливо знаменний тим, що саме гетьманський уряд вперше в нашій історії заснував найвищий орган управління системою охорони здоров'я України – Міністерство Народного Здоров'я й Опікування (так воно пізніше називалось).

Міністрові В.Ю. Любинському допомагав заступник. Відповідно до наказу гетьмана П. Скоропадського від 16 липня 1918 р. ним було призначено Євгена Івановича Яковенка.

В міністерстві директорами департаментів були: медичного – Борис Павлович Матюшенко (1883–1944), санітарного – Овксентій Васильович Корчак-Чепурківський (1857–1947), загальних справ – Микола Михайлович Галаган (1882–1955); завідувачами відділів: освіти – Віктор Онуфрійович Піснячевський (1883–1933), інформаційно-видавничим – Ю. Меленевський, судової експертизи – Ксенофонт Платонович Сулима (1857–?), санітарно-технічним – Ол.А. Земляніцин, демобілізаційним – О.Сидоренко. Комісію української медичної термінології очолив Мартирій Галин.

Міністерство наймало приміщення у Товариства швидкої допомоги по вул. Рейтарській, 22.

Обов'язки міністерства формувалися згідно з вимогами часу: організація охорони здоров'я населення, забезпечення з Міністерством військових справ санітарної опіки торговельного флоту, сприяння Міністерству внутрішніх справ у справі репатріації українських громадян, допомога полоненим, з Міністерством закордонних справ – повернення емігрантів-українців із країн Заходу та Далекого Сходу, співпраця з Міністерством торгівлі у придбанні за кордоном лікувальних засобів тощо.

Щодо роботи міністерства того часу можна дізнатись зі свідчень українського державного і політичного діяча, історика Д.І. Дорошенка: «Міністерство Народного Здоров'я і Опікування мало перед собою дуже складне і важке завдання: поліпшити санітарне становище краю, що був кілька років почасти тереном війни, або ж найближчим запіллям мільйонових армій, був весь захоплений виром громадянської війни; в краю розвинулись пошесні хвороби, загрожувала зі сходу холера, а тим часом медичний і санітарний апарат був у значній мірі зруйнований і почувався величезний брак медикаментів і санітарних засобів. Енергія міністра В.Ю. Любинського і його найближчих помічників – доктора Є.І. Яковенка і доктора Б.П. Матюшенка – була направлена в першій мірі на боротьбу з пошестю, на підтримку й оновлення існуючих уже в краю великих лікарських інституцій, на використання величезного майна особистого персоналу медико-санітарних організацій військового часу, таких як Червоний Хрест, Земський і Міський Союзи та інших».

Міністерство під час роботи формувало свою структуру та місцеві представництва. Важливим було поєднання роботи новостворених органів та успадкованих від УНР. Міністерство зосереджувало основну

увагу на боротьбі з пошестями, відновленні роботи лікувальних закладів, правовому і матеріальному забезпеченні, державному опікуванні інвалідами, полоненими, сиротами та безпритульними. Станом на 24 вересня 1918 р. структура Міністерства народнього здоров'я та державного опікування (так воно інколи називалось) була такою: Міністр, Рада міністра, чотири департаменти (медичний, санітарний, державного опікування, загальних справ). До складу центрального апарату міністерства на правах окремих відділів входили: інформаційно-видавничий, статистичний, судової медицини і медичної експертизи, медичної освіти, санітарно-технічний. Водночас зі становленням апарату Міністерства йшло формування його місцевих представництв. До них належали: губернські уповноважені міністерства, губернські лікарські управління з лікарськими інспекторами. Первинною ланкою системи охорони здоров'я були лікарі міста, повіту та фельдшери повіту. Органами державного опікування Міністерства на місцях були губернські і повітові ради державного опікування. Формування вертикалі Міністерства вдалося завершити на середину літа 1918 р.

Принципові положення державної політики у галузі народнього здоров'я та опікування були відображені у низці законів та законопроектів, розроблених фахівцями Міністерства впродовж червня – першої половини липня 1918 р.

Міністерство головну увагу приділяло розробці правових основ. Для цього розпочато перегляд лікарсько-санітарного законодавства і створювались комісії та секції за різними напрямками: комісія з управління, комісія з медичної освіти, професійна та статистична комісії, комісія із санітарного законодавства, комісія по боротьбі з пошестями, комісія з управління лікарськими закладами і забезпечення внутрішнього порядку в них, комісія із санітарної охорони лікарських місцевостей, комісія з лікарської експертизи, комісія з фабрично-заводської санітарії і комісія з аптечно-фармацевтичного законодавства. З метою реформування управління медичною справою Міністерством народнього здоров'я та державного опікування Української держави було створено спеціальну комісію за участю провідних управлінців галузі і представників медичної громадськості. Важливим напрямком роботи комісії була організація судово-медичної та медично-адміністративної експертизи. За доби Гетьманату були зроблені спроби створити підвалини власної судової медицини та медичної експертизи і сформувані їх теоретико-правову базу.

Велике значення мало обговорення проблем галузі на з'їздах медичного загалу, представників опікувальних організацій і установ.

Охорона народнього здоров'я доби Української держави належала до пріоритетних напрямків діяльності уряду. Але вона перебувала під впливом несприятливих чинників: розрухи, фінансових труднощів, кадрових проблем тощо.

Найперше, це руйнівні наслідки Першої світової війни, революцій, впливу зовнішніх військ. До цього долучилися економічний занепад, фінансова криза, проблеми з підбором кадрів, соціальні вибухи, поширення епідемій, труднощі у співпраці з військовиками Австро-Угорщини та Німеччини.

Зруйнування звичного способу життя зумовило різке порушення системи медичного обслуговування населення. Заразні хвороби, які ширилися країною, потребували не лише конкретних дій, а й утворення єдиного центру для керівництва усією роботою. Згідно з проектом, розробленим О.В. Корчак-Чепурківським, керівництво протиепідемічною роботою покладалося на Міністерство народнього здоров'я та державного опікування, а впроваджувати заходи на місцях доручалося відповідним медичним установам у тісній співпраці з органами місцевого самоврядування. У разі нестачі коштів місцеві органи могли звертатися по допомогу до Фонду перестереження і боротьби із заразливими хворобами. Санітарні ради створювалися відповідно до адміністративного поділу – губернські, міські, повітові. Центральним державним осередком мала бути Головна санітарна рада на чолі з міністром або його заступником (товаришем). Робота ради полягала у налагодженні постійного зв'язку з місцевими осередками з різних напрямів – санітарного, опікування, медичного, статистичного тощо. На місцях мали бути створені губернські або міські санітарні ради. Їм було надано право приймати обов'язкові для виконання постанови, які публікувалися у пресі. Впоратися з пошестями було дуже важко – в Україні працювало лише 80 санітарних лікарів. Брак медичних кадрів доповнювався нестачею медикаментів і найпростіших засобів медичної допомоги. Україна потерпала від тифів різних видів, віспи, кору, скарлатини, «іспанки». На кордоні з Росією спалахувала холера. Великі кошти необхідно було витратити не тільки на лікування хворих, а й на широку пропаганду протиепідемічних заходів. По країні

курсували пересувні музеї-виставки, читалися лекції, видавалася просвітницька агітаційна література. Аби поповнити запас медичного інвентарю, він закуповувався у Німеччині, також надходив через допомогу Червоного Хреста та інших благодійних організацій. В. Любинський увійшов у контакт з владою Німеччини та Австро-Угорщини, які надавали підтримку медичним закладам України у боротьбі з пошестями. По всій країні вдалося налагодити роботу пунктів медичної допомоги для потерпілих, а у великих містах були створені інфекційні лікарні. За розпорядженням уряду гетьмана П. Скоропадського Київський та Харківський бактеріологічні інститути щодня виготовляли вакцини для хворих. У країні діяли «летючі загони», які доставляли ліки у найвіддаленіші місця та провадили щеплення.

Міністерство народнього здоров'я та державного опікування розпочало розробку статуту, що мав врегулювати питання у галузі охорони здоров'я. Документ мав окреслити повноваження і завдання Міністерства. Відповідно до нового статуту були визначені такі завдання: а) покращення рівня соціального забезпечення найбідніших верств населення; б) поліпшення якості медичного обслуговування; в) ліквідація епідемій; г) санітарна просвіта населення; д) допомога військовополоненим, біженцям. Оскільки останні категорії були дуже численними та потребували особливих витрат на утримання в карантинних, пропускних і медичних пунктах.

Задля санітарної просвіти та поширення медичних знань було засновано щомісячний часопис, перше число якого побачило світ у вересні 1918 року.

Увага приділялася також медичній освіті. Для надання медичної допомоги широким верствам населення існуючого штату лікарів не вистачало. Гетьман П. Скоропадський у серпні 1918 року оприлюднив закон, яким було створено Український державний університет. В його складі був і медичний факультет на чолі з деканом О.В. Корчак-Чепурківським. На відкритті Українського державного університету гетьман виголосив урочисту промову та запросив до закладу майже три тисячі студентів.

За доби Української Держави розпочалось реформування адміністративного управління охороною народнього здоров'я. Була створена комісія на чолі з В. Кір'яковим, до складу якої входили представники різних відомств. Країну планувалося поділити на тринадцять округів, у кожному окрузі заснувати управління та включити туди інспекторів з трьох напрямків – лікарсько-санітарної частини, навчально-медичної частини та консультанта із санітарного будівництва.

Міністерство народнього здоров'я та державного опікування за короткий період свого існування суттєво розбудувало галузь охорони народнього здоров'я. Політика Української Держави була побудована на загальнолюдських цінностях, національних пріоритетах, хоч і не всі його керманічі підтримували ці засади.

В Українській державі Гетьмана П. Скоропадського були закладені нормативно-правові основи розвитку сфери охорони народнього здоров'я.

Уряд Української Держави виділяв значні кошти на боротьбу з пошестями. І хоча вони повністю подолані не були, державна підтримка дала змогу «законсервувати» найзагрозливіші спалахи, спинити їх розповсюдження. Міністерство народнього здоров'я та державного опікування намагалося вирішувати цю задачу на усіх рівнях – від повіту до губернії. У повній мірі розв'язати її не вдалося, та перші результати в цьому напрямку свідчили про ефективність вжитих заходів.

Боротьба з пошесними захворюваннями набула загальнодержавного значення. Санітарному департаменту Міністерства та органам місцевого самоврядування, наскільки це було можливо за умов поширення відразу кількох пандемій – холери, «спанки», тифу, – вдалося взяти їх під контроль і організувати ліквідацію.

При тісному співробітництві різних структур охорони народнього здоров'я в Українській державі вдалося досягти певних успіхів у справі налагодження медичного обслуговування населення і розширити мережу лікарняних, санаторно-курортних, фармацевтичних та спеціальних медичних закладів.

Павло Скоропадський особливу увагу приділяв знедоленим верствам населення – дітям-сиротам, колишнім військовополоненим, інвалідам, біженцям.

Діяльність уряду Гетьманату П. Скоропадського у галузі охорони народнього здоров'я і набутий нею досвід показує належний приклад ставлення держави до соціально незахищених осіб, забезпечення їм необхідного доступу до медичного обслуговування.

НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНА ШКОЛА ПРОФЕСОРА М.Ф. ДАНИЛЕВСЬКОГО

БОРИСЕНКО А.В., ДІКОВА І.Г.

м. Київ, Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

9 травня 2018 року виповнилось би 96 років від дня народження доктора медичних наук, заслуженого діяча науки і техніки України, лауреата Державної премії України, академіка Української Академії наук національного прогресу і академії наук Вищої школи України, професора **Миколи Федоровича Данилевського**.

М.Ф. Данилевський народився 9 травня 1922 року в селі Монастирище Ічнянського району Чернігівської області. У 1941 році вступає до Київського військового медичного училища, після закінчення якого знаходився в діючій армії. З цього часу починається медична діяльність Миколи Федоровича. Працюючи воєнним фельдшером у складі діючої армії в період Великої Вітчизняної війни, він пройшов бойовий шлях, на різних фронтах, брав безпосередню участь в боях за звільнення Вітчизни від німецьких і японських мілітаристів. Це були перші життєві уроки жорстокої реальності, формування професійних якостей і громадянських позицій.

Після закінчення Великої Вітчизняної війни і демобілізації з рядів армії Микола Федорович Данилевський у 1947 році вступає до Київського медичного стоматологічного інституту. Вся подальша творча доля Миколи Федоровича пов'язана з Київським медичним інститутом ім. О.О. Богомольця, нині Національним медичним університетом імені О.О. Богомольця. Після успішного закінчення вузу, а потім клінічної ординатури у 1952 році М.Ф. Данилевський обирається на посаду асистента кафедри терапевтичної стоматології Київського медичного інституту. В 1955 році М.Ф. Данилевський захищає кандидатську дисертацію на тему: **«Клиника и лечение воспаления десневого сосочка»**. У 1959 році обирається на посаду доцента кафедри терапевтичної стоматології, а з 1968 року – на посаду завідувача цієї ж кафедри. У 1968 році М.Ф. успішно захищає докторську дисертацію на тему **«Патогенез, клиника и лечение пародонтоза (клинико-экспериментальное исследование)»**. У цьому ж році йому присвоєно вчене звання професора.

Протягом всього періоду діяльності в Київському медичному інституті М.Ф. Данилевський перебував також на адміністративній роботі. З 1958 року до 1959 року та в 1967–1968 роках він був деканом стоматологічного факультету. З 1980 року до 1984 року працював проректором інституту з лікувально-консультативної роботи, виробничої практики та інтернатури.

Професор М.Ф. Данилевський – визначний вчений-стоматолог, його ім'я добре відоме в Україні і за кордоном. Він зробив вагомий внесок в організацію вищої стоматологічної освіти, підготовку науково-педагогічних і лікарських кадрів, розвиток вітчизняної науки. Його багатогранна діяльність характеризується значним впливом на становлення і наступний розвиток цих проблем в Україні.

Переважна більшість монографій, виданих професором М.Ф. Данилевським та його учнями, є підручниками чи навчальними посібниками, вони рекомендовані Головними управліннями закладів освіти МОЗ колишнього Союзу чи України для студентів стоматологічних факультетів.

У 2002 році в Україні вийшов у світ перший том першого підручника «Терапевтична стоматологія», який підготовано в чотирьох томах.

Протягом кількох десятиліть ще в колишньому СРСР професор М.Ф. Данилевський очолював секцію з терапевтичної стоматології Центральної методичної комісії союзного міністерства охорони здоров'я та МОЗ України.

За його участю було створено дві союзні навчальні програми з терапевтичної стоматології та новітні програми (1994, 1997) з цієї ж дисципліни для вузів України.

Керуючи кафедрою терапевтичної стоматології столичного вузу, професор Микола Федорович Данилевський зробив значний внесок в її розвиток, піднесення її кадрового потенціалу, зростання наукової і навчально-методичної діяльності, організації і формування якісно нової навчальної клінічної бази для студентів стоматологічного факультету. Високі організаційні здібності, невичерпний талант керівника, лікаря, педагога і науковця дозволили втілити в життя ідею створення клінічної навчальної бази, структура і функціональна діяльність підрозділів якої були підпорядковані потребам навчального процесу (відділення одонтології і ендодонтії, захворювань

пародонта і слизової оболонки порожнини рота, нейростоматології, лабораторної діагностики, спеціалізованої фізіотерапії).

Пріоритетним в педагогічній діяльності професора М.Ф. Данилевського є розробки з питань наочності викладання. Серед них важливе значення для удосконалення навчального процесу мають підготовлені ним та його учнями навчальні кінофільми. За його сценаріями на клінічній базі кафедри терапевтичної стоматології за участю співробітників кафедри і фахівців з наукового кіно створено 11 навчальних кінофільмів, 7 з яких за рішенням Центрального методичного кабінету з питань кінофікації навчального процесу колишнього союзного міністерства охорони здоров'я тиражовано для всіх профільних факультетів медичних вузів. 5 навчальних кінофільмів відзначені дипломами і преміями престижних фестивалів навчальних кінофільмів.

За результатами власних досліджень підготовлено і видано 4 комплекти навчальних слайдів з патанатомічної діагностики захворювань слизової оболонки порожнини рота. Велику популярність серед студентів, інтернів, лікарів, викладачів здобули талановито підготовлені за змістом і художнім оформленням **«Атлас захворювань слизистої оболонки порожнини рота і губ»** (співаєт. Е.В. Боровський, 1981, 1991) та атлас **«Заболевания пародонта»** (співаєт. Е.А. Магид, Н.А. Мухин, В.Ю. Миликевич, 1993, 1999). Світове визнання отримало нове видання **«Заболевания слизистой оболочки полости рта»** (співаєт. В.К. Леонтьев, О.Ф. Несін, Ж.І. Рахній. М. : Медицина, 2001).

За ініціативою професора М.Ф. Данилевського на кафедрі терапевтичної стоматології створено один з перших в Україні методичний кабінет, який є базою для самостійної позаурочної роботи студентів, методичного і наочного забезпечення навчального процесу, обміну досвідом роботи викладачів, інформації про педагогічні і фахові новини. Протягом навчального року його послугами користуються 5–6 тисяч студентів, інтернів, слухачів ФПК і викладачів.

Очолювана професором М.Ф. Данилевським кафедра терапевтичної стоматології як опорна стала першою в країні базою підвищення кваліфікації викладачів профільних кафедр медичних вузів. Тут проходили підготовку завідувачі кафедр, доценти й асистенти усіх 48 стоматологічних факультетів колишнього Союзу, нині обмінюються досвідом роботи й удосконалюють знання викладачі 10 вузів України.

Професор М.Ф. Данилевський створив наукову і кадрову школу в галузі терапевтичної стоматології. Під його керівництвом підготовлено 14 докторів наук і понад 50 кандидатів наук. Більшість його учнів працюють у вищих навчальних закладах викладачами, 12 із них керують кафедрами в Україні, країнах СНД та за кордоном.

Широким визнанням і високою оцінкою плідної роботи професора М.Ф. Данилевського на ниві освіти є обрання його академіком академії наук Вищої школи України.

М.Ф. Данилевський зробив великий внесок у розвиток вітчизняної науки. Основний напрямок його наукових досліджень пов'язаний з вивченням однієї з актуальних проблем стоматології – дослідженням патогенезу, клініки, діагностики, профілактики і лікування хвороб пародонта.

Вивчення питань етіології й патогенезу хвороб пародонта дозволило М.Ф. Данилевському вперше створити їх експериментальні моделі (Е-гіповітаміноз, функціональні порушення центральної нервової системи, стрес). Значна частина досліджень автора присвячена вивченню ролі гіпо- та авітамінозів (С, Е, Р тощо) в патогенезі захворювань пародонта. Ним виявлено зв'язок їх розвитку з місцевим С-гіповітамінозом, причиною якого можуть бути зубні відкладення.

Професор М.Ф. Данилевський вперше в нашій країні створив експериментальну модель пародонтиту в умовах утримання тварин на дієті, збідненій на вітамін Е. Отримані в експерименті дані про морфологічні зміни в тканинах пародонта підтверджено результатами клінічних спостережень, на базі яких розроблено рекомендації щодо використання вітамінних антиоксидантів для лікування і профілактики захворювань пародонта.

Оригінальні дослідження проведено М.Ф. Данилевським по вивченню зв'язку змін у тканинах пародонта з функціональними порушеннями центральної нервової системи, які викликані стресом в умовах застосування природних подразників.

Багаторічний досвід вивчення гемомікроциркуляції пародонта як в умовах експерименту, так і клініки, з використанням функціональних, морфологічних і біохімічних методів дозволив обґрунтувати особисту точку зору про роль судинних порушень у патогенезі хвороб пародонта. Комплексними клініко-морфологічними і біохімічними дослідженнями виявлено початкові зміни судинного русла тканин пародонта, що стосуються найтонших ензимних порушень, зниження

енергетичного забезпечення, окисно-відновних процесів. Подальший розвиток патологічного процесу характеризується динамічною фазністю ураження мікросудин пародонта, залежністю структурних змін в тканинах пародонта від ступеня порушення гемомікроциркуляції. М.Ф. Данилевським та його учнями досліджено стан регуляційних процесів, зокрема, біологічно активних речовин – калікреїн-кінінової системи – у структурах пародонта і біологічних середовищах організму та їх ролі в патогенезі пародонтиту. На основі цих даних розроблено оригінальні методи комплексної дії на мікрогемодинаміку пародонта з лікувальною і профілактичною метою.

Значну долю в дослідженнях проф. М.Ф. Данилевського займають питання особливостей діагностики і клініки захворювань пародонта. Багаторічний досвід і різнобічне клініко-лабораторне вивчення особливостей перебігу хвороб пародонта дали можливість науково обґрунтувати і створити класифікацію хвороб пародонта, яку внесено до навчальної програми з терапевтичної стоматології для студентів стоматологічних факультетів медвузів України, а також рекомендовано для практичного застосування в клінічній пародонтології.

Найбільш важливі напрямки досягнутих М.Ф. Данилевським результатів досліджень у пародонтології розвинені його численними учнями і послідовниками (Г.М. Вишняк, Л.О. Хоменко, А.П. Грохольський, А.М. Політун, Н.А. Колцова, Е.Е. Керімов, І.С. Мащенко, І.П. Горзов, Т.Д. Заболотний, А.В. Борисенко, А.М. Заверная, А.М. Хоцяновський, О.Ф. Несін, В.В. Мохорт, Т.Ф. Лихота, Г.Ф. Лещук, А.І. Пушенко, А.І. Рубан, В.Я. Даценко, Н.М. Ткачук, Н.А. Зелінська, Т.О. Солнцева, Л.В. Іщенко, Л.В. Стрюк, Б.В. Антонішин, Н.В. Петраш, В.С. Гриник, О.І. Чепіга, Т.А. Беленчук, І.О. Головня, М.Г. Синиця, І.Г. Сергеева, Б.О. Ревенок, Н.В. Колцова).

Поряд з глибинним вивченням хвороб пародонта М.Ф. Данилевський провів серйозні дослідження з питань клініки, діагностики та лікування й профілактики захворювань слизової оболонки порожнини рота. Серед них найбільш вагомими науковими працями, присвяченими кератозам. Запропоновано класифікацію кератозів слизової оболонки порожнини рота і червоної кайми губ, розроблено нові методи діагностики та лікування. Ці дослідження знайшли узагальнення в монографії **«Кератозы слизистой оболочки полости рта и губ»** (співавтор. Л.І. Урбанович).

Питанням діагностики та лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота присвячені наукові праці численних учнів Миколи Федоровича (Л.І. Урбанович, Л.О. Хоменко, Л.Ф. Сідельникова, А.М. Заверная, Л.Г. Швець, С.В. Забишна, Г.В. Відерська, Н.І. Коваль, К.К. Байбулова, Т.М. Волосовець).

Вагому частку складають роботи професора М.Ф. Данилевського та його учнів по розробці і впровадженню в практику нових методів і засобів діагностики та лікування в терапевтичній стоматології,

М.Ф. Данилевським та його учнями (Л.О. Хоменко, Л.Ф. Сідельникова, Л.Г. Швець, Г.В. Відерська, О.Ф. Несін) виконано фундаментальні та прикладні дослідження в області клінічної ензимології і вивчені механізми участі протеолітичних ферментів у розвитку захворювань пародонта та слизової оболонки порожнини рота. Запропоновано, науково обґрунтовано і впроваджено в практику використання протеолітичних ферментів тваринного і мікробного походження та їх інгібіторів в стоматології. За розробку теоретичних основ медичної ензимології і впровадження ензимотерапії в практику у 1987 р. М.Ф. Данилевського відзначено Державною премією України.

Спільно з фармакологами, М.Ф. Данилевським та його учнями (В.В. Мохорт, О.Ф. Несін, О.І. Рубан, Я.П. Астапенко, Т.М. Волосовець) розроблено і впроваджено в практику ефективний препарат багатоспрямованої дії з групи нестероїдних протизапальних препаратів – натрієву сіль мефенамінової кислоти. Препарат знайшов широке застосування при лікуванні ускладненого карієсу, виразково-некротичних уражень слизової оболонки порожнини рота та хвороб пародонта. Отримано 7 патентів країн Європи і США.

Грунтовно досліджено М.Ф. Данилевським та його учнями (А.П. Грохольський, М.Ф. Противень, О.Ф. Несін, І.М. Лисенко, Л.Д. Оконська, А.М. Політун) механізми впливу низьких температур, гіпогіпертермії на тканини порожнини рота, розроблено показання та методику їх застосування для лікування захворювань пародонта і слизової оболонки порожнини рота. Спільно з професором А.П. Грохольським та фахівцями НДІ низьких температур теоретично обґрунтовано і запропоновано конструкції робочих кріоінструментів для застосування в стоматології з використанням універсальних кріоустановок. Ряд цих робіт відзначено медалями і дипломами на вітчизняних та міжнародних виставках.

Широке застосування в практичній стоматології знайшли метод і апарат для вакуум-кюретажу пародонтальних кишень у хворих на генералізований пародонтит, розроблені автором та його учнями (*А.П. Грохольський, В.Я. Даценко*).

Під керівництвом проф. М.Ф. Данилевського вперше в експерименті для стимулювання остеобластичної функції кісткової тканини, активізації репаративного остеогенезу у хворих на генералізований пародонтит отримано специфічну остеогенну цитотоксичну сироватку (*О.Ф. Несін*).

Важливе практичне значення мають наукові обґрунтування та практичні пропозиції щодо використання медичних сорбентів для лікування захворювань слизової оболонки, ускладненого карієсу.

М.Ф. Данилевським та його учнями розроблено і впроваджено в клініку оригінальні прописи лікувальних пов'язок, плівкових матеріалів, мобілізованих лікарських форм, фітопрепаратів (*Л.О. Хоменко, Л.Ф. Сідельникова, В.В. Мохорт, І.Г. Дікова, Л.Г. Швець, Б.В. Антонішин, М.І. Рахній, Г.І. Пушкар та ін.*).

Науково обґрунтовано і удосконалено фізичні методи лікування захворювань пародонта і слизової оболонки порожнини рота (*Г.Ф. Лещук, М.Ф. Противень, А.П. Грохольський, А.М. Політун, В.І. Вицяло, О.Ф. Несін*).

Вперше в Україні під керівництвом проф. М.Ф. Данилевського було організовано нейростоматологічне відділення, а його учнями вивчено патогенез, особливості клініки і діагностики захворювань нейростоматологічного характеру, розроблено засоби ефективної терапії (*Є.С. Яворська, М.Ю. Антоненко, Т.К. Бешарова, Л.Д. Оконська*).

Неординарні організаційні здібності, всебічний підхід до наукових і практичних проблем стоматології дали можливість М.Ф. Данилевському з метою втілення наукових доробок у лікувальний процес і подальшого удосконалення організувати на базі кафедри кілька науково-методичних практичних центрів: пародонтологічного, нейростоматологічного, фізіотерапевтичного.

Роботи проф. М.Ф. Данилевського останнього десятиліття та його учнів (*І.П. Горзов, А.М. Політун, А.М. Потапчук*) були присвячені науковому обґрунтуванню, розробці і впровадженню в практику комплексної системи первинної профілактики карієсу та хвороб пародонта в регіонах з біогеохімічним дефіцитом фтору та йоду з використанням йодовано-фторованої харчової кухонної солі.

Досвід фторування та йодування харчової кухонної солі та застосування її для первинної профілактики стоматологічних захворювань схвалено ВООЗ (1992). За результатами досліджень складено міждержавну комплексну програму ВООЗ з питань дослідження фторування солі для профілактики стоматологічних захворювань у населення Білорусі, Росії та України (1994).

Результати наукових досліджень М.Ф. Данилевського опубліковано в 306 друкованих працях, в тому числі 17 монографіях, відображено в 30 авторських свідоцтвах, патентах.

Його багаторічні наукові роботи отримали визнання не тільки в Україні, а й за кордоном. Їх відмічено золотими і бронзовими медалями на вітчизняних і міжнародних виставках, Державною премією України.

За успіхи в підготовці науково-педагогічних кадрів, досягнення в наукових дослідженнях, внесок у розвиток вітчизняної стоматології професору М.Ф. Данилевському присвоєно почесне звання Заслуженого діяча науки України.

За активну участь у Великій Вітчизняній війні та плідні творчі і трудові досягнення М.Ф. Данилевського нагороджено 40 орденами і медалями.

Багатогранною була суспільна діяльність проф. М.Ф. Данилевського. З 1975 р. його було обрано Головою Українського наукового товариства стоматологів, а в 1995 році – Президентом асоціації стоматологів України. Протягом двох десятиліть він був головним редактором міжвідомчого республіканського збірника «Стоматологія». Тривалий час був членом редколегії союзного журналу «Стоматологія», співредактором Великої медичної енциклопедії, головою всесоюзної комісії АМН колишнього СРСР «Хвороби пародонта», головним редактором українсько-польського журналу «Новини стоматології», головою редакційної ради журналів «Вісник стоматології», «Дентальні технології».

У 1994 році Миколу Федоровича Данилевського обрано академіком Української академії наук національного прогресу, а у 1996 році – академіком Академії наук Вищої школи України.

Тривалий час з 1994 року по 2005 р. М.Ф. Данилевський очолював створену Асоціацію стоматологів України.

Багатогранна діяльність Асоціації – однієї з перших громадських професійних організацій в нашій державі – постійно розширюється, зростає її вплив на функцію державних стоматологічних структур. Саме з ініціативи президента Асоціації професора М.Ф. Данилевського, пріоритетними в діяльності асоціації стали такі питання як поліпшення матеріально-технічної бази стоматологічних закладів, освоєння і впровадження в клінічну практику нових технологій, матеріалів світового рівня, удосконалення післядипломної освіти лікарів-стоматологів, розвиток приватної стоматології, правові аспекти роботи лікаря стоматолога, медичне страхування, захист професійної діяльності стоматологів. Як президент АСУ, фахівець, громадянин України професор М.Ф. Данилевський важливе значення надає питанням розвитку матеріальної бази стоматології, всіляко підтримує вітчизняного виробника. За його підтримки отримали шлях у виробництво наукові розробки першого українського пломбувального матеріалу (фірма «Оксомат») стоматологічних установок (фірма «Сатва») тощо.

Професором М.Ф. Данилевським було започатковано інформаційно-освітню діяльність Асоціації стоматологів. Ним закладено методичні основи створення і функціонування науково-навчального центру АСУ «Стоматологія».

Поглиблені навчальні програми короткотермінових циклів дозволяють значно поліпшити практичне удосконалення лікарів, освоєння сучасних технологій лікування і профілактики.

За ініціативою професора М.Ф. Данилевського Асоціацію стоматологів України було прийнято постійним членом Всесвітньої Федерації стоматологів, а президента обрано членом парламенту цієї міжнародної організації.

Професор М.Ф. Данилевський активно працював у медичному співтоваристві України «Пульс України», стратегічною метою якого є забезпечення якісної медичної допомоги кожному громадянину держави. В числі відомих вчених, провідних фахівців професор М.Ф. Данилевський підписав спільну Декларацію Президента України Л.Д. Кучми і медичного співтовариства про об'єднання зусиль для розробки і реалізації довгострокової політики, спрямованої на зміцнення здоров'я громадян України і створення нової національної системи охорони здоров'я.

Серед громадських об'єднань в Україні Асоціація стоматологів однією з перших ініціювала активну підготовку до проведення Першого Всеукраїнського форуму громадських організацій сприяння охороні здоров'я населення, який відбувся в травні 2002 р.

Талановитий лікар, педагог, досвідчений вчений, здібний організатор, добра, чуйна, щира, скромна людина, Микола Федорович Данилевський зробив суттєвий внесок в організацію і розвиток стоматологічної освіти, науки і практичної стоматології в Україні. На жаль, 17 грудня 2006 р. на 84-му році **Данилевський Микола Федорович** пішов з життя. Його добрі діла заслуговують на належну пам'ять нащадків.

ВІДЗНАЧЕННЯ «СЕРТИФІКАТАМИ ПРО ВИЗНАННЯ» АМЕРИКАНСЬКОГО МІЖНАРОДНОГО АЛЬЯНСУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ СПІВРОБІТНИКІВ КАФЕДРИ ГЕМАТОЛОГІЇ І ТРАНСФУЗИОЛОГІЇ (ДО 100-РІЧЧЯ НМАПО ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА МОЗ УКРАЇНИ ТА 50-РІЧЧЯ ЗАСНУВАННЯ КАФЕДРИ)

Видиборець С.В., Гайдучова С.М.

*м. Київ, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
МОЗ України*

Співробітники кафедри гематології та трансфузіології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України в грудні 2017 р. отримали «Сертифікати про визнання» Американського міжнародного альянсу охорони здоров'я (АМАОЗ). У «Сертифікаті

про визнання» АМАОЗ, який здійснює в рамках міжнародної технічної допомоги проект «Надання технічної допомоги зі зміцнення служб переливання крові в певних країнах за Надзвичайним президентським планом США по боротьбі зі СНІДом (PEPFAR)» відповідно до Угоди № 1U2GGH00861-01 від 12.09.2017 року з Федеральним агентством Центру контролю та профілактики захворювань США (CDC), бенефіціаром якої виступає Міністерство охорони здоров'я України, зазначено, що АМАОЗ визнає внесок кафедри гематології та трансфузіології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика в реалізацію проекту за напрямками догляду за донорами, менеджменту якості, належного застосування компонентів крові та підтверджує її успішність і досягнення. Співробітниками кафедри гематології та трансфузіології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика за час співпраці МОЗ України з АМАОЗ проведено навчальні вебінари з менеджменту якості в службі крові, прочитано на місцях 15 навчальних лекцій з належного застосування компонентів крові. У співавторстві з американськими колегами (L. Botos, D. Ou, D. Gadlem, T. Shallert, D. Stenli), представниками АМАОЗ в Україні та провідними трансфузіологами України було видано два навчальні посібники: «Донорство: залучення донорів крові та її компонентів» (2014) і «Менеджмент якості в службі крові» (2016, 2017).

СУЧАСНІ ТРЕНДИ ПЕДІАТРИЧНОЇ ШКОЛИ ПРОФЕСОРА В.М. СІДЕЛЬНИКОВА: ДО 90-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ

Волосовець О.П., Кривопустов С.П., Кузьменко А.Я., Прохорова М.П., Логінова І.О., Дзюба О.Л., Макуха Н.Т., Гнатюк С.М., Райош В.М., Іорданова С.В., Черній О.Ф., Хоменко В.Є., Криворук І.М., Царьова Н.М., Баликіна Н.В., Гелескул Л.М.
*м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Київська міська дитяча клінічна лікарня №2*

Видатний український вчений-педіатр Віктор Михайлович Сідельников народився 15 жовтня 1928 року у місті Харкові. В пам'яті учнів залишилось те, що він був лікарем з неперевершеною клінічною інтуїцією та великим патріотом своєї країни і Педіатрії. Його перші наукові пошуки були присвячені визначенню активності ревматизму у дітей, а докторська дисертація – клініко-гемодинамічним особливостям вроджених вад серця (ВВС). Натепер в країні створена потужна школа дитячої кардіології та кардіохірургії, адже щорічно у дітей діагностується 10 тисяч ВВС. Член-кореспондент НАН, АМН України, заслужений діяч науки та техніки України, професор В.М. Сідельников був новатором розвитку алергологічної служби країни. Ним розроблений метод визначення швидких і повільних ацетиляторів при бронхіальній астмі. І нині ми спостерігаємо стрімкий розвиток молекулярної алергології, яка надає перспективу дійсно персоналізованого лікування. Професор В.М. Сідельников брав безпосередню участь у ліквідації аварії на ЧАЕС, вивчав питання екологічної педіатрії. У 1990 році обраний членом Національної комісії з радіаційного захисту населення. Аналіз стану здоров'я дитячого населення показує, що за 1987–2016 рр. захворюваність дітей, які проживають у областях з територіями радіоекологічного контролю зросла у 3,2 раза. Створив наукову школу – підготував 8 докторів та 23 кандидатів медичних наук. Його книги і сьогодні не втратили своєї актуальності. Працював на посадах головного педіатра МОЗ України (1972–1974 рр.), головного дитячого кардіоревматолога (1975–1997 рр.). Згадуючи роки роботи в міністерстві, він завжди підкреслював необхідність подальшого розвитку і реформування охорони здоров'я та її наближення до потреб простої людини.

ОЛЕНА ХОХОЛ: ЖИТТЯ ВІДДАНЕ ОХОРОНІ ДИТИНСТВА

ВОЛОСОВЕЦЬ О.П.

м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Яскравий слід у розвитку Педіатрії в Україні залишила член-кореспондент АМН СРСР, заслужений діяч науки УРСР, професор Олена Миколаївна Хохол (1897–1964). У її особистості вдало поєднувалися науковець, організатор охорони здоров'я та громадський діяч. Важко переоцінити вклад О.М. Хохол у відновлення зруйнованої війною системи охорони здоров'я дитячого населення, коли вона у воєнні та повоєнні роки працювала в Наркоматі охорони здоров'я СРСР та УРСР. З 1950 року ректор Київського медичного інституту Т.Я. Калініченко доручив їй очолити кафедру госпітальної педіатрії. Новаторськими для того часу були її праці по розробці шляхів діагностики та лікування дизентерії, туберкульозу, пупочного сепсису та септико-токсичних захворювань немовлят, що актуально й нині. Зважаючи на масове скорочення природного вигодовування у 50-х роках, професор О.М. Хохол очолила науковий напрямок зі створення абсолютно нової технології та впровадження в практику дитячого харчування іонітного молока, що мало величезне значення для повноцінного вигодовування цілого покоління дітей. О.М. Хохол двічі обиралася депутатом Верховної Ради України, членом Комітету захисту миру. Вона двічі брала участь у роботі сесій Генеральної Асамблеї ООН, Жіночого конгресу в Італії. Очолювала Республіканське й Київське міське товариство педіатрів. Підготувала сузір'я відомих вчених-педіатрів, які стали цвітом української педіатричної школи. Перш за все, це академік НАН, НАМН України О.М. Лук'янова, завідувачі кафедр педіатрії Київського медичного інституту професори О.І. Кошель-Плескунова, А.О. Андрущук та В.Д. Чеботарьова.

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНА РОБОТА КАФЕДРИ ГЕМАТОЛОГІЇ ТА ТРАНСФУЗИОЛОГІЇ: ІСТОРИЧНИЙ ЕКСКУРС (ДО 100-РІЧЧЯ НМАПО ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА МОЗ УКРАЇНИ ТА 50-РІЧЧЯ ЗАСНУВАННЯ КАФЕДРИ)

ГАЙДУКОВА С.М., Видиборець С.В., Гусєва С.А., Кучер О.В., Мороз Г.І.

м. Київ, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України

Кафедра гематології і трансфузіології Київського інституту удосконалення лікарів заснована в 1968 р. на базі Київської обласної клінічної лікарні. Організатором і першим завідувачем кафедри був д.мед.н., професор І.П. Сарницький, який очолював кафедру до 1987 р. З 1987 по 1989 р. завідувачем кафедри була д.мед.н., професор Л.М. Тищенко. З 1989 по 1992 р. кафедра була у складі кафедри терапії-1 (завідувач кафедри – д.мед.н., професор І.М. Ганджа). З 1992 по 2011 р. кафедру очолювала д.мед.н., професор, заслужений діяч науки і техніки України С.М. Гайдукова. З 2011 р. кафедру очолює д.мед.н., професор С.В. Видиборець.

З моменту заснування кафедри в її складі працювали в різні роки висококваліфіковані фахівці: к.мед.н. Т.Л. Фоменко, к.мед.н. Г.І. Довбиш, к.мед.н. Б.І. Оберемко, к.мед.н. І.О. Трофимець, д.мед.н. В.В. Сатмарі, к.мед.н. П.Ф. Демидюк, к.мед.н. С.Б. Донська, д.мед.н., професор П.М. Перехрестенко, к.мед.н. О.А. Карнабеда, д.мед.н., професор В.М. Михальчук, д.мед.н. Л.А. Сивак, к.мед.н. Л.О. Ковалкіна, д.мед.н. Ю.Ю. Дерпак, к.мед.н. І.Р. Гартовська, к.мед.н. О.В. Сергієнко. В теперішній час на кафедрі працюють: завідувач кафедри – професор С.В. Видиборець, професори С.М. Гайдукова, С.А. Гусєва, О.В. Кучер, доцент Г.І. Мороз.

Основним напрямком діяльності кафедри є підготовка кадрів для практичної медицини з трьох спеціальностей: гематології, дитячої гематології та трансфузіології. Тільки за останні 30 років було підготовлено понад 7000 лікарів з вищезазначених спеціальностей. Для їх підготовки колективом кафедри видано 4 підручники, понад 20 навчальних посібників та інша навчально-методична література.

ДО ІСТОРІЇ ВИКЛАДАННЯ ПРЕДМЕТУ ОДОНТОЛОГІЯ У ЛЬВІВСЬКОМУ УНІВЕРСИТЕТІ НА ПОЧАТКУ ХІХ СТОРІЧЧЯ

Гриновець В.С.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Відомо, що 16 листопада 1784 р. за рішенням австрійського цісаря Франца Йозефа II у Львові було відновлено університет – Йозефінський університет з медичним факультетом. У 1828 р. за ректорства у Львівському університеті хірурга, професора, доктора медицини Франца фон Мазоха для студентів медиків розпочато викладання курсу одонтології – мистецтва лікування зубів. Курс цей почав вести професор хірургії і одонтології Карл Прокоп Каліга (CALIGA Carl Procop, 1785 – 18.11.1841, Львів). Про професора Калігу, незважаючи на те, що згадується про нього у багатьох виданнях, відомостей не особливо багато. З його книжок дізнаємося, що мав він клінічну практику з одонтології у різних країнах – Польщі, Росії та ін. Згадує він, до прикладу, особисті клінічні випадки лікування запалення тканин пародонту у м. Києві. Результати наукового пошуку дозволили виявити лише незначну кількість збережених до даного часу праць проф. Карла Прокопа Каліги, а саме: в національній науковій бібліотеці ім. В. Стефаніка Національної Академії Наук України – монографічна праця «Про захворювання зубів і засоби їх лікування», видана у Відні 1838 р. Перевидання праці проф. Каліги польською у Львові 1840 р. та італійською мовою в Мілані 1841 р. знаходяться на зберіганні в Державній бібліотеці м. Відень (Австрія). Єдиний екземпляр цього видання у поліпшеній палітурці виявлений на цей час тільки в Державній бібліотеці м. Берліна. Книга видана готичним шрифтом німецькою мовою обсягом 54 сторінки. Аналізуючи вміст книги, можна зробити висновок, що доктор медицини, професор одонтології львівського університету Карл Прокоп Каліга, узагальнивши результати своїх практичних навичок, отриманих під час роботи в Європі, на початку ХІХ сторіччя видав книгу – монографію-посібник, в якій відобразив проблеми зуболікування та їх вирішення, що були особливо актуальні на той час не тільки для лікарів.

ПЕРШИЙ ДЕКАН СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЛЬВІВСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ – ПРОФЕСОР КОВАЛЬ ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ

Гриновець В.С.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У літописі української стоматології гідна сторінка належить видатному львівському вченому – професору О.В. Ковалю. Він народився 4.08.1913 р. у с. Ситихів на Львівщині, фах лікаря-стоматолога отримав у Варшавській стоматологічній академії в 1937 р. З 1939 р. О.В. Коваль почав працювати стоматологом, а згодом головним лікарем стоматологічної клініки Львівського державного медичного інституту (ЛДМІ) в проф. А. Цешинського. Під час II світової війни О.В. Коваль працював на фронті лікарем-стоматологом. Із серпня 1945 р. О.В. Коваль працював асистентом кафедри шпитальної хірургії ЛДМІ. Він займався удосконаленням методів лікування зламів щелеп, чому й присвячено кандидатську дисертацію (1950), в 1955 р. отримав атестат доцента. До 1961 р. він працював головним стоматологом обласного відділу охорони здоров'я, надаючи пріоритетне значення поліпшенню стоматологічної допомоги населенню Львова та області, було створене обласне наукове товариство стоматологів, у якому О.В. Коваль очолював наукову секцію. Стараннями О.В. Ковалю у 1958 р. відкрито стоматологічний факультет ЛДМІ, першим деканом якого він став. У 1960 р. створено кафедру хірургічної стоматології ЛДМІ, доцента О.В. Ковалю призначено завідувачем цієї кафедри, яку він і очолював 12 років. У 1967 р. захистив докторську дисертацію на тему: «Клініко-фізіологічне і експериментально-ембріологічне вивчення вроджених розщілин піднебіння» і в 1968 р. став професором. О.В. Коваль вперше у вітчизняній стоматології встановив вплив гідрокортизону та гіпервітамінозу А на ембріогенез

піднебіння і в експерименті на щурах отримав модель вродженого незрощеного піднебіння. О.В. Коваль був науковим керівником 10 дисертантів, автором понад 50 наукових праць. Нагороджений державними нагородами СРСР – медалями: «За перемогу над Німеччиною» та «10 років Перемоги». 24.01.1972 р. проф. Коваль О.В. відійшов у вічність.

ПРОФЕСОР ВОЛОДИМИР МОНАСТИРСЬКИЙ – АВТОР ВІДКРИТТЯ ТРОМБІН-ПЛАЗМІНОВОЇ СИСТЕМИ І ТВОРЕЦЬ НОВОЇ НАУКИ – БІОЛОГІЧНОЇ КОАГУЛОЛОГІЇ

Гриновець В.С.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Володимир Монастирський понад 50 років вивчав різні аспекти двох ферментних систем – коагуляційної (системи тромбіну) і декоагуляційної (системи плазміну). В результаті він зробив низку відкриттів – проміжних, основних і похідних від основних, проте тут зупинимося лише на основних. Спочатку він відкрив два явища – цито-гісто-гемокоагуляцію (біологічну коагуляцію), яку здійснює система тромбіну і цито-гісто-гемодеконкоагуляцію (біологічну декоагуляцію), яку здійснює система плазміну. Ґрунтовно вивчивши їх, він встановив, по-перше, що зазначені системи в усіх основних біологічних середовищах (ОБС) функціонують у тісному взаємозв'язку і взаємозалежності як підсистеми більш складної тромбін-плазмінової системи (ТПС), а по-друге, що біокоагуляція функціонує в усіх ОБС як дуже складний коагуляційно-гіпотрофічний механізм, кінцевим результатом якого є альтерація у вигляді дегенеративних і дистрофічних пошкоджень органів, а біодекоагуляції теж функціонує в усіх ОБС, але як не менш складний декоагуляційно-нормотрофічний механізм, кінцевим результатом якого є регенерація. Таким чином, автор відкрив ТПС та два, здійснювані її підсистемами, фундаментальні протилежні процеси – біокоагуляційну альтерацію та біодекоагуляційну регенерацію. За допомогою цих двох процесів ТПС реалізує всі три етапи вікового розвитку і одночасно здійснює низку життєво важливих функцій регуляторного характеру. А це означає, що автор фактично відкрив п'яту основну регуляторну систему організму, нарівні з генною, імунною, ендокринною та нервовою системами.

Відкриття ТПС дало автору можливість створити по суті нову науку – біологічну коагулологію, науку про біологічну, фізіологічну, патогенетичну і саногенетичну роль тромбін-плазмінової системи.

ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ В ЗУБОЛІКУВАННІ ПОЧАТКУ ХІХ СТОРІЧЧЯ

Гриновець В.С., Гриновець І.С.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

З метою оцінки забезпечення стоматологічних хворих у давнину, проведено аналіз лікарської допомоги, викладений у праці професора одонтології Львівського цісарсько-королівського університету Карла Прокопа Каліги «Про захворювання зубів і засоби їх лікування» («Über die Krankheiten der Zähne und die Mittel sie zu heilen»), що була видана у Відні 1838 року. У праці автор, зважаючи на вимоги фармакопеї і довідкових медичних видань Європи та Азії того часу, описує старовинну рецептуру, а саме: офіцинальні, магістральні й авторські прописи практичної медицини, які є найбільшою цінністю для науки.

Автором у праці наведено чимало комбінацій лікарських речовин і найбільш раціональна технологія різних лікарських форм у вигляді порошків, паст, мазей, полоскань, а також розглядається багатовекторний індивідуальний підхід не тільки в питаннях визначення терапевтичної схеми, а й до кожного хворого зокрема.

На жаль, сьогодні, в силу різних обставин, однією з яких є науковий прогрес, більшість складників з описаної рецептури втратили свою актуальність, тому їх неможливо знайти в сучасній фармакології, зокрема: *Radix ratannhaie, Pulveris rad. Myrrhae rubrne, Radicis ossis sepiae, Pulveris carticis chinae, Lapidum cancrorum, Pulveris cornu cervi*.

У результаті аналізу опублікованих у виданні рецептів, у сигнатурі до яких відразу прописано причини та умови застосування, можна стверджувати, що лікар-стоматолог Карл Прокоп Каліга в період XIX століття проводив важливі наукові дослідження з метою розробки нових ліків та удосконалення вже існуючих, вносячи при цьому великий внесок у розвиток сьогодношньої медичної науки.

СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТУ ЛЬВІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО – 60 РОКІВ

Гриновець В.С., Огоновський Р.З.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У 1958 р. в Львівському державному медичному інституті було відкрито стоматологічний факультет. Про вступні іспити на цей факультет було попередньо оголошено у львівських обласних газетах і, відповідно до наказу ректора інституту професора Л.М. Кузьменка за № 304 від 28.08.1958 р., 86 студентів було зараховано на перший курс стоматологічного факультету ЛДМІ. Молодь з усієї Західної України отримала можливість здобути фах лікаря-стоматолога. На той час вищу стоматологічну освіту в УРСР можна було отримати тільки у Києві та Харкові, ця подія мала значення не лише для Львова, але й для України в цілому. Першим деканом стоматфакультету став Олександр Васильович Коваль – головний лікар стоматологічної клініки ЛДМІ, головний стоматолог обласного відділу охорони здоров'я. Наступним кроком з формування повноцінного стоматфакультету ЛДМІ було створення профільних кафедр. Наказом по ЛДМІ № 359 від 31.08.1960 р. стоматологічне відділення кафедри шпитальної хірургії з 1.09.1960 р. реорганізовано у самостійну кафедру хірургічної стоматології і О.В. Ковалья призначено завідувачем кафедри хірургічної стоматології. Відповідно до наказу ректора ЛДМІ № 320 від 4 серпня 1961 р., з 1.08.1961 р. кафедру ортопедичної стоматології очолив доктор медичних наук Яків Михайлович Збарж. З 1.10.1961 р. кафедру терапевтичної стоматології ЛДМІ очолила Любомира Антонівна Луцик. У 1963 р., 55 років тому, відбувся перший випуск студентів-стоматологів. 104 випускники стоматфакультету ЛДМІ отримали дипломи державного зразка з присвоєнням кваліфікації лікаря-стоматолога.

Деканами стоматологічного факультету у різний час за минулі 60 років були професори О.В. Коваль (1960–1966, 1968–1972 рр.), О.Я. Ухов (1966–1968), Г.С. Чучмай (1972–1974, 1978–1979), Є.В. Гоцко (1974–1978, 1979–1992), І.М. Готь (1992–2005), Р.М. Ступницький (2005–2012). У 2012 р. на посаду декана був обраний доктор медичних наук, професор Р. З. Огоновський.

10 РОКІВ МУЗЕЮ СТОМАТОЛОГІЇ У ЛЬВОВІ

Гриновець В.С., Пасько О.О.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Упродовж 10 років у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького успішно працює Музей стоматології, створений у 2008 р. на кафедрі терапевтичної стоматології в Стоматологічному медичному центрі поліклініки ЛНМУ імені Данила Галицького. Експозиція музею висвітлює становлення Львівської стоматологічної школи, а також історичний розвиток стоматології як медичної допомоги та стоматологічної науки в Україні та в усьому світі.

Музей стоматології оснащений стендами, які представляють матеріали про лікарів, професорів, викладачів, які ще з XVIII ст. безпосередньо брали участь у розвитку галузі. Для ознайомлення виставлено інструментарій та обладнання для стоматологічної допомоги кінця XVIII – початку XIX ст. Представлені інструменти терапевтичного, хірургічного та ортопедичного напрямків, механічні та електромеханічні бормашини, стоматологічні установки кінця XIX ст., а також зразки інвентаря, який використовувався у минулому сторіччі в навчальному процесі.

Унікальною є збірка старовинних посібників і підручників з розвитку стоматології. а також освітні документів за фахом. Демонструються портрети визначних професорів львівської стоматології. Особливої уваги заслуговує ікона святої Аполонії – покровительки стоматологів.

З метою найкращого представлення в експозиції музею ведеться обробка та систематизація архівних матеріалів, інструментарію.

Для широкого висвітлення історичного розвитку львівської університетської стоматології проводиться просвітницька робота з українськими та іноземними студентами, викладачами, лікарями та відвідувачами.

ПРОФЕСОР МЕЧИСЛАВ ЯНКОВСЬКИЙ – ВНЕСОК У СТАНОВЛЕННЯ ЛЬВІВСЬКОЇ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ШКОЛИ

Гриновець В.С., Ріпецька О.Р., Гриновець І.С.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мечислав Янковський – лікар, науковець, педагог, учень професора А. Цешинського та його послідовник – керівник кафедри і клініки стоматології Львівського державного медичного інституту (ЛДМІ) у часи Другої світової війни і до 1946 р.

Мечислав Янковський (Jankowski Mieczyslaw) народився 1 серпня 1896 р. у м. Зборів на Тернопільщині. Закінчив медичний факультет Львівського університету (1928). У 1925–1931 рр. він асистент протезно-ортопедичного з ортодонтією відділу стоматології, 1931–1941 – ад'юнкт професора А. Цешинського в хірургічному відділі стоматології Львівського університету; 1941–1942 – ад'юнкт, керівник кафедри і клініки стоматології Львівського медичного інституту; 1942–1943 – керівник кафедри і клініки стоматології Державних медичних фахових курсів у м. Львові; 1943–1944 – керівник кафедри і клініки стоматології Державних медико-природничих фахових курсів у м. Львові, 1944–1945 – доцент стоматології ЛДМІ; 1945–1948 – керівник Громадсько-страхового стоматологічного закладу в м. Забже (Польща); з 1948 – професор Сілезької медичної академії в м. Забже, організатор відділу, а надалі – кафедр стоматології Сілезької медичної академії, керівник клініки хірургічної стоматології. Автор 110 наукових праць, серед них монографії «Хвороби порожнини рота, щелеп і черепа» (Варшава, 1967). Серед учнів Мечислава Едуардовича Янковського у Львові – Любомира Антонівна Луцик, яка опанувала професію стоматолога 1943–1945 рр., згодом перша жінка професор стоматології Галичини, у Польщі – докторанти (з 1951 до 1966 року): Анна Цивінська-Яворська (Забже), Анна Салек-Маковська (Забже), Богна Погожелська-Стрончак (Забже), Стефан Кнапик (Забже, Катовіце), Гелена Ланговска-Адамчик (Катовіце). М.Е. Янковський вільно володів українською, англійською і німецькою мовами. У плідній співпраці професорів М. Янковського та О. Ковалю відбувалось післявоєнне становлення стоматологічної клініки та кафедри ЛДМІ. Професор М. Янковський помер 21.12.1978 р. в м. Забже, Польща.

НЕОБХІДНІСТЬ ВІДНОВЛЕННЯ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ» ДЛЯ СУЧАСНОГО РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ НАУКИ

Гриновець В.С., Синиця В.В.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Сучасна вітчизняна медична наука нерозривно пов'язана зі світовою наукою, а, отже, тенденції оновлення бачення медичних проблем та їх оптимальне вирішення в практиці є завданням української медицини. У наш час до медичної науки, як і до системи підготовки медичних кадрів, постійно підвищуються вимоги. Ці реалії вимагають створювати сучасні бази за аналогами світових, причому враховувати ті досягнення, на підставі яких було створено сучасні методики і продовжується їх вдосконалення.

За час незалежності в Україні упорядковується українська медична термінологія, створюються термінологічні словники, видання про визначні дати та постаті в історії вітчизняної медицини. Однак упродовж останніх 6 років відбулося руйнування такого важливого напрямку медичної науки, як історія медицини. Причиною став відомий наказ МОНМС України від 21.12.2012 № 1462 (zareestrovаний у Міністерстві юстиції України 10.01.2013 за № 8922621) – «Про внесення змін до Переліку наукових спеціальностей» (п. 1.8. «...спеціальність 14.02.04 «Історія медицини» виключити»).

Провідні країни, які є прикладом світових розробок у медичній галузі, розвивають такий напрямок, як історія медицини, створюючи позитивне ставлення до історичних питань галузі, фінансуючи дослідження в напрямку вивчення діяльності визначних дат, історичних постатей, їх внеску у національну і світову медичну науку.

Українська медицина сьогодні вкрай потребує створення повноцінної національної галузевої бази даних, а також викладання на належному рівні предмету історії медицини у закладах вищої медичної освіти, тому назріла нагальна необхідність відновити спеціальність «Історія медицини» для подальшого розвитку медичної галузі в Україні.

НАУКОВЕЦЬ І ПЕДАГОГ ПРОФЕСОР УХОВ ОЛЕКСАНДР ЯКОВИЧ

Гриновець В.С., Шашков Ю.І.

м. Львів, Львівський національний університет імені Данила Галицького,

ВНКЗ ЛОР «Львівський інститут медсестринства та лабораторної медицини ім.

Андрея Крупинського»

Серед лікарів які присвятили себе становленню української медичної науки необхідно згадати професора О.Я. Ухова. Народився Олександр Ухов у селі Бронниця Вінницької області 14.06.1924 р. Після закінчення медичного факультету Станіславського медичного інституту з 1951 р. розпочав лікарсько-педагогічну роботу. О.Я. Ухов працював терапевтом (1951–1952), головним лікарем (1952–1954) санаторію № 4 м. Трускавець Львівської обл.; клінічним ординатором кафедри інфекційних хвороб (1954–1956); асистентом (1956–1963), доцентом (1963–1974), деканом стоматологічного факультету (1965–1967) Львівського державного медичного інституту (ЛДМІ). У 1961 р. захистив кандидатську дисертацію «Матеріали до епідеміології черевного тифу в м. Львові», з 1964 року – доцент кафедри епідеміології. З 1974 до 1976 року – завідувач кафедри епідеміології. З 1976 до 1990 року – завідувач кафедри мікробіології, а у 1990–1995 роках – професор цієї ж кафедри. У 1974 році захистив докторську дисертацію на тему: «Епідеміологія і нозогеографія черевного тифу і паратифу у Львівській, Івано-Франківській і Тернопільській областях», професор з 1978 року. Напрямами наукових досліджень професора О.Я. Ухова були: вивчення особливостей крайової епідеміології, нозогеографії, диференційної діагностики, профілактики черевного тифу і паратифів у західному регіоні України; опрацювання питань етіології гострих і хронічних пневмоній, ролі алергічних компонентів і стану гуморального

імунітету при цій патології; проблеми ранової інфекції при травмах і застосуванні ультразвукової і лазеротерапії. Професор О.Я. Ухов – автор близько 140 наукових і навчально-методичних праць, серед них 7 авторських свідоцтв на винаходи. Підготував 5 кандидатів медичних наук. Професор О.Я. Ухов відійшов у вічність 26 листопада 1999 р.

В.П. ЖАЛКО-ТИТАРЕНКО – ІСТОРИЧНА ПОСТАТЬ В УКРАЇНСЬКІЙ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ

МАРКОВ Ю.І.

м. Київ, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

1 лютого 1967 року на базі курсу анестезіології у складі кафедри торакальної хірургії та анестезіології Київського інституту удосконалення лікарів (КІУЛ) була створена перша в Україні кафедра анестезіології-реаніматології (завідувач – доцент, а згодом професор А.І. Тріщинський). Першими співробітниками кафедри стали асистенти О.Я. Маловічко, А.Ю. Депутат, Г.С. Заброта, В.П. Жалко-Титаренко, В.М. Лелюх.

Викладачі, створеної 51 рік тому кафедри анестезіології-реаніматології, були водночас і першими анестезіологами України. Непересічні особистості з високим рівнем інтелекту та моральними якостями – вони були першопрохідцями нової спеціальності, складної та відповідальної.

У цьому році виповнилося 100 років четвертому за ліком асистенту (згодом доценту) кафедри Володимиру Пилиповичу Жалко-Титаренку, який народився 19.01.1918 року в м. Красноярську в сім'ї учителів, українець.

100 років у світовому масштабі – це незначний відрізок часу, 100 років для людини – це майже вічність. За цей час змінилося обличчя держави, вона стала незалежною. Спеціальність, у витоків якої стояв Володимир Пилипович, виокремилася з хірургії та стала однією з найпрестижніших в медицині. Перегорнемо сторінки біографії відомого фахівця та вченого.

У 1922 році він переїхав у м. Київ, де в 1936 році закінчив середню школу. З вересня 1936 р. по липень 1937 р. навчався на фізико-математичному факультеті Київського державного університету, але залишає навчання і у 1937 р. вступає до Київського медичного інституту. В 1941 році разом з інститутом евакуйований до Харкова, звідки випускається зауряд-лікарем. З червня 1941 р. по березень 1942 р. служив у Діючій армії старшим лікарем хірургічного взводу пересувного польового госпіталю. В серпні 1942 р. потрапив у полон і до червня 1944 р. на окупованій території працював хірургом районної лікарні у м. Дубровки (Білорусія). З липня 1944 р. по квітень 1945 р. працює лікарем лазарету запасного полку 83-ї дивізії в м. Ярцево.

З квітня 1945 р. по квітень 1955 р. відбував термін ув'язнення у виправному трудовому таборі, де працював лікарем-хірургом табірної лікарні (Тайшет Іркутської обл.). Звільнений зі зняттям судимості у 1955 р. і залишається вільно найманим лікарем-ординатором табірної лікарні виправно-трудоного табору Управління МВС СРСР до січня 1956 р.

З березня 1956 р. по липень 1957 р. продовжує навчання на V-VI курсах в Київському медичному інституті, який закінчує з відзнакою. Звертає на себе увагу важлива обставина: часовий інтервал між першим курсом навчання у медичному інституті та його закінченням тривав 20 років! Випадок безпрецедентний в історії світової медицини.

Володимир Пилипович вільно володів трьома європейськими мовами: німецькою, англійською та французькою, що розширило можливості з вивчення нової спеціальності. З липня 1957 р. по лютий 1964 р. обіймав посаду головного лікаря і хірурга-ординатора (за сумісництвом) обласного дитячого кістково-туберкульозного санаторію «Макошине» Менського району Чернігівської області. З березня 1964 р. по лютий 1965 р. працював старшим лікарем протишокової бригади Київської станції швидкої медичної допомоги. З лютого 1965 р. продовжує трудовий стаж асистентом кафедри торакальної хірургії та анестезіології КІУЛ (зав. кафедри, професор М.М. Амосов). Захищає кандидатську дисертацію [1] із початку лютого 1967 р. працює асистентом щойно

створеної самостійної кафедри анестезіології-реаніматології КІУЛ (єдиної на той час в Україні). На цій посаді В. П. Жалко-Титаренко продовжує трудову діяльність до березня 1972 р., потім до липня 1980 р. працює доцентом кафедри анестезіології-реаніматології Київського медичного інституту (завідувач кафедри – професор Л.П. Чепкий). З 04.10.1980 р. по 26.08.1984 р. знову повертається на рідну кафедру анестезіології-реаніматології КІУЛ, де займається викладацькою діяльністю за договором на час перебування доцента В.К. Худошина у закордонному відрядженні.

Доцент В.П. Жалко-Титаренко вирізнявся широкою науковою ерудицією, доброзичливістю до колег, постійним науковим пошуком, щедро ділився з колегами і учнями своїми науковими здобутками. Вдома Володимир Пилипович був прекрасним сім'янином, виховував доньку – Ольгу Жалко-Титаренко та прийомного сина – Петра Хінкулова, який згодом також став анестезіологом.

У побуті Володимир Пилипович був невибагливий, стриманий, скоріше замкнутий, ніж відкритий. Він був принциповий до оточуючих, до роботи. Шкідливих звичок не мав, а єдиним захопленням була робота зі спеціальною літературою.

У роки становлення нової спеціальності анестезіології-реаніматології була відсутня будь-яка навчальна література і основним джерелом інформації для лікарів-початківців були лекції професорсько-викладацького складу кафедри. В.П. Жалко-Титаренко активно працює у цьому напрямку: він видав перший в Україні підручник з анестезіології та реаніматології (у співавторстві з Л.П. Чепким у 1983 р.) декілька посібників та монографій з анестезіології та інтенсивної терапії [2–6]. Вищевказаний підручник [6] був єдиним в Україні протягом 20 років.

Крім друкованої продукції доцент В.П. Жалко-Титаренко відомий численними своїми раціоналізаторськими пропозиціями. Нижче наведено вибіркового перелік посвідчень на раціоналізаторську пропозицію: № 0102 від 04.06.1969 «Інфузійна стійка для ніш», № 839 від 14 грудня 1971 р. «Застосування безопіатного комбінованого ендотрахеального наркозу у дорослих із заміною опіатного анальгетика при операціях в абдомінальній хірургії», № 44 від 26.05.1977 р. «Чашкові електроди для безперервного моніторингу ЕКГ», № 43 від 26.05.1977 р. «Встановлення електродів для термінового запису ЕКГ під час реанімації», № 840 від 14.12.1981 р. «Профілактика гострої серцевої недостатності серця та регулювання венозного тону за допомогою 1 % спиртового розчину нітрогліцерину внутрішньовенно під час здійснення наркозу», № 80/85 від 17.10.1985 р. (у співавторстві з В.С. Земсковим та А.А. Гольдберг) «Спосіб лікування гострого деструктивного панкреатиту», № 841 від 14 грудня 1987 р. «Безопіатна премедикація у дорослих діазепамом (Реланій, ПНР), (Седуксен, ВНР) і атропіну сульфат». Стосовно останнього, слід зазначити, що його актуальність зберігається і сьогодні, оскільки на кафедрі анестезіології та інтенсивної терапії НМАПО імені П.Л. Шупика розроблена і запроваджується методика мультимодальної малоопіоїдної анестезії при анестезіологічному забезпеченні кардіохірургічних втручань [7].

Закінчував доцент Володимир Пилипович Жалко-Титаренко свій трудовий шлях, працюючи лікарем-анестезіологом у клінічній лікарні № 10 і зовсім короткий період – у лікарні № 8 м. Києва. Багато анестезіологів України пишаються знайомством з цією мужньою і дивовижною Людиною.

Останній свій спочинок Володимир Пилипович Жалко-Титаренко знайшов в унікальному комплексі пам'яток історії, архітектури та монументального мистецтва – Лук'янівському цивільному кладовищі (помер 31.01.1992 р.). Поряд з ним покояться рідні та близькі люди: дружина Наталія (1918–1977 рр.), дочка Оля (1958–2014 рр.), прийомний син Петро Хінкулов (1940–2003 рр.)...

На території цього історичного некрополя, колишнього Центрального кладовища м. Києва, розташовані поховання видатних діячів держави, культури і науки. Пройтися доріжками кладовища – все одно, що перелистати літопис нашої історії. Тільки враження глибші й цікавіші після побачення з минулим [8].

Могила В.П. Жалко-Титаренка знаходиться на відстані осяжності людським поглядом будівлі Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (раніше КІУЛ), з якою тривалий час була пов'язана його трудова діяльність, і яка також у ці дні відмічає свій 100-річний ювілей. Доречно згадати класика: «Минуле не минуло, воно увійшло в сучасність» (О.І. Герцен) [8].

Список використаних джерел

1. Жалко-Титаренко В. Ф. Электрофорез на бумаге сыворотки крови в клинике костно-суставного туберкулёза у детей : автореферат дисс. ... канд. мед. наук. Киев, 1966. 12 с.

2. Жалко-Титаренко В. Ф. Водно-электролитный обмен и кислотно-основное состояние в норме и при патологии. Киев : Здоровье, 1989. 200 с.
3. Жалко-Титаренко В. Ф. Сердечно-легочная и мозговая реанимация. Киев : Здоров'я, 1986. 53 с.
4. Справочник по анестезиологии / Л. П. Чепкий, Л. В. Новицкая-Усенко, В. П. Цертий, С. Н. Басманов, В. П. Жалко-Титаренко и др. ; под ред. Л. П. Чепкого. Киев : Здоров'я, 1987. 384 с.
5. Трещинский А. И., Жалко-Титаренко В. Ф. Искусственная вентиляция легких. М., 1983. 28 с.
6. Чепкий Л. П., Жалко-Титаренко В. Ф. Анестезиология и реаниматология : учебник. Київ : Вища школа, 1983. 352 с.
7. Марков Ю. І., Лоскутов О. А., Бондар М. В., Болюк М. В. Шляхи становлення Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика як провідного закладу медичного навчання. *Гострі та невідкладні стани у практиці лікаря : матеріали десятого Британо-Українського Симпозіуму з анестезіології та інтенсивної терапії*. 2018. С. 6–12.
8. Подорож у минуле. До 135-річчя від дня заснування Лук'янівського цивільного кладовища. Державний історико-меморіальний Лук'янівський заповідник. Київ, 2012. 24 с.

ХРИСТИЯНСЬКІ ОСЕРЕДКИ ДОПОМОГИ НУЖДЕНИМ

МОЙСЕЄНКО В.О., ТАРЧЕНКО І.П.

м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Справа піклування про бідних, хворих та немічних в стародавні часи була зосереджена в руках церкви і зокрема монастирів, які мали у своєму розпорядженні великі кошти (Статут Володимира про «десятину»). В історії соціальної допомоги Київської Русі слід розрізняти два періоди. Перший – пов'язаний з поширенням християнства (умовно визначається з часу хрещення Володимира Великого до II пол. XII ст., утворення князівств і поширення християнства на околицях східнослов'янських земель), другий – з другої половини XII ст. до XIII ст. включно, коли благодійницькі функції князя поступово злилися з церковно-монастирськими формами опіки. Черниці мали головним призначенням виховання бідних сиріт, догляд за хворими в госпіталях і богадільнях та заступництво для жебраків і убогих. До Статуту Володимира Великого про церковну десятину, додалися і інші законодавчі акти (Статути сина Володимира – Ярослава Мудрого), що регулювали відносини щодо опіки над різними категоріями населення. Виникли й нові суб'єкти допомоги: князь, церква, парафія, монастирі. Саме при монастирях виникали богадільні, безкоштовні лікарні. Через Церкву, куди передавали свої пожертви доброзичливці, благодійність здійснювалася фактично до кінця XVII ст. Тобто, у різні часи існували різні форми соціальної допомоги та підтримки. Ідея благодійності лежала в основі практичної моралі, потреба в цьому виховувалася усіма тодішніми засобами духовно-моральної педагогіки та залишається актуальною і в наш час. Звернення до душі людини, акцент на милосерді та добротності є запорукою виховання сучасної молоді.

СКИТ ПРЕЧИСТОЇ – ЗАГУБЛЕНА СВЯТИНЯ МИЛОСЕРДЯ ТА БЛАГОДІЙНОСТІ

НИКУЛА Т.Д., МОЙСЕЄНКО В.О., ТАРЧЕНКО І.П., СОРОКА І.М.

м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

На південній околиці Києва, на відстані 12 км південніше Лаври, недалеко від Обухівської траси сховався від людського ока «Скит Пречистої». «Тут все цікаво найвищою мірою: доля цього священного місця, звичаї, особливості природи і ті предмети, які сповнені історичного та археологічного значення» – так київські газети початку XX ст. описували урочище «Церковщина».

На момент революції 1917 р. Скит мав приблизно 150 насельників, два подвір'я у Києві та два автономні відділення в м. Умані (перебувала тоді в складі Київської губернії, нині – райцентр Черкаської області).

У 1992 р. поблизу Антонієвої купальні було реставровано першу частину пам'ятника – плиту із сірого граніту з висіченим на ній хрестом і надписом про лікаря-добročинця, який заповів скиту свій капітал на утримання лікарні імені Св. Апостола Варнави. Друга частина надгробка (стела) – з чорного граніту, увінчана колись хрестом, у вигляді похилого столика з розкритою книгою, на розвороті якої приведені євангельські слова «Придите ко Мне вси труждающіеся и обремененніи, и аз упокою вы» (Мф.:11:28). Свій внесок у вивчення історії урочища зробили св. Філарет Чернігівський і Михайло Максимович – перший ректор Київського Університету Св. Володимира. Як свідчать архівні матеріали, в монастирі була маленька лікарня імені Св. Апостола Варнави, де на той час лікував хворих відомий приват-доцент Київського університету Св. Володимира, доктор медицини, дійсний статський радник Варнава Олексійович Добронравов. Таким чином, пам'ятник опинився в центрі святого місця, як символ милосердя та благодійності справжнього лікаря.

ПАМ'ЯТІ ПРОФЕСОРА ГОЦКА ЄВСТАХІЯ ВОЛОДИМИРОВИЧА

ОГОНОВСЬКИЙ Р.З., Гриновець В.С.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Видатною постаттю в історії української стоматології є професор Є.В. Гоцко. Євстахій Гоцко народився 3.01.1930 р. в м. Городку на Львівщині. Після школи закінчив Львівську зуболікарську школу, а закінчивши Київський медичний стоматологічний інститут працював лікарем-стоматологом. У 1961 р. обраний асистентом кафедри хірургічної стоматології Львівського державного медичного інституту (ЛДМІ). Захистив кандидатську дисертацію «Переломи кута і гілки нижньої щелепи і їх лікування» у 1967 р., наступного року – на посаді доцента кафедри, а у 1972 р. очолив кафедру і керував впродовж 20 років. З 1979 р. по 1992 р. – декан стоматологічного факультету ЛДМІ. Він продовжив кращі традиції своїх попередників-деканів – професорів О.В. Ковалю, О.Я. Ухова, Г.С. Чучмая. У 1986 р. зусиллями Є.В. Гоцка у Львові було відкрито Міжобласний центр з надання допомоги дітям з вродженими й набутими дефектами і деформаціями щелепно-лицевої ділянки, який охоплював 6 областей Західного регіону України і був незмінним його керівником. У 1988 р. захистив докторську дисертацію на тему «Порівняльна оцінка хірургічного лікування вроджених розщілин верхньої губи і піднебіння» і отримав звання професора. Є.В. Гоцко опублікував 130 наукових праць, автор 9 винаходів і 25 рацпропозицій, під його керівництвом виконано 10 кандидатських та 3 докторські дисертації. Професор Є.В. Гоцко був провідним спеціалістом з щелепно-лицевої хірургії Західного регіону України, членом: Всесвітньої асоціації щелепно-лицевих хірургів, правління Республіканського та Львівського товариства стоматологів, НТШ, Вченої ради ЛДМІ, Спеціалізованої ради із захистів дисертацій та головою Вченої ради стоматфакультету. Є.В. Гоцко був співорганізатором у 1989 р. у Львові VII з'їзду стоматологів УРСР, нагороджений медаллю ВДНГ, грамотами та подяками. Проф. Є.В. Гоцко відійшов у вічність 7.12.1992 р.

ІСТОРІЯ КАФЕДРИ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Пасько О.О., Гриновець В.С., Дзуліт І.П., Бежук Ю.А.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У Львівському університеті з 1828 року читався курс Мистецтва лікування зубів професором Карлом Прокопом Калігою. З 1913–1941 р. в Інституті стоматології, очолюваному А. Цешинським, працював відділ терапевтичної стоматології.

З 1945 року при медичному інституті функціонував курс стоматології, очолюваний О.В. Ковалем, в 1958 р. утворено стоматологічний факультет ЛДМІ, а з 1960 р. кафедру терапевтичної стоматології, яку очолила доцент Л.А. Луцик. Від 1970 року кафедру терапевтичної стоматології очолив професор Г.С. Чучмай, вихованець Київської стоматологічної школи, який забезпечив подальший розвиток кафедри та відродження Львівської стоматологічної школи. Він організує вперше в Україні Львівське обласне наукове товариство стоматологів і стає його головою, велику увагу приділяє пошуку і вихованню науково-педагогічних кадрів. При безпосередній участі кафедри терапевтичної стоматології під керівництвом професора Г.С. Чучмая у Львові успішно проведено з'їзд стоматологів УРСР, на якому апробовано та прийнято герб кафедри терапевтичної стоматології.

Від 1994 р. кафедру очолив професор С.Й. Кухта, під керівництвом якого підготовлено державною мовою і видано тексти лекцій, термінологічні словники. Під керівництвом професора С.Є. Кухти впроваджений україномовний план навчання лікарів-стоматологів, видано навчальні посібники та монографії. З 2000 р. кафедру очолює Заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор В.М. Зубачик, який забезпечив плідну роботу в новоствореній університетській стоматологічній поліклініці, організацію переходу навчального процесу за міжнародними стандартами. Започатковано вперше в Україні Музей стоматології.

СОЦІОЛОГІЧНА КОНЦЕПЦІЯ МИКОЛИ АМОСОВА

РУТАР С.М., ШАШКОВ Ю.І.

*м. Львів, Вищий навчальний комунальний заклад Львівської обласної ради
«Львівський інститут медсестринства та лабораторної медицини імені Андрея
Крупинського»*

Теоретична спадщина видатного кардіохірурга Миколи Амосова привертає увагу не тільки в медицині, але й у соціальній філософії. У цьому аспекті привертають увагу питання, що стосуються філософського осмислення вченим факторів суспільного прогресу. Для виділення названих факторів М. Амосов пропонує користуватися такими поняттями як «координати власності», «координати влади».

Поняття «координати власності» включає такі параметри, як ВВП на душу населення, передові технології, освіту, національне багатство загалом. Ефективність економіки, з точки зору названих параметрів, вимірюється коефіцієнтом соціальної гармонізації, в першу чергу, зниженням соціальної нерівності та досягненням щасливого життя для більшості людей.

Ефективність політичної влади залежить не так від її демократичної форми, як від здатності забезпечити законність і порядок. Йдеться про те, наскільки політична еліта в рамках демократичного або авторитарного режиму може створити сприятливі умови для розвитку економіки: інвестиційний клімат, невисокі податки, низькі державні витрати на оборону, соціальну сферу й апарат управління. Безумовно, що демократична форма державного правління дозволяє народу контролювати владу, коли цей народ перебуває на високій стадії культурного розвитку.

Окрім основних координат – «влади» і «власності», М. Амосов виділяє ще додаткову координату – «цінності», які характеризують ставлення людини до праці, релігії, співвідношення колективного та індивідуального, матеріального і духовного.

Таким чином, соціологічна концепція М. Амосова ґрунтується на сучасному розумінні законів і тенденцій суспільного розвитку та його складових. Методологія вченого в галузі соціальної філософії дозволяє виробити сучасні підходи до розуміння та вирішення суспільних проблем на етапі післяреволюційної трансформації українського суспільства.

АНАЛІЗ ПОНЯТІЙНО-КАТЕГОРІЙНОГО АПАРАТУ У ГАЛУЗІ МЕДСЕСТРИНСТВА

Дуб Н.Є.¹, Шашков Ю.І.¹, Шашкова З.Р.²

м. Львів¹ Вищий навчальний комунальний заклад Львівської обласної ради "Львівський інститут медсестринства та лабораторної медицини імені Андрея Крупинського",

²м. Моршин, Львівська обл., ТОВ «ХЕЛС МАСТЕР» (санаторій «Мармуровий палац»),

Основною засадою реформування системи охорони здоров'я є трактування медсестринства як її складової, а також самостійної галузі, що має у своєму складі і медсестринську освіту, і саму практику діяльності медичної сестри.

У науковій літературі медсестринство визначене як галузь медичної науки про потенційні та наявні проблеми в індивідуальному та громадському здоров'ї, які формуються під впливом зовнішніх чинників, та шляхи їх вирішення медичними сестрами в межах своєї компетенції в системі охорони здоров'я (соціальних служб) з метою збереження і підтримання здоров'я або поетапного надання медичної (соціальної) допомоги.

Також знаходимо декілька підходів до визначення суті медсестринства, з яких найбільш вичерпним можна визнати поданий міжнародною спільнотою: «Унікальне покликання медичної сестри полягає в тому, щоб надавати окремій людині, хворій чи здоровій, допомогу у всьому, що сприяє здоров'ю чи його відновленню (або настанню безболісного кінця), і що людина могла би здолати без сторонньої допомоги, якщо б вона була достатньо міцна, цілеспрямована й інформована, і робити це таким чином, щоб допомогти якнайскоріше знову набутти самостійності».

Теоретичні підходи до уточнення окремих дефініцій, які утворюють понятійно-категорійний апарат державного управління охороною здоров'я, полягають в опрацюванні сутності поняття «державне управління у галузі медсестринства», що визначається як цілеспрямований і координуючий вплив на організацію діяльності медичних закладів для врегулювання проблем медсестринської галузі через реалізацію відповідних державних директивних документів та програм з метою профілактики захворювань та досягнення належного рівня якості надання медичної допомоги молодшим медичним персоналом.

ВИДАННЯ ЛІТЕРАТУРИ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА ЦИКЛАХ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ СПІВРОБІТНИКАМИ КАФЕДРИ ГЕМАТОЛОГІЇ І ТРАНСФУЗІОЛОГІЇ: ІСТОРИЧНИЙ ЕКСКУРС (до 100-річчя НМАПО імені П.Л. Шупика МОЗ України та 50-річчя заснування кафедри)

Кучер О.В., Видиборець С.В., Гайдукова С.М., Гусєва С.А., Мороз Г.І.

м. Київ, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України

Співробітниками кафедри опубліковано 4 підручники: «Гематологія і трансфузіологія, 2001» (за ред. професор С.М. Гайдукової), «Внутрішні хвороби» (за ред. професора В.М. Коваленка), «Госпітальна терапія» (за ред. академіка НАМН України Є.М. Нейка, 2003), «Госпітальна терапія» (за ред. академіка НАМН України Є.М. Нейка, 2006) в яких співавтором є професор С.М. Гайдукова; 32 навчальні посібники, серед яких – «Анемії: принципи діагностики та лікування» (1998), «Набуті гематологічні синдроми в клінічній практиці» (2001), «Залізодефіцитна анемія» (2001, 2012), «Анемії» (2005), «Керівництво з приготування, використання та забезпечення якості компонентів крові» (2006), «Гемолітична хвороба новонароджених» (2003, 2007), «Клінічна імуногематологія» (2003), «Трансфузіологічна допомога в лікувальному закладі» (2004), довідник «Захворювання системи крові» (2005), «Еритроцитози: диференційна діагностика і лікування» (2006), «Мегалобластні анемії»

(2012), «Основи клінічної гемостазіології» (2012), «Реінфузія крові» (2013), «Лабораторна діагностика гемофілій та хвороби Віллебранда» (2012), «Основи законодавчого забезпечення діяльності фахівців в службі крові та гематології» (2013, 2014), «Синдромна діагностика гематологічних захворювань» (2014), «Менеджмент якості в службі крові» (2016, 2017), «Радіо-біофізичні та медико-гігієнічні наслідки Чорнобильської катастрофи: шляхи пізнання та подолання» (2017) тощо. Видано 14 методичних рекомендацій і понад 100 лекцій та навчально-методичних праць.

ТРИ ПОКОЛІННЯ ОДЕСЬКИХ ЛІКАРІВ ІЗ РОДУ ДІТЕРИХСІВ

ЛІТВАК А.І.

м. Одеса, Регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України

Одеська гілка роду Дітерихсів почалась з **Карла Івановича Дітерихса** (05.01.1778 – 02.06.1851), який переїхав до Одеси з Петербургу у 1815 р. і обійняв посаду керівника митницею. Серед нащадків Карла Івановича виявилися три знамениті одеські лікарі Михайло Карлович Дітерихс, його син Микола Михайлович і онук Михайло Михайлович. **Дітерихс Михайло Карлович** (29.10.1812 – 06.12.1873), хірург, доктор медицини. Закінчив медичний факультет Дерптського університету в 1834 р., у 1836 р. захистив докторську дисертацію. З 1866 р. – головний інспектор Одеського карантину. Один із співзасновників товариства одеських лікарів (1849). Гласний міської думи (1863). **Дітерихс Микола Михайлович** (22.03.1854 – 2.07.1885). Закінчив медичний факультет університету Св. Володимира у Києві, отримавши диплом з відзнакою у 1878 р. Повернувся до Одеси, працював в інфекційному відділенні міської лікарні. При трахеотомії дитини, хворої на дифтерію, заразився цією хворобою і помер. Був активним членом товариства одеських лікарів і бальнеологічного товариства. **Дітерихс Михайло Михайлович** (10.11.1871 – 12.01.1941), хірург, доктор медицини, професор. Заслужений діяч науки РСФСР (1936). Після закінчення ВМА в 1898 р. був залишений при клініці М.О. Вел'ямінова, в 1901 р. захистив докторську дисертацію. З 1901 р. по 1909 р. працював в Одесі у міській лікарні і Новоросійському університеті. З 1910 р. – приват доцент, професор Київського університету, з 1934 р. – 3-го Московського медичного інституту. Дослідження присвячені в основному проблемі захворювань суглобів. Провів велику науково-практичну роботу на курортах і в Центральному інституті курортології у Москві. Запропонована їм транспортна шина при переломах стегна (шина Дітерихса) широко застосовувалася у військово-медичній практиці. Працював також в сферах легеневої хірургії та історії медицини.

ТЕРМІНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМИ ОТРУЄННЯМИ

ЛОСКУТОВ О.А., МАРКОВ Ю.І., НЕДАШКІВСЬКИЙ С.М.

м. Київ, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

На госпітальному етапі випадки гострих отруєнь частіше за все потрапляють у поле професійної діяльності лікарів токсикологів чи анестезіологів. З іншого боку – поширення подібних випадків вимагає від лікарів інших спеціальностей (насамперед, медичних працівників першого контакту – лікарів загальної практики-сімейної медицини чи медицини невідкладних станів (догоспітальний етап)) професійної компетенції та швидкого вирішення організаційних і клінічних завдань. Складні клінічні випадки передбачають застосування методів інтенсивної терапії (насамперед, методів екстракорпоральної детоксикації), міждисциплінарного підходу з консультацією психіатра чи нарколога, лікаря-дерматолога, інфекціоніста, окуліста, отоларинголога, невролога та ін. Інтерпретації складних випадків сприяє оволодіння мовою професійного спілкування, що

набуває особливого значення при лікуванні пацієнтів з гострими отруєннями у зв'язку з медико-правовими аспектами, притаманними цьому напрямку клінічної медицини. Для ефективного лікування важливо знати й своєчасно застосовувати сучасні методи діагностики та інтенсивної терапії, здійснювати нагляд за побічними реакціями лікарських препаратів, працювати в тісному контакті з лікарями інших спеціальностей, постійно удосконалювати свій професійний рівень. Тому особливої актуальності набуває володіння спеціальною медичною термінологією, що використовується у клінічній практиці, зокрема при наданні невідкладної медичної допомоги та лікуванні пацієнтів з гострими отруєннями.

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ЗАРОДЖЕННЯ ТА СТАНОВЛЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ТОКСИКОЛОГІЇ В УКРАЇНІ

МАРКОВ Ю.І., Болюк М.В.

м. Київ, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Важливе значення у лікуванні гострих отруєнь мають наближення спеціалізованої допомоги до пацієнта з пришвидшеною госпіталізацією до центрів з проведенням екстракорпоральних методів детоксикації. Організацію надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі при отруєннях в Україні пов'язують з іменами А.І. Тріщинського та Б.С. Михайлич. У 1969 р. було створено токсикологічну лабораторію під керівництвом професора, завідувача кафедри анестезіології і реаніматології Київського інституту удосконалення лікарів А.І. Тріщинського. В 1970 р. була організована токсикологічна бригада швидкої медичної допомоги (ШМД) під керівництвом Б.С. Михайлич. Розвиток вітчизняної клінічної токсикології нерозривно пов'язаний з іменами І.П. Шлапака та В.О. Троцевича. Останній у 1986 р. створив на базі лікарні ШМД м. Києва (сьогодні – Київська міська клінічна лікарня ШМД) Республіканський центр лікування гострих отруєнь і керував ним упродовж 7 років. І.П. Шлапак був науковим керівником цього центру протягом наступних 11 років. В.О. Троцевич та І.П. Шлапак тривалий час (1988–2005 рр.), послідовно один за одним, були головними позаштатними клінічними токсикологами Міністерства охорони здоров'я України. Розвиток дитячої клінічної токсикології та вдосконалення системи надання токсикологічної допомоги дитячому населенню України пов'язують з іменами учнів професора А.І. Тріщинського – Г.О. Васильєва, Г.І. Белебезьєва та Б.С. Шеймана.

ПРОФЕСОР ПЕТРО СТЕПАНОВИЧ МОЩИЧ - КОРИФЕЙ УКРАЇНСЬКОЇ ПЕДІАТРІЇ (сторінки життя і праці лікаря, вченого, педагога, творця української медицини, патріота України)

МАРУШКО Ю.В.¹, Мощич О.П.²

¹*м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,*

²*м. Київ, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.*

Петро Степанович Мощич – доктор медичних наук, професор, лауреат Державної премії України, Заслужений діяч науки і техніки України, Почесний доктор (Doctor Honoris Causa) Ужгородського національного університету, академік Академії наук Вищої школи України, Нью-Йоркської академії наук, завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб, завідувач кафедри факультетської педіатрії, педіатрії № 3 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, головний дитячий інфекціоніст МОЗ України, головний педіатр МОЗ України.

П.С. Мощич народився в селі Волосате Лиського повіту (району) Львівського воєводства (області) в Польщі (Лемківщині) 27.04.1928 року в заможній хліборобській сім'ї. Батько Мощич Степан Антонович (1887–1969) і мати Марія Миколаївна (1900–1967).

Село Волосате (перша офіційна згадка від 1557 року) розташоване у високих Карпатах біля Словаччини на захід від річки Сяну. Тепер відноситься до Польщі (внаслідок насильницького переселення десятків тисяч корінного українського населення з власних земель в 1946 році – так званої операції «Вісла»). Лемківщина протягом дуже багатьох років відносилась до Київської Русі (ще при Святому Рівноапостольному Володимирі Великому) і в довколишніх селах поселялись княжі ратники, а потім і їхні нащадки. Лемки сучасними дослідниками-науковцями віднесені до *білих хорватів*. Але потім ці споконвічні руські (українські) землі були завойовані польськими королями, хоча основною масою населення були українці (лемки). Вони називалися «русинами», водночас ідентифікуючи себе українцями.

Волосате (звідки простежується родовід Франка по батьковій лінії) велике – 1260 хат, дуже гарне і мальовниче село, в якому є високі гори – Тарниця та Галич, величезні ліси та поля, на яких господарювали селяни. Волосате завжди було «королівським селом», де мешканці, часом князівського походження володіли всією землею, що підтверджувалось грамотою короля Польщі ще від XIV століття. Родину Прядко, Біганич, Ленько, Мощич навіть в середині 20 століття земляки називали «князями». Прадід П. Мощича по лінії мами був солтисом (мером) Волосатого понад 50 років, за що був нагороджений «Хрестом за заслуги», який йому вручив особисто прем'єр-міністр Польщі в 1928 році на 96-му році життя, приїхавши до мудрого старця у високі гори – у Волосате. Люди у Волосатім визначалися високою культурою та дуже добрим ставленням як один до одного, так і до тих людей, які туди приїздили.

П.С. Мощич почав вчитися читати в 5,5 року приватно, потім у польського вчителя і у священника Василя Ковальчика, який навчав учнів українською мовою. Петро Мощич, який вчився на відмінно, закінчив три класи в церковній школі. Після закінчення навчання за програмою IV і V класу і успішного підтвердження знань перед комісією школи в м. Лютовиськах успішно склав вступні екзамени і був зарахований в українську гімназію в м. Перемишлі. Після перенесення української гімназії внаслідок воєнних дій в м. Яросла (60 км від Перемишля) разом з родоком Лукою Біганичем (майбутнім знаменитим скульптором) був відвезений отцем Василем Ковальчиком на навчання в українську гімназію м. Ярослав, куди обидва хлопці не тільки успішно були зараховані, але де й навчались на відмінно. П. Мощич був одним з кращих студентів ярославської гімназії, за виняткову успішність заносився до «книги пошани».

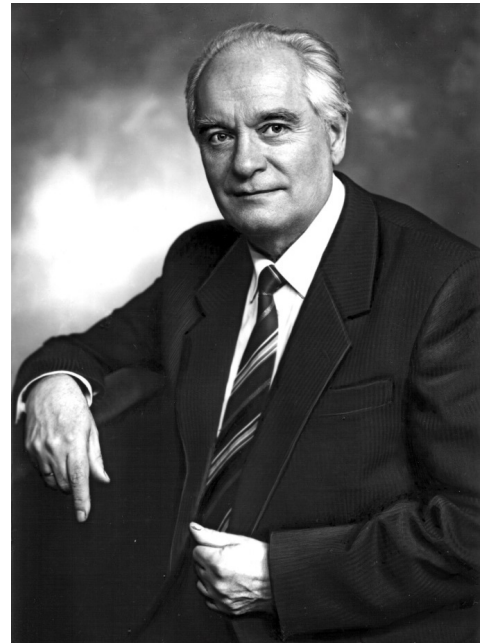
Після успішного завершення навчання в Гімназії і складання випускних іспитів був вимушено переселений з рідних місць і підтвердив свої знання в Ужгороді, отримавши відмінний диплом Школи № 1.

Завдяки власній старанності і працелюбству за часи навчання в гімназії П.С. Мощич оволодів десятьма мовами, серед яких латина, старогрецька, англійська, німецька, польська, угорська та інші, що давало йому можливість в подальшому житті спілкуватися з викладачами закордонних медичних університетів та зі спеціалістами-медиками цих країн. Також вільно читав медичну і художню літературу італійською, румунською, португальською.

У 1946 році Петро Степанович Мощич поступив на медичний факультет Ужгородського державного університету, який закінчив з відзнакою у 1952 році. Три роки П.С. Мощич працював у педіатричній секції студентського наукового гуртка.

Трудовий шлях П.С. Мощича розпочався у 1952 році в санаторії № 3 курорту Моршин (Стрийський район). Там він дуже активно працював, підвищував власний професійний рівень, вчився організаторській роботі і був відмічений керівництвом курортного управління та рекомендований до вступу в аспірантуру комісією МОЗ з Києва.

У 1953 році П.С. Мощич вступає до аспірантури Київського медичного інституту, зараз Національний медичний університет імені академіка О.О. Богомольця, на кафедрі факультетської



педіатрії, яка тепер є кафедрою педіатрії № 3 четвертого медичного факультету. В ті роки кафедрою завідувала професор В.Г. Балабан.

П.С. Мощич працює асистентом (з 1956 року), а після успішного захисту кандидатської дисертації з 1960 року – доцентом.

Кандидатська дисертація Петра Степановича Мощича «Особенности клиники и церебральной жидкости при комплексном лечении туберкулезного менингита у детей» виконувалась під керівництвом професора В.Г. Балабан та була захищена в 1958 році. Вперше було проведено порівняння ефективності різних комплексів лікування туберкульозного менингіту.

Шляхом багаторічних спостережень Петром Степановичем було доведено, що введення в лікувальну практику фтивазиду (з 1954 року) та інших препаратів ГІНК привело до змін клініки туберкульозного менингіту. Так, перебіг тяжких форм став більш сприятливим, а частота ускладнень та рецидивів значно зменшилась. Хронічні форми туберкульозного менингіту стали спостерігатись значно рідше. Скоротилось число летальних наслідків до 1–3 %.

Лікування туберкульозного менингіту з використанням фтивазиду значно покращило клініку та лабораторні показники ліквору в порівнянні з хворими, які отримували стрептоміцин та ПАСК. Проведені спостереження показали, що комплексне лікування хворих з включенням фтивазиду значно скоротило кількість ендоліумбальних пункцій, ефективно впливало на перебіг запального процесу і сприяло більш швидкому та повному одужанню й санації ліквору, а також запобігало ускладненням.

П.С. Мощич був унікальним і талановитим лектором і педагогом, дуже любив викладати студентам педіатрію, широко застосовуючи ілюстративний матеріал, детально розбираючи найскладніші випадки з власної клінічної практики.

В 60-х роках значно зросла зацікавленість клініцистів до малосимптомних форм ревматизму, що стало для доцента кафедри факультетської педіатрії П.С. Мощича метою наукової роботи. Докторська дисертація «Особенности вяло текущего ревматизма у детей (материалы по клинике, диагностике и дифференциальной диагностике)», науковими консультантами якої були професор І.М. Руднев та професор В.Г. Балабан, виконувалась протягом 8 років та була захищена в 1967 році. Після захисту докторської дисертації з 1967 року П.С. Мощич працює професором кафедри факультетської педіатрії.

Петро Степанович першим з педіатрів поставив питання складності діагностики первинного ревматизму у дітей з мінімально вираженими клінічними симптомами (з в'ялим та латентним перебігом). За його даними, основою особливостей клініки, показників гематологічних, імунологічних та біохімічних обстежень дітей з ревматизмом, особливо з м'яким перебігом є ослаблений ексудативний компонент запального процесу. Наявність ознак кардиту (ендоміокардиту або міокардиту), або його наслідків (мітральної недостатності та міокардіосклерозу) є важливими моментами, які підтверджують діагноз.

В дисертації представлені критерії трьох варіантів латентної форми ревматизму, а також три типи наслідків такого перебігу захворювання. Результати порівняльного вивчення лабораторних та інструментальних показників Петро Степанович пропонував широко використовувати для проведення диференційного діагнозу.

В своїй роботі докторант П.С. Мощич вперше вивчив та описав у вітчизняній літературі особливості вібраційних систолічних шумів серця, які були частою причиною помилкового діагнозу недостатності мітрального клапана. Ним запропонована проба з амлінітратом, що сприяла диференціації функціональних систолічних шумів серця від органічних.

За оцінкою педіатричної спільноти, Петро Степанович Мощич в своїй дисертаційній роботі досконало вивчив малосимптомні форми ревматизму та особливості його перебігу, а також розробив методи диференційної діагностики ревматичних і неревматичних кардитів.

З 1969 року Петро Степанович Мощич працює в МОЗ України головним дитячим інфекціоністом. Надалі робота була пов'язана з кафедрою дитячих інфекційних захворювань.

Петро Степанович, очолюючи протягом 12 років (1970–1983 рр.) кафедру дитячих інфекційних хвороб, виявив талант педагога, широку клінічну ерудицію та великі організаційні здібності. Створив українську школу дитячих інфекціоністів. Підготував цілу плеяду дитячих інфекціоністів – професорів, доцентів, докторів і кандидатів медичних наук, висококваліфікованих науковців і клініцистів (серед яких такі знані авторитети, як професори Л.А. Тришкова, С.О. Крамарев, Л.І. Чернишова, В.О. Дорошенко та багато інших чудових спеціалістів), опублікував велику кількість

монографій і підручників, журнальних статей з найактуальніших питань дитячих інфекційних захворювань. Його кращі учні й сьогодні очолюють кафедри і цілу службу дитячих інфекціоністів в Україні.

Блискучі лекції професора П.С.Мощича назавжди запам'ятовувались студентам та були в повсякденній практиці орієнтиром для лікарів-педіатрів у складних випадках диференційної діагностики. Завдяки цій активній роботі кафедра стала однією з найкращих в Україні. В клініку, що слугувала базою кафедри дитячих інфекційних хвороб, направлялися діти з усіх куточків України при підозрі на інфекційну патологію. На базі клініки за ініціативи і завдяки величезним зусиллям П.С. Мощича було відкрито перше в Україні реанімаційне відділення для дітей з інфекційною патологією.

У 1972 році професор П.С. Мощич призначений Головним педіатром МОЗ України і очолював цю службу майже двадцять років. З 1971 року обраний Головою Київського наукового товариства дитячих лікарів. В період 70-х – до початку 90-х років Петро



Степанович обирався членом Правління наукових товариств – Всесоюзного і Республіканського – дитячих лікарів, членом Правління республіканського товариства кардіологів і членом Правління республіканського товариства інфекціоністів УРСР.

З 1982 року після смерті професора П.М. Гудзенка, професор П.С. Мощич був обраний завідувачем кафедри факультетської педіатрії, якою продовжував керувати понад 20 років. З 2003 року, передавши керівництво кафедрою своєму учневі професору Ю.В. Марушко, П.С. Мощич продовжував працювати до останніх днів на посаді професора кафедри.

Повернувшись на рідну кафедру педіатрії № 3, П.С. Мощич очолив її та надав новий поштовх її діяльності. Великий досвід Петра Степановича, як вченого та організатора, дозволив його кафедрі стати базою в Україні з вдосконалення та контролю педагогічного процесу студентів IV курсу педіатричних факультетів. Міжнародні професійні зв'язки кафедри та особисто її завідувача зокрема, з Мюнхенським, Рочестерським, Альбертським, Празьким, Варшавським, Вільнюським університетами, сприяли обміну досвідом і впровадженню нових методів навчання студентів з педіатрії.

За час керівництва кафедрою багато уваги приділяв удосконаленню клінічної і параклінічної діагностики, впровадженню сучасних інструментальних методів, новітніх методів і напрямків ефективної медикаментозної і немедикаментозної терапії. На кафедрі були організовані курси для підвищення кваліфікації лікарів, для навчання інтернів, для повноцінного викладання студентам. Періодично на кафедрі проводилися наради і конференції викладачів вищих медичних закладів України.

За весь період завідування кафедрою П.С. Мощич дуже багато зробив для удосконалення викладання педіатрії, за цей час кафедра стала однією з найавторитетніших в Україні.

В 1992 році в Києві почалася підготовка до відкриття нового медичного інституту (тепер Київський медичний університет) Української асоціації народної медицини. Там була відкрита кафедра педіатрії, яку повністю організував Петро Степанович Мощич і яку очолював як завідувач до 2003 року, після чого продовжував трудитись професором кафедри.

За 53 роки активної роботи в Київському медичному інституті імені О.О. Богомольця – потім Національному медичному університеті, професор П.С. Мощич створив авторську наукову Школу педіатрів, став фундатором української Національної школи педіатрії, дитячої кардіології, ревматології, заснував українську Школу дитячих інфекціоністів, підготував 26 кандидатів і 8 докторів медичних наук (його учні сьогодні очолюють цілі напрямки педіатричної, інфекційної,

кардіологічної, ревматологічної служб в Україні та інших державах), брав участь як головний редактор, автор і співавтор у виданні 50 монографій, підручників та навчальних посібників з актуальних питань педіатрії, кардіології, ревматології, інфекційних хвороб, фтизіатрії; опублікував понад 2 тисячі друкованих робіт, з них понад 500 журнальних статей. Є автором 15 винаходів (патентів), 63 методичних рекомендацій та 56 інформаційних листків. Понад 100 разів виступав офіційним опонентом по кандидатських і докторських дисертаціях.

П.С.Мощич постійно виступав на конференціях, конгресах, нарадах з навчального процесу, з'їздах педіатрів як в Україні, так і за кордоном. За цими виступами опубліковано понад 1260 матеріалів і тез наукових праць. Визнанням високого авторитету професора П.С. Мощича серед науковців, клініцистів і організаторів охорони здоров'я було його обрання членом правління Всесоюзного наукового товариства педіатрів, заступником голови Українського товариства педіатрів, членом правління наукових товариств ревматологів і кардіологів, членом Всесвітньої асоціації педіатрів.



Наукові праці П.С. Мощича присвячені найбільш важливим і складним питанням дитячої інфекційної патології та захворювань серця у дітей, дитячій пульмонології, гастроентерології, медичному обслуговуванню дитячого населення, а також питанням вдосконалення викладання педіатрії в медичних вищих навчальних закладах.

Багато праці вклав П.С. Мощич у вивчення менінгококової інфекції, дифтерії, епідемічного паротиту, методів удосконалення діагностики ускладнень цих хвороб, чому присвячено ряд монографій. Результати наукових робіт експонувалися на ВДНГ СРСР. Спосіб профілактики грипу, запропонований професором П.С. Мощичем у співавторстві з кафедрами

інфекційних захворювань і дитячих інфекцій, був нагороджений бронзовою медаллю ВДНГ СРСР.

Важливе практичне значення мали роботи П.С. Мощича, в яких вирішувались питання лікування і профілактики імунodefіцитних та дисбіотичних станів у дітей.

Дослідження фізіологічних процесів адаптації немовляти до мікробного світу дозволило розробити спосіб профілактики бактеріальних інфекцій у групах ризику, максимально наближений до природних механізмів захисту дитини в ранньому неонатальному періоді. Метод спрямованої колонізації немовлят спеціально підібраними за антагоністичною активністю ацидофільними паличками визнаний винаходом (П.С. Мощич, Л.І. Чернишова). Цей метод впроваджений МОЗ УРСР і включений у наказ МЗ СРСР.

Проведено ряд робіт з оцінки контактної термографії за допомогою термоіндикаторних плівок у діагностиці ряду захворювань у дітей (П.С. Мощич, Н.С. Бойко, Л.І. Чернишова).

Особливе значення мають його роботи, в яких з нових позицій висвітлювалися питання диференційної діагностики ревматизму, неревматичного кардиту, набутих і вроджених вад серця та легеневої гіпертензії.

П.С. Мощич активно співпрацював з працівниками Науково-дослідного інституту кардіології та Науково-дослідного інституту серцево-судинної хірургії АМН України (член-кор АМН України М.Ф. Зінковський), що дало можливість вивчати природжені, набуті вади серця, аритмії, проводити діагностику та лікування аритмічних станів у дітей.

Високу оцінку здобули наукові праці, присвячені методам діагностики ревматизму за показниками імуноглобулін-антитіл, гіпертрофії передсердь і шлуночків, а також легеневої гіпертензії за даними диференційно підсиленої електрокардіографії.

Дуже важливе значення для кардіології дітей має метод диференційно підсиленої електрокардіографії. Апарат був привезений із Вільнюса від професора Жвіронайте. При записі цей апарат дає можливість встановити діагноз легеневої гіпертензії, яка часто прогресує і призводить до смерті дітей з вродженими вадами. Він дає чіткі дані для розпізнавання гіпертрофії відділів серця – передсердь та шлуночків вже на самому ранньому етапі його розвитку (П.С. Мощич, О.В. Чабанович). Це дозволяє виявити формування вад серця на самих ранніх фазах розвитку. За допомогою цього методу під керівництвом професора Мощича були вивчені питання розвитку та ранньої діагностики легеневої гіпертензії (Г.Г. Шеф), аритмії у дітей (Т.В. Гищак).

Під керівництвом П.С. Мощича вивчались нові методи діагностики ревматизму – такі як визначення вмісту імуноглобулін-антитіл (В.Л. Дембіцький).

Петром Степановичем Мощичем та Михайлом Івановичем Борисенком вивчалась роль хронічної вогнищевої інфекції носоглотки, імунної системи та ліпідного обміну в патогенезі функціональних розладів гастродуоденальної зони, хронічного гастродуоденіту у дітей. Доведена ефективність у лікуванні цих хвороб імуномодуляторів системного та місцевого імунітету, а також комбінованого проведення імуномодуляції і корекції порушень у ліпідному обміні.

У науковій роботі значна увага приділялася проблемі часто хворюючих дітей (П.С. Мощич, Ю.В. Марушко). Вперше на достатньому клінічному матеріалі були вивчені особливості формування групи дітей, які часто хворіють (ДЧХ), на фоні хронічного тонзиліту, фарингіту, аденоїдиту з використанням клінічних, сучасних методів бактеріологічного, імунологічного, мікроморфологічного та інструментального дослідження. Вперше встановлено, що у ДЧХ залежно від ступеня запальних змін у мигдаликах погіршується стан колонізаційної резистентності.

Вперше було визначено рівень молочнокислих бактерій, що становлять основу колонізаційної резистентності тонзил, у здорових та ДЧХ з хронічним тонзилітом.

Розроблений новий підхід до вивчення проблеми лікування та реабілітації хворих з частими респіраторними захворюваннями верхніх дихальних шляхів, що дозволяє з урахуванням клініки, стану колонізаційної резистентності тонзил, показників імунітету виділити клінічні, етіологічні та патогенетичні варіанти частих респіраторних інфекцій у дітей, в т. ч. з хронічним тонзилітом, і сприяє індивідуальному лікуванню цих пацієнтів. Вперше був розроблений метод корекції дисбіозу тонзил.

Був удосконалений диференційований підхід до лікування ДЧХ, в т. ч. на фоні хронічного тонзиліту, з використанням імуномодулюючих препаратів, антибіотиків, інформаційно-хвильової терапії, концентратів лактобактерій, що достовірно знижує клінічні прояви, поліпшує стан колонізаційної резистентності мигдаликів, показники імунітету, запобігає рецидивам хронічного тонзиліту, сприяє переведенню більшості ДЧХ без та з хронічним тонзилітом в групу дітей, які хворіють епізодично.

У практику охорони здоров'я впроваджена розроблена схема диференційованого підходу до лікувально-реабілітаційних заходів у дітей, які часто хворіють, з хронічним тонзилітом з урахуванням клініки, активності та етіології вогнища інфекції, стану колонізаційної резистентності мигдаликів, показників імунітету. З метою впливу на порушений стан колонізаційної резистентності мигдаликів, запобігання рецидивам хронічного тонзиліту показано додатково застосовувати в схемах лікувально-реабілітаційних заходів у ДЧХ бактеріальний концентрат лактобактерій. Використання останніх покращує стан колонізаційної резистентності мигдаликів, сприяє стійкій ремісії хронічного тонзиліту протягом 6 та більше місяців.

Розроблено і впроваджено в практику охорони здоров'я спосіб лікування тонзилогенної міокардіодистрофії за допомогою гранул кверцетину у поєднанні з корекцією порушень імунітету та стану колонізаційної резистентності мигдаликів.

Професор П.С. Мощич багаторазово представляв Україну за кордоном. У 1986 році П.С. Мощич у складі медичної делегації першим в такому представницькому складі від України відвідав Таїланд, де у Бангкоці як делегат брав участь у роботі Всесвітнього конгресу дитячих кардіологів, виступав з доповіддю англійською мовою.

Неодноразово їздив до Берліна, Мюнхена (Баварія, Німеччина), де, досконало володіючи німецькою мовою, професор П.С. Мощич детально познайомився з викладанням педіатрії студентам, брав участь у випускному іспиті студентів з педіатрії.

Багато разів П.С. Мошич їздив до Польщі. Добре знання польської мови дало йому можливість активно спілкуватись з польськими вченими, клініцистами-педіатрами, обмінюватись досвідом з викладачами педіатрії в медичних університетів.

Організаторські здібності та високий професіоналізм дозволили професору П.С. Мошичу майже 20 років працювати в МОЗ України, на посаді головного дитячого інфекціоніста, а потім головним педіатром МОЗ України. На цих посадах професор П.С. Мошич проявив увесь свій талант організатора і вміння поєднувати наукові та практичні інтереси, що позитивно впливало на стан педіатричної служби в Україні. Така спільна робота, зокрема, сприяла зниженню малюкової смертності у 80-х та 90-х роках з 21 % до 12,6 %. Активна діяльність професора П.С. Мошича, як головного педіатра України, дозволяла йому бути в курсі справ щодо різних проблем педіатрії в кожному регіоні України. Він постійно виїжджав для вирішення складних клініко-організаційних питань, одночасно проводив численні зустрічі із завідувачами кафедр медичних вищих учбових закладів, організовував практичні семінари.

З 2003 року, передавши керівництво кафедрою педіатрії НМУ імені О.О.Богомольця своєму учневі професору Ю.В. Марушко, П.С. Мошич продовжував працювати до останніх днів на посаді професора кафедри.

Підтвердженням плідної наукової діяльності професора П.С. Мошича серед 50 монографій, підручників і посібників є його найважливіші монографії, такі як «Кардіологія дитячого віку» (1986), «Практична кардіологія дитячого віку» (1969), «Малосимптомні форми ревматизму» (1975), «Інфекційно-алергічні полірадікулоневрити у дітей» (1978), «Профілактичні щеплення у дітей» (1978) та інші серії посібників та підручників. За перший вітчизняний підручник «Дитячі хвороби» П.С. Мошич та його співавтори, провідні українські вчені-педіатри, були нагороджені Державною премією України в галузі науки і техніки.

До славної історії педіатрії увійшов 6-томний посібник «Медицина дитинства» під редакцією професора П.С. Мошича, перший том якого вийшов друком у 1994 році. Це унікальне в Україні і в світі енциклопедичне видання з педіатрії набуло великої популярності серед педіатрів, сімейних лікарів та інших фахівців, які щоденно користуються ним, як важливим джерелом сучасної інформації про всі можливі порушення стану здоров'я дітей, їх діагностику, профілактику і лікування.

У 2004 році вийшов навчальний посібник «Неонатологія» за редакцією професорів П.С. Мошича та О.Г. Сулими. В книзі розміщені матеріали 46 співавторів.

Останні роки життя П.С. Мошич присвятив своїй новій книзі «Кардіологія дитячого та підліткового віку» (в якій взяли участь 36 співавторів, в тому числі – 18 професорів), робота над редагуванням її була завершена разом з професором Ю.В. Марушко і яка, на жаль, вийшла друком у 2006 році вже через півтора місяця після смерті професора П.С. Мошича.

П.С. Мошич у 2002 році був введений в книгу «Хто є хто в Європі», 1999 року – в книгу «Хто є хто в світі», 1997 році ведений в книгу видатних діячів «Хто є хто в Україні», а крім цього в аналогічні книги в Україні був введений 6 разів. В 1993 році енциклопедія видатних вчених України була видана англійською мовою (Торонто, Канада – I том).

Професор П.С. Мошич був активним членом Асоціації педіатрів України, його обрано також членом Асоціацій ревматологів, кардіологів, Всесвітньої асоціації педіатрів. Він активно працював як член редколегій багатьох науково-практичних журналів: «Педіатрія, акушерство і гінекологія», «Лікарська справа», «Ревматологічний журнал», «Інфекційні хвороби», «Мистецтво лікування», «Український науково-медичний молодіжний журнал» та інших виданнях.

Петро Степанович – учасник Другої світової війни.

П.С. Мошич брав участь в організації Академії наук Вищої школи України, її медичного відділення. За вагомий внесок у розвиток педагогічної та медичної науки П.С. Мошич був обраний академіком цієї академії (1992), майже 8 років очолював відділення фундаментальних проблем медицини, залишався до останніх днів життя почесним головою відділення. Професор Мошич був обраний академіком Української Академії оригінальних ідей (1993), дійсним членом Нью-Йоркської академії наук (1996).

П.С.Мошич – заслужений діяч науки і техніки, ветеран праці, лауреат Державної премії України, нагороди Св. Володимира і Ярослава Мудрого, почесних звань європейських інституцій за науковий внесок у європейську педіатрію, Почесний доктор (Doctor Honoris Causa) Ужгородського національного університету. Міжнародним бібліографічним інститутом в Кембриджі (Англія) в 1998

році включений у групу 2000 видатних людей світу XX століття, в 2001 році визнаний «Людиною року», а в 2003 році за особистий внесок в розвиток європейської педіатрії зарахований до групи 2000 видатних людей Європи. В 2003 році Американським бібліографічним інститутом нагороджений «Світовою медаллю пошани» (World medal of honor).

За заслуги в галузі науки та охорони здоров'я дітей пожиттєвого «Президентського стипендіата» професора П.С. Мощича було відзначено урядовими нагородами: орденом «Знак пошани», орденом «За заслуги» 3-го ступеня, відзнакою президента України – медаллю «Захиснику Вітчизни», медаллю ім. академіка М.Д. Стражеска, медаллю «Ветеран праці», трьома медалями «Изобретатель СССР», відзнакою «Відмінник охорони здоров'я», Асоціацією навчальних закладів України нагрудним знаком «За розбудову освіти».

Майже півстоліття Петро Степанович прожив у злагоді і любові з дружиною – Юлією Федорівною Мощич (Прухницькою), яка була йому не тільки вірним другом, але й помічником і порадицею у професійній діяльності, берегинею всього Роду.

Батьки багато любові і праці вклали в своїх синів: старшого Володимира – кандидата медичних наук, доцента, і молодшого – Олександра, доктора медичних наук, професора, які продовжили справу батька. Предметом особливої любові Петра Степановича і Юлії Федорівни стали онуки: старший Остап – продовжувач медичної династії і менший – Андрій Юліан.

Багато десятиліть квартира Мощичів на Хрещатику збирала величезну кількість чудових людей – всіх учнів і колег по кафедрі, які в цій квартирі завжди були, як у себе вдома, бажаними членами «кафедральної родини», знаходили мудру пораду й підтримку, так і друзів ще з часів аспірантури та гуртожитку.

Колеги, земляки, сусіди, знайомі, учні, ставали часткою сім'ї Мощичів. Навіть в часи суворой заборони і контролю тут завжди дотримувались традицій національних і релігійних – Вертепи, Різдво, Йордан,



Великдень – незмінна частка життя родини. Тут часто лунали чудові музика і співи широкої громади друзів, що підтримувались високопрофесійним рівнем визнаних майстринь голосу: сестер Байко, Ніли Крюкової, Галини Менкуш, Діани Петриненко, Ніни Матвієнко, багатьох-багатьох інших незабутніх гарних друзів, що давно вже стали родичами, які були завжди

бажаними в цьому домі і сприймалися незмінною часткою духовної Родини Мощичів. Тут лунала музика, в тому числі у виконанні професора Петра Мощича, який з дитинства чудово володів скрипкою, грав на піаніно, губній гармоніці, мандоліні, акордеоні.

Бог, Україна, гідність! – дійсно були змістом життя Петра і Уляни Мощич. А ще любов до ближнього, вміння підтримати в нелегку хвилину, подати руку помічі незалежно від національності чи віросповідання – всім хто потребував допомоги. В цьому була завжди сутність

світлого сімейства Петра Степановича і Юлії Федорівни. За своє життя їхні діти бачили вдома лише добро і любов, відчували постійну турботу й вимогливість, потребу плекати гідність і любов до своєї мови, історії, роду, народу, батьківщини.

Скільки чудових людей, зустрічей, непересічних особистостей, народних артистів, чи тих, хто згодом стануть гордістю України, художників визнаних і невизнаних, які потім піднімуться на вершини визнання – всі тут знаходили розуміння, підтримку, допомогу, визнання, перші оплески, людську симпатію і любов. Когось знайомили з «азами» науково-дослідницької роботи (учні ставали не тільки професорами, але й членами родини, вірними друзями дітей на десятки років), кому допомагали заробити на життя, помагали зорганізувати концерт чи виставку, продати картину, щоб було як жити і творити, а квартира часом ставала залом для репетицій чи тимчасовою виставковою галереєю; чимало з тих людей також ставали незмінною часткою родини Мощичів. Письменники, поети, науковці, початківці чи маститі визнані таланти і авторитети – всі були тут собою, простими, розкутими, домашніми, зрозумілими і любими, та, звичайно, визнаними і шанованими.

Пам'ять про чудових і порядних людей, скромних і працьовитих, люблячих і жертвних хранителів наших духовних скарбів і народних українських традицій, невтомного будівничого української національної школи педіатрії – професора Петра Степановича Мощича і справжню Берегиню українського Роду – Юлію Федорівну залишаться назавжди в серцях всіх тих, кого десятиліттями збирав «дім Мощичів».

РЕФОРМА В МЕДИЦИНІ РОЗПОЧАЛАСЯ. ДЕ МІСЦЕ СТОМАТОЛОГІЇ В ЦІЙ ЛАНЦІ?

Мушак С.О.

м. Київ, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

Щасливчиків, кому б не треба було звертатися по допомогу до стоматолога, мабуть немає. Бо за статистикою 90 % українців мають карієс, у 86–90 % діагностують захворювання тканин пародонту. До речі, втрата зубів від пародонтиту в 5 разів більша, ніж від ускладненого карієсу. Потреба населення в протезуванні становить – 75–80 %

Живемо в трагічний час бойових дій – серед вогнепальних поранень наших бійців 35 % припадає на поранення обличчя. З'явилася потреба збільшити і зміцнити щелепно-лицеву хірургію. А 95 % бійців, демобілізованих в АТО, мають потреби в стоматологічному лікуванні.

Тим більше, що рівень профілактичної роботи в країні різко зменшився, стоматологічна допомога як дороговартісна стала недоступною великому прошарку наших громадян, збільшилась кількість ускладнень, що потребують втручання стоматолога.

На пам'яті оповідка минулих часів: якщо й під кожним куцем поставити стоматологічну установку, то це не вирішить проблему карієсу і його ускладнень. Бо успіхи в лікуванні стоматологічних захворювань лежать у проведенні потужної профілактичної роботи та співпраці з лікарями суміжних спеціальностей.

Порожнина рота є суттєвим відображенням загального здоров'я людини.

Стоматологічна допомога – один з найбільш масових видів медичної допомоги, стоматолог посідає друге місце після терапевта по відвідуванню пацієнтами.

Але – "Спочатку організація, а потім медицина" – цей вислів дуже актуальний сьогодні. Бо попередня система організації медичної служби Семашка своє відслужила, деформована і не відповідає сьогоденним українським реаліям.

Медична реформа – надзвичайно складний процес, стосується кожного громадянина, потребує значного фінансування, пов'язана зі станом вітчизняної економіки і політичної ситуації в країні.

І де ж бути стоматології в цих нових реаліях, в реформі медичної галузі, що вже запущена до виконання і на проведення якої держава вже виділила 140 мільярдів гривень?

А поки що навіть організатори, керівники медичних закладів, сімейні лікарі, які мають забезпечити функціонування первинної ланки надання медичної допомоги й самі стоматологи не знають, в яких же умовах вони будуть працювати завтра.

Сімейна медицина – це не тільки медична допомога, вона насамперед має бути медичною опікою, скерованою на запобігання хворобам та їх хронізації. І надається вона на первинній ланці, де 80 % хвороб можуть лікуватися. Завдання первинної ланки – утвердження здорового способу життя, профілактика захворювань.

То як же сімейний лікар обійдеться без стоматолога?

І в ті кошти, відведені державою на кожного пацієнта, за здоров'я якого відповідатиме сімейний лікар, «що будуть за пацієнтом ходити», стоматологічна допомога не вкладається. Чітких роз'яснень з цього питання сьогодні немає.

Маємо критичну для лікарів та пацієнтів ситуацію ще й тому, що за 27 років незалежності змінилося більше 20 Міністрів охорони здоров'я. Послідовності в їхній роботі не було, фінансування галузі було недостатнє, ніхто не взяв на себе відповідальності чи не зумів адаптувати розвиток медицини до тих стрімких змін, що відбувалися в країні.

Не так давно один із попередніх міністрів охорони здоров'я обіцяв продовжити життя українців на 5–6 років.

Але сьогодні статистика свідчить: Україна займає 172 критичне місце по співвідношенню смертності населення до народжуваності, щоденно стає на 500 громадян менше.

І щоб не примарним став сьогодні й новий концепт «80–20», тобто окреслена перспектива, що в 80 років життя більшість українців буде мати в порожнині рота 20 здорових зубів. Це було б індикатором їх загального задовільного здоров'я.

Новітня медична реформа запущена до виконання з 1 квітня 2018 року. Зміни у вітчизняній системі охорони здоров'я є вкрай необхідні.

Проведення реформи – це відповідальність Президента, Верховної Ради, Кабінету Міністрів, Міністерства охорони здоров'я, їхньої узгодженої відповідальної роботи.

Але без підтримки «знизу» є загроза, що реформа в. о. Міністра ОЗ У. Супрун перетвориться на соціальний експеримент, адже сьогодні на дуже багато питань і населення, і медики не мають чіткої відповіді.

Тому таким актуальним для стоматологічної спільноти, а це майже 20 тисяч лікарів, було засідання «круглого столу» на тему «Напрямки розвитку системи організації стоматологічної допомоги в Україні», організоване 13 квітня 2018 р. Комітетом з питань охорони здоров'я Верховної Ради України. Відкривала засідання Голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, народний депутат України О.В. Богомолець. Такого широкого представництва стоматологічної спільноти та зацікавлених в її розвитку представників влади, громадських організацій та ЗМІ в новітній історії стоматології ще не було!

Зібралися, щоб обговорити нагальні проблеми, якою буде програма розвитку на завтра.

Головну задачу доповідачі вбачали в можливості надання якісної, доступної, профілактично спрямованої стоматологічної допомоги населенню.

А ще – не зруйнувати, а зберегти матеріальну базу, кадровий потенціал, питання надання стоматологічної допомоги в сільській місцевості. Актуальні питання визначення галузевого стандарту стоматологічної допомоги в існуючому правовому просторі та в перспективі. Питання медичної освіти і безперервного професійного розвитку лікаря. Партнерство комунальної та приватної медицини.

Дитяча стоматологія, де розповсюдженість карієсу у дітей близько 80 %, що в декілька разів більше, ніж в Європейських країнах. А в забруднених регіонах стоматологічна захворюваність перевищує в 1,5–3 рази аналогічні показники серед дітей, що проживають в екологічно благополучних районах. І навіть для такої надважливої групи населення, золотого фонду нації, не визначено гарантованого державного рівня надання стоматологічної допомоги. Це як показник того, що державної політики в наданні стоматологічних послуг населенню в Україні немає.

А ще – профілактика стоматологічних захворювань. Бо на сьогодні на прийомі у терапевта-стоматолога тільки 5 % відвідувань віддаються профілактичній роботі, а все інше – лікування стоматологічних захворювань. Тому визначено пріоритетну тему наступного з'їзду стоматологів, що відбудеться в жовтні цього року – «Профілактика стоматологічних захворювань».

Розуміючи, що переживаємо переломний момент в історії медицини, особливо жвавим було обговорення теми самоврядування в стоматології та місце стоматолога в первинній ланці надання медичної допомоги. Ці питання об'єднують всіх медиків в одну спільноту.

Пам'ятаємо, що на 1-му національному українському стоматологічному конгресі, що відбувся у вересні 2011 року, основна доповідь була у співавторстві Президента Асоціації стоматологів України (АСУ) проф. О.В. Павленка з Президентом Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) О.С. Мусієм. І стосувалася доповідь впровадженню лікарського самоврядування, що міняло систему управління галуззю. В листопаді 2015 року АСУ взяла участь у створенні Національної Лікарської Ради, яка об'єднувала ВУЛТ та фахові лікарські асоціації й товариства, що створювало платформу для впровадження лікарського самоврядування, об'єднувало всіх лікарів на благо здоров'я народу України.

В листопаді 2017 р. Президент АСУ проф. І.П. Мазур за дорученням правління ВУЛТ гідно презентувала українських лікарів в найповажніших лікарських об'єднаннях Європи: СРМЕ (Постійний комітет післядипломної освіти ЄС) і EUMS (Європейський союз медичних працівників). Тепер лікарі України – члени Європейської спільноти, за це 25 листопада 2017 р. в Брюсселі відбулося голосування в Європарламенті. А це – нові можливості співпраці та майданчик для інтелектуальної й професійної інтеграції. І якщо нас не чує влада, то можемо звернутися до СРМЕ, членом якої є ВУЛТ, щодо інформування Європейської медичної спільноти про ситуацію з реформування системи охорони здоров'я в Україні.

А вже у жовтні 2017 року на 4-му Національному Українському Стоматологічному Конгресі проходила дискусійна панель «Професійні та правові аспекти діяльності лікарів-стоматологів». Одне з ключових питань – обговорення участі лікарів-стоматологів у новій медичній реформі, механізму впровадження лікарського самоврядування. Прийнято рішення про створення трипалатної Національної Лікарської Ради, що сприяло узгодженню позицій асоціацій стоматологів, сімейних лікарів та вузьких спеціалістів, і об'єднувало всіх медиків в одну структуру, з рівними правами, можливістю збалансувати інтереси й унеможливити узурпацію впливу на прийняття рішень. А це є прямою підтримкою зареєстрованого у Верховній Раді законопроекту України «Про лікарське самоврядування» № 8250 від 06.04.2018 р., узгодженого і підписаного більшістю членів профільного комітету з питань охорони здоров'я та іншими депутатами Верховної Ради.

Уперше в нашій країні проект Закону про лікарське самоврядування було обговорено в далекому вже квітні 2005 року на спільному засіданні Великої Ради Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ) та ініціативної робочої групи Громадської Ради при Міністерстві охорони здоров'я України.

Україна сьогодні в державній політиці повинна орієнтуватися на європейські цінності, де добре живеться і лікарям, і пацієнти задоволені.

Задля інтересів пацієнта будується система охорони здоров'я європейської якості. І важливий крок в цьому напрямку – запровадження самоврядування.

З метою зміни ставлення держави до професії лікаря і запровадження європейських принципів щодо управління в системі охорони здоров'я ВУЛТ підготував проект Закону України «Про лікарське самоврядування». Цей законопроект багаторазово обговорювався на з'їздах ВУЛТ, конгресах СФУЛТ, інших зібраннях медичної громадськості, парламентських слуханнях, обговорювався із закордонними фахівцями в галузі лікарського самоврядування. Кілька разів доопрацьовувався і реєструвався у Верховній Раді (березень 2006 р., вересень 2006 р., грудень 2008 р., березень 2014 р., грудень 2016 р.). Але до Сесійної зали українського парламенту він так і не потрапив. Після довготривалих узгоджень 20 березня 2018 р. законопроект О.С. Мусія був відкликаний щоб надати спільний узгоджений варіант. І ось нарешті чільні депутати – медики досягли згоди. 6 квітня 2018 р. був зареєстрований у Верховній Раді спільний законопроект № 8250.

Цей законопроект вистражданий, обговорений на різних рівнях лікарською спільнотою протягом більш як 10 років, в ньому враховано досвід самоврядування наших європейських колег. В його впровадженні зацікавлені і лікарі, і пацієнти.

Цим законом передається ряд повноважень МОЗу організованій лікарській спільноті.

Десятирічне гальмування розгляду законопроекту про лікарське самоврядування засвідчує небажання владних структур віддавати владу в медицині лікарській спільноті.

Але без дієвого лікарського самоврядування й створення широкого представництва асоціацій лікарів, куди б входили представники всіх медичних спеціальностей не відбудеться докорінних позитивних змін в системі охорони здоров'я.

Так що «справу треба далі рухати». Медицина поза політикою, але медики – в ній.

ЛІКАРСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ: 13 РОКІВ ПО ПУСТЕЛІ

Мушак С., Нечаїв С.

м. Київ, Правління Всеукраїнського Лікарського Товариства

Ще далекого 2005 року 2 квітня вперше в нашій країні на спільному засіданні Великої Ради Всеукраїнського Лікарського Товариства та ініціативної робочої групи Громадської Ради при Міністерстві охорони здоров'я України було обговорено проєкт Закону про лікарське самоврядування, схваливши його в редакції «Про Всеукраїнське Лікарське Товариство (Ukrainian Medical Association)», який було видруковано в науково-практичному часописі «Українські Медичні Вісті» [т. 6, № 1-2 (64–65)] для широкого обговорення на Восьмому всеукраїнському з'їзді ВУЛТ 21–22 квітня того ж 2005 року в м. Івано-Франківську.

Влітку 2005 року Президент Всеукраїнського Лікарського Товариства О. Мусій та Голова правління ВУЛТ С. Нечаїв взяли участь у Парламентських слуханнях «Проблеми у сфері забезпечення охорони здоров'я і медичного обслуговування громадян України та шляхи їх розв'язання», де обговорювався законопроект «Про лікарське самоврядування», підготований ВУЛТ. Це знайшло відображення у Рекомендаціях Парламентських слухань.

Того ж 2005 року восени Всеукраїнське Лікарське Товариство відвідав керівник міжнародного відділу Польського Лікарського Товариства доктор Кшиштоф Макух, який поділився досвідом функціонування лікарського самоврядування в Польщі.

Наприкінці листопада 2005 року у Києві в Будинку Профспілок (Майдан Незалежності, 2) було проведено Ювілейну Всеукраїнську суспільно-політичну конференцію ВУЛТ, присвячену Першій річниці Помаранчевої революції, на якій відбулось чергове публічне обговорення проєкту Закону України «Про лікарське самоврядування». Тодішній міністр охорони здоров'я М.Є. Поліщук сказав: «Повинна громадськість впливати на все. Громадськість повинна, в тому числі, впливати на кадрову політику. Знову починаються кабінетні ігри. Надзвичайно велике значення буде мати громадськість. Ми дали команду готувати законопроект про Українську Медичну Асоціацію. Потім ми стали думати про Українську Лікарську Колегію, але тепер ми зупинилися на Всеукраїнському Лікарському Товаристві, якому треба надати відповідний законодавчий статус. Для чого створювати Асоціацію чи Колегію, коли є Всеукраїнське Лікарське Товариство (ВУЛТ)? Така громадська організація є! ВУЛТ створено не з кабінетів, а створено знизу. ВУЛТ 15 років функціонує! ВУЛТ має визнання у світі. Треба під ВУЛТ підвести законодавчу базу. Треба зробити ВУЛТ таким, як польська Ізба Лекарска, яка в Польщі має широкі повноваження».

Наступного 2006 року 17 березня проєкт Закону України «Про лікарське самоврядування», який ініціювало Всеукраїнське Лікарське Товариство, було нарешті зареєстровано у Верховній Раді України за № 9250. Через два місяці 19 травня 2006 року нову, доопрацьовану редакцію проєкту Закону України «Про лікарське самоврядування» опублікувала медична газета «Ваше здоров'я» у своєму 18 числі.

Влітку 2006 року 28–30 серпня в м.Полтаві відбувся XI конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ), в роботі якого взяли участь делегати як з усіх регіонів України, так і з зарубіжжя. На Конгресі СФУЛТ також обговорювався та був схвалений проєкт Закону України «Про лікарське самоврядування».

На початку вересня 2006 року проєкт Закону України «Про лікарське самоврядування», підготований та доопрацьований народним депутатом Володимиром Георгійовичем Карпуком та іншими членами Всеукраїнського Лікарського Товариства з подачі Голови Комітету з питань охорони здоров'я Верховної Ради України Тетяни Дмитрівни Бахтеєвої, пройшов перереєстрацію у Верховній Раді України за № 2053. Але до Сесійної зали українського парламенту, вочевидь, через кулуарні інтриги, проєкт Закону України «Про лікарське самоврядування» дороги тоді так і не знайшов.

У березні наступного 2007 року Голова Комітету з питань охорони здоров'я ВРУ Т.Д. Бахтеєва у своєму виступі на Колегії МОЗ знову згадала «о врачебном самоуправлении», що цей Закон, мовляв, обов'язково прийматимуть.

Уквітні того ж 2007 року відбувся Перший всеукраїнський конгрес з медичного права і соціальної політики, який проведено Всеукраїнським Лікарським Товариством разом з Українською Медико-

Правовою Асоціацією, Академією Адвокатури України за підтримки Міністерства охорони здоров'я України, Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, Постійної комісії Київської міської ради з питань охорони здоров'я і соціальної політики, Національної Ради з питань охорони здоров'я при Президентові України, Інституту держави і права ім. В.М. Корецького Національної Академії Наук України, Національної академії державного управління при Президентові України та низки інших організацій. На конгресі широко обговорювався проєкт Закону України «Про лікарське самоврядування».

У травні 2007 року у м. Вінниці відбувся Дев'ятий всеукраїнський з'їзд ВУЛТ. На з'їзді Всеукраїнського Лікарського Товариства вкотре знову жваво обговорювався проєкт Закону України «Про лікарське самоврядування».

У вересні 2007 року, в рамках міжнародної співпраці Всеукраїнського Лікарського Товариства, Київ з офіційним візитом відвідали представники Німецького Лікарського Товариства та Фінського Лікарського Товариства з метою обміну досвідом у царині лікарського самоврядування. Вони зустрілися з правлінням Всеукраїнського Лікарського Товариства та обговорили також низку інших питань щодо співпраці наших товариств.

У листопаді 2007 року Президент Всеукраїнського Лікарського Товариства Олег Мусій та Голова правління ВУЛТ Станіслав Нечаїв на запрошення Фінського Лікарського Товариства ознайомились у Гельсінкі з досвідом функціонування лікарського товариства та лікарського самоврядування у Фінляндії та в інших країнах Північної Європи (Нордійського Союзу).

Наступного 2008 року 11 січня під час обговорення проєкту Програми діяльності Кабінету Міністрів України на громадських слуханнях у Міністерстві ОЗ України знову піднімалось питання законопроєкту «Про лікарське самоврядування», який підготувало Всеукраїнське Лікарське Товариство та провело тоді з десятків його широких публічних обговорень і подало цей проєкт Закону України на розгляд до Верховної Ради.

12 січня 2008 року Законопроєкт «Про лікарське самоврядування» у новій доопрацьованій редакції обговорювався членами Української Медико-Правової Асоціації і отримав схвальні відгуки.

15 січня 2008 року під час загальнонаціонального громадського обговорення проєкту Програми діяльності Кабінету Міністрів України в Українському Домі за участі Прем'єр-Міністра України Юлії Тимошенко знову згадувалось про проєкт Закону України «Про лікарське самоврядування», підготований Всеукраїнським Лікарським Товариством, але знайти розуміння тогочасним вищим керівництвом держави цієї важливої для докорінного реформування хворої вітчизняної охорони здоров'я українським лікарям так і не вдалося.

21 та 22 січня 2008 року на Дорадчій раді Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я розглядався та удосконалювався законопроєкт «Про лікарське самоврядування» за участі провідних експертів як з медичного, так і юридичного середовища.

На початку лютого 2008 року на засіданні Громадської Ради при Міністерстві охорони здоров'я України, в присутності тодішнього Міністра ОЗ, вкотре наголошувалось, що ВУЛТ'ом ще 2005 року підготовано проєкт Закону України «Про лікарське самоврядування», який багато разів обговорювався на різних широких зібраннях медичної громадськості і, через членів ВУЛТ – лікарів-депутатів різних фракцій, подавався на розгляд Верховної Ради України, але законопроєкт тоді залишився без розгляду.

У березні 2008 року офіційна делегація Всеукраїнського Лікарського Товариства у складі Президента ВУЛТ Олега Мусія, Голови правління ВУЛТ Станіслава Нечаєва та представників регіональних організацій Всеукраїнського Лікарського Товариства: Андрія Базилевича із Українського Лікарського Товариства у Львові та Миколи Тищука з Одеської крайової організації ВУЛТ на запрошення Німецького Лікарського Товариства вивчала досвід функціонування лікарського товариства та лікарського самоврядування як на загальнонімецькому рівні, так і на прикладі Лікарського Товариства міста Берлін.

У грудні того ж 2008 року з метою адаптації українського законодавства в галузі охорони здоров'я до передових європейських та світових надбань, керуючись деклараціями Світової Лікарської Асамблеї (Зібрання): Каліфорнійською (1986) стосовно незалежності і професійної свободи лікаря, Мадридською (1987) щодо необхідності самоврядування лікарської професії (професійної незалежності лікаря) та Сеульською (2008) про лікарське самоврядування, проєкт

Закону України «Про лікарське самоврядування» (ініціатори законопроекту – народні депутати VI скликання Карпук В.Г., Добряк Є.Д., Григорович Л.С. Авторський колектив: Карпук В.Г., Добряк Є.Д., Мусій О.С., Глуховський В.В., Нечаїв С.В., Тищук М.М., Базилевич А.Я., Карамішев Д.В., Сенюта І.Я., Перетяка О.П.) Всеукраїнське Лікарське Товариство, за підтримки Національної ради з питань охорони здоров'я, через своїх членів – лікарів-депутатів, утретє подало на розгляд у стіни українського парламенту (№ 3539 23.12.2008), який його загубив в черговий раз.

У квітні 2011 року Всеукраїнське Лікарське Товариство виступило співорганізатором Другого всеукраїнського конгресу з медичного права, біоетики і соціальної політики з міжнародною участю. У рамках конгресу відбувся круглий стіл «Саморегульвні організації в медицині і фармації». Президент ВУЛТ Олег Мусій виголосив доповідь, присвячену проблемам становлення професійного лікарського самоврядування в Україні. У прийнятій резолюції конгресу була зазначена необхідність впровадження лікарського самоврядування шляхом прийняття Закону Верховною Радою України.

У вересні того ж 2011 року у Харкові на базі Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України відбувся Одинадцятий з'їзд ВУЛТ, на якому були розглянуті програмні питання: 1. Організація до- та післядипломної освіти лікарів в Україні та світі; 2. Реформування системи охорони здоров'я. Лікарське самоврядування в Україні та світі; 3. Профілактична медицина, сімейна медицина – сучасний стан та перспективи розвитку в Україні; 4. Історія української медицини, 100-річчя Всеукраїнського Лікарського Товариства, 150-річчя Харківського Медичного Товариства; 5. Нове в медицині за різними спеціальностями.

На початку червня 2013 року делегація Всеукраїнського Лікарського Товариства у складі його Почесного Президента акад. Л. Пирога, Президента О. Мусія, Голови правління С. Нечаєва та членів правління А. Базилевича та М. Тищука взяла участь у Парламентських слуханнях, де з трибуни Верховної Ради України перед депутатами, урядовцями та іншими зацікавленими особами Президентом ВУЛТ О. Мусієм була виголошена доповідь щодо необхідності запровадження в Україні лікарського самоврядування.

Наприкінці листопада 2013 року Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я спільно з громадською організацією «Всеукраїнське Лікарське Товариство» (ВУЛТ) провів засідання «круглого столу» на тему: «Лікарське самоврядування: міжнародний досвід та перспектива впровадження в Україні».

Навесні 2014 року після Євромайдану і призначення Міністром охорони здоров'я України Президента Всеукраїнського Лікарського Товариства Олега Мусія у Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я терміново згадали про лікарське самоврядування, і 12 березня 2014 року Рішенням № 04-26/4-25 утворили «Робочу групу з підготовки проекту Закону України, спрямованого на впровадження в Україні лікарського самоврядування» у складі 29 осіб під головуванням Народного депутата України Романа Романовича Ілика (А.Я. Базилевич, О.А. Беденко-Звадридчук, С.В. Богатова, О.М. Вахненко, А.М. Вієвський, О.П. Волосовець, В.В. Глуховський, А.П. Гук, О.М. Дергачов, З.М. Дергачова, В.Є. Дряньська, А.О. Іванців, М.М. Іонов, Д.Т. Карабаєв, А.О. Кисельов, Н.О. Лісневська, С.В. Лилик, Л.Ф. Матюха, В.Л. Михайленко, К.О. Надутий, С.В. Нечаїв, В.В. Погорілий, І.Я. Сенюта, О. Скорик, М.М. Тищук, М.М. Угрин, В.М. Ширяєв, З.С. Черненко).

Наприкінці травня 2014 року в приміщенні Верховної Ради України відбулося засідання «Робочої групи з підготовки проекту Закону України, спрямованого на впровадження в Україні лікарського самоврядування». Законопроект в цілому був схвалений, а для внесення уточнень і доповнень була створена Редакційна колегія у складі: О.А. Беденко-Звадридчук, М.М. Іонова, А.О. Кисельова, В.В. Короленка, Н.О. Лісневської, С.В. Нечаєва та З.С. Черненко. Після доопрацювання законопроект «Про лікарське самоврядування» був скерований у Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я Першому заступникові Голови Комітету Народному депутатові України Роману Романовичу Іликові.

Протягом середини червня 2014 року делегація Всеукраїнського Лікарського Товариства у складі голови Правління ВУЛТ Станіслава Владиславовича Нечаєва та члена Правління ВУЛТ Олександра Петровича Волосовця разом з колегами від МОЗ та Тернопільського медуніверситету детально вивчала у Вроцлаві та Варшаві медичну освіту та систему охорони здоров'я Польщі взагалі та лікарське самоврядування зокрема на прикладі функціонування Дольношльонської Ізби Лекарської.

Наприкінці червня 2014 року в Одесі відбулась Науково-практична конференція «Лікарське самоврядування в новій системі охорони здоров'я України». З вітальним словом виступив Голова правління Всеукраїнського Лікарського Товариства Станіслав Нечаїв, а також поінформував про стан справ із законопроектом «Про лікарське самоврядування» у Комітеті з питань охорони здоров'я Верховної Ради України. З доповідями виступили члени правління ВУЛТ Костянтин Надутий, Аким Літвак та Микола Тищук, а також представник Болгарського Лікарського Товариства Андрей Кехайов.

В середині вересня 2014 року у Тернополі на базі Тернопільського державного медичного університету відбулась Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Післядипломна освіта та лікарське самоврядування за європейськими стандартами», на якій з доповідями, присвяченими лікарському самоврядуванню, виступили А.Р. Вайда, Л.А. Грищук, С.В. Нечаїв, І.М. Кліщ та І.Я. Дзюбановський з І.В. Паньківим. У конференції також взяли участь активні члени Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ) О.П. Волосовець та В.В. Севастьянов.

На початку жовтня 2014 року у Верховній Раді України було зареєстровано проєкт Закону України «Про лікарське самоврядування» (№ 198/01-10), внесений народним депутатом України Іликом Р.Р. (посв. № 345, 5 сесія VII скликання). Номер, дата реєстрації: 5124 від 01.10.2014. Авторський колектив проєкту Закону України «Про лікарське самоврядування»: 1. Ілик Роман Романович – Народний депутат України (м. Київ); 2. Мусій Олег Степанович – Міністр охорони здоров'я України (м. Київ); 3. Нечаїв Станіслав Владиславович – помічник Міністра охорони здоров'я України, магістр управління охороною здоров'я (м. Київ); 4. Сенюта Ірина Ярославівна – кандидат юридичних наук, доцент, завідувач кафедри медичного права Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, адвокат, президент ВГО «Фундація медичного права та біоетики України» (м. Львів); 5. Базилевич Андрій Ярославович – доктор медичних наук, професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (м. Львів); 6. Тищук Микола Миколайович – директор Інституту психічного здоров'я, Голова Правління Всеукраїнського Лікарського Товариства (м. Одеса); 7. Клапатий Дмитро Йосифович – магістр права, асистент кафедри медичного права Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, член Правління ВГО «Фундація медичного права та біоетики України» (м. Львів).

Але депутати сумнозвісної ВРУ, розпущеної Президентом Петром Порошенком, які слухняно приймали жажливі закони в угоду В. Януковичу, так і не спромоглися прийняти закон про звільнення лікарів із кріпацтва.

В середині жовтня 2014 року у м. Чернівцях на базі Буковинського державного медичного університету відбувся XV Конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств. Програмні питання Конгресу були: 1. Організація і управління системою охорони здоров'я в Україні на новому етапі. Лікарське самоврядування. Світовий досвід. 2. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід і оцінка пілотних проєктів. 3. Інноваційні технології у вищій медичній освіті. 4. Історія медицини: 70-річчя Буковинського державного медичного університету та 30-річчя Першого Конгресу СФУЛТ. 5. Нове у сучасній медицині.

На початку липня наступного 2015 року Комітетом з питань охорони здоров'я ВРУ були проведені Слухання на тему: «Шляхи запровадження лікарського самоврядування в Україні», у яких взяли участь члени ВУЛТ: О. Мусій (Народний депутат України), А. Базилевич, О. Волосовець, А. Гук, О. Зелінський, Р. Ілик, В. Карпук, В. Князевич, К. Надутий, С. Нечаїв, М. Островський, О. Перетяка, М. Поліщук, В. Севастьянов, М. Тищук. Перед зацікавленими народними депутатами та іншими учасниками Слухань у Комітеті виступили провідні вітчизняні діячі охорони здоров'я та закордонні фахівці в галузі лікарського самоврядування: Генеральний секретар Світового Лікарського Товариства Отмар Клойбер, Президент Головної ради Польського Лікарського Товариства Мацей Гаманкевіч, Керівник відділу міжнародних зв'язків Польського Лікарського Товариства Марек Шевчиньскі, представник Болгарського Лікарського Товариства, Президент Південно-Східного Європейського Лікарського Форуму Андрей Кехайов.

9–12 вересня 2015 року відбувся у м. Одесі ювілейний Чотирнадцятий з'їзд Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ), присвячений 25-річчю відродження нашого Товариства, спільно з VI конгресом Південно-Східного Європейського Лікарського Форуму (ПСЕЛФ). Програмними питаннями XIV З'їзду ВУЛТ були: 1. 25-річчя відновлення ВУЛТ. На шляху до лікарського

самоврядування. 2. Реформування системи охорони здоров'я в Україні. 3. Військова медицина та медицина катастроф, реабілітація та відновна медицина. 4. Демографічна криза в Україні та проблеми репродуктивного здоров'я. Мультидисциплінарний підхід. 5. Нове в медицині за спеціальностями.

Паралельно, тоді ж у вересні 2015 року, в Одесі відбулася Всеукраїнська Лікарська Рада, яка підтримала ініціативу ВУЛТ щодо об'єднання основних громадських організацій лікарів шляхом створення громадянської платформи з метою запровадження в Україні лікарського самоврядування.

23 листопада 2015 відбулось установче Зібрання і була заснована Національна Лікарська Рада України (НЛРУ), до якої увійшло більше 40 лікарських організацій національного рівня.

28 грудня 2016 року народним депутатом України Мусієм Олегом Степановичем (посв. 322) був внесений Проект Закону про лікарське самоврядування № 5617 і зареєстрований на 5 сесії VIII скликання Верховної Ради України.

Але 13 січня 2017 року народним депутатом України Богомолець Ольгою Вадимівною (посв. 067) був внесений альтернативний Проект Закону про лікарське самоврядування № 5617-1 і зареєстрований на тій же 5 сесії VIII скликання Верховної Ради України.

1–2 червня 2017 року в Національній науковій медичній бібліотеці України відбулась перша робоча сесія експертної групи ВУЛТ за участі експертів з Німеччини (Домен Поднар (Domen Podnar) – політичний радник, Департамент міжнародних справ Федеральної Лікарської Палати (Bundesarztekammer)) та Польщі (Ладислав Неканда-Трепка (Ładysław Nekanda-Trepka) – член Головної Ради, член правління Організаційної Комісії Головної Ради, Войцех Ідашак (Wojciech Idaszak) – юридичний радник, Головна Рада Польської Лікарської Палати (Naczelna Izba Lekarska)). Для співставлення законопроектів використовувався польський закон «Про лікарські палати» (Ustawa ob izbach lekarskich), прийнятий 1989 року.

Зведена редакція законопроекту була розглянута і схвалена XVII З'їздом ВУЛТ (29 вересня 2017 р., м. Кам'янець-Подільський).

3 жовтня 2017 року обидва законопроекти «Про лікарське самоврядування», основний О. Мусія № 5617 та альтернативний О. Богомолець № 5617-1, було включено до порядку денного (2149-VIII).

По довготривалих узгодженнях 20 березня 2018 року обидва законопроекти «Про лікарське самоврядування» основний О. Мусія № 5617 та альтернативний О. Богомолець № 5617-1 були відкликані ініціаторами, щоб подати спільний узгоджений варіант.

І нарешті чільні депутати-медики досягли згоди. На святий Великдень 6 квітня 2018 року був зареєстрований у Верховній Раді спільний законопроект «Про лікарське самоврядування» № 8250, який підписали більшість членів профільного Комітету з питань охорони здоров'я та інші депутати: Богомолець Ольга Вадимівна, Мусій Олег Степанович, Шипко Андрій Федорович, Мушак Олексій Петрович, Мельничук Сергій Петрович, Бахтеєва Тетяна Дмитрівна, Шурма Ігор Михайлович, Савчук Юрій Петрович, Рибчинський Євген Юрійович, Констанкевич Ірина Мирославівна, Біловол Олександр Миколайович, Дубіль Валерій Олександрович.

20 квітня 2018 року у Комітеті з питань охорони здоров'я ВРУ відбувся «круглий стіл» на тему: «Лікарське самоврядування та професійні асоціації як запорука професійного зростання медичних працівників», на якому Народним депутатом України Олегом Мусієм був презентований новий об'єднаний законопроект «Про лікарське самоврядування» № 8250. Серед учасників обговорення цього законопроекту були й члени Всеукраїнського Лікарського Товариства Тарас Кавецький, Даніель Карабаєв, Володимир Короленко, Костянтин Надутий, Ігор Найда, Станіслав Нечаїв, Олег Перетяка, Іван Сорока.

6 липня 2018 р., у м. Києві учасниками конференції «100-річчя Міністерства народнього здоров'я та опікування України і лікарське самоврядування» підготовлена Заява Всеукраїнського Лікарського Товариства (схвалена Правлінням ВУЛТ 12 липня 2018 р.) стосовно підготовленого Міністерством охорони здоров'я України проекту «Концепції про ліцензування професійної діяльності лікарів» від 12 червня 2018 року, де пропонується Міністерству охорони здоров'я України: «спільно звернутись до Верховної Ради України щодо внесення проекту Закону України «Про лікарське самоврядування» до порядку денного наступної сесії Верховної Ради України та визначення його як невідкладного (ч. 2 ст. 101 Регламенту Верховної Ради України), з метою законодавчого унормування і комплексного вирішення проблем лікарської діяльності

у відповідності до європейської традиції, світової практики та прикладів професійного самоврядування інших професій в Україні». Правління ВУЛТ закликала членів Національної Лікарської Ради України та всі професійні лікарські об'єднання консолідувати свої зусилля щодо якнайшвидшого прийняття і запровадження Закону України «Про лікарське самоврядування».

Лікарське Товариство понад століття працює на благо наших лікарів, відкрито проводить регулярні всеукраїнські з'їзди, домагається достойної європейської оплати праці та умов роботи лікарів, лікарського самоврядування, будівництва соціального/службового житла для медиків на території закладів охорони здоров'я, правового супроводу та юридичного захисту лікарської діяльності, становлення повноцінної приватної лікарської практики, підвищення кваліфікації українських лікарів, провадить просвітницько-профілактичні проекти.

Всеукраїнське Лікарське Товариство з 1990 року є членом СФУЛТ (Світової Федерації Українських Лікарських Товариств), з 2008 року є членом Європейського Форуму Лікарських Товариств (ЕФЛТ/ВООЗ) та найпрестижнішої у світі організації лікарів – Світового Лікарського Товариства, провадить широку міжнародну діяльність спільно з Німецьким Лікарським Товариством, Фінським Лікарським Товариством, Польським Лікарським Товариством, Болгарським Лікарським Товариством, Австрійським Лікарським Товариством тощо.

Як свідчить світовий досвід, без справжнього дієвого лікарського самоврядування ефективні реформи в охороні здоров'я неможливі. Тому вчергове сподіватимемось на те, що проект Закону України «Про лікарське самоврядування» у Верховній Раді України нарешті проголосують.

11-Й ПЕРЕГЛЯД МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ХВОРОБ

НЕЧАЇВ С.В.

м. Київ, Історико-термінологічна комісія ВУЛТ

18 червня 2018 року ВООЗ (Всесвітня організація охорони здоров'я) повідомила про вихід нового перегляду Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11).

Нині діє Десятий перегляд Міжнародної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-10), введений ВООЗ з січня 1993.

МКХ 10-го перегляду було схвалено у травні 1990 р. на XLIII сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я – вищого керівного органу ВООЗ. Останні зміни й доповнення до МКХ-10 прийняті 2007 року.

Рішення про перспективне впровадження МКХ-10 в Україні було прийнято урядом 4 травня 1993 року.

Нову версію прийматимуть на сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я у травні 2019 року, а чинності вона набуде з 1 січня 2022 року. Цей випуск ознайомлювальний, щоб країни виробили плани по перекладу МКХ-11 та підготували фахівців.

Підготовка МКХ-11 тривала понад 10 років. Було прийнято більше 10 000 змін до Класифікації.

Керівник групи ВООЗ по класифікації, термінології і стандартам д-р Роберт Якоб (Robert Jakob) відзначає: «Ключовим принципом даного перегляду було спрощення структури кодів і електронного інструментарію: таким чином, фахівці охорони здоров'я зможуть легшим і вичерпнішим чином реєструвати різні хвороби».

Нова МКХ-11 відображає прогрес в медицині і досягнення наукової думки. Так, коди, що стосуються стійкості до протимікробних препаратів, тепер більше відповідають критеріям Глобальної системи епідагляду за стійкістю до протимікробних препаратів (GLASS). МКХ-11 також дозволяє ефективніше реєструвати дані, що стосуються безпеки в галузі охорони здоров'я, і, відповідно, ідентифікувати і попереджати небажані події, які можуть завдавати шкоди здоров'ю, наприклад, небезпечні методи роботи в лікарнях. У нову МКХ також увійшли нові розділи, зокрема, з народної (традиційної) медицини. З'явилася одна нова глава, присвячена сексуальному здоров'ю, та об'єднано розлади, які раніше були віднесені до інших категорій (наприклад, гендерна невідповідність вказувалася в категорії психічних розладів) або описувалися інакше. В розділ адиктивних розладів було додано ігровий розлад.

Перейти на МКХ-11 допоможуть таблиці переходу з МКХ-10 і назад.

МЕДИЧНІ БІБЛІОТЕКИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: ІСТОРІЯ ТА СУЧАСНІСТЬ

ОСТАПЕНКО Т.А., НАУМЕНКО С.М.

м. Київ, Національна наукова медична бібліотека України

Бібліотека – це цінний капітал кожної країни у який вкладено всі надбання людства...
Фахівець жодної галузі не може обійтись без інформації, а тим більше – фахівець-медик.

Ю. Бернадський

Сучасне реформування системи охорони здоров'я поставило завдання оптимального використання ресурсів системи охорони здоров'я України, конкурентоспроможності та якості надання медичної допомоги населенню країни. Ці питання напряму залежать від рівня підготовки медичних спеціалістів, вміння володіти сучасними методами діагностики, лікування та профілактики захворювань, застосування найновіших досягнень медичної науки.

У вирішенні цих завдань основне місце належить саме медичним бібліотекам, які багато років здійснюють бібліотечно-інформаційне забезпечення медичних працівників усіх рівнів.

Мережа медичних бібліотек України почала формуватись ще минулого століття, коли в 1929 р. на базі бібліотеки Харківського медичного товариства було засновано Українську державну медичну бібліотеку. В наказі Народного Комісаріату охорони здоров'я УРСР від грудня 1929 року зазначалось: «Для того, щоб сконцентрувати в одній великій бібліотечній установі розпорошені фонди медичної літератури й тим створити міцну базу для наукової роботи лікувально-профілактичних і наукових установ Наркомздоров'я УРСР – утворити в місті Харкові Українську державну медичну бібліотеку (УДМБ)». Її основні завдання полягали в накопиченні та збереженні всієї медичної літератури, організації консультативно-довідкової служби для установ Харкова й Української РСР; керівництві бібліотечно-бібліографічною роботою інститутів Народного комісаріату охорони здоров'я та інших медичних установ і координації цієї роботи в межах УРСР.

У травні 1930 року Народним комісаріатом охорони здоров'я (НКОЗ) УРСР було прийнято директивний лист «Про організацію мережі медичних бібліотек УРСР», а вже в листопаді – Наказ НКОЗ УРСР «Про заснування в містах Києві, Дніпропетровську, Одесі, Сталіно (Донецьк) обласних медичних бібліотек». Так було створено Київську державну медичну бібліотеку (зараз Національна наукова медична бібліотека України), а також обласні медичні бібліотеки у Вінниці, Дніпропетровську, Одесі, Донецьку, Полтаві, Чернігові, Запоріжжі, Миколаєві. На них покладалась функція регіональних методичних центрів.

В цей період засновується і більшість бібліотек в медичних науково-дослідних установах. Остаточне формування мережі було завершено в 1938 році. На той час вона нараховувала 178 медичних бібліотек різних рівнів зі штатними бібліотечними працівниками та 900 бібліотечних пунктів, які діяли на громадських засадах.

В 1939 році методичні функції медичних бібліотек було розділено. У структурі Київської медичної бібліотеки було створено методичне бюро, яке здійснювало методичне забезпечення медичних бібліотек Правобережної України, функцію методичного центру на Лівому березі здійснювала Українська державна наукова медична бібліотека в Харкові.

Друга світова війна та окупація України – окрема трагічна сторінка нашої історії. Під час окупації України бібліотечні фонди і каталоги було майже знищено. Мережа медичних бібліотек скоротилась удвічі. З визволенням України необхідно було повністю відновлювати роботу медичних бібліотек. Бібліотечні працівники, не шкодуючи сил і здоров'я бралися до роботи. Через 5 місяців після звільнення Києва, в серпні 1944 року, відновила свою роботу Київська державна медична бібліотека. Робота медичної бібліотеки Харкова, розпочала свою роботу відразу ж після звільнення міста. В 1944 році відкрились обласні медичні бібліотеки у Львові і Чернівцях; у 1945 – в Житомирі, Луцьку, Івано-Франківську (Станіславі), Рівному, Тернополі, Хмельницькому, Ужгороді. В 1945–1946 рр. відновили свою діяльність Кіровоградська, Луганська, Херсонська обласні медичні бібліотеки. В 1954 році було засновано Черкаську ОНМБ зі штатом 2 працівники.

У червні 1948 року було видано Наказ «Про підпорядкування усіх медичних бібліотек Української РСР Міністерства охорони здоров'я (Харківську державну наукову медичну бібліотеку, обласні наукові медичні бібліотеки, бібліотеки при медичних учбових і науково-дослідних інститутах, при різних медичних і лікувальних установах) Республіканській науковій медичній бібліотеці м. Києва». Вона здійснювала організаційно-методичне керівництво медичними бібліотеками республіки.

До 1950 року в Україні функціонувало понад 600 медичних бібліотек, які обслуговували більше 100 тис. працівників медичних лікувальних та учбових закладів, наукових установ. В Україні, вперше на території колишнього Радянського Союзу, було створено розгалужену мережу медичних бібліотек різних рівнів: від обласних медичних бібліотек до бібліотек районних лікарень. На той час це була одна з важливих ланок в системі підготовки медичних кадрів та підвищення їх кваліфікації. Треба віддати належне, в той час держава достатньою мірою опікувалась розвитком бібліотек і наукової інформації. Виділялись кошти на комплектування фондів і передплату медичної періодики, видавались накази, спрямовані на поліпшення роботи та підвищення авторитету бібліотек. Щороку видавався наказ МОЗ «Про вивчення досвіду роботи медичних бібліотек та впровадження його в бібліотечне обслуговування медичних працівників України», за яким бібліотечні працівники мали можливість відвідати та познайомитись з роботою своїх колег з інших областей і республік.

У квітні 1960 р., при Вченій медичній Раді МОЗ УРСР було створено Республіканську науково-методичну бібліотечну комісію, до складу якої увійшли керівники наукових медичних бібліотек та наукові працівники різних галузей медицини. Комісія мала чималі повноваження. За її рішенням РНМБ МОЗ УРСР повинна була організовувати місячні курси для бібліографів і каталогізаторів на базі Інституту вдосконалення лікарів, проводити наради з директорами ОНМБ, завідувачами бібліотек медичних училищ, семінари для завідувачів бібліотек міських, районних та сільських лікарень тощо.

На нараді-семінарі методистів обласних наукових медичних бібліотек України, яка проводилась у 1963 році на базі РНМБ МОЗ УРСР, було визначено кращі обласні бібліотеки – методичні центри. Це були: Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Івано-Франківська, Рівненська обласні наукові медичні бібліотеки та Харківська державна наукова медична бібліотека. Кожна обласна наукова медична бібліотека відповідала за бібліотечно-інформаційне обслуговування медичних працівників своєї області.

Значною подією для медичних бібліотек стала постанова Ради Міністрів УРСР, прийнята у квітні 1970 року «Про подальший розвиток наукової медичної інформації» та заходи МОЗ УРСР «Про подальше покращення діяльності медичних бібліотек», якими передбачалось створення бібліотек в усіх центральних районних лікарнях, завершення створення відділів наукової медичної інформації при ОНМБ. В обов'язки відділів входила співпраця з групами інформації лікувальних закладів, здійснення реферативних оглядів нових надходжень фахових видань, що значною мірою сприяло впровадженню нових методів діагностики і лікування.

На початку 70-х років активізувалась робота з виявлення, узагальнення та впровадження передового досвіду. Міністерство охорони здоров'я не залишало поза своєю увагою проблеми медичних бібліотек. За ініціативою РНМБ УРСР, спільним рішенням Колегії МОЗ УРСР та Республіканського комітету профспілки медичних працівників республіканськими школами передового досвіду було затверджено Івано-Франківську, Кіровоградську і Рівненську ОНМБ. Щорічно на заняттях підвищували свою кваліфікацію понад 200 бібліотечних працівників медичних бібліотек не лише України, а й колишнього Союзу. Ця система була визнана однією з найефективніших форм навчання.

1971 року, коли ДНМБ МОЗ УРСР після реставраційної та відбудовчої роботи відкривала свої двері, червону стрічку урочисто перерізав Міністр охорони здоров'я УРСР В.Д. Братусь.

У 1976 році, в стінах Бібліотеки проходили заняття «університету для керівних кадрів», організованого Міністром охорони здоров'я Анатолієм Юхимовичем Романенком. Кожної останньої суботи місяця відомими спеціалістами, директорами медичних науково-дослідних інститутів тут читались лекції з найактуальніших проблем медичної науки та охорони здоров'я. Професійні зустрічі медичної еліти користувались популярністю не лише серед медичних світил України, а й колишнього Союзу.

Підтримавши ініціативу директора Бібліотеки Р. І. Павленко, Анатолій Юхимович у 1975 році підписав листа з проханням до вчених-медиків України надсилати свої праці до фондів Бібліотеки. Це поклало основу унікальної колекції документального фонду «Медична Україніка».

Великим другом і давнім читачем медичної бібліотеки є і залишається висококваліфікований лікар, міністр охорони здоров'я України (2005 р.), Народний депутат України 4-го скликання, голова Комітету з охорони здоров'я материнства та дитинства Верховної ради України Микола Єфремович Поліщук. За часів його роботи в Комітеті вперше було розглянуто важливі питання інформатизації галузі охорони здоров'я, сучасного стану медичних бібліотек України.

З отриманням незалежності в 1991 році, в Україні складається принципово нова історична ситуація – розвивається і швидко поширюється в усі сфери життя національне відродження українців.

У 1993 році РНМБ України було проведено спільну нараду-семинар медичних працівників станцій швидкої медичної допомоги та працівників медичних бібліотек, на якій було накреслено подальші шляхи розвитку бібліотечно-інформаційного забезпечення медиків усіх ланок, створення в медицині єдиного інформаційного простору. Цього ж року МОЗ України було прийнято наказ «Про атестацію працівників медичних бібліотек», яким затверджувалось «Положення про атестацію». Згідно з цим положенням, працівники медичних бібліотек кожні п'ять років мали проходити атестацію на базі ННМБУ, що стало суттєвим стимулом до підвищення їх професійного рівня.

З другої половини 90-х років робота медичних бібліотек набуває нової якості. Починають інтенсивно впроваджуватись комп'ютерні технології, створюються і накопичуються власні електронні інформаційні ресурси: електронні каталоги, повнотекстові бібліотеки, автоматизовані робочі місця, сайти, блоги, сторінки в соціальних мережах, використовуються віддалені бази даних. На порталах веб-сайтів бібліотек розкриваються послуги та фонди, публікуються інформаційні продукти. Бібліотечно-інформаційне забезпечення практикуючих медичних спеціалістів, інформаційна підтримка лікарських науково-практичних конференцій та інших наукових медичних заходів здійснюється з використанням електронних засобів.

Враховуючи величезні інформаційні потоки, високу вартість видань, обмеженість фінансування, назріла потреба створення єдиного інформаційного середовища. Бібліотеки почали розглядати можливість об'єднання своїх зусиль, створюючи корпорації, які б дозволяли використовувати не лише свій інформаційний продукт, а й ресурси інших членів корпорації. З огляду на це, між бібліотеками мережі почала активно розвиватись корпоративна співпраця. За сприяння та при участі ДНМБ України у 2004 році розпочалась робота зі створення Корпорації медичних бібліотек з наукового опрацювання медичних періодичних видань. Було створено єдину базу даних «Зведений електронний предметний каталог медичних бібліотек України», який успішно функціонує, розширюється і доступний до використання користувачам з будь-якого регіону не лише в Україні, а й за її межами.

У квітні 2006 року Указом Президента України В. Ющенка Державній науковій медичній бібліотеці було надано статус Національної, в підпорядкуванні Міністерства охорони здоров'я України.

Діяльність медичних бібліотек України в сучасних умовах спрямована не лише на якісне та оперативне обслуговування користувачів, а й на збереження досягнень попередніх поколінь. В рамках програми ЮНЕСКО «Пам'ять світу» (1992 р.) та довгострокової програми «Документальна пам'ять України» Національна наукова медична бібліотека України, спільно з провідними медичними бібліотеками мережі, започаткувала проект «Медична україніка як складова частина документальної пам'яті України». Впродовж багатьох десятиріч накопичуються та систематизуються унікальні матеріали про розвиток медичної науки та охорони здоров'я в Україні, про видатних медиків, їх внесок у розвиток світової медицини.

Використовуючи унікальну бібліографічну базу з історії медицини та охорони здоров'я, яка включає в себе напрацювання не лише фахівців Національної наукової медичної бібліотеки України, а й науковий доробок Товариства істориків медицини України, було створено ряд фундаментальних покажчиків: «История медицины и здравоохранения Украины», «Здравоохранение Киева и Киевской области», «Медицинские работники Украины, удостоенные почетных званий». Традиційними для наукових медичних бібліотек країни стали видання «Охорона здоров'я...області», «Календарі знаменних і пам'ятних дат». Для зведеної картотеки

«Охорона здоров'я України» кожна обласна наукова медична бібліотека надає необхідні відомості свого регіону. У 2011 році ННМБУ було започатковано серію «Імена в медицині у відгомоні часу», продовжується серія видань «Славені імена української медичної книги в особах, документах, бібліографії», біобібліографічних словників енциклопедичного характеру серії «Медична біографістика», в рамках якої активно працюють провідні медичні бібліотеки України,

Впродовж багатьох років Національна наукова медична бібліотека України підтримує плідні міжнародні професійні та культурні зв'язки із зарубіжними партнерами з багатьох країн світу. Завдяки цьому вона визнана не тільки в Україні, а й далеко за її межами. Маючи великий досвід міжнародної співпраці, ННМБУ реалізує багато спільних міжнародних проектів, спрямованих на інноваційний розвиток бібліотеки, актуалізацію її діяльності, міжнародний книгообмін тощо.

Визначною подією стало урочисте відкриття у ННМБ України у жовтні 2016 р. Польської медичної бібліотеки, яка стала третьою у світі (після Риму та Парижу) медичною бібліотекою за межами Польщі. ННМБ України спільно з Окружною Лікарською Палатою у Варшаві здійснює велику інформаційну підтримку різних наукових проектів з історії медицини Польщі. В 2017 році Польській медичній бібліотеці було присвоєно ім'я видатного польського кардіохірурга Збігнева Реліги. За заслуги у висвітленні та популяризації внеску лікарів в історію медицини України та Польщі ННМБ України було нагороджено Почесною відзнакою Сенату Польщі.

Партнерами Бібліотеки є також Канадський проект «Освіта», Національна медична бібліотека США, Всесвітня організація охорони здоров'я (Швейцарія), Товариство українських лікарів Північної Америки (США), міжнародний фонд «Відродження», Британська Рада, Гете-Інститут, Французький культурний центр у Києві, Міжнародний Ротарі-клуб, медичний університет Саппоро (Японія), Німецьке видавництво Springer та інші. На сьогодні міжнародний книгообмін здійснюється з 40 бібліотеками та інформаційними установами з 23 країн світу.

Однак, останнім часом медичні бібліотеки України зазнають значних, далеко не кращих змін. У багатьох областях під виглядом реорганізації ліквідовуються медичні бібліотеки, чим демонструється акт зневаги до цінностей української культури і надбань медицини. Непродумана реорганізація обласних наукових медичних бібліотек порушує права медичних працівників на забезпечення загальної доступності до інформації та культурних цінностей, позбавляє саме медичних фахівців, практикуючих спеціалістів кваліфікованого науково-інформаційного забезпечення. Всі ці роки діяльність обласних наукових медичних бібліотек – головних методичних центрів свого регіону, була спрямована на повноцінне медико-інформаційне забезпечення медичної освіти та науки; бути потужними базами для самоосвіти і підвищення кваліфікації практикуючих лікарів та розвитку медичної науки. Втрата хоча б однієї з цих ланок призведе до руйнування цілісної системи інформаційного забезпечення не лише практичної охорони здоров'я, а й медичної освіти та науки всієї країни!

ШТРИХИ ДО ПОРТРЕТУ ПРОФЕСОРА ВАСИЛЯ ДМИТРОВИЧА БРАТУСЯ

ПАВЛЕНКО Р.І., ДОЛИННА Л.Б.

м. Київ, Національна наукова медична бібліотека України

Василь Братусь – знакова постать в історії медицини України. Людина високих моральних якостей і виняткового професіоналізму, він все своє життя присвятив розбудові медичної науки, практики і профільної освіти.

Автор понад 400 друкованих праць, серед яких 11 монографій з питань хірургічного лікування захворювань шлунково-кишкового тракту, комбустіології, проблем невідкладної медичної допомоги та інші.

Ректор, міністр, хірург, вчений – в усіх цих іпостасях В.Братусь завжди був на місці і на висоті.

Йому завжди були притаманні далекоглядність, широта мислення, послідовність і наполегливість у втіленні всіх прогресивних задумів і напрацювань.

Талановитий, мудрий педагог з багатющим досвідом, він як магніт притягував до себе студентів і колег, до нього ставились з пієтетом і повагою.

Його діяльність на ниві охорони здоров'я, новаторські підходи у вирішенні проблем медичної галузі, стратегічне бачення перспектив її розвитку з позицій справжнього державника і патріота і сьогодні є прикладом для наслідування.

Ключові слова: Василь Дмитрович Братусь, ректор, міністр, хірург, вчений, видатний організатор вітчизняної системи охорони здоров'я, громадський діяч, талановитий хірург.

Василь Дмитрович Братусь – яка таїна в цьому імені, який слід по собі залишила ця людина в земному житті, відійшовши у вічність...

Зі сторінок його книги спогадів «Роздуми про минуле, погляди на сучасне» перед нами зримо постає образ людини, в якій завжди пульсувало життя в усьому його розмаїтті і в той же час було сконцентровано на служінні її величності Медицині, яка покликана стояти на сторожі охорони життя і здоров'я всіх і кожного.

Людина-легенда – він народився 26 грудня 1916 року в українському селі Rogoziv Бориспільського району на Київщині в багатодітній дружній сім'ї, де сповідували одвічні цінності українського народу: працьовитість, совісність, чесність, порядність, мудрість, взаємодопомогу. Василь Братусь, як достойний син своїх батьків, успадкував ці риси свого роду і з честю проніс їх через все своє довге, многотрудне, звитяжне життя.

З дитинства мріяв про професію медика, а мрія, якщо вона окрилена, обов'язково збувається... Роки навчання в Київському медичному технікумі, Київському медичному інституті, Куйбишевській військово-медичній академії, курси Військово-медичної академії Ленінграду – все це етапи сходження лікарської професії Василя Братуса...

А потім була війна – спочатку Фінська, потім Друга Світова. Очолюючи медсанбат, Братусь бере безпосередню участь у прориві блокади Ленінграду. Перемогу зустрів у складі Госпіталю під Берліном.

У повоєнний час, пройшовши горнило двох воєн, маючи багатий досвід хірурга, викладає хірургію в Київському медичному училищі і одночасно працює в Київському інституті удосконалення лікарів (нині Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика), займається науковою роботою на кафедрі хірургії. Його кандидатська дисертація присвячена абдомінальній хірургії, докторська – комбустіології.

Науковий доробок вченого складає понад 400 друкованих праць, серед яких 11 монографій. Їх тематика надзвичайно багатогранна: лікування кровотеч при виразковій хворобі шлунка, практична комбустіологія, проблеми інтенсивної терапії, вдосконалення системи невідкладної медичної допомоги, історія медицини.

Маючи унікальні організаторські здібності в поєднанні зі стратегічним баченням перспектив розвитку системи охорони здоров'я в Україні В. Братусь двічі (1954–1956 рр.), (1968–1975 рр.) обіймав посаду Міністра охорони здоров'я України.

Енергійний, працелюбний, навдивовиж порядний, з активною життєвою позицією і прагненням позитивних змін, маючи державницький розум, Василь Дмитрович Братусь на посаді Міністра сприяв організації нових науково-дослідних інститутів, створив у 1981 році перший в Україні спеціалізований центр невідкладної допомоги при шлунково-кишкових кровотечах, в якому за його участю було проліковано понад 30 тисяч хворих.

Будучи справжнім державником, в роки свого депутатства, В. Братусь був депутатом Верховної Ради трьох скликань, найважливішою ділянкою його участі в роботі Верховної Ради була щорічна турбота про те, які кошти закладено в бюджет на потреби охорони здоров'я та розвиток медичної науки, і йому майже завжди вдавалося довести необхідність збільшення відповідних статей витрат на придбання новітньої апаратури для наукових розробок нових важливих розділів медичної науки. Переконливість аргументів, впевненість і доказовість важливості довіреної йому справи схилила Президію Верховної Ради до позитивного рішення.

Ще одна блискуча грань творчої натури Василя Братуса – його унікальний педагогічний талант. Найбільшого розквіту він набув у період його ректорства в Київському медичному інституті. В його стінах він зібрав колектив однодумців, талановитих вчених, професорів, викладачів. Хірург-віртуоз з багатющим досвідом роботи, він навіть на посаді Міністра не полишав хірургічної діяльності, тому й був глибоко шанованим колегами й студентами. Ніколи не виявляючи свою винятковість, він створив справді демократичну атмосферу спілкування і вирішував усі питання

з позиції альтруїзму, був завжди доброзичливим, надзвичайно уважним до чужої думки, особливо якщо в ній було щось нове, прогресивне.

Професор Василь Братусь вчив студентів самостійно мислити і навчатися, критично ставитись до джерел, вважаючи це основою діяльності лікаря і, насамперед, лікаря-науковця. Чудова інтуїція наділила його здатністю вчасно помічати талант і творчий потенціал майбутніх видатних вчених і при цьому всіляко сприяти їх розвитку і поступальному руху.

Вчений-новатор у галузі медицини він завжди прагнув нових знань, постійно звертаючись до медичної літератури.

Багато років Василь Дмитрович Братусь був справжнім вірним другом Національної наукової медичної бібліотеки України, долею якої він дбайливо переймався. Знайомство почалося ще в 50-х роках, коли це була Республіканська наукова медична бібліотека на вулиці Горького. Скільки вечорів провів вчений у стінах бібліотеки, вивчаючи новинки вітчизняної і зарубіжної літератури, які, дякуючи його геніальному аналітичному осмисленню, потім вилились у власні наукові здобутки. У фондах бібліотеки і зараз зберігаються праці видатного вченого. Він завжди пишався тим, що в нього був читацький квиток за № 1. Пам'ятав Василь Дмитрович про бібліотеку і в будні, і в святкові дні, бо завжди був тут бажаним гостем. І коли 8 грудня 1971 року бібліотека гостинно розчинила двері своєї нової домівки на вулиці Льва Толстого, в колишньому будинку меценатів Терещенків, саме Василь Братусь урочисто перерізав символічну стрічку під час церемонії відкриття храму медичної книги.

Ще за життя Василя Дмитровича, Національна наукова медична бібліотека України підготувала біобібліографічний покажчик «Братусь Василь Дмитрович» в рамках серії «Славні імена української медичної книги в особах, документах, біобібліографії». Він брав активну участь у підготовці видання, надіслав свою автобіографію, але, на жаль, не встиг побачити видання надрукованим, бо незадовго до його виходу відійшов у вічність.

У 2016 році до 100-літнього ювілею від дня народження Василя Дмитровича Братуса авторський колектив на чолі з видатним вченим, його учнем П.Д. Фоміним видав книгу «Василь Братусь. Незабутні зустрічі», в якій своїми спогадами про видатного вченого-реформатора в галузі медицини й охорони здоров'я, людину-легенду української медичної еліти діляться його друзі, колеги, учні. До цієї дати і з нагоди 175-ліття від дня заснування Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, які знаменно співпали, було відкрито меморіальну дошку на честь ректора Київського медичного інституту Василя Дмитровича Братуса.

Все це підтверджує неспростовну істину: Людина живе, доки її пам'ятають.

ЧУЧМАЙ ГЕОРГІЙ СЕМЕНОВИЧ – ПРОФЕСОР, ЗАВІДУВАЧ КАФЕДРИ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Пасько О.О., Сулим Ю.В., Бучковська А.Ю.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

З 1970 по 1994 рік кафедру терапевтичної стоматології очолював професор Георгій Семенович Чучмай. Вихованець Київської стоматологічної школи, учень знаного професора І.О. Новика. У 1964 р. Г.С. Чучмай захистив кандидатську дисертацію, 1969 – докторську дисертацію. На кафедрі терапевтичної стоматології, яку очолював протягом 24 років, виконано 3 докторські, 18 кандидатських дисертацій. Професор Г.С. Чучмай забезпечив подальший розвиток кафедри та відродження Львівської стоматологічної школи. Він організує вперше в Україні Львівське обласне наукове товариство стоматологів і стає його багаторічним головою. У 1971 році створює клінічну базу на 30 робочих місць, організує студентську стоматологічну поліклініку. Велику увагу приділяє пошуку і вихованню науково-педагогічних кадрів у клінічній ординатурі та аспірантурі, залучає до наукової роботи лікарів-практиків. Через це горнило пройшли викладачі кафедри І.С. Гисик, В.Г. Сай, О.П. Свистун, М.С. Кордис, С.С. Різник, Л.О. Цвих, С.М. Бібік, В.М. Зубачик, Ю.В. Сулим, В.С. Гриновець, В.В. Синиця, О.О. Пасько. З ініціативи професора Г.С. Чучмая починає друкуватися щорічне наукове видання «Стоматологічні новини», зростає активність

діяльності наукового студентського гуртка, виходять з друку перші на кафедрі авторські праці, закладаються основи подальшого видання навчальних посібників з терапевтичної стоматології. При безпосередній участі кафедри терапевтичної стоматології під керівництвом професора С.Г. Чучмая у Львові успішно проведено з'їзд стоматологів УРСР, на якому апробовано та прийнято герб кафедри терапевтичної стоматології.

Професор Г.С. Чучмай був дуже привітною, доброзичливою людиною, любив спілкуватися з молоддю, був всебічно розвинутим. Помер 19 червня 1994 року після тривалої хвороби та похований на цвинтарі у Бреховичах.

ЗАСНОВНИК ІНСТИТУТУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ РАДІОЛОГІЇ ННЦРМ МИХАЙЛО ІВАНОВИЧ РУДНЄВ

Талько В.В., Яніна А.М., Чернишов А.В.

м. Київ, ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України», Україна

Михайло Іванович Руднєв – видатний вчений, фахівець з проблем експериментальної радіобіології, організатор Інституту експериментальної радіології Наукового центру радіаційної медицини професор, доктор медичних наук народився 4 лютого 1937 року в Дніпропетровську.

Він є представником славної династії лікарів. Дід його – М.Ф. Руднєв був відомим вченим-педіатром, його іменем названа дитяча лікарня у місті Дніпро. Батько І.М. Руднєв також відомий вчений-педіатр, який зробив вагомий внесок в розбудову педіатрії в Україні.

Після закінчення у 1960 році Львівського медичного інституту працював лікарем районної лікарні в с. Рудки Львівської області. З 1963 року Михайло Іванович – молодший науковий співробітник, а згодом – старший науковий співробітник Київського інституту педіатрії, акушерства і гінекології МОЗ України. В 1966 році М.І. Руднєв захистив кандидатську, а в 1974 році – докторську дисертацію

З 1968 року очолював лабораторію біолого-гігієнічних досліджень, а потім і відділ експериментальних та епідеміологічних досліджень у Київському інституті загальної і комунальної гігієни імені А.Н.Марзєєва МОЗ України. Йому не один раз доводилось бути експертом ВООЗ.

Після Чорнобильської трагедії згідно з рішенням уряду йому та іншим відомим науковцям належало створити Всесоюзний науковий центр радіаційної медицини. Як заступник генерального директора центру і директор одного з інститутів, що ввійшов до його складу, М.І. Руднєв зробив значний внесок у створення і розбудову цього центру.

Під керівництвом М.І. Руднєва виконано вагомі дослідження як за народно-господарською тематикою, так і за міжнародними програмами. Михайло Іванович керував важливими фундаментальними дослідженнями в галузі радіобіології, був ініціатором розробки в підрозділах керованого ним інституту такого важливого напрямку досліджень, як вивчення поєданого впливу на організм іонізуючої та неіонізуючої радіації, інших негативних чинників забруднення довкілля. Як вчений і лікар, розуміючи важливість стану внутрішнього середовища організму в опірності останнього до дії цих чинників, М.І. Руднєв започаткував в інституті дослідження, значущість яких згодом оцінила й широка наукова громадськість, – вивчення можливостей профілактики та корекції спричинених дією радіації змін шляхом застосування біологічно активних речовин природного походження, а також чинників харчування.

Тут яскраво проявилися чудові людські якості Михайла Івановича – чуйність, доброта, уважне, щире ставлення до людей і наполегливе прагнення допомогти кожному, хто цієї допомоги потребує. Він вдумливо, зважено дбав про створення нового колективу Наукового центру радіаційної медицини, намагаючись не лише добирати справжніх фахівців, але й створювати сприятливі умови для їх злагоженої творчої праці, щоб подолати біду, яка спіткала наш народ. Він цінував кожного співробітника, кожну людину, з якою зводила його доля. Пройшовши шлях

від лікаря сільської лікарні до директора інституту, Михайло Іванович постійно опікував творче зростання своїх співробітників, особливо молоді.

М.І. Руднев був автором 10 монографій, понад 200 наукових праць. Під його керівництвом виконано 26 дисертацій. Серед його учнів, якими по праву можна пишатися – доктори наук і професори Н.Г. Сулима, Н.Н. Пеший, З.А. Шкіряк-Нижник, М.А. Навакатикян, В.А. Перехрестенко та ін. У багатьох з цих вчених вже є свої учні, але перші кроки в науці ніколи не забуваються!

Пам'ять поколінь повинна зберігати об'єктивні відомості про наших попередників, які в складних історичних періодах прагнули зберігати віру в людяність, інтелігентність, прагнення до знань і гідного виховання нащадків в дусі гуманізму і відданості кращим сімейним традиціям, зберігаючи спадкоємність поколінь.

ЛІКАР З ВЕЛИКОЇ ЛІТЕРИ (ДО 15-Ї РІЧНИЦІ СМЕРТІ АКАДЕМІКА ЛЮБОВІ ТРОХИМІВНИ МАЛОЇ)

Фадєєнко Г.Д., Милославський Д.К.

м. Харків, ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України»

Згадаємо яскравий творчий шлях видатного вченого, продовжувача традицій вітчизняної терапевтичної школи – Любові Трохимівни Малої. У квітні 2018 року виповнилося 15 років з дня смерті академіка Л.Т. Малої. Перелік її досягнень не вміститься в рамки тез, тому висвітливо лише її кроки як лікаря. На думку спадає висловлювання Любові Трохимівни *«Главное – быть хорошим врачом; если хотя бы одна мать не потеряет сына или один отец или муж вернется в семью после болезни – то мы работаем не напрасно»*. Ці слова були гаслом її повсякденної праці з хворими. Батьки мріяли, щоб їхня дочка стала лікарем, саме тому вона пішла на курси для вступників до медінституту. *«Об огромной любви к медицине на то время я бы говорить не стала. Это чувство к своей профессии пришло несколько позже»*, – згадувала Любов Трохимівна. Бути терапевтом вона вирішила в перший же рік своєї лікарської діяльності в сільській дільничній лікарні. *«Ко мне обращались больные с различными заболеваниями, я часто видела сложных больных с несколькими параллельно текущими или взаимообусловленными болезнями. Уже тогда я понимала большую пользу, сложность и, одновременно, радость общетерапевтической деятельности»*. Перші роки праці заклали фундамент створення в майбутньому Інституту терапії, про який Любов Трохимівна мріяла довгі роки і який був створений у 1986 р. в зв'язку з великою значимістю терапії як основної галузі медичної науки і практики. Директором інституту вона була майже 17 років.

До останніх днів життя Любов Трохимівна не припиняла лікарської практики, консультувала складних і важких хворих. Щоденні обходи хворих, з подальшими аналізами клінічних особливостей захворювання, були обов'язковими, незважаючи на зайнятість. Пацієнти чекали на обхід академіка, бо кожен поставлений нею діагноз завжди був результатом вдумливого вивчення стану хворого, індивідуальних особливостей пацієнта, знанні патогенезу хвороби.

Академік Л.Т. Мала також була взірцем загальнолюдських та професійних здібностей, провідні риси її характеру, улюблені фрази, цитати стали «крилатими» для учнів Великого терапевта. Світла їй пам'ять.



НЕКРОЛОГИ

ВСЕУКРАЇНСЬКЕ ЛІКАРСЬКЕ ТОВАРИСТВО З ГЛИБОКИМ СУМОМ ПОВІДОМЛЯЄ, ЩО 26 СЕРПНЯ 2018 РОКУ ПЕРЕСТАЛО БИТИСЯ СЕРЦЕ НАДЗВИЧАЙНО СВІТЛОЇ, ДОБРОЇ ЛЮДИНИ, СПРАВЖНЬОГО ПАТРІОТА УКРАЇНИ, ВІДОМОГО ФАХІВЦЯ В ГАЛУЗІ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ІСТОРІЇ МЕДИЦИНИ, ГРОМАДСЬКОГО ДІЯЧА, ЛІКАРЯ-ПЕДІАТРА, КАНДИДАТА МЕДИЧНИХ НАУК, ОДНОГО З ОРГАНІЗАТОРІВ ВІДРОДЖЕННЯ ВСЕУКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА ТА СФУЛТ В УКРАЇНІ, ПОЧЕСНОГО ЧЛЕНА ПРАВЛІННЯ ВУЛТ

ОЛЕГА МИХАЙЛОВИЧА ЦІБОРОВСЬКОГО



Олег Михайлович народився 15 жовтня 1932 року в Києві у сім'ї лікарів. У 1950 році із золотою медаллю закінчив школу і вступив на педіатричний факультет Київського медичного інституту імені О.О. Богомольця. Далі був складний шлях становлення, набуття практичного досвіду в різних галузях медицини. Розпочавши свій трудовий шлях завідувачем будинку дитини, він працював педіатром, терапевтом, головним лікарем дитячої лікарні, рядовим лікарем швидкої медичної допомоги, завідувачем медпункту автоколони, терапевтом медико-санітарної частини промислового підприємства, лікарем електрокардіографічного кабінету поліклініки для письменників. З 1964 року Олег Михайлович працював в Українському НДІ охорони материнства і дитинства ім. П.М. Буйка (сьогодні це Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України) молодшим, а пізніше – старшим науковим

співробітником, вченим секретарем інституту. У 1975–1981 роках викладав на кафедрі соціальної гігієни та організації охорони здоров'я Київського медичного інституту і Республіканських курсах підвищення кваліфікації керівного складу охорони здоров'я України, паралельно займаючись науковою роботою в науково-дослідному секторі інституту. У 1981 році Олег Михайлович повернувся до Інституту педіатрії акушерства і гінекології, де створив і очолив відділення соціально-гігієнічних проблем здоров'я дітей та матерів.

Вагомим є внесок О.М. Ціборовського в медичну науку. Він автор понад 370 наукових і публіцистичних праць, серед яких 38 монографій і посібників, близько 20 науково-методичних і науково-інформаційних брошур, 14 статей для «Енциклопедії сучасної України».

З 1985 року він почав займатися проблемами реформування системи охорони здоров'я, обґрунтування державної політики і стратегії в цій галузі, її правовим забезпеченням, підготовкою проектів законів України «Про охорону здоров'я», «Про медичне страхування» та ін. Як кваліфікований фахівець у 1994 році був запрошений на посаду професора кафедри управління охороною здоров'я Інституту державного управління і самоврядування при Кабінеті Міністрів України (сьогодні – Академія державного управління при Президентові України). Наукова робота О.М. Ціборовського в цей період була зосереджена на проблемах реформування системи охорони здоров'я. Роботу в цій царині він продовжив у відновленому НДІ «Українському інституті громадського здоров'я».

Величезний клінічний і науковий досвід, накопичений Олегом Михайловичем за роки трудового життя сприяли його зростанню як знаного фахівця в галузі соціальної медицини, багато проектів, рекомендацій, пропозицій якого згодом лягли в основу важливих державних документів у галузі охорони здоров'я. Олег Михайлович неодноразово виступав з доповідями на наукових і

науково-практичних конференціях, симпозіумах, семінарах, нарадах, з'їздах Всеукраїнського лікарського товариства та конгресах Світової Федерації Українських Лікарських Товариств, форумах українців.

Як активний член Всеукраїнського Лікарського Товариства і Світової Федерації Українських Лікарських Товариств доктор Олег Ціборовський незмінно перебував до складу Правління обох цих органів і зазвичай очолював редакційні колеги по підготовці резолюцій, рішень та інших офіційних документів ВУЛТ і СФУЛТ. Був членом редакційних колегій журналів «Сімейна медицина», «Українські медичні вісті», «Україна. Здоров'я нації», «Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України».

Олег Михайлович завжди брав активну участь у громадському житті України, зокрема у створенні й діяльності Народного Руху України, Української екологічної асоціації «Зелений світ», Товариства «Просвіта» ім. Тараса Шевченка, Товариства «Меморіал» ім. Василя Стуса, був членом Національної ради Конгресу української інтелігенції і головою його районної організації, членом Проводу організації Українських Націоналістів, членом районних і міських проводів інших національно-демократичних організацій, незмінним членом Правління Всеукраїнського лікарського товариства, членом управи Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (останні роки – Почесним членом керівних органів цих товариств).

За свою роботу багато разів відзначався преміями і почесними грамотами, нагороджений двома державними медалями, медаллю ВУЛТ «За працю і звитягу в медицині», почесним знаком «Відмінник охорони здоров'я» та іншими відзнаками.

Величезним є вклад О.М.Ціборовського в дослідження з історії української медицини. Приділяючи велику увагу вивченню матеріалів і публікаціям про життя і діяльність наших вітчизняних корифеїв-медиків. Матеріали його публікацій стали основою для проведення ювілейного пленарного засідання XVII З'їзду ВУЛТ «Українські лікарі доби УНР». Олег Михайлович вважав, що такі матеріали надзвичайно важливі і «корисні молодій зміні, оскільки видатні українські медики можуть бути взірцем для кожного сучасного лікаря як у фаховому, так і морально-етичному плані» (О.М.Ціборовський, Ваше здоров'я, 28/12/2012). Таким взірцем залишиться сам Олег Михайлович для всіх, хто його знав.

Пам'ять про Олега Михайловича Ціборовського, світлу, розумну, соціально активну, чуйну і надзвичайно добру людину назавжди залишиться у наших серцях.

**Правління Всеукраїнського Лікарського Товариства
Правління Світової Федерації Українських Лікарських Товариств**

Дорогий друже Олеже!

Ви завершили свій земний шлях з повною віддачею сил та енергії своїй сім'ї, професії і, що особливо цінне в наш час для медичного загалу, для українського суспільства – громадській діяльності.

Ви були одним із тих, хто 30 червня 1990 року після установчих зборів Всеукраїнського Лікарського Товариства під жовтоблакитним прапором пішли з поклоном до пам'ятника Тарасу Шевченку, один із небагатьох близько 30 років залишилися вірним ідеології Всеукраїнського Лікарського Товариства.

Пам'ять про Вас, як про ЛЮДИНУ, як про медика, як про науковця, як про громадянина і патріота, буде вічною.

***Любомир Пуріг,
Почесний Президент Всеукраїнського Лікарського Товариства і Світової Федерації
Українських Лікарських Товариств***

ЧМИР ВАЛЕРІЙ ПАВЛОВИЧ
(07.05.1947 – 22.04.2017)

Немає каяття,
Народе, мною не погребуй,
Роблю, що можу і для тебе.
Пробач, якщо не до пуття.
(В. Чмир; 15.11.2015)



Лікар-кардіолог, кандидат медичних наук, письменник і поет, український громадський діяч. Народився 7 травня 1947 р. у м. Пирятині Полтавської області, Україна. Батько – Чмир Павло Іванович (1920-1986), журналіст, мати Ольга Яківна (1925) – домогосподарка.

Закінчив Київський медичний інститут (1973). Працював лікарем терапевтичного відділення клінічної лікарні № 23 м. Києва (1973-1974), начальником медпункту військової частини 15.480 в Астраханській області (1974-1976), дільничним терапевтом (1976-1977). З 1977 р. аспірант Українського НДІ кардіології ім. М.Д. Стражеска, молодший і старший науковий співробітник того ж інституту (1980-1985). З 1985 р. асистент кафедри терапії Національної медичної академії ім. П.Л.

Шупика. Захистив (1982) кандидатську дисертацію з кардіології на тему «Гемодинамічне і кисневе забезпечення фізичних навантажень у хворих на ішемічну хворобу серця з різним рівнем ліпідів крові». Автор понад 160 наукових праць. Писав прозу і вірші, член Національної Спілки письменників України. Опублікував історичний роман «Росичі», дві книжки поезій («Сонети дуелянта» та «Травневий ренесанс»), низку оповідань, віршів, публіцистичних статей у періодичній пресі.

Брав активну участь в українському громадському житті. Був одним із засновників Народного Руху за перебудову України і одним із співавторів Програм Народного Руху і Демократичної партії України, заступником голови Демократичної партії України, політичним оглядачем газети «Вісті з України». Був членом Правління Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) і Управи Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ), членом редколегій журналів «Українські медичні вісті» та «Науковий світ».

Правління Всеукраїнського Лікарського Товариства
Правління Світової Федерації Українських Лікарських Товариств

ЗМІСТ

СВІТОВА ФЕДЕРАЦІЯ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ. WORLD FEDERATION OF UKRAINIAN MEDICAL ASSOCIATION	3
ПРАВЛІННЯ ВСЕУКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА	4
<i>Пиріг Л.</i> СФУЛТ І УКРАЇНА.....	5
ВІТАЛЬНЕ ЗВЕРНЕННЯ ДО ДЕЛЕГАТІВ XVII КОНГРЕСУ СФУЛТ РЕКТОРА ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ПРОФЕСОРА МИХАЙЛА КОРДИ.....	7

УКРАЇНСЬКІ ЛІКАРСЬКІ ТОВАРИСТВА У СВІТІ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

<i>Базилевич А.Я.</i> СЬОГОДЕННЯ СВІТОВОЇ ФЕДЕРАЦІЇ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ	9
<i>Терешкевич Г.Т.</i> СВІТОВА ФЕДЕРАЦІЯ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ ТА ПЕРСОНАЛІСТИЧНА БІОЕТИКА.....	11
<i>Дуда О.Р., Слипецький Р.Р.</i> РЕЦЕПТ УСПІХУ УКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА У ЛЬВОВІ.....	12

ПРОФЕСІЙНА АВТОНОМІЯ І ПРОФЕСІЙНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЛІКАРІВ. БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК І ОСВІТА

<i>Тищук М.М.</i> ЛІКАРСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ <i>VERSUS</i> ЛІЦЕНЗУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ: СВІТОГЛЯДНИЙ І ПРАКТИЧНИЙ ВИМІРИ	14
<i>Бачинський П.П., Цігнадзе Т.П.</i> ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДОСВІД ШЛЯХІВ УДОСКОНАЛЕННЯ КЛІНІКО-БІОХІМІЧНИХ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ МІЖНАРОДНОГО РІВНЯ IQ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ У СВІТЛІ ПРОФЕСІЙНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ	22
<i>Боярчук О.Р., Глушко К.Т., Кошманюк М.В., Кінаш М.І.</i> СПІВПРАЦЯ ПАЦІЄНТСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ ТА ЛІКАРСЬКИХ АСОЦІАЦІЙ У НАДАННІ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З РІДКІСНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	24
<i>Дуб Н.Є., Шашков Ю.І., Шашкова З.Р.</i> БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК І ОСВІТА В МЕДСЕСТРИНСТВІ	28
<i>Луць І., Яремак К.В.</i> УКРАЇНСЬКА МЕДИЦИНА ПЕРЕД ВИКЛИКОМ ГІДНОСТІ ЛЮДСЬКОЇ ОСОБИ	28

ЗМІНИ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

<i>Гордієнко О.В.</i> АНТИКРИЗОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ МЕТАЕТИКИ. НОВІ ОБРІЇ ГУМАНІЗАЦІЇ СУСПІЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ (ВІД КОНФРОНТАЦІЇ ДО ДІЄВОГО САМОВРЯДУВАННЯ – СПІВТВОРЧОСТІ ТА СИСТЕМНОГО ЗЦІЛЕННЯ)	31
<i>Гук А.П., Степаненко А.В.</i> СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ПЕРСПЕКТИВИ ДЛЯ УКРАЇНИ	32
<i>Голик Й. Г., Голик Ю. Й.</i> ПІСЛЯДИПЛОМНЕ НАВЧАННЯ ЯК ФАКТОР ФАХОВОГО РОСТУ	35
<i>Гуцук І.В.</i> НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	36

<i>Гуцук І.В., Кулеша Н.П., Гуцук В.І., Гільман А.Ю., Нікітчук У.І.</i> ПИТАННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ РОЗБУДОВИ НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	37
<i>Євстигнєєва О., Гук А.</i> РОЗВИТОК СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	38
<i>Єрмак С.М., Рожков В.С.</i> КОНЦЕПЦІЯ ПЕРЕХОДУ НА СТРАХОВУ МЕДИЦИНУ У ВЕЛИКИХ МІСТАХ УКРАЇНИ.....	39
<i>Каліберда Я.Г., Єрошкіна Т.В.</i> ДЕЯКІ АСПЕКТИ СПОСІБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ ВУЗІВ	40
<i>Квіт Д.І., Заброварна-Микитюк Т.М., Семенюк О.О., Герєга С.Р., Раба Б.М., Линда Б.Л.</i> ЗА КРОК ДО РЕФОРМ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ: ДИНАМІКИ ПОКАЗНИКІВ РОБОТИ ЛОР ВІДДІЛЕННЯ МІСЬКОЇ ДИТЯЧОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ М. ЛЬВОВА	40
<i>В. Г. Кравченко, В. І. Степаненко</i> АНАЛІТИЧНИЙ ПОГЛЯД НА ДИНАМІКУ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ В УКРАЇНІ І СВІТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇХ ПОДОЛАННЯ.....	43
<i>Колпаков І.Є., Степанова Є.І., Леонович О.С., Сорока А.О., Срібна В.Д., Вдовенко В.Ю.</i> СТАН ДИХАЛЬНОЇ ТА ІМУННОЇ СИСТЕМ У ДІТЕЙ, ПЕРЕМІЩЕНИХ ІЗ ЗОНИ КОНФЛІКТУ НА СХОДІ УКРАЇНИ	49
<i>Найда І., Ханенко С.</i> ЗАСАДНИЧІ ПРИНЦИПИ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ТРУДОВОГО РЕСУРСУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	49
<i>Погорельчук Т.Я., Бодня К.І., Данько О.П., Мельник Л.П., Напханюк В.А., Волкожа Т.С., Вовк В.В., Таран О.М., Карбан С.О., Ігнатенко С.М., Федорончук Т.М., Душаніна Т.І., Машлевська К.П., Журбенко Т.І., Кімуржи Н.І., Гринь В.Г., Алексеєнко Н.А., Головченко П.І., Шаповал С.Д., Лавріненко М.В., Олійник В.О.</i> ОРГАНІЗАЦІЯ САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНИХ І ПРОТИЕПІДЕМІЧНИХ ЗАХОДІВ У БІЛГОРОД-ДНІСТРОВСЬКОМУ РАЙОНІ ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ	52
<i>Степанова Є.І., Позниш В.А., Гриценко Т.В., Шепелюк Т.В., Алексеїчук Т.В., Колпаков І.Є., Вдовенко В.Ю.</i> СТАН ЗДОРОВ'Я ТА ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ДІТЕЙ, ПЕРЕМІЩЕНИХ ІЗ ЗОНИ КОНФЛІКТУ НА СХОДІ УКРАЇНИ.....	55
<i>Федоренко В.І., Риза Л.В., Кіцула Л.М., Козак Л.П.</i> РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ПОПУЛЯЦІЇ ХЛОПЧИКІВ 9-РІЧНОГО ВІКУ М. ЛЬВОВА	56
<i>Синиця В.В., Гриновець В.С., Довганик В.В.</i> НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ НА КЛІНІЧНИХ БАЗАХ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ. ПРАВОВА РЕГЛАМЕНТАЦІЯ.....	56
<i>Яворська Ж.Б.</i> ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я – ОСНОВА ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ	57
РЕАБІЛІТАЦІЯ І МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ, ПОСТТРАВМАТИЧНІ СТАНИ (БОЙОВА І ПОБУТОВА ТРАВМА), АДАПТАЦІЯ УЧАСНИКІВ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ	
<i>Гдиря О.В., Міщук Т.М.</i> ВПРОВАДЖЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПОРУШЕННЯХ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ, ВІКОМ ВІД НАРОДЖЕННЯ ДО 4 РОКІВ, НА ПРИКЛАДІ ПРОГРАМИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ.....	60
<i>Гербиш Ю.О., Світличний В.В., Семчишин І.М., Семенюк О.О.</i> СПЕКТР УРАЖЕНЬ СЛУХОВОГО АНАЛІЗАТОРА У СЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ ЗА ДАНИМИ 66-ГО ВІЙСЬКОВОГО МОБІЛЬНОГО ГОСПІТАЛЮ У 2015–2017 РОКАХ.....	61
<i>Гук А.П., Степаненко А.В.</i> РОЗВИТОК НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ.....	62
<i>WROBLEWSKI A.</i> TREATMENT OF CIVILIAN VICTIMS IN WAR CONFLICTS AND AFTER TERRORIST ATTACKS.....	63

**НАУКОВІ ЗДОБУТКИ ТА ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЦИНІ (ЗА СПЕЦІАЛЬНОСТЯМИ):
ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА, НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ**

а) акушерство та гінекологія

<i>Антонюк-Кисіль В.М., Дзюбановський І.Я., Єнікеєва В.М., Лічнер С.І., Липний В.М.</i> ПЛАНОВЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ З ПЕРВИННИМ СИМПТОМНИМ ХРОНІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК З КОРОТКОТЕРМІНОВИМ ПЕРЕБУВАННЯМ В АКУШЕРСЬКОМУ СТАЦІОНАРІ	66
<i>Бен Амор Маріам, Гнатко О.П., Марущенко Ю.Л.</i> ОЦІНКА СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ВАГІТНИХ З РАННІМ ТА ПІЗНИМИ ЇЇ ПРОЯВАМИ	67
<i>Галишич Н. М., Данкович Н. О.</i> СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ВИРІШЕННЯ АКТУАЛЬНИХ ПИТАНЬ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я.....	67
<i>Гнатко О.Р, Skuriatina N.G.</i> CERVICAL CONDITION IN PREGNANT WOMEN AFTER DESTRUCTIVE METHODS OF CERVICAL TREATMENT	68
<i>Голота Л.І.</i> ДИСГОРМОНАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ	69
<i>Гресько М.Д.</i> СУЧАСНІ АСПЕКТИ АТРОФІЧНОГО ВАГІНІТУ	70
<i>Грицько М.І.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЕНДОМЕТРІОЗУ, АСОЦІЙОВАНОГО З ТИРЕОЇДНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ, ПРИ БЕЗПЛІДІ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ	70
<i>Гроховська М.В.</i> ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ГОРМОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ ГІПЕРПЛАЗІЙ ЕНДОМЕТРІУ У ЖІНОК З ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....	71
<i>Єгоров О.О.</i> КИСЛОТНО-ЛУЖНИЙ СТАН КРОВІ У ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПОГРАНИЧНИХ ПУХЛИН І РАННЬОЇ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЯЄЧНИКІВ.....	71
<i>Коровай С.В.</i> СТАН ЛІМФОЦИТАРНОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ЖІНОК З ПЕРЕРИВАННЯМ ВАГІТНОСТІ В РІЗНІ ТЕРМІНИ.....	72
<i>Маланчук Л.М., Мартинюк В.М., Маланчук С.Л., Куценко В.В.</i> РЕГІОНАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ ПРОВЕДЕННЯ І ЕТАПУ НАЦІОНАЛЬНОГО ПРОЕКТУ «FEMINITY OF THE FUTURE»	76
<i>Solskyy S.Ya., Gnatko O.P., Solskyy V.S., Chubatyy A.I.</i> COMPLEX TREATMENT OF INFERTILITY IN WOMEN WITH OBESITY AND POLYCYSTIC OVARY SYNDROME.....	76
<i>Сольський С.Я., Чубатий А.І.</i> ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ЗОВНІШНЬОГО ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ І ЙОГО ВПЛИВ НА СТАН ОВАРІАЛЬНОГО РЕЗЕРВУ ЯЄЧНИКІВ.....	77
<i>Яремчук Т.П.</i> ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ОЦІНКИ СТАНУ ПЛОДА ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ВИСОКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИЗИКУ	77
<i>Яремчук Т.П., Корнієнко В.Г.</i> ПОЗИТИВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПРЕПАРАТОМ ЕСМІЯ (УЛІПРИСТАЛУ АЦЕТАТ) ЖІНОК ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДУ З МНОЖИННОЮ ВУЗЛОВОЮ ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ	78

б) педіатрія

<i>Афанасьєва І.А., Хайтович М.В., Андрущенко І.В.</i> ЧАСТОТА ОСТЕОПЕНІЧНОГО СИНДРОМУ СЕРЕД ДІТЕЙ ІЗ КІФОСКОЛІОТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ (ЗА ДАНИМИ ДЕНСИТОМЕТРІЇ).....	79
<i>Банадига Н.В.</i> СУЧАСНЕ БАЧЕННЯ ШЛЯХІВ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТА ВЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ	80
<i>Березенко В.С., Богданова Т.А., Кротевич М.С.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЦИТОПРОТЕКЦІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ПІДЛІТКІВ З ХАРЧОВОЮ ГІПЕРЧУТЛИВІСТЮ ЗА ДАНИМИ ІМУНОГІСТОХІМІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	80

<i>Борисенко М.І.</i> УСКЛАДНЕНИЙ ПЕРЕБІГ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ.....	81
<i>Бурбела Е.І., Волянська Л.А., Мудрик У.М.</i> СИМУЛЯЦІЯ В НАВЧАННІ СТУДЕНТІВ ОСНОВАМ НЕОНАТОЛОГІЇ.....	81
<i>Волосовець О.П., Кривопустов С.П., Купкіна А.В.</i> ХРОНІЧНЕ МЕТАБОЛІЧНЕ ЗАПАЛЕННЯ ЯК СКЛАДОВА ПАТОГЕНЕЗУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ.....	82
<i>Волошин С.Б.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ЗАЛЕЖНО ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА G308A ФАКТОРА НЕКРОЗУ ПУХЛИН АЛЬФА	83
<i>Волянська Л.А., Мудрик У.М.</i> ФІТОПРЕПАРАТИ ЯК АЛЬТЕРНАТИВА ПОЛІПРАГМАЗІЇ ПРИ ГОСТРИХ РИНОСИНУСИТАХ У ДІТЕЙ.....	83
<i>Волянська Л.А., Рогальська Я.В.</i> КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ОКРЕМИХ ДЕФЕКТІВ РУХОМОСТІ ЛЕЙКОЦИТІВ	84
<i>Гаріян Т.В., Боярчук О.Р.</i> СИНДРОМ НІЙМЕГЕН В ПРАКТИЦІ ПЕДІАТРА.....	84
<i>Гудак П.С.</i> ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕМОРАГІЧНОГО ІНСУЛЬТУ У ДІТЕЙ	85
<i>Маркін А.І., Дубей Л.Я., Семенюк О.О.</i> ОЦІНКА БАТЬКАМИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ, ПОВ'ЯЗАНОЇ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ ДІТЕЙ З ТЯЖКОЮ ФОРМОЮ ГЕМОФІЛІА.....	86
в) кардіологія, ревматологія	
<i>Бабінець Л.С., Маєвська Т.Г., Недільська Н.О.</i> КОМОРБІДНІСТЬ ОСТЕОАРТРОЗУ І ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ: АКТУАЛЬНІСТЬ, КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЇ З ВКЛЮЧЕННЯМ ВОБЕНЗИМУ І РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ	87
<i>Карпенко Ю.І., Monamed Hanafi</i> INTERVENTIONAL TREATMENT OF VENTRICULAR DESYNCHRONY.....	88
<i>Масік Н.П., Каландей К.Я., Поніна С.І.</i> САРКОПЕНІЯ ТА ЇЇ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ХВОРИХ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП	88
<i>Мойсеєнко В.О., Дериземля І.В.</i> ДЕКСТРОКАРДІЯ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ	89
<i>Полянська О.С.</i> РИЗИК РАПТОВОЇ СМЕРТІ У СПОРТСМЕНІВ	89
<i>Середюк Н.М., Вербовська О.С., Казьмірук В.М., Скакун О.З.</i> РОЛЬ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА.....	90
<i>Середюк Н.М., Симчич Х.С., Василишин А.Я., Белінський М.В.</i> ОЦІНКА ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ.....	91
<i>Скибчик В.А., Войтович М.О.</i> ГЕНДЕРНО-ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ СОННИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА НЕСТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІО З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ.....	91
<i>Smıyan S.I., Kosnak B.O., Kosnak D.O., Vilukha A.V.</i> PREVALENCE AND PREDICTORS OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN ANKYLOSING SPONDYLITIS	92
<i>Твердохліб І.З., Середюк Н.М., Лозинська І.О.</i> ВИЯВЛЕННЯ РАННІХ ОЗНАК ПОРУШЕННЯ СКОРОТЛИВОСТІ МІОКАРДА ПРИ СТАБІЛЬНІЙ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ З ДОПОМОГОЮ SPECKLE TRACKING ЕХОКАРДІОГРАФІЇ	92
<i>Швед М.І., Пельо М.Я., Ковбаса Н.М.</i> ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ КАРДІОПРОТЕКТОРНОЇ МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ	93
<i>Швед М.І., Сусла О.Б., Водвуд В.К., Піжицька К.Б., Гурський В.Т.</i> ЗМІНИ ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	94

<i>Юзич І.А., Кияк Ю.Г., Лаповець Л. Є.</i> ІМУНОЗАПАЛЬНА АКТИВАЦІЯ ПРИ ВТОРИННИХ ДИЛАТАЦІЙНИХ КАРДІОМІОПАТІЯХ	95
<i>Ярема Н.З., Кучер С.В., Бількевич Н.А.</i> КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ	95

г) пульмонологія, фтизіатрія

<i>Бількевич Н.А., Андрейчин С.М., Ярема Н.З., Верещагіна Н.Я., Кучер С.В.</i> ВПЛИВ ФОТОМОДИФІКОВАНОГО ІЗОТОНІЧНОГО РОЗЧИНУ ХЛОРИДУ НАТРІЮ НА ГУМОРАЛЬНИЙ ІМУНІТЕТ ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ	97
<i>Витриховський О.Я.</i> ПОКАЗНИКИ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ ПРИ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНІЙ ДІАГНОСТИЦІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ	99
<i>Грищук Л.А., Рудик В.Д., Панькевич М.В., Куземко М.М.</i> ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ	100
<i>Корнага С.І., Мандзій З.П., Тхорик Н.В., Тхорик Ю.А.</i> ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЬОЗУ – ПРОБЛЕМА СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....	100
<i>Костюк К.А.</i> ВІДСОТОК ВИПАДКІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ З РОЗШИРЕНОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ СЕРЕД ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЗАЛЕЖНО ВІД ДАВНОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ	101
<i>Кравченко Н.С., Кицай Л.Г., Окусок О.М., Луцишин К.О.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ТРУДОВИХ МІГРАНТІВ.....	101
<i>Мажак К.Д., Ткач О.А., Вівчар І.С., Омелян О.В., Скалат Л.В., Міщина О.І., Новосад М.К., Шашков Ю.І., Мельничук Т.М., Яремчишин І.Б., Добрянська О.Б.</i> ІНДИВІДУАЛЬНІ ЧИННИКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РЕЦИДИВУ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ	102
<i>Мазур П.Є., Мазур Л.П., Горошко Є.Л., Мазур О.П., Чорний А.І.</i> ПОГЛЯДИ АРСЕНА РІЧИНСЬКОГО НА ПРОБЛЕМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ	102
<i>Савула М.М., Лопушанська Н.М.</i> ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В СТАЦІОНАРІ ЧИ АМБУЛАТОРНО: ТОЧКА ЗОРУ ПАЦІЄНТА	103
<i>Сахелашвілі-Біль О.І.</i> КЛІНІКА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ПІДЛІТКІВ.....	104
<i>Ткач О.А., Мажак К.Д., Писаренко Є.І., Лаповець Н.Є., Шашкова З.Р., Рак Л.М., Наконечний З.Р., Гречуха Н.Р., Бондар В.М., Шершун Г.Р., Омелян О.В., Тупичак Р.М.</i> ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ШЛЯХОМ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНОГО ПОШИРЕНОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ	104
<i>Трунова С. В., Слободян М. І., Глюза М.А.</i> ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	105
<i>YATSYSHYN R.I., GERYCH P.R., DOSKALIUK B.V.</i> EFFICACY AND SAFETY OF IVABRADINE IN PATIENTS WITH COMBINED CARDIORESPIRATORY PATHOLOGY ...	105

г) гастроентерологія

<i>Бабінець Л.С., Захарчук У.М., Сасик Г.М., Земляк О.С.</i> КОМОРБІДНІСТЬ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ: ДИСБАЛАНС КАЛІКРЕЇН- КІНІНОВОЇ СИСТЕМИ	107
<i>Бабінець Л.С., Мельник Н.А.</i> КОРЕКЦІЯ ЛІПІДНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ІЗ КОМОРБІДНІСТЮ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА СТАБІЛЬНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ	108
<i>Бабінець Л. С., Семенова І. В., Галабійська І. М.</i> МАТЕМАТИЧНЕ ПРОГНОЗУВАННЯ ОСТЕОДЕФІЦИТУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ В УМОВАХ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ	108
<i>Борисенко М.І.</i> МЕМБРАННА ТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ: ОБГРУНТУВАННЯ, ЕФЕКТИВНІСТЬ.....	109

<i>Борисенко М.І.</i> СТАН МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ ШЛУНКА ПРИ ХРОНІЧНОМУ ДУОДЕНІТІ У ФАЗІ ЗАГОСТРЕННЯ.....	110
<i>Гаврилюк О.М.</i> МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕПАРАЦІЇ ТА ФІБРОЗУ ПРИ ПОЄДНАННІ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С З АЛКОГОЛЬНИМ ТА НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ.....	110
<i>Гдаль В.А.</i> ЗОВНІШНЬОСЕКРЕТОРНА НЕДОСТАТНОСТЬ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ ТА ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ ТА ЇЇ ЛІКУВАННЯ ФЕРМЕНТНИМИ ПРЕПАРАТАМИ.....	111
<i>Гельнер З.А., Новосад А.Б., Івасівка Р.С., Матушак О.М., Короткий В.В., Крив'як П.Р.</i> ПРО ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ «ХОЛЕЛЕСАНУ» ПРИ ХРОНІЧНОМУ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ ТА ДИСКІНЕЗІЇ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ ЗА ДАНИМИ МІСЬКОГО ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ №1 5-ї КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ М. ЛЬВОВА	111
<i>Півторак К.В., Феджага І.В.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ НОВОГО СПОСОБУ ПРОГНОЗУВАННЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ	112
<i>Шайген О.Р., Бабінець Л.С.</i> КОМОРБІДНІСТЬ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ІЗ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ С У ФАЗІ РЕМІСІЇ: АКТУАЛЬНІСТЬ, КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОЗНАКИ.....	113
<i>Солейко Л.П., Солейко О.В., Башинська В.П., Линдюк О.Р.</i> ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ СИНДРОМУ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ	113
<i>Яцкевич О.Я., Яцкевич З.В., Корнійчук І.Ю., Пляцко М.Г.</i> СТРУКТУРА УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ У ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС.....	114

д) нефрологія, урологія

<i>Мойсеєнко В.О., Крилова М.Г., Никула Т.Д., Брижаченко Т.П.</i> РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ ПРИ ПОДАГРИЧНІЙ НЕФРОПАТІЇ.....	115
---	-----

е) неврологія, нейрохірургія та психіатрія

<i>Базік О.М., Буркуш І.І., Третяк І.Б.</i> ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ДИПРИВАН (ПРОПОФОЛ) ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З ТРАВМАТИЧНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕРВІВ.....	116
<i>Боженко Н.Л., Боженко М.І.</i> ІНСУЛЬТ У ВАГІТНИХ	117
<i>Васильєва І.Г., Жданова В.М., Хонда О.М., Чопик Н.Г., Олексенко Н.П., Галанта О.С., Цюбко О.І., Макарова Т.А.</i> ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ НЕВРОПАТІЇ ЛИЦЬОВОГО НЕРВА ПРИ ІНФІКУВАННІ ГЕРПЕСВІРУСАМИ	118
<i>Васильєва І.Г., Олексенко Н.П., Чопик Н.Г., Галанта О.С., Цюбко О.І., Сніцар Н.Д.</i> ВПЛИВ ФІБРИНОВОГО ЗД МАТРИКСУ НА ЖИТТЄДІЯЛЬНІСТЬ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНУ АКТИВНІСТЬ НЕЙРОНАЛЬНИХ КЛІТИН ЗОНИ N. RAPHE В КУЛЬТУРІ.....	119
<i>Гара І.</i> ТЕРАПЕВТИЧНИЙ КОМПЛЕКС РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ НА ШИЙНОМУ ТА ПОПЕРЕКОВОМУ РІВНЯХ ХРЕБТА.....	120
<i>Гара І., Хоменко В.</i> КОМПЛЕКС РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ.....	120
<i>Гарматіна О.Ю., Робак О.П., Мороз В.В., Красільников Р.Г.</i> ОСОБЛИВОСТІ МСКТ-ПЕРФУЗІЇ В МОНІТОРИНГУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КРИТИЧНИХ СТЕНОЗІВ ТА ОКЛЮЗІЙ БРАХІОЦЕФАЛЬНИХ АРТЕРІЙ	121
<i>Главацький О.Я., Земскова О.В., Васильєва І.Г., Шуба І.М., Пилипас О.Ю.</i> АНТИАНГІОГЕННА ТАРГЕТНА ТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ЗЛОЯКІСНИХ ГЛІАЛЬНИХ ПУХЛИН	121
<i>Гудак П.С.</i> ПОСТТРАВМАТИЧНА ВТОРИННА ГЕМОРАГІЧНА ПРОГРЕСІЯ КОНТУЗІЙНИХ ВОГНИЩ ГОЛОВНОГО МОЗКУ: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ.....	122

<i>Гук А.П., Паламар О.І., Тесленко Д.С., Оконський Д.І., Аксьонов Р.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ФРОНТАЛЬНОГО ЕНДОСКОПІЧНОГО ТРАНСКОРТИКАЛЬНОГО ДОСТУПУ ДО ПАТОЛОГІЇ ІІІ ШЛУНОЧКУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ	123
<i>Дубе Х.В.</i> ДЕЯКІ КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ У ВІДНОВНОМУ ТА РЕЗИДУАЛЬНОМУ ПЕРІОДАХ АНЕВРИЗМАЛЬНОГО СУБАРАХНОЇДАЛЬНОГО КРОВОВИЛИВУ	123
<i>Жданова В.М., Єгорова Е.С.</i> ЛІКУВАННЯ ОКОРУХОВИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З АДЕНОМАМИ ГІПОФІЗА В РАННІЙ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД.....	124
<i>Кваша М.С., Морозов Т.А.</i> ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗАНЬ ДО ВІДНОВНИХ ОПЕРАЦІЙ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ПОШИРЕНИХ ІНТРА-ЕКСТРАКРАНІАЛЬНИХ КОНВЕКСИТАЛЬНИХ ПОЗАМОЗКОВИХ ПУХЛИН.....	125
<i>Костриця Р.Б.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ШКАЛИ КОМІ ГЛАЗГО У ВІДБОРІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЛЕГКИМ СТУПЕНЕМ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ НЕЙРОТРАВМИ.....	125
<i>Костюченко Н. В., Фільц О. О.</i> РІВНІ МУЗИЧНОГО СЛУХУ В ПАЦІЄНТІВ З ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ ТА ШИЗОАФЕКТИВНИМ РОЗЛАДОМ.....	126
<i>Лешко М.М., Слинько Є.І., Хонда О.М.</i> ВИДАЛЕННЯ ПУХЛИН КРИЖІВ ПЕРЕДНІМИ ДОСТУПАМИ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕНДОСКОПІЧНОЇ АСИСТЕНЦІЇ.....	127
<i>Лешко М.М., Слинько Є.І., Малишева Т.А., Хонда О.М.</i> ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ СТРУКТУР СІДНИЧОГО НЕРВА ПРИ ПУХЛИНАХ КРИЖІВ.....	127
<i>Лешко М.М., Слинько Є.І., Хонда О.М.</i> ТЕХНОЛОГІЯ ВИДАЛЕННЯ ПУХЛИН КРИЖІВ БЛОКОМ. РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ	129
<i>Лешко М.М., Слинько Є.І., Хонда О.М.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЇ ФІКСАЦІЇ ПРИ ПУХЛИНАХ КРИЖІВ.....	129
<i>Михаль А.В.</i> КЛІНІКО-АНАТОМІЧНІ СПІВСТАВЛЕННЯ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНІЙ СИСТЕМІ ГОЛОВНОГО МОЗКУ З ВАРІАНТАМИ РОЗВИТКУ СУДИННОЇ СИСТЕМИ ЗА ДАНИМИ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДОПЛЕРОГРАФІЇ	130
<i>Михалюк В.С., Марущенко Л.Л., Вербова Л.М., Проценко І.П., Свист А.О., Гавриш Р.В., Марущенко М.О.</i> ХІРУРГІЧНЕ ЛУКУВАННЯ НЕПУХЛИННИХ ПАРА-ІНТРАВЕНТРИКУЛЯРНИХ КІСТ У ДІТЕЙ.....	131
<i>Муратова Т.М., Храпцов Д.М., Ворохта Ю.М., Олейнік С.М., Вікарєнко М.С., Козлова Г.Г., Добуш І.В.</i> СУЧАСНІ КЛІНІЧНІ ПРОТОКОЛИ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ	132
<i>Новикова Т.Г., Ніколов М.О., Макеев С.С., Каджая Н.В., Коваль С.С., Мартиш Є.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЦЕРЕБРАЛЬНИХ ЗМІН У ПАЦІЄНТІВ З ПОСТКОНТУЗІЙНИМ СИНДРОМОМ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ ЗА ДАНИМИ ПЕРФУЗІЙНОЇ ОФЕКТ.....	132
<i>Паламар О.І., Гук А.П., Аксьонов Р.В., Оконський Д.І., Тесленко Д.І.</i> ЕНДОСКОПІЯ У ХІРУРГІЇ ОСНОВИ ЧЕРЕПА.....	133
<i>Педаченко Є.Г., Педаченко Ю.Є., Крамаренко В.А., Танасійчук О.Ф., Хижняк М.В., Красиленко О.П., Фурман А.М., Макеева Т.І.</i> ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГРИЖАМИ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА МЕТОДОМ ПУНКЦІЙНОЇ ЛАЗЕРНОЇ МІКРОДИСКЕКТОМІЇ.....	134
<i>Попова І.Ю., Степаненко І.В., Лихачова Т.А.</i> ХАРАКТЕР ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЛАТЕРАЛІЗАЦІЇ ВОГНИЩА ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ	134
<i>Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.</i> ІНТЕНСИВНІСТЬ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ВЕНТРАЛЬНИХ ДЕКОМПРЕСИВНО-СТАБІЛІЗУЮЧИХ ВТРУЧАНЬ НА ШИЙНОМУ РІВНІ	135

<i>Слинько Є.І., Хонда О.М.</i> ДИНАМІКА НЕВРОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ГРИЖ ПОПЕРЕКОВИХ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ	136
<i>Слинько Є.І., Квасницький О.М., Хонда О.М.</i> ПРОТЕЗУВАННЯ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ, ВІДДАЛЕНІ КЛІНІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ.....	137
<i>Слинько Є.І., Деркач Ю.В., Хонда О.М.</i> ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ПУХЛИН СПИННОМОЗКОВИХ НЕРВІВ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ	137
<i>Слинько Є.І., Деркач Ю.В., Хонда О.М., Кулик М.М.</i> ТАКТИКА НЕЙРОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН СПИННОМОЗКОВИХ НЕРВІВ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.....	138
<i>Слинько Є.І., Нехлопочин О.С., Хонда О.М.</i> ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ ГРУДНОГО ТА ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛІВ ХРЕБТА	139
<i>Слинько Є.І., Хонда О.М.</i> ЛІКУВАННЯ ЕПІДУРАЛЬНОГО ВАРИКОЗУ ХРЕБТА	140
<i>Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.</i> БІОМЕХАНІЧНА ОЦІНКА ВАРИАНТІВ ВИКОНАННЯ ПЕРЕДНЬОГО МІЖТІЛОВОГО КОРПОРОДЕЗУ НА СУБАКСІАЛЬНОМУ РІВНІ	141
<i>Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.</i> ВИБІР КРИТЕРІЇВ ЕФЕКТИВНОСТІ ВЕНТРАЛЬНОГО СУБАКСІАЛЬНОГО ЦЕРВІКОСПОНДИЛОДЕЗУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ТЕЛЕСКОПІЧНИХ ЕНДОПРОТЕЗІВ ТІЛА ХРЕБЦЯ	142
<i>Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.</i> ДИНАМІКА ЗМІН СЕГМЕНТАРНОГО КІФОЗУ ОПЕРОВАНОГО СЕГМЕНТА ПРИ ВЕНТРАЛЬНОМУ СУБАКСІАЛЬНОМУ ЦЕРВІКОСПОНДИЛОДЕЗІ.....	143
<i>Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.</i> ДИНАМІКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РЕГРЕСУ НЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ТРАВМАТИЧНИМ УШКОДЖЕННЯМ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.....	143
<i>Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.</i> КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВЕНТРАЛЬНОГО СУБАКСІАЛЬНОГО ЦЕРВІКОСПОНДИЛОДЕЗУ	144
<i>Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.</i> КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ РЕНТГЕНОГРАММЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ПІСЛЯ ВЕНТРАЛЬНОГО СУБАКСІАЛЬНОГО СПОНДИЛОДЕЗУ	145
<i>Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.</i> КОРЕЛЯЦІЯ ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ТА СТАНУ САГІТАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ПІСЛЯ ВЕНТРАЛЬНОГО СУБАКСІАЛЬНОГО СПОНДИЛОДЕЗУ.....	146
<i>Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.</i> МАТЕМАТИЧНА ОПТИМІЗАЦІЯ КОНСТРУКТИВНИХ ЕЛЕМЕНТІВ ТІЛОЗАМІННИХ ІМПЛАНТІВ	146
<i>Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.</i> НЕВРОЛОГІЧНИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПАЦІЄНТІВ З ЛЕГКОЮ ХРЕБЕТНО-СПИННОМОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ ПІСЛЯ ВЕНТРАЛЬНОГО МІЖТІЛОВОГО СПОНДИЛОДЕЗУ	147
<i>Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.</i> ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ САГІТАЛЬНОГО КОНТУРУ ХРЕБЕТНО-РУХОВОГО СЕГМЕНТА ПРИ ВИКОНАННІ ВЕНТРАЛЬНОГО СУБАКСІАЛЬНОГО ЦЕРВІКОСПОНДИЛОДЕЗУ	148
<i>Слинько Є.І., Нехлопочин О.С.</i> РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ОЦІНКА ТІЛОЗАМІННИХ СИСТЕМ ПРИ ВЕНТРАЛЬНОМУ СУБАКСІАЛЬНОМУ ЦЕРВІКОСПОНДИЛОДЕЗІ	148
<i>Степаненко І.В., Попова І.Ю., Лихачова Т.А.</i> ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕХНОЛОГІЙ ЛІКУВАННЯ ПРИ ДОРСОПАТІЯХ.....	149
<i>Степаненко І.В., Попова І.Ю., Лихачова Т.А.</i> ВПЛИВ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ НА ЦЕРЕБРАЛЬНУ ГЕМОДИНАМІКУ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ В ПОЄДНАННІ З ДОРСОПАТІЯМИ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.....	150

<i>Степаненко І.В., Попова І.Ю., Лихачова Т.А.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ФАРМАКОТЕРАПІЇ У ВІДНОВНИЙ ПЕРІОД ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ	150
<i>Хоменко В., Гара І.</i> ЛІКУВАЛЬНІ ЗАХОДИ ПРИ СИНДРОМІ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ПІДЛІТКІВ	151
<i>Цимбалюк В.І., Васильєва І.Г., Костюк М.Р., Чопик Н.Г., Галанта О.С., Цюбко О.І., Олексенко Н.П., Дмитренко А.Б., Макарова Т.А., Сніцар Н.Д.</i> ОДНОНУКЛЕОТИДНІ ЗАМІНИ У ГЕНАХ ОДНОВУГЛЕЦЕВОГО ОБМІНУ ЯК ПРОГНОСТИЧНИЙ КРИТЕРІЙ РОЗВИТКУ РАННІХ АТЕРОТРОМБОТИЧНОГО ІШЕМІЧНОГО ТА ІНТРАКРАНІАЛЬНОГО ГЕМОРАГІЧНОГО ІНСУЛЬТІВ У ОСІБ, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ	152
<i>Цимбалюк В.І., Петрів Т.І., Васильєв Р.Г., Татарчук М.М., Цимбалюк Я.В.</i> ВПЛИВ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН НЕРВОВОГО ГРЕБЕНЯ НА РЕГЕНЕРАЦІЮ ПЕРИФЕРИЧНОГО НЕРВА ПРИ ЙОГО ТРАВМАТИЧНОМУ УРАЖЕННІ В ЕКСПЕРИМЕНТІ ЗА ДАНИМИ ІМУНОГІСТОХІМІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	153
<i>Цимбалюк В.І., Третяк І.Б., Хонда О.М.</i> ПРИНЦИПИ ХІРУРГІЇ ПЛЕЧОВОГО СПЛЕТЕННЯ З УШКОДЖЕННЯМ ВЕРХНЬОГО ТА СЕРЕДНЬОГО СТОВБУРІВ ПО ТИПУ ДЮШЕНА-ЕРБА	153
<i>Шкробот С.І., Сохор Н.Р., Бударна О.Ю.</i> ОПТИКОМІЄЛІТ ДЕВІКА: ДЕЯКІ КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ.....	154

є) ендокринологія

<i>Вадзюк С.Н., Супрунець Б.О.</i> ЗМІНИ СЕРЦЕВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ПОСТТИРЕОТОКСИЧНОМУ ПЕРІОДІ	156
<i>Вороніна А.К., Максимова Л.О., Шаяхметова Г.М.</i> ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ ТА ПОШУК НОВИХ МАРКЕРІВ ДІАГНОСТИКИ	156
<i>Копилова О.В., Цвет Л.О., Грищенко К.В., Белінгіо Т.О.</i> НЕДОСТАТНІСТЬ ВІТАМІНУ D У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ АВТОІМУННИМ ТИРЕОЇДИТОМ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ ВІД БАТЬКІВ, ОПРОМІНЕНИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС.....	157
<i>Копилова О.В., Цвет Л.О., Грищенко К.В., Степаненко О.А.</i> СТАН ПРИЩИТОПОДІБНИХ ЗАЛОЗ У ДІТЕЙ З ТИРЕОЇДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ ВІД ОСІБ, ОПРОМІНЕНИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС.....	158
<i>Мазур Л.П., Мазур П.Є., Марущак М.І.</i> ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТА ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ С	158
<i>Тимків І.В., Близнюк М.В., Венгрович О.З., Ромаш Н.І.</i> ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЯ ЯК МАРКЕР СУБКЛІНІЧНОГО ГІПОТИРЕОЗУ	159
<i>Томашевський Я.І., Бумбар О.І., Урбанович А.М., Бумбар З.О., Урбанович М.О.</i> МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ «НОВОЇ МОДЕЛІ РЕГУЛЯТОРНИХ СКРИНІНГОВИХ ОГЛЯДІВ ПО ГРУПАХ РИЗИКУ».....	159
<i>Чехлова О.В.</i> ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ СТРЕПТОЗОТОЦИН-ІНДУКОВАНОЇ МІКРОАНГІОПАТІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ЩУРІВ	163
<i>Чмир Н.В.</i> ОЦІНКА КЛІНІЧНОГО СТАНУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ, УСКЛАДНЕНОМУ ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ.....	163

ж) імунологія, алергологія

<i>Корецькая Є.В.</i> ДИНАМІКА РОЗВИТКУ CD4, CD8, IGE ПІД ВПЛИВОМ КОМБІНАЦІЇ АЛЕРГОСПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ ПИЛКОВИМИ АЛЕРГЕНАМИ У ХВОРИХ НА ПОЛІНОЗ ТА ДІАЛІЗАТУ ЛЕЙКОЦИТІВ ЛЮФІЛІЗОВАНОГО (ІМОДИНУ)	165
<i>Чернишов А.В., Донської Б.В.</i> ПОЄДНАНИЙ ВПЛИВ ГАММА-ОПРОМІНЕННЯ І ГРЕЦЬКОГО ЧАЮ З SIDERITIS CLANDESTINA НА ІНДУКЦІЮ АНТИФОСФОЛІПІДНИХ АНТИТІЛ У ЩУРІВ	166

з) оториноларингологія

КРАВЧЕНКО В.Г., КРАВЧЕНКО А.В.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ВУХА ПРЕПАРАТОМ ЦИДИПОЛ	167
---	-----

и) офтальмологія

АБАШИНА Н.М., ЛАКІЗА В.В., МЕРЕНЮК Н.В., КАМІНСЬКА М.Я., УРУМБАЄВА Л.

АКТУАЛЬНІСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРИ УСКЛАДНЕНІЙ МІОПІЇ СЕРЕДНЬОГО ТА ВИСОКОГО СТУПЕНІВ	168
--	-----

АБАШИНА Н.М., МОРОЗОВА Є.А., ВОЛОШИН М.Р.

ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ СУХОГО ОКА У ПАЦІЄНТІВ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ЛЬВОВА І ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	168
---	-----

АКІМЕНКО О.В., БОРИСОВА І.В., ТЮТЮКОВА Н.М., КАЧАЛОВА Н.В., РИЖА Л.Ф.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З ВІРУСНИМИ КОН'ЮНКТИВІТАМИ	169
---	-----

ФЕДІРКО П.А., БАБЕНКО Т.Ф., ДОРІЧЕВСЬКА Р.Ю.

ОСОБЛИВОСТІ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СІТКІВКИ У ОСІБ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ НА РАДІАЦІЙНО ЗАБРУДНЕНИХ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ ТЕРИТОРІЯХ. ЗНАЧЕННЯ НОВИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ	170
--	-----

і) інфекційні хвороби, СНІД, вірусологія, епідеміологія

ІВАНЧЕНКО Н.О.

ПРОФІЛАКТИКА КАШЛЮКА	171
----------------------------	-----

КОЗЛОВСЬКИЙ М.М., ЛОЗИНСЬКИЙ І.М.

ЕФЕКТИВНЕ ПОЄДНАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ВІТЧИЗНЯНИХ ІНДУКТОРІВ ІНТЕРФЕРОНУ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ГАРЯЧЦІ ЗАХІДНОГО НІЛУ	171
---	-----

КУШНІР З.Г., БЕК Н.Г., ЧПАК Н.І., ТОПОРОВИЧ О.І.

МОНІТОРИНГ ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ З РИКЕТСІЙНИХ ІНФЕКЦІЙ ТА ГАРЯЧКИ КУ В УКРАЇНІ У 2016–2017 РОКАХ.....	172
---	-----

МОТИКА О.І., МАЛОВА О.С., СЛЕСАРЧУК О.М., СІРЕНКО І.С.

ДИФТЕРІЯ В УКРАЇНІ У 2008–2017 РОКАХ.....	172
---	-----

НЕХОРОШИХ З.М., ДЖУРТУБАЄВА Г.М., ПИЛИПЕНКО Н.В., ПРОЦИШИНА Н.М., КОВБАСЮК О.В., МАНЬКОВСЬКА Н.М.

ОСОБЛИВОСТІ БІОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ШТАМІВ FRANCISELLA TULARENSIS HOŁARCTICA, ЩО ЦИРКУЛЮЮТЬ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ.....	173
--	-----

ПАВЛІЙ Р.Б., ДАРМИЦЬ-ПАВЛІЙ Є.Ю.

ВПЛИВ ПРОБІОТИКІВ НА ПЕРЕБІГ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ	174
---	-----

ШАГІНЯН В.Р., ДАНЬКО О.П., АНТОНЯК С.М., СОПІЛЬ Г.В., ДЯЧЕНКО О.П., ВОЛКОЖА Т.С., ПОГОРЕЛЬЧУК Т.Я.

ІНВАЗОВАНІСТЬ ЗБУДНИКАМИ КИШКОВИХ ПАРАЗИТОЗІВ ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ОСІБ	174
---	-----

ї) дерматовенерологія

КОГУТ І.Й., ГАЛНИКІНА С.О.

МОНІТОРИНГ ПЕРЕБІГУ ДЕРМАТИТУ, АСОЦІЙОВАНОГО З НЕТРИМАННЯМ, ЗА ДОПОМОГОЮ КАТЕГОРИЗАЦІЙНОГО ІНСТРУМЕНТУ GLOBIAD	176
--	-----

й) психологія, психотерапія, сексопатологія, наркологія

СЬОМКО А.М., ЦВІГУН Б.Я., РОМАНОВА Н.А., САВИЦЬКИЙ А.М.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ПАРАЛЕЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ І ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ	177
--	-----

л) хірургія, трансплантологія, імплантологія, косметологія

АНТОЩУК Р.Я.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ В УМОВАХ ПОЛІМОРБІДНОСТІ.....	178
--	-----

БАНАДИГА А.І.

НЕЙРОМЕРЕЖЕВИЙ ПІДХІД ДО ОЦІНКИ ПРОГНОЗУ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ У ХІРУРГІЧНІЙ КЛІНІЦІ	179
--	-----

<i>Біцька І.В., Василюк С.М., Федорченко В.М., Шевчук А.Г., Фалат О.І., Гудивок В.І., Папп О.І.</i> КОМПЛЕКСНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ СТАДІЇ СТОПИ ШАРКО	180
<i>Василик Т.П., Василюк С.М., Шевчук А.Г., Федорченко В.М., Фалат О.І. Павлюченко Д.К.</i> ПУПКОВА ГРИЖА БРОКА, СПРИЧИНЕНА ТУБЕРКУЛЬОЗНИМ ПЕРИТОНІТОМ	181
<i>Василюк С.М., Вайнагій М.М., Федорченко В.М., Шевчук А.Г., Василюк А.С.</i> ХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ УСКЛАДНЕНЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ	181
<i>Василюк С.М., Сідорук С.С.</i> РЕКТОРОМАНОСКОПІЯ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕМОРОЙ	182
<i>ВЕНГЕР І.К., Колотило О.Б., Костів С.Я., Вайда А.Р., Герасимюк Н.І.</i> ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ РЕПЕРФУЗІЙНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ТКАНИН ПРИ РЕКОНСТРУКЦІЇ АРТЕРІАЛЬНОГО РУСЛА АОРТО-СТЕГНО-ПІДКОЛІННОГО СЕГМЕНТУ В УМОВАХ ХРОНІЧНОЇ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ	183
<i>ВЕРГУН А.Р., Кульчицький В.В., ВЕРГУН О.М., КРАСНИЙ М.Р.</i> СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ПОЛІОНІХОМІКОЗУ З ІНКАРНАЦІЄЮ НІГТІВ: КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ТА АВТОРСЬКІ ПОГЛЯДИ	188
<i>ГРЕСЬКО М.М.</i> ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКОСТІ СТАНУ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПЕРИТОНІТ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ	190
<i>Гринчук А.Ф., Гринчук Ф.В.</i> ДИСКРЕТНА ПОДОВЖЕНА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА САНАЦІЯ ОЧЕРЕВИННОЇ ПОРОЖНИНИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПЕРИТОНІТ	190
<i>Дутка І.І., Гринчук Ф.В.</i> ВДОСКОНАЛЕННЯ АПЛІКАЦІЙНОГО ЕНДОСКОПІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ КРОВОТЕЧІ	191
<i>Костів С.Я., ВЕНГЕР І.К., Левицький А.В., Костів О.І., Зарудна О.І.</i> УЛЬТРАЗВУКОВА ТРОМБОЕЛАСТОГРАФІЯ У ВИБОРІ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗАХ	191
<i>КОШАК Ю.Ф., САВЕНКОВ Ю.Ф., КУЗИК П.В.</i> ДІАГНОСТИКА І ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОЄДНАНИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЬОЗУ І РАКУ ЛЕГЕНЬ	192
<i>Кривокульський Б.Д., Жулкевич І.В., Сухін В.С.</i> ПЕРШИЙ ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПІДХОДУ ДО ДІАГНОСТИКИ І ПРОФІЛАКТИКИ ТРОМБОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ГІСТЕРЕКТОМІЇ	194
<i>Ничитайло М.Ю., Дзюбановський О.І.</i> ТЕМП ДЕКОМПРЕСІЇ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНОГО ТРАНСПАПІЛЯРНОГО ДРЕНУВАННЯ У ХВОРИХ НА ХОЛЕДОХОЛІТІАЗ УСКЛАДНЕНИЙ ОБТУРАЦІЙНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ	195
<i>Панкратов Р.В., Цвігун Б.Я., Савицький А.М.</i> ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ РОБОТИ «ХІРУРГІЇ ОДНОГО ДНЯ»	196
<i>Полянський І.Ю., Москалюк В.І.</i> СТРАТЕГІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ	197
<i>РЕШЕТИЛО В.А., САБАДОШ Р.В., СОВТУС О.Ф.</i> ПРИРОДЖЕНІ ТРОМБОФІЛІЇ ЯК ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ ВЕНОЗНИХ ТА АРТЕРІАЛЬНИХ ТРОМБОЗІВ	198
<i>Сорочинський І.М.</i> ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА ЗЛУКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ	198
<i>Фомін П.Д., Запорожан С.Й.</i> ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ З ВИРАЗКОВИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ КРОВОТЕЧАМИ	199
<i>Шевчук А.Г., Василюк С.М., Голояд Я.Б., Кривець С.А., Боднарук Л.І., Попович Я.О.</i> ВНУТРІШНЄ ЗАЦЕМЛЕННЯ ПЕЧІНКОВОГО КУТА ТОВСТОЇ КИШКИ В ТРИКУТНИКУ БОХДАЛЕКА	200
<i>Шевчук А.Г., Гриб В.А., Біцька І.В., Попович Я.О., Василик Т.П., Тимофійчук О.М.</i> ЛІКУВАННЯ АВТОДЕРМОПЛАСТИКОЮ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	201
<i>Шевчук А.Г., Козань Я.І., Біцька І.В., Попович Я.О., Попадюк Б.П., Гуралюк Т.Т., Кузенко О.Д.</i> АВТОДЕРМОПЛАСТИКА В ЛІКУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВЕНОЗНИХ ВИРАЗОК	202

<i>ШЕВЧУК А.Г., КОЗАНЬ Я.І., КРИСА Б.В., ВАСИЛИК Т.П., ФАЛАТ О.І., ПОПОВИЧ Я.О., ГУРАЛЮК Т.Т.</i> ПУПКОВА ГРИЖА БРОКА У ХВОРОГО З ОЖИРІННЯМ V СТУПЕНЯ.....	203
<i>ВЕНЕДУКТ V.V., ZOSHCHUK B.I.</i> THE KERDO'S AUTONOMIC INDEX AS A PROGNOSTIC CRITERION OF THE COURSE OF ACUTE SMALL BOWEL OBSTRUCTION AFTER SURGERY.....	204
м) травматологія та ортопедія	
<i>МАКСИМІВ Р.В., ГОРБАНЬ І.І., СТРЕЛЬБИЦЬКА І.В., ГУДИМА АН. А., ШАЦЬКИЙ В.В., СТАХІВ О.В.</i> ПРООКСИДАНТНИЙ ВПЛИВ АРТЕРІАЛЬНОГО ДЖГУТА І РЕПЕРФУЗІЇ КІНЦІВКИ.....	205
<i>МЕЛЬНИК О.І.</i> ВПЛИВ ВЕЛИЧИНИ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОГО ТИСКУ НА ПРОЯВИ ШЕМІЧНО-РЕПЕРФУЗІЙНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЇХ КОРЕКЦІЇ ТІОЦЕТАМОМ В ЕКСПЕРИМЕНТІ.....	205
<i>СУШКО Ю.І., ГУДИМА А.А.</i> ВПЛИВ КРАНІОСКЕЛЕТНОЇ ТРАВМИ НА ПРОЦЕСИ ЛІПІДНОЇ ПЕРОКСИДАЦІЇ У НИРКАХ ЩУРІВ РІЗНОГО ВІКУ.....	206
<i>УГЛЯР Т.Ю., ГУДИМА А.А.</i> ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ГЛУТАТІОНОВОЇ АНТИПЕРОКСИДАЗНОЇ СИСТЕМИ ПЕЧІНКИ В ГОСТРИЙ ПЕРІОД ТЯЖКОЇ ПОЄДНАНОЇ ТРАВМИ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ	207
н) онкологія; гематологія	
<i>АНТОНІВ В., АНТОНІВ Т.</i> ТРИДЦЯТЬ ДВА РОКИ ТОМУ СПАЛАХНУВ ЧОРНОБИЛЬ: ІОНІЗАЦІЙНА РАДІАЦІЯ І РАК ГОРТАНІ.....	208
<i>БАРІЛКА В.А., МАТЛАН В.Л.*, ШАЛАЙ О.О., ВИГОВСЬКА О.Я., ПРИМАК С.В., МІЛЯШКЕВИЧ С.П., ЛОГІНСЬКИЙ В.Є.</i> РОЛЬ ФАКТОРА НЕКРОЗУ ПУХЛИН У ВИНИКНЕННІ АВТОІМУННОЇ ГЕМОЛІТИЧНОЇ АНЕМІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ЛІМФОЦИТАРНОЮ ЛЕЙКЕМІЄЮ ІЗ СПЛЕНОМЕГАЛІЄЮ.....	209
<i>ГАЛАЙЧУК І.Й., БІГУНЯК В.В., НИКОЛЮК В.Д., ДАЦКО Т.В., ЛОТОЦЬКА О.М., КОСИЛО Л.І.</i> МОРФОЛОГІЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ПІСЛЯ ТРИВАЛОГО КРІОЗБЕРІГАННЯ.....	210
<i>ГАЛАЙЧУК І.Й., ДОМБРОВИЧ М.І., ЗАГУРСЬКА Н.О.</i> КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ У ХВОРИХ НА РАК ОБОДОВОЇ КИШКИ В ЛІКАРНЯХ ОНКОЛОГІЧНОГО І НЕОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ.....	211
<i>ДУДА О.Р., СЛІПЕЦЬКИЙ Р.Р.</i> СКЛАДНІ ВИПАДКИ РЕКОНСТРУКЦІЇ ОРОСТОМ ТА ФАРИНГОСТОМ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПУЩЕНИМ ТА РЕЦИДИВНИМ РАКОМ ГОРТАНІ ТА ГЛОТКИ.....	212
<i>ДУДА О.Р., СЛІПЕЦЬКИЙ Р.Р., БОЙКО Н.І.</i> ПЛОСКОКЛІТИННИЙ РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ – РІДКІСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	213
<i>ІВАНКОВА В.С., БАРАНОВСЬКА Л.М., ХРУЛЕНКО Т.В., ПИЛЬНОВ В.А., ГОРЕЛІНА Г.Л., ПЕРЕПЕЧКІНА В.Т., ГАЛЯС Г.В.</i> ПРОМЕНЕВІ РЕАКЦІЇ МІСЦЕВО ПОШИРЕНОГО РАКУ ШИЙКИ МАТКИ ПРИ ХІМІОПРОМЕНЕВІЙ ТЕРАПІЇ	214
<i>ІВАНКОВА В.С., БАРАНОВСЬКА Л.М., ХРУЛЕНКО Т.В., МАТВІЄВСЬКА Л.В., ОТРОЩЕНКО І.П., ДОЦЕНКО Н.П., ГАЛЯС О.В.</i> РІЗНІ ВИДИ БРАХІТЕРАПІЇ ПРИ ХІМІОРАДІОТЕРАПІЇ ВТОРИННОГО (МЕТАСТАТИЧНОГО) РАКУ ВАГІНИ.....	214
<i>ІВАНКОВА В.С., СКОМОРОХОВА Т.В., ХРУЛЕНКО Т.В., МАГДИЧ І.П.</i> СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ПУХЛИНАМИ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ	215
<i>КАРП С.Ю., БІЛИНСЬКИЙ Б.Т., ГАЛАЙ О.О., ДУДА О.Р.</i> ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИКИ СТОМ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ ЗЛОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРАМИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ	215
<i>ЛИТВИНЕНКО О.О., БУГАЙЦОВ С.Г., ЛИТВИНЕНКО О.О.</i> МАРКЕР ПУХЛИННОЇ ПРОГРЕСІЇ КІ-67 ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕННЯХ.....	216
<i>ЛИТВИНЕНКО О.О., БУГАЙЦОВ С.Г., ЛИТВИНЕНКО О.О., ШАХРАЙ Г.Ф.</i> ПЛОЇДНІСТЬ – ОДИН ІЗ ВАЖЛИВИХ ФАКТОРІВ ПРОГНОЗУ ПУХЛИНИ.....	216
<i>ЛИТВИНЕНКО О.О., БУГАЙЦОВ С.Г., ЛИТВИНЕНКО О.О., ШАХРАЙ Г.Ф.</i> РОЛЬ МІКРО-РНК ПРИ ОНКОЛОГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ.....	217
<i>ОНУФРІЙ В.</i> СУЧАСНІ МЕТОДИ І ТЕХНОЛОГІЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ РАКУ ПРОСТАТИ У США.....	217

<i>Савицький А.М., Цвігун Б.Я., Панкратов Р.В., Веселовська В.Г., Сьомко А.М.</i> ВИКОРИСТАННЯ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ В РОБОТІ ОНКОЛОГІЧНОГО КАБІНЕТУ	218
<i>Савицький А.М., Цвігун Б.Я., Сьомко А.М., Горох К.В., Панкратов Р.В.</i> ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ПРОВЕДЕННЯ ХІМІОТЕРАПІЇ В ДЕННОМУ СТАЦІОНАРІ «ОДНОГО ДНЯ» МІСЬКОЇ ПОЛІКЛІНІКИ № 1	219
<i>Шалай О.О., Виговська О.Я., Виговська Я.І., Барілка В.А., Логінський В.Є.</i> ДІАГНОСТИКА І ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОЇ ЛІМФОЦИТАРНОЇ ЛЕЙКЕМІЇ В ОСІБ ЛІТНЬОГО ВІКУ	219
<i>СТЕРНЮК Ю.М., БЕРЕЗЮК М.І., ЛАБА Л.І.</i> КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ	220

о) стоматологія, щелепно-лицева хірургія

<i>Беляєв П.В.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ НА ОСНОВІ НАНОДИСПЕРСНОГО КРЕМНЕЗЕМУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ПЕРИОСТИТУ	221
<i>БРАТУСЬ-ГРИНЬКІВ Р.Р., КОРДІЯК А.Ю.</i> СПОСІБ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ПОКРИВНИХ ПРОТЕЗІВ НА НИЖНЮ ЩЕЛЕПУ	221
<i>Гриновець І.С., Гриновець В.С.</i> СТОМАТОЛОГІЧНІ ЛІКАРСЬКІ ПЛІВКИ.....	222
<i>Лучинський В.М., Лучинська Ю.І.</i> РІВЕНЬ ЛІЗОЦИМУ В РОТОВІЙ РІДИНІ ДІТЕЙ ІЗ ДИСМЕТАБОЛІЧНИМИ НЕФРОПАТІЯМИ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У РІЗНИХ ЕКОЛОГІЧНИХ УМОВАХ.....	223
<i>Лучинський М.А.¹, Рожко В.І.², Басіста А.С.</i> КОМПЛЕКСНА ПРОФІЛАКТИКА МНОЖИННОГО КАРІЕСУ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ.....	223
<i>Лучинський М.А., Чорний Н.В., Манащук Н.В., Залізник М.С., Бойцанюк С.І., Чорний А.В., Пацкань Л.О., Погорецька Х.В., Серватович А.М., Суховолець І.О.</i> РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ХВОРИХ ІЗ РІЗНОЮ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....	224
<i>Могитич Д.М., Могитич М.М.</i> МЕХАНІЧНА ОБРОБКА КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ СИСТЕМОЮ S5	225
<i>Могитич М.М., Могитич Д.М.</i> ВИКОРИСТАННЯ ГІПОХЛОРИТУ НАТРІУ В ОБРОБЦІ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ	225
<i>Петришин О.А., Сулим Ю.В.</i> ЗАСТОСУВАННЯ ДВОШАРОВИХ ПЛІВОК З ДЕКАМЕТОКСИНОМ І ТІОТРИАЗОЛІНОМ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА	226
<i>Пясецька Л.В., Лучинський М.А.</i> СТУПІНЬ ДИСБІОЗУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ОСІБ ІЗ РЕАКЦІЯМИ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ	226
<i>Радчук В. Б., Гасюк Н. В.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІТИННОГО СКЛАДУ ЯСЕН ВІДПОВІДНО ДО ЗАСТОСОВАНИХ ВИДІВ ОДОНТОПРЕПАРУВАННЯ ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ МЕТАЛОКЕРАМІЧНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ В ДИНАМІЦІ КЛІНІЧНИХ СПОСТЕРЕЖЕНЬ.....	227
<i>Ріпецька О.Р., Гриновець В.С., Демчина Г.Р., Петришин О.А.</i> ГІНГІВОГЛІФІКА ЯК ОДИН З ЕЛЕМЕНТІВ ОЗНАЧЕННЯ СТАНУ ЯСЕН	227
<i>RUBAS L.V.</i> REMODELING OF THE MUSCLE TISSUE OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT AREA IN RATS WITH EXPERIMENTAL DIABETES.....	228
<i>Савичук О.В., Фліс П.С., Немирович Ю.П., Філоненко В.В.</i> СТУПІНЬ МІНЕРАЛІЗАЦІЇ АЛЬВЕОЛЯРНОЇ КІСТКИ У ДІТЕЙ З ОРТОДОНТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЗА ДАНИМИ РЕНТГЕНДЕНСИТОМЕТРІЇ.....	229

<i>Сафонкін О.А., Тимошенко А.В., Чмір О.Р.</i> ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ	229
<i>Синиця В.В., Довганик В.В., Петришин О.А.</i> ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ АКТИВАЦІЇ ПРЕПАРАТУ БЕТАДИН ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ВЕРХІВКОВОГО ПЕРІОДОНТИТУ	230
<i>Сулим Ю.В., Петришин О.А.</i> ВИКОРИСТАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПЛІВОК З АМІЗОНОМ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА	230
<i>Фліс П.С., Флоненко В.В., Мельник А.О.</i> УСУНЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ШКІДЛИВИХ ЯЗИКОВИХ ЗВИЧОК	231
<i>Фліс П.С., Флоненко В.В., Циж О.О.</i> ЦЕФАЛОМЕТРИЧНА ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ.....	231
<i>Черненко В. М.</i> МОРФОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НАПРАВЛЕНОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ З ВИКОРИСТАННЯМ КСЕНОГЕННОГО ОСТЕОПЛАСТИЧНОГО МАТЕРІАЛУ «СЕРАВОНЕ»	232

п) рентгенологія, радіологія

<i>Голько В.А., Галюк У.М., Мота О.М., Саюк С.М., Скалецька Н.М.</i> ГІПЕРДОНТІЯ У 3D ЗОБРАЖЕННІ	233
<i>Саюк С.М., Личковська О.Л., Галюк У.М., Ковалишин В.І., Мота О.М., Голько В.А.</i> УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ КЛІТИН КРОВІ У ДІТЕЙ З РОЗЛИТИМ ГНІЙНИМ ПЕРИТОНІТОМ.....	233
<i>Король П.О., Ткаченко М.М.</i> ⁶⁸ GA-ПСМА ПЕТ – УЛЬТРАСУЧАСНИЙ МЕТОД ДІАГНОСТИКИ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ	234

р) фармакологія, клінічна фармакологія, токсикологія

<i>Дуб А.І., Стечишин І.П.</i> ВИВЧЕННЯ ДОЗОЗАЛЕЖНОСТІ СУХОГО ЕКСТРАКТУ ЛИСТЯ ШОВКОВИЦІ БІЛОЇ.....	235
<i>Заремба Н. І., Зіменковський А. Б., Гупало І. В.</i> УСВІДОМЛЕННЯ ВПЛИВУ ОСНОВНИХ ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК НА ВЛАСНЕ ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ.....	236
<i>Заремба Н.І., Зіменковський А.Б., Ковальська О.Р.</i> ФОРМУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-МЕТОДОЛОГІЧНОГО ПІДГРУНТЯ МОДЕЛІ ЛІКОВОЇ ПОЛІТИКИ НА ОСНОВІ ОЦІНКИ РІВНЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ СЕРЕД МОЛОДІ	236
<i>Глик Р.Р., Олещук О.М.</i> НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕРЕЛІК ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЯК ІНСТРУМЕНТ ДОСТУПУ ПАЦІЄНТІВ ДО ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	237
<i>Кравченко В.Г.</i> ФЕНОМЕН ОКСИДУ АЗОТУ ЯК МЕДИКО-ТЕРАПЕВТИЧНИЙ РЕЗЕРВ (короткий аналітичний погляд на актуальну тему).....	237
<i>Ніженковська І.В., Седько К.В.</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПОХІДНОГО 1,3-ОКСАЗОЛ-4-ІЛ-ФОСФОНОВОЇ КИСЛОТИ НА ФОСФОДІЕСТЕРАЗНУ АКТИВНІСТЬ У ЩУРІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	239
<i>Савуш А.О., Марчуншун С.М.</i> DETERMINATION OF PHARMACOLOGICAL ACTIVITY THE NEW ANTIDIABETIC HERBAL COLLECTION IN RATS WITH STREPTOZOTOCIN-NICOTINAMIDE-INDUCED DIABETES	240
<i>Шахакнметова Г.М.</i> ANTIFERTILITY EFFECT OF ANTITUBERCULOSIS DRUGS COMBINATIONS CONTAINING ETHAMBUTOL OR STREPTOMYCIN IN MALE RATS.....	241

с) фітотерапія, гомеопатія, нутриціологія, дієтологія

<i>Матасар І.Т., Петрищенко Л.М., Луценко О.Г., Матасар В.І., Нечипорук Б.В.</i> ЇЖА ЯК ЧИННИК ВПЛИВУ НА СТАТЕНЕ ДОЗРІВАННЯ	242
--	-----

ф) курортологія, реабілітація і фізіотерапія

Григус І.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПОМІРНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ 244

Кишко Т.В., Кишко М.М., Бичко М.В.

ВПЛИВ ПОЄДНАНОГО ВИКОРИСТАННЯ МАГНІТОТЕРАПІЇ І ЛАЗЕРОТЕРАПІЇ НА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ І ЛЕЙКОЦИТАРНИЙ ІНДЕКС ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ 244

Корчинська О.А., Корчинський Б.М.

КУРОРТОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЖІНКАМ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП, ЯКІ ХВОРІЮТЬ НА ГЕНІТАЛЬНИЙ ЕНДОМЕТРІОЗ 245

х) санологія, гігієна, лабораторна діагностика

Антоненко А.М.

НАУКОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ ОРІЄНТОВНО ДОПУСТИМОЇ КОНЦЕНТРАЦІЇ В ҐРУНТІ ФЛУКСАПІРОКСАДУ, ПЕНТІОПІРАДУ, ІЗОПІРАЗАМУ І СЕДАКСАНУ 246

Борисенко А.А., Анісімов Є.М., Вавріневич О.П., Бардов В.Г.

ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА УМОВ ПРАЦІ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ГЕРБІЦИДУ ЮНІ-КО 80, МД НА ПОСІВАХ КУКУРУДЗИ 246

Зінченко Т.І., Вавріневич О.П., Омельчук С.Т., Пельо І.М.

ОЦІНКА РИЗИКУ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ ПРИ СПОЖИВАННІ СУНИЦІ, ВИРОЩЕНОЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПЕСТИЦИДІВ В СИСТЕМІ ХІМІЧНОГО ЗАХИСТУ 247

Кондратюк М.В., Благая А.В., Омельчук С.Т., Коршун М.М.

ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ЕКОТОКСИКОЛОГІЧНОЇ НЕБЕЗПЕКИ ПРИ ВИКОРИСТАННІ КОМБІНОВАНОГО ФУНГІЦИДУ НА ОСНОВІ ПРОПІКОНАЗОЛУ, БЕНЗОВІНДИФЛУПІРУ ТА ЦИПРОКОНАЗОЛУ 248

Лотоцька О.В., Кондратюк В.А., Кашуба М.О., Паничев В.О., Крицька Г.А., Сопель О.В., Пашко К.О., Флекей Н.В., Федорів О.Є., Копач О.Є., Голка Н.В., Смачило О.М., Домчишин М.В.

РИЗИК ВПЛИВУ НІТРАТІВ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ ПРИ НАДХОДЖЕННІ З ПИТНОЮ ВОДОЮ 248

Новохацька О.О., Вавріневич О.П., Омельчук С.Т., Бардов В.Г.

ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ПЕРСИСТЕНТНОСТІ ТА ЕКОТОКСИЧНОЇ НЕБЕЗПЕКИ ПЕСТИЦИДІВ, ДОЗВОЛЕНИХ ДО ЗАСТОСУВАННЯ НА ПОСАДКАХ КАРТОПЛІ 249

Паньків І.В., Паньків О.Ф.

ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИКИ ДЛЯ СТУДЕНТІВ ФАКУЛЬТЕТУ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ НА БАЗІ ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО ЛІКАРСЬКО-ФІЗКУЛЬТУРНОГО ДИСПАНСЕРУ 249

Процков О.О., Процкова О.В., Чайковський О.А.

АНАЛІЗ ПОВОДЖЕННЯ ІЗ ДЕЗЗАСОБАМИ В ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ РІЗНИХ ФОРМ ВЛАСНОСТІ У КАМ'ЯНЦІ-ПОДІЛЬСЬКОМУ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ 250

Ставніченко П.В., Антоненко А.М., Коршун М.М., Бардов В.Г.

ТОКСИКОЛОГО-ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА СУЧАСНИХ ФУНГІЦИДНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ ДИФЕНОКОНАЗОЛУ ТА НОВОЇ ДІЮЧОЇ РЕЧОВИНИ ЦИФЛУФЕНАМІДУ 251

Флоненко М.Ю., Сінгаєвська В.С.

ГІГІЄНА ХАРЧУВАННЯ: ВІД ІСТОРІЇ ДО СЬОГОДЕННЯ 251

ц) анатомія, гістологія, фізіологія, мікробіологія

Вадзюк С.Н., Горбань Л.І.

ОЦІНКА ШВИДКІСНИХ ТА ЯКІСНО-КІЛЬКІСНИХ ПОКАЗНИКІВ ВИЩОЇ НЕРВОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У МОЛОДИХ ОСІБ РІЗНОГО СОМАТОТИПУ З ПІДВИЩЕНИМ АРТЕРІАЛЬНИМ ТИСКОМ 253

Вадзюк С.Н., Шмата Р.М.

РІВЕНЬ САМОПОЧУТТЯ, АКТИВНОСТІ ТА НАСТРОЮ В ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ З РІЗНОЮ ВЕСТИБУЛЯРНОЮ СТІЙКІСТЮ ТА РІВНЕМ НЕЙРОТИЗМУ 254

Кузьминов Б.П., Яськів Г.І., Платонова І.Л., Руда І.А.

ДИСБІОТИЧНІ ПОРУШЕННЯ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПІХВИ У ЩУРІВ, ВИКЛИКАНІ ІНГАЛЯЦІЙНОЮ ДІЄЮ НІТРОКСОЛІНУ 254

Мота О.М., Галюк У.М., Серкіз С.Р., Варварич Л.М., Петришин М.І.
ОСОБЛИВОСТІ МАКРО- І МІКРОАНАТОМІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ЩУРА..... 255

Мота О.М., Галюк У.М., Федитник С.Т.
ЦІННІСТЬ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ЛЮДИНИ
ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ РАННІХ ПРОЯВІВ ОСТЕОПОРОЗУ 255

ч) судова медицина, патанатомія, патогістологія

Волос Л.І., Михайличенко Т.Є.
ПАТОМОРФОЛОГІЯ ДІАБЕТИЧНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ 257

Гончаренко Г.Ю.
РОЛЬ ЕСТРОГЕНОВИХ І ПРОГЕСТЕРОНОВИХ РЕЦЕПТОРІВ У ПАТОГЕНЕЗІ АДЕНОМІОЗУ
В ПОЄДНАННІ З АДЕНОКАРЦИНОМОЮ ЕНДОМЕТРІЮ 257

Дудаш А.П.
ПАТОМОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ІНВАЗИВНОГО ПРОТОКОВОГО РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ
У ЖІНОК З УРАХУВАННЯМ ІМУНОФЕНОТИПУ ПУХЛИНИ 258

Малик О.Р., Фаліон Р.І., Рябець Л.С.
ЄДНІСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ЧИННИКІВ РОЗВИТКУ КАРДІОНЕВРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ..... 259

Федевич С.В., Кузик Ю.І., Ковалишин В.І.
УЛЬТРАСТРУКТУРА ОСЕРЕДКІВ РЕНАЛЬНОЇ ІНТРАТУБУЛЯРНОЇ НЕОПЛАЗІЇ ПЕРИТУМОРАЛЬНОЇ
ТКАНИНИ ПРИ СВІТЛОКЛІТИННОМУ РАКУ НИРКИ 259

ш) нетрадиційні методи діагностики і лікування

ВЕРБА Р.В.
ВПЛИВ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН КОРДОВОЇ КРОВІ НА ПОКАЗНИКИ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ
У ЩУРІВ З ГОСТРИМ ПЕРИТОНІТОМ НА ТЛІ ГІПОТИРЕОЗУ 261

щ) генетика, демографія

Гуцько Н.В., Омелянець М.І., Масюк С.В., Іванова О.М., Короткова Н.В.
РЕТРОСПЕКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СМЕРТНОСТІ ЯК ІНДИКАТОРА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ОСІБ 1968–
1986 РОКІВ НАРОДЖЕННЯ, ЯКІ ПРОЖИВАЛИ НА НАЙБІЛЬШ РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНИХ
ТЕРИТОРІЯХ УКРАЇНИ..... 262

*ВЕРТЕЛЕЦЬКИЙ В.Є., Євтушок Л.С., Комов О.Д., Шустик Р.П., Кузнецов І.П., Лапченко С.Ф., Ахмеджанова Д.Р.,
Зимак-Закутня Н.О.*
РАДІАЦІЯ, ВАДИ НЕВРАЛЬНОЇ ТРУБКИ ТА МІКРОЦЕФАЛІЯ 263

ю) управління і організація охорони здоров'я, медична освіта

Бачинський П.П., Цігнадзе Т.П.
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ СЛІД ВИРІШЕННЯ В ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ БІОЕТИЧНИХ ПРОБЛЕМ
ВИКОРИСТАННЯ ЗОВНІШНЬОЇ МОВИ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ СУЧАСНОСТІ 264

Бількевич Н.А., Андрейчин С.М., Ярема Н.З., Верещагіна Н.Я., Кучер С.В.
ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ З МЕТОЮ ТРЕНУВАННЯ
КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ..... 265

*ВЕРГУН А.Р., Чоп'як В.В., Наконечний А.Й., Негрич Т.І., Надрага О.Б., Ягело С.П., Огоновський Р.З.,
ВЕРГУН О.М., Ярко Н.Б.*
МОЖЛИВОСТІ АНТИПЛАГІАТНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ДЕКІЛЬКОХ НАУКОВИХ ПРАЦЬ
(ЗІ ЗБЕРЕЖЕННЯМ ВАЛІДНОСТІ) В НАУКОВОМУ ВІДДІЛІ МЕДУНІВЕРСИТЕТУ З ОДНОЧАСНИМ
ЗАЛУЧЕННЯМ ДЕСКТОПНИХ ПРОГРАМ ТА ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСІВ: АВТОРСЬКІ АЛГОРИТМИ
В КОНТЕКСТІ АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ 266

Грузєва Т.С., Галієнко Л.І.
ПІДҐРУНТЯ ТА ШЛЯХИ БОРОТЬБИ З НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В УКРАЇНІ..... 268

Ковальська О.Р.
ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ У ВИЩОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ 269

<i>Костик О.П., Ільницький І.Г., Чуловська У.Б., Вольницька Х.І., Луцишин Т.В., Піскур З.І., ЗАВЕРУХА О.Я., Галишич Н.М., СУВОРКІНА І.В.</i> ВИКЛАДАННЯ ФТІЗИАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ КОМП'ЮТЕРНО-ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В КОНТЕКСТІ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ КРЕДИТНО-ТРАНСФЕРНОЇ СИСТЕМИ.....	270
<i>ЛЕМІШКО Б., БАЗИЛЕВИЧ А., ЛЕМІШКО Б.</i> ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ І ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	270
<i>ЛІТВАК А.І.</i> ЕТИЧНІСТЬ ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ.....	272
<i>МЕЛЬНИК І.В., ЧУРПІЙ І.К., МЕЛЬНИК Р.І., МЕЛЬНИК М.І.</i> СУЧАСНА МОРАЛЬНІСТЬ І ЕТИКА МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	272
<i>МЕЛЬНИЧУК І. М.</i> ПЕДАГОГІЧНА МАЙСТЕРНІСТЬ ВИКЛАДАЧА МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ.....	273
<i>НАЙДА І., ГОРБАНЬ А., КУЧЕР О.</i> ЗНАЧУЩІСТЬ СИНЕРГІЇ СОЦІАЛЬНО-КОМУНІКАТИВНИХ ТА ПРОФЕСІЙНИХ НАВИЧОК (SOFT AND HARD SKILLS) ДЛЯ ІННОВАТОРА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	274
<i>САКСОНОВ С.Г.</i> БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК ФАХІВЦІВ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ.....	275
<i>СЕМЕНЮК О.О.</i> АВТОРСЬКА ІНТЕРАКТИВНА МЕТОДИКА ВИКЛАДАННЯ СТУДЕНТАМ ДИСЦИПЛІНИ «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ».....	275
<i>ТИМКІВ І.С., ОСТАФІЙЧУК С.О., РОМАШ І.Б.</i> ДО ПРОБЛЕМИ НАВЧАННЯ ІНОЗЕМЦІВ В УКРАЇНСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ ВУЗІ.....	276

я) історія медицини, лікарське називництво (медична термінологія)

<i>БОРИСЕНКО А.В., ДІКОВА І.Г.</i> ВИДАТНИЙ СТОМАТОЛОГ – ПРОФЕСОР М.Ф.ДАНИЛЕВСЬКИЙ.....	277
<i>КОРЧИНСЬКА О.А., КОРЧИНСЬКИЙ Б.М.</i> СПРАВЖНИЙ НАРОДНИЙ ЛІКАР ІВАН СМОЛИНСЬКИЙ.....	277
<i>МАЗУР П.Є., ГОРОШКО Є.Л., МАЗУР О.П., МАЗУР Л.П.</i> ЛІКАР МИХАЙЛО ГИЖА – В'ЯЗЕНЬ КОНЦЕНТРАЦІЙНОГО ТАБОРУ В БЕРЕЗІ КАРТУЗЬКІЙ 1934 РОКУ.....	278
<i>СОЛЕЙКО Л.П., СОЛЕЙКО О.В., ЛИНДЮК Н.О.</i> ФОНЕНДОСКОП В РУКАХ СКРИПАЛЯ.....	279
<i>СТЕРНЮК Ю.М., ФЕДУЩАК А.Л.</i> МЕДИЧНА ОСВІТА У ЛЬВОВІ ПЕРШОЇ ПОЛОВИНИ ХХ СТОЛІТТЯ.....	279
<i>КРУШИНСЬКА Н.А., НЕЧАЙВ С.В.</i> ДЕЯКІ ТРУДНОЩІ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ.....	280
<i>НЕЧАЙ С.</i> УКРАЇНСЬКІ НАЗВИ ДЕЯКИХ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН З ЇХНІМИ ЛАТИНСЬКИМИ ТА ТУРКМЕНСЬКИМИ ВІДПОВІДНИКАМИ.....	281

ь) інші теми

<i>ЦАРЕНКО К.С.</i> МУЖНІСТЬ КОРОЛЕВИ СВІТОВОГО ДЖАЗУ.....	286
<i>БОЖУК Б.С.</i> ОСНОВНІ ШЛЯХИ ЗМІН В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	286

МАТЕРІАЛИ НАУКОВОЇ ІСТОРИКО-ТЕРМІНОЛОГІЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ «100-РІЧЧЯ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ОПІКУВАННЯ УКРАЇНИ І ЛІКАРСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ»

<i>НЕЧАЙВ С.В.</i> 100-ЛІТТЯ МІНІСТЕРСТВА НАРОДНОГО ЗДОРОВ'Я І ДЕРЖАВНОГО ОПІКУВАННЯ ГЕТЬМАНАТУ.....	288
<i>БОРИСЕНКО А.В., ДІКОВА І.Г.</i> НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНА ШКОЛА ПРОФЕСОРА М.Ф. ДАНИЛЕВСЬКОГО.....	291

<i>Видиборець С.В., Гайдукова С.М.</i> ВІДЗНАЧЕННЯ «СЕРТИФІКАТАМИ ПРО ВИЗНАННЯ» АМЕРИКАНСЬКОГО МІЖНАРОДНОГО АЛЬЯНСУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ СПІВРОБІТНИКІВ КАФЕДРИ ГЕМАТОЛОГІЇ І ТРАНСФУЗІОЛОГІЇ (ДО 100-РІЧЧЯ НМАПО ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА МОЗ УКРАЇНИ ТА 50-РІЧЧЯ ЗАСНУВАННЯ КАФЕДРИ)	295
<i>Волосовець О.П., Кривопустов С.П., Кузьменко А.Я., Прохорова М.П., Логінова І.О., Дзюба О.Л., Макуха Н.Т., Гнатюк С.М., Райош В.М., Іорданова С.В., Черній О.Ф., Хоменко В.Є., Криворук І.М., Царьова Н.М., Баликіна Н.В., Гелескул Л.М.</i> СУЧАСНІ ТРЕНДИ ПЕДІАТРИЧНОЇ ШКОЛИ ПРОФЕСОРА В.М. СІДЕЛЬНИКОВА: ДО 90-РІЧЧЯ 3 ДНЯ НАРОДЖЕННЯ.....	296
<i>Волосовець О.П.</i> ОЛЕНА ХОХОЛ: ЖИТТЯ ВІДДАНЕ ОХОРОНІ ДИТИНСТВА	297
<i>Гайдукова С.М., Видиборець С.В., Гусєва С.А., Кучер О.В., Мороз Г.І.</i> НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНА РОБОТА КАФЕДРИ ГЕМАТОЛОГІЇ ТА ТРАНСФУЗІОЛОГІЇ: ІСТОРИЧНИЙ ЕКСКУРС (ДО 100-РІЧЧЯ НМАПО ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА МОЗ УКРАЇНИ ТА 50-РІЧЧЯ ЗАСНУВАННЯ КАФЕДРИ)	297
<i>Гриновець В.С.</i> ДО ІСТОРІЇ ВИКЛАДАННЯ ПРЕДМЕТУ ОДОНТОЛОГІЯ У ЛЬВІВСЬКОМУ УНІВЕРСИТЕТІ НА ПОЧАТКУ ХІХ СТОРІЧЧЯ	298
<i>Гриновець В.С.</i> ПЕРШИЙ ДЕКАН СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЛЬВІВСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ – ПРОФЕСОР КОВАЛЬ ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ	298
<i>Гриновець В.С.</i> ПРОФЕСОР ВОЛОДИМИР МОНАСТІРСЬКИЙ – АВТОР ВІДКРИТТЯ ТРОМБІН-ПЛАЗМІНОВОЇ СИСТЕМИ І ТВОРЕЦЬ НОВОЇ НАУКИ – БІОЛОГІЧНОЇ КОАГУЛОЛОГІЇ	299
<i>Гриновець В.С., Гриновець І.С.</i> ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ В ЗУБОЛІКУВАННІ ПОЧАТКУ ХІХ СТОРІЧЧЯ.....	299
<i>Гриновець В.С., Огоновський Р.З.</i> СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТУ ЛЬВІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО – 60 РОКІВ.....	300
<i>Гриновець В.С., Пасько О.О.</i> 10 РОКІВ МУЗЕЮ СТОМАТОЛОГІЇ У ЛЬВОВІ.....	300
<i>Гриновець В.С., Ріпецька О.Р., Гриновець І.С.</i> ПРОФЕСОР МЕЧИСЛАВ ЯНКОВСЬКИЙ – ВНЕСОК У СТАНОВЛЕННЯ ЛЬВІВСЬКОЇ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ШКОЛИ.....	301
<i>Гриновець В.С., Синиця В.В.</i> НЕОБХІДНІСТЬ ВІДНОВЛЕННЯ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ» ДЛЯ СУЧАСНОГО РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ НАУКИ.....	302
<i>Гриновець В.С., Шашков Ю.І.</i> НАУКОВЕЦЬ І ПЕДАГОГ ПРОФЕСОР УХОВ ОЛЕКСАНДР ЯКОВИЧ	302
<i>Марков Ю.І.</i> В.П. ЖАЛКО-ТИТАРЕНКО – ІСТОРИЧНА ПОСТАТЬ В УКРАЇНСЬКІЙ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ	303
<i>Мойсеєнко В.О., Тарченко І.П.</i> ХРИСТІАНСЬКІ ОСЕРЕДКИ ДОПОМОГИ НУЖДЕННИМ.....	305
<i>Никула Т.Д., Мойсеєнко В.О., Тарченко І.П., Сорока І.М.</i> СКИТ ПРЕЧИСТОЇ – ЗАГУБЛЕНА СВЯТИНЯ МИЛОСЕРДЯ ТА БЛАГОДІЙНОСТІ	305
<i>Огоновський Р.З., Гриновець В.С.</i> ПАМ'ЯТІ ПРОФЕСОРА ГОЦКА ЄВСТАХІЯ ВОЛОДИМИРОВИЧА.....	306
<i>Пасько О.О., Гриновець В.С., Двудіт І.П., Бежук Ю.А.</i> ІСТОРІЯ КАФЕДРИ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ	306
<i>Рутар С.М., Шашков Ю.І.</i> СОЦІОЛОГІЧНА КОНЦЕПЦІЯ МИКОЛИ АМОСОВА	307

<i>Дуб Н.Є., Шашков Ю.І., Шашкова З.Р.</i> АНАЛІЗ ПОНЯТІЙНО-КАТЕГОРІЙНОГО АПАРАТУ У ГАЛУЗІ МЕДСЕСТРИНСТВА.....	308
<i>Кучер О.В., Видиборець С.В., Гайдукова С.М., Гусєва С.А., Мороз Г.І.</i> ВИДАННЯ ЛІТЕРАТУРИ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА ЦИКЛАХ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ СПІВРОБІТНИКАМИ КАФЕДРИ ГЕМАТОЛОГІЇ І ТРАНСФУЗІОЛОГІЇ: ІСТОРИЧНИЙ ЕКСКУРС (до 100-річчя НМАПО імені П.Л. Шупика МОЗ України та 50-річчя заснування кафедри)	308
<i>Літвак А.І.</i> ТРИ ПОКОЛІННЯ ОДЕСЬКИХ ЛІКАРІВ ІЗ РОДУ ДІТЕРИХСІВ.....	309
<i>Лоскутов О.А., Марков Ю.І., Недашківський С.М.</i> ТЕРМІНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМИ ОТРУЄННЯМИ	309
<i>Марков Ю.І., Болюк М.В.</i> ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ЗАРОДЖЕННЯ ТА СТАНОВЛЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ТОКСИКОЛОГІЇ В УКРАЇНІ.....	310
<i>Марушко Ю.В., Мощич О.П.</i> ПРОФЕСОР ПЕТРО СТЕПАНОВИЧ МОЩИЧ - КОРИФЕЙ УКРАЇНСЬКОЇ ПЕДІАТРІЇ (сторінки життя і праці лікаря, вченого, педагога, творця української медицини, патріота України)	310
<i>Мушак С.О.</i> РЕФОРМА В МЕДИЦИНІ РОЗПОЧАЛАСЯ. ДЕ МІСЦЕ СТОМАТОЛОГІЇ В ЦІЙ ЛАНЦІ?.....	318
<i>Мушак С., Нечаїв С.</i> ЛІКАРСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ: 13 РОКІВ ПО ПУСТЕЛІ.....	321
<i>Нечаїв С.В.</i> 11-Й ПЕРЕГЛЯД МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ХВОРОБ.....	326
<i>Остапенко Т.А., Науменко С.М.</i> МЕДИЧНІ БІБЛІОТЕКИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: ІСТОРІЯ ТА СУЧАСНІСТЬ.....	327
<i>Павленко Р.І., Долинна Л.Б.</i> ШТРИХИ ДО ПОРТРЕТУ ПРОФЕСОРА ВАСИЛЯ ДМИТРОВИЧА БРАТУСЯ	330
<i>Пасько О.О., Сулим Ю.В., Бучковська А.Ю.</i> ЧУЧМАЙ ГЕОРГІЙ СЕМЕНОВИЧ – ПРОФЕСОР, ЗАВДУВАЧ КАФЕДРИ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ.....	332
<i>Талько В.В., Яніна А.М., Чернишов А.В.</i> ЗАСНОВНИК ІНСТИТУТУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ РАДІОЛОГІЇ ННЦРМ МИХАЙЛО ІВАНОВИЧ РУДНЄВ.....	333
<i>Фадєєнко Г.Д., Милославський Д.К.</i> ЛІКАР З ВЕЛИКОЇ ЛІТЕРИ (ДО 15-Ї РІЧНИЦІ СМЕРТІ АКАДЕМІКА ЛЮБОВІ ТРОХИМІВНИ МАЛОЇ).....	334
НЕКРОЛОГИ	
ЦІБОРОВСЬКИЙ ОЛЕГ МИХАЙЛОВИЧ.....	336
ЧМИР ВАЛЕРІЙ ПАВЛОВИЧ	338

Підписано до друку 06.09.2018. Формат 60x84/8.
Гарнітура Cambria. Друк офсетний. Папір офсетний № 1.
Ум. др. арк. 41,62. Обл.-вид. арк. 39,07.
Тираж 500 прим. Зам. № 259.

Видавець і виготівник
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України».
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів
видавничої справи ДК № 2215 від 16.06.2005 р.