



Міністерство освіти і науки України  
Харківський національний університет  
імені В.Н. Каразіна  
Медичний факультет



XV Міжнародна наукова конференція студентів,  
молодих вчених та фахівців

**Актуальні питання сучасної медицини**

**Тези доповідей**  
25—26 квітня 2018 року

до 213-річчя зі дня заснування та 25-річчя зі дня  
відродження медичного факультету Харківського  
національного університету В. Н. Каразіна

м. Харків, Україна

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н. КАРАЗИНА  
V.N. KARAZIN KHARKIV NATIONAL UNIVERSITY

XV Міжнародна наукова конференція студентів, молодих вчених та фахівців

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ  
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ**  
ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ  
(25-26 квітня 2018 року, м. Харків, Україна)

15<sup>th</sup> International Scientific Conference of Students, Young Scientists and  
Specialists

**TOPICAL ISSUES  
OF MODERN MEDICINE**  
ABSTRACTS  
(April 25-26, 2018, Kharkiv, Ukraine)

УДК 61 (082)

*Рекомендовано до друку рішенням вченої ради медичного факультету  
Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна  
(протокол № 5/1 від 07.02.2018 року)*

*Recommended to the print by resolution of Academic Council of School of Medicine  
of V.N. Karazin Kharkiv National University  
(protocol No. 5/1 from February 7, 2018)*

Конференція зареєстрована в УкрНТІ МОН України  
Посвідчення № 790 від 20 грудня 2017р.

Актуальні питання сучасної медицини: Тези доповідей XV Міжнародної наукової конференції студентів, молодих вчених та фахівців 25-26 квітня 2018 р. – Х.: ХНУ імені В.Н. Каразіна, 2018. – 322с.  
ISBN 978-966-285-477-0

Conference is registered in UkrSTI of the Ministry of Science and Education of Ukraine  
№ 790 From 20 December, 2017

Topical Issues of Modern Medicine: Abstracts of XV International Scientific Conference of Students, Scientists and Specialists, April 25-26, 2018. – Kharkiv: V.N. Karazin KhNU, 2018. – 322с.  
ISBN 978-966-285-477-0

За достовірність викладених наукових даних і текст відповідальність несуть автори. Тези друкуються в авторській редакції.

The authors are responsible for the trustworthiness of scientific results and for the text. Abstracts are published in author's edition.

ISBN 978-966-285-477-0

© Харківський національний університет  
імені В.Н. Каразіна, 2018  
© V.N. Karazin Kharkiv National University, 2018

## ЗМІСТ

ФАКТОР РАЦІОНУ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГЕНІВ ОДНОВУГЛЕЦЕВОГО МЕТАБОЛІЗМУ	
Адмакіна А. В., Тижненко Т. В., Рощенко Л. В.	21
ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ НА ЕНДОЦЕРВІКОЗ	
Александрова К. В., Журавльова П. В.	22
РЕНТГЕНОЛОГІЧНИЙ КОНТРОЛЬ МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПІКОВИХ СТРИКТУР СТРАВОХОДУ	
Аноджемері С., Кульмінська В. Ю.	24
ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОТРОБНОГО РОЗВИТКУ ТА ПОРУШЕННЯ ЕМБРИОГЕНЕЗУ ПРИ БАГАТОПІДНІЙ ВАГІТНОСТІ	
Антоненко А. В., Горбачов Д. К., Самойлова І. В.	25
СПЕЦИФИКА И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОНИЧЕСКИХ (РОБОТИЗИРОВАННЫХ) ПРОТЕЗОВ	
Антоненко Я. Н.	26
АТИПОВИЙ ДЕБЮТ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ	
Антоненко Я. М.	28
СТУПІНЬ ЗАБРУДНENOSTІ СТІЧНИХ ВОД ПРОМИСЛОВОГО МІСТА (НА ПРИКЛАДІ МІСТА ХАРКІВ)	
Антушева Т. О.	29
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ (ДАНІ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ)	
Артишук І. Ю., Колочко В. А.	31
О СИЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
Бабаевская Ю. А.	32
ІГРОВИЙ РОЗЛАД ТА ЙОГО ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ	
Бабаев М. В.	34
ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАСВОЮВАНOSTІ МОЛОКА СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ СХІДНОЇ УКРАЇНИ	
Бабалян В. О., Аладашвілі П. М., Федота О. М.	36
ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЯ В ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ	
Багмут А. В.	37
ГІСТОЛОГІЧНА ДИНАМІКА ЛОКАЛЬНИХ ЕПІДЕРМАЛЬНО-ДЕРМАЛЬНИХ ЗМІН ПІСЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ НИТОК З ПОЛІДІАКСОНОНОВОГО ШОВНОГО МАТЕРІАЛУ	
Башура І. О., Белозьорова К. І.	38

### РАННЯ ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ОПІКОВОЇ ХВОРОБИ

Белозьоров І. В., Литовченко А. М., Белозьорова К. І. .... 39

### СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ТЯЖКОЇ ТЕРМІЧНОЇ ТРАВМИ

Белозьоров І. В., Литовченко А. М., Белозьорова К. І. .... 40

### АЛГОРИТМ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ З БОЙОВИМИ УШКОДЖЕННЯМИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Белозьоров І. В., Кутовий І. О., Посохов М. Ф., Полях І. О.,

Деліч О. Б., Бібіченко С. І. .... 41

### ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКІВ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ХІМІЧНИХ ЗАБРУДНЮВАЧІВ РІКИ СІВЕРСЬКИЙ ДОНЕЦЬ У МЕЖАХ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Белозьорова К. І., Шевченко В. О. .... 42

### КОМБІНОВАНИЙ МЕТОД ЗУПИНКИ НОСОВИХ КРОВОТЕЧ, У ХВОРИХ ЯКІ ТРИВАЛО ПРИЙМАЮТЬ АНТИКОАГУЛЯНТИ ТА ДЕЗАГРЕГАНТИ

Бичкова Н. С. .... 44

### ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ ПЕРШОКУРСНИКІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

Білецька В. В. .... 45

### РОЛЬ ЛАПАРОСКОПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З РОЗЛИТИМ ПЕРИТОНІТОМ

Бобров А. Є., Молчанова А. В. .... 45

### ЛІКУВАННЯ АТИПОВИМИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ ПСИХОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ, ЩО ВИНИКАЮТЬ НА ТЛІ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА

Боднарук А. Я. .... 46

### ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЁННЫХ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Бойко В. В., Белозёров И. В., Кудревич А. Н., Новиков Е. А., Савви С. А., Грома  
В. Г., Сариян И. В., Бодрова А. Ю., Жидецкий В. В. .... 48

### ВПЛИВ МОРФОЛОГІЇ ТА ЛОКАЛІЗАЦІЇ МЕЙОТИЧНОГО ВЕРЕТЕНА ООЦИТІВ ЛЮДИНИ НА ЯКІСТЬ ТА ЕУПЛОЇДНІСТЬ ОТРИМАНИХ ЕМБРІОНІВ

Будерацька Н. О., Гонтар Ю. В., Лавриненко С. В., Верлінський О. Ю., Ярошик  
М. І., Ільїна К. І., Лахно Я. В. .... 49

### ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РЕЖИМІВ ФАРМАКОТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Василенко О. О., Канишева О. В., Яблучанський М. І. .... 51

### ДОСЛІДЖЕННЯ ПОШИРЕНОСТІ ДІАСТЕМИ, ЯК ПАТОЛОГІЇ ЩЕЛЕПНО- ЛИЦЬОВОГО АПАРАТУ У МОЛОДІ СХІДНОЇ УКРАЇНИ

Виноградова А. С. .... 53

### ЛІКУВАННЯ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК ТА МЛЯВО ГРАНУЛЮЮЧИХ РАН ЗА ДОПОМОГОЮ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ

Волков Д. В. .... 54

### РОЗРОБКА ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ МІСЦЕВОГО ЗАСТОСУВАННЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ACNE VULGARIS

Волков Д. В., Моїсєєнко Т. М., Казмірчук В. В. .... 56

## ХВОРОБА ВІЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА: АКТУАЛЬНІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ

Волошин-Гапонов І. К., Стрижак А. В. ....	57
ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ МАСИ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ТВАРИН ПІД ВПЛИВОМ ХІМІЧНОГО СТРЕСОРНОГО ФАКТОРУ	
Ворона Д. А. ....	59
ДИХАЛЬНА СИСТЕМА: ЕМБРІОГЕНЕЗ ТА АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ	
Вошилін Б. Р. ....	60
ВПЛИВ СІМ'ЯНОЇ ПЛАЗМИ НА КІНЕТИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА СТАН ДНК КРІОКОНСЕРВОВАНИХ СПЕРМІЇВ ЛЮДИНИ	
Гапон Г. О., Юрчук Т. О., Піняєв В. І., Павлович О. В., Петрушко М. П. ...	61
НОВЫЕ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ПОДХОДЫ К ПОДГОТОВКЕ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ	
Гардашова Д. Н. ....	63
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИХ АНЕВРИЗМ	
Гвоздь В. В. ....	64
ПОСТІЙНА БРАДІСІСТОЛІЧНА ФІБРИЛЯЦІЯ ПЕРЕДСЕРДЬ У ПАЦІЄНТА З МУЛЬТИМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ	
Гегманець А. С., Гурова А. А., Ткаченко В. В. ....	66
ГІПЕРТРОФІЧНА КАРДІОМІОПАТІЯ ЯК ПРИЧИНА ПОРУШЕННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ	
Главатських Г. К. ....	67
ВЕГЕТАТИВНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОБОТИ ЗА КОМП'ЮТЕРОМ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ	
Голобородько А. О. ....	69
КОНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ В ПІДЛІТКІВ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ	
Голобородько А. О. ....	71
ОЦІНКА ПРОНУКЛЕУСІВ ДЛЯ ПРОГНОЗУ ЕУПЛОЇДНОСТІ ЕМБРІОНІВ ДОНОРІВ ТА ПАЦІЄНТІВ ЗІ ЗНИЖЕННЯМ ФЕРТИЛЬНОСТІ	
Гонтар Ю. В., Верлінський О. Ю., Ярошик М. І., Будерацька Н. О., Ільїна К. І., Казачкова Н. І., Лавриненко С. В., Лахно Я. В. ....	72
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ	
Горбатовская Д. С. ....	74
ДІАГНОСТИКА ХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ В ДИТЯЧОМУ ВІСІ	
Горкуша С. О. ....	75
ЗАГАЛЬНИЙ КАРДІОВАСКУЛЯРНИЙ РИЗИК І ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ПОСТІЙНОЇ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ	
Гриценко І. В. ....	76

ЛІПІДНИЙ СПЕКТР КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С Губарева К. О.....	77
СОМАТОНЕВРОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ГІПОТАЛАМІЧНОГО СИНДРОМУ У ПІДЛІТКІВ Губарева К. О.....	78
ВИСНОВОК СУДОВО-МЕДИЧНОГО ЕКСПЕРТА ПІД ЧАС ВСТАНОВЛЕННЯ НЕНАЛЕЖНОГО ВИКОНАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ОBOB'ЯЗКІВ МЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ Губін М. В., Сокол В. К. ....	80
СУДОВО-МЕДИЧНІ АСПЕКТИ СМЕРТЕЛЬНОГО ПАДІННЯ У ВОДУ З ВИСОТИ Губін М. В., Сокол В. К., Проценко О. О. ....	82
ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СИРОВАТКИ КРОВІ В ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРИХ ЕПІГЛОТИТІВ У ДОРОСЛИХ Давиденко В. Л., Головка Н. А.....	83
МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ Делич Е. Б., Толмачева С. Р.....	84
ФАКТОРИ РИЗИКУ РЕЦИДИВУ ГРИЖІ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА Деліч О. Б. ....	86
РОЛЬ ІНДУКТОРІВ ІНТЕРФЕРОНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ Довгань В. О., Попова А. М., Чернуський В. Г., Летяго Г. В., Говаленкова О. Л., Носова О. М. ....	87
КОРЕКЦІЯ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З ПОСТІНСУЛЬТНОЮ СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ Дяченко К. І.....	88
ПРИМЕНЕНИЕ УРАПИДИЛА В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ Еськова Е. О., Гриценко И. В. ....	89
АНАЛОГІЯ ЗАСТОСУВАННЯ МАНУАЛЬНОГО ШВА ТА ЗШИВАЧІВ В ХІРУРГІЇ РАКУ ОБОДОВОЇ КИШКИ Жадан Ю. Г. ....	91
ДЕЯКІ ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЛЕОМОРФНОЇ АДЕНОМИ СЛИННИХ ЗАЛОЗ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ Загоранська Н. Є., Міщеракова Є. А.....	92
АНАЛІЗ СТРОМАЛЬНО-ПАРЕНХІМАТОЗНИХ СПІВВІДНОШЕНЬ ПЕЧІНКИ ЩУРЯТ, ЯКІ ПІДДАВАЛИСЯ ВПЛИВУ ЗМІШАНОЇ ГІПОКСІЇ Зотова А. Б., Стауде А.....	93
ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССОВ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В НЕЙТРОФИЛАХ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА Иванченко Д.....	95
НОВИЙ ПІДХІД У ДІАГНОСТИЦІ ДИСТРЕСА ПЛОДУ Ісаєва Я. А. ....	96

<b>КЛІНІЧНА ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ БОТУЛІЗМУ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ</b>	
Камінський С. В. ....	97
<b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СТРЕПТОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ</b>	
Камінський С. В. ....	98
<b>ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НЕЙТРОФИЛОВ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА</b>	
Кагагира М. ....	99
<b>НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В БИОХИМИИ – ПРОТЕОМИКА</b>	
Катамадзе С. Н., Макаренко Р. И. ....	100
<b>РІВЕНЬ ЕКСПРЕСІЇ ГЕНІВ MGMT ТА TSC22D1 У ГЛІОМАХ ТА ШЛЯХИ ЇХНЬОЇ РЕГУЛЯЦІЇ</b>	
Кашпарова О. В., Онищенко К. В., Арешков П. О., Нідоева З. М., Скрипкіна І. Я. ....	
	102
<b>ЕМБРИОГЕНЕЗ ТА АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ</b>	
Кирилова Є. І., Кожевнікова А. А. ....	104
<b>АКТУАЛЬНІСТЬ ТА РАЦІОНАЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ГОРМОНАЛЬНИХ КОНТРАЦЕПТИВІВ</b>	
Кирилова Є. І., Шелюг А. Ю. ....	105
<b>ПОРУШЕННЯ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ІНФЕКЦІЙНОГО ГЕНЕЗУ У ВАГІТНИХ</b>	
Кізюріна Ю. В. ....	106
<b>ОСОБЛИВОСТІ СОМАТО-ПСИХІЧНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА ДИФУЗНИЙ НЕТОКСИЧНИЙ ЗОБ</b>	
Кішінець Я. О. ....	107
<b>СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА КОРЕКЦІЮ ФОЛАТНОГО ОБМІНУ ПРИ ВТРАТІ ПЛОДА</b>	
Кішінець Я. О. ....	109
<b>ВПЛИВ ПРОТЕОМІЧНИХ ТА ГЕНЕТИЧНИХ МАРКЕРІВ НА ВИЖИВАНІСТЬ ХВОРИХ НА АДЕНОКАРЦИНОМУ ЯЄЧНИКА</b>	
Ковальцова М. В., Александрова К. В., Журавльова П. В., Глянецв П. П., Саберова Ю. О. ....	110
<b>ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕМОФИЛИИ «А» И «В» В УЗБЕКИСТАНЕ В РОДСТВЕННЫХ БРАКАХ</b>	
Кодиров О. О. ....	112
<b>ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ МЕТОДІВ КОРЕКЦІЇ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ У ЩУРІВ</b>	
Кожухаренко Т. І., Садовська Ю. О., Горюк І. А., Димченко А. О., Ясиновська В. В. ....	113
<b>РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА НЕСПРОМОЖНОСТІ СТРАВОХІДНИХ АНАСТОМОЗІВ</b>	
Кононенко Н. С., Кулікова Н. О. ....	114



ОБЩИЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ПЕРИОДАХ СИНУСОВОГО РИТМА	
Крамаренко М. С. ....	116
МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ ФІБРИЛЯЦІЇ-ТРИПОТІННЯ ПЕРЕДСЕРДЬ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ	
Кривцова А. А., Майстренко Ю. С. ....	117
ГИПЕРСТИМУЛЯЦИЯ ЯИЧНИКОВ И ЕЁ ПРОФИЛАКТИКА В ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ	
Кудин И. Д., Грищенко В. Н. ....	118
МЕДИКО-ГІГІЄНИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ КОРЕКЦІЇ ХАРЧУВАННЯ І ХАРЧОВОГО СТАТУСУ СТУДЕНТІВ	
Кульмінська В. Ю. ....	119
ЕМБРИОГЕНЕЗ ТА АНОМАЛІЇ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ НИРОК	
Кутепова Г-М. А., Іваненко М. О. ....	120
ВПЛИВ ТЯГАРЯ ХВОРОБИ МАЛИХ СУДИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ НА КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ	
Кутіков Д. О. ....	122
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТРИВОГИ І ДЕПРЕСІЇ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПЕРШОКУРСНИКІВ	
Кучеренко В. О. ....	123
КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ З ВЕЗИКО-УРЕТЕРАЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ	
Лактіонова В., Квітко В. ....	123
О НЕОБХОДИМОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	
Левченко А. Л., Винникова Е. А. ....	125
ЕПІДЕМІОЛОГІЯ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ	
Лесна А. С. ....	126
ОСОБЛИВОСТІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ	
Лесна А. С. ....	127
<i>BOS TAURUS</i> ЯК МОДЕЛЬНИЙ ОБ'ЄКТ ПОРУШЕНЬ РЕПРОДУКЦІЙНОЇ ФУНКЦІЇ ЛЮДИНИ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ПОЛІМОРФНИМИ ВАРІАНТАМИ ГЕНІВ ГОРМОНУ РОСТУ ТА РЕЦЕПТОРУ ГОРМОНУ РОСТУ	
Лисенко Н. Г., Мітіогло Л. В., Понько Л. П. ....	128
ВПЛИВ ОЖИРІННЯ НА ЗМІНИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА ШЕМИЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПОЄДНАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
Литвинов В. С. ....	129
ЗНАЧЕННЯ ПРЕІМПЛАНТАЦІЙНОЇ ГЕНЕТИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ В ЦИКЛАХ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ	
Луцький А. С. ....	130

<b>ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СТАТИНІВ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМУ СТЕАТОГЕПАТИТІ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)</b>	
Мазніченко Є. О., Касаткін О. І., Хуссейн А., Бірюк М. В. ....	131
<b>СОПУТСТВУЮЩАЯ АНТИМИКРОБНАЯ АКТИВНОСТЬ МЕТИЛ- И ГАЛОГЕНСОДЕРЖАЩИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ</b>	
Майстренко Ю. С., Попова А. Н., Чернуский В. Г., Летяго А. В., Говаленкова О. Л., Кашина-Ярмак В. Л., Носова Е. М. ....	132
<b>СТАН ІОНОРЕГУЛЯТОРНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК ЗА УМОВИ ЗАСТОСУВАННЯ СОРБЛАКТУ ТА L-АРГІНІНУ В ПЕРІОДІ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ЕНДОГЕННІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ</b>	
Максимчук Н. О. ....	134
<b>РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ АНТИРЕФЛЮКСНИХ ОПЕРАЦІЙ</b>	
Малоченко А. Ю., Якименко І. В. ....	135
<b>КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПНЕВМОНІЇ ПРИ ІН'ЄКЦІЙНІЙ НАРКОМАНІЇ</b>	
Мартинчик О. С., Бутова Т. С. ....	136
<b>СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ ТА ВІКУ</b>	
Мерцалов І. Ю. ....	138
<b>ЗАСТОСУВАННЯ ВІДЕОЛАПАРАСКОПІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ПОШИРЕННОГО ПЕРИТОНІТУ</b>	
Мірошніченко І. В., Шпетна А. А. ....	139
<b>ДІАГНОСТИЧНІ ПІДХОДИ ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ ФОРМИ ГЕСТАЦІЙНОЇ ТРОФОБЛАСТИЧНОЇ ХВОРОБИ</b>	
Мірошніченко Ю. Ю. ....	140
<b>ГІПЕРУРИКЕМІЯ І АКТИВНІСТЬ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ І ОЖИРІННЯМ</b>	
Молодан Д. В. ....	142
<b>ОСОБЛИВОСТІ КВАНТИФЕРОНОВОГО ТЕСТУ В ДІАГНОСТИЦІ ЛАТЕНТНОЇ ФОРМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ</b>	
Нагорний І. А., Бутов Д. А. ....	143
<b>МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ФАГОЦИТАРНОЇ АКТИВНОСТІ НЕЙТРОФІЛІВ ПРИ ІНДУКОВАНОМУ ПЕРИТОНІТІ У ТВАРИН РІЗНОГО ВІКУ</b>	
Налбандян К. С. ....	144
<b>ЕТАПНИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕННІ ПАНКРЕОНЕКРОЗА</b>	
Некрасова Ю. В., Гончарова Н. Н. ....	146
<b>АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ ТИМУСУ ТА СЕЛЕЗІНКИ ЯК ПРИКЛАД ПОРУШЕННЯ ЕМБРІОГЕНЕЗУ</b>	
Неляпіна М. М., Прилуцька К. Ю. ....	147
<b>ДІСЦИПЛІНА "ДИТЯЧІ ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ" З ЕЛЕМЕНТАМИ ТВОРЧОСТІ</b>	
Неродик І. І. ....	148

НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКАЯ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ У ЖЕНЩИН  
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Неродик И. В.....	149
ВПЛИВ ПЕНТОКСИФЛІНА (ТРЕНТАЛА) НА ПРОДУКЦІЮ ЦИТОКІНІВ СЕНСИБІЛІЗОВАНИМИ Т-ЛІМФОЦИТІВ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ У ДІТЕЙ	
Нестеренко Н. І, Попова А. М., Чернуський В. Г., Летяго Г. В., Говаленкова О. Л., Кашіна-Ярмак В. Л., Носова О.М. ....	150
ХРОНІЧНА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ У ПАЦІЄНТА З МУЛЬТИМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ: СИНДРОМ АБО ЗАХВОРЮВАННЯ?	
Нестеренко Н. І., Луцик М. В. ....	151
ПОКАЗНИКИ ОБМІНУ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ (АНТИТІЛА ДО КОЛАГЕНУ, ОКСИПРОЛІН, ФРАКЦІЇ ГЛІКОЗАМІНОГЛІКАНІВ) ЗА УМОВ ЇЇ ДИСПЛАЗІЇ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ І ТИПУ У МОЛОДІ	
Ніколенко О. Є.....	153
ЗАСТОСУВАННЯ ПЛАСТИКИ ПРОМ В ЛІКУВАННІ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ	
Онопрійко Ю. Ю.....	154
СТРЕСС И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА АДАПТАЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ	
Остапенко В. Р. ....	155
ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ СХЕМ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ФОРМИ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ	
Павлікова К. В. ....	156
ОСОБЛИВОСТІ ПРО-АНТИОКСИДАНТНОГО БАЛАНСУ ТА СТАНУ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ	
Панцок К. А.....	157
ФАКТОРЫ ИММУНИТЕТА УШНОЙ СЕРЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ УХА	
Панченко Т. Ю., Головкин Н. А. ....	158
ПРО НЕОБХІДНІСТЬ КОРЕКЦІЇ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНІВ У ЗАСУДЖЕНИХ ДО ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ	
Пахмурна В. С.....	159
КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСТРОГО МІОКАРДИТУ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ВІТРИНОЇ ВІСПИ	
Петрик А.-М. В. ....	161
БІЧНИЙ АМІОТРОФІЧНИЙ СКЛЕРОЗ (з клінічним прикладом)	
Полукарова І. В. ....	162
СОСТОЯНИЕ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ КОРИ В УКРАИНЕ	
Попова А. Н.....	163
РАННІ ТЕРМІНИ ВАГІТНОСТІ, ГЕМОДИЛЮЦІЯ ТА ПРЕЕКЛАМПСІЯ	
Процик М. В.....	165
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ФЕБРИЛЬНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ	
Редіна І. В. ....	166

ПРО ПРОГРЕСУВАННЯ ШЕМИЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ АБО НЕЛЮБОВ ДО СЕБЕ	
Редіна І. В. ....	167
ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЦЕСІВ АДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТІ 1 І 4 КУРСІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ	
Романенко М. С. ....	169
ДІСЛІПІДЕМІЯ У ХЛОПЦІВ-ПІДЛІТКІВ ІЗ ГІПОАНДРОГЕНІЄЮ	
Романовская К. Б., Косовцова Г. В. ....	170
НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ДИСПЛАЗІЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА РЕПРОДУКТИВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЖІНОК	
Романовська К. Б., Кулик Я. Е. ....	171
РОЛЬ СПАДКОВИХ ФОРМ ТРОМБОФЛІЇ У ВТРАТІ ПЛОДА	
Романовська К. Б. ....	173
ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ІЗ ЗОНИ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ ІЗ УРАХУВАННЯМ ПЕРЕНЕСЕНОГО СТРЕСУ	
Рубанова О. О., Лебець І. С., Толмачова С. Р. ....	174
СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ РОЗУМІННЯ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ МЕХАНІЗМІВ РЕПЕРФУЗІЙНОГО УШКОДЖЕННЯ МІОКАРДА	
Рудик Д. Ю. ....	175
КОГНИТИВНИЙ ДЕФИЦИТ В ПОСЛЕОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У НЕЙРОХІРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	
Руппель Е. А. ....	176
ВАРИАНТНА АНАТОМІЯ НЕПОСТОЯННИХ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА ЧЕЛОВЕКА	
Рябина А. А. ....	177
ЕНДОФЕНОТИПІЧНА ВІЗУАЛІЗАЦІЯ ПРИ РОЗЛАДАХ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ	
Савво В. В., Стоказ К. М. ....	179
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІЇ ОРГАНІВ ДИХАННЯ ПРИ ЮВЕНІЛЬНОМУ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ У ДІТЕЙ	
Савво В. В., Стоказ К. М., Дем'яненко М. В., Зябліна А. В. ....	180
ОСОБЛИВОСТІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	
Савельєва Л. М., Летяго Г. В., Чернуський В. Г., Говаленкова О. Л., Кашіна-Ярмак В. Л., Носова О. М. ....	181
ИЗУЧЕНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПОДРОСТКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫМИ ВИДАМИ СПОРТА	
Савченко Д. В. ....	183
ОБТЯЖЕНІСТЬ СПАДКОВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ РАЙОНІВ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	
Садовниченко Ю. О., Федота Н. М., Мовчан Н. В., Рощенюк Л. В., Тижненко Т. В. ....	184

## ВИВЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ СНУ СЕРЕД УЧНІВ МІСТА ХАРКОВА

Сазонова Т. М. .... 184

## ЕМБРИОГЕНЕЗ ТА АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ КІНЦІВОК

Сазонова Т. М., Жадан Ю. Г. .... 185

НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО СЕРЕДНЬОГО ОТИТУ У ДІТЕЙ,  
УСКЛАДНЕНОГО ПЕРИФЕРИЧНИМ ПАРЕЗОМ ЛИЦЕВОГО НЕРВУ

Самусенко С. О., Головка Н. А., Лозова Ю. В. .... 187

## БИОМАРКЕР ST2, ТА ЙОГО ВПЛИВ НА КАРДІОРЕНАЛЬНИЙ СИНДРОМ

Севідова К. О. .... 188

ПОСТОЯННАЯ ВАКУУМЭКСТРАКЦИЯ, КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ  
ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Сероштанов А. И., Трушин А. С., Боев В. М., Шептуха А. А. .... 189

ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ НЕСПРОМОЖНОСТІ АНАСТМОЗІВ  
ПРИ ОПЕРАЦІЯХ НА КИШЕЧНИКУ

Серашова І. С. .... 190

## МЕДИКАМЕНТОЗНИЙ ГІПЕРКОРТИЦИЗМ У ПІДЛІТКА

Сініченко О. С., Косовцова Г. В. .... 191

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ДІАГНОСТИКИ ПСЕВДОІНСУЛЬТНОГО  
ПЕРЕБІГУ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Сітбаталов А. І. .... 193

## МЕТАФОРИЧНІ АСОЦІАТИВНІ КАРТИ В РОБОТІ ПСИХОТЕРАПЕВТА

Сляднева К. Ю. .... 194

ГІГІЄНИЧНІ АСПЕКТИ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТАМИ  
МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

Солодовидченко С. С. .... 195

АКТИВАЦІЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНИХ МАКРОФАГІВ ЩУРІВ 3  
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ 6-ОНДА-ІНДУКОВАНИМ ПАРКІНСОНІЗМОМ

Степаненко С. В., Гурмач Є. В., Шуляк А., Присяжнюк А. І. .... 197

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО  
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ  
ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Стець Т. В., Турок А. В., Феєр О. В. .... 198

ПІДХОДИ ДО ІМУНОКОРИГУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА  
БРОНХІАЛЬНУ АСТМУСтецюра К. Ю., Попова А. М., Чернуський В. Г., Летяго Г. В., Говаленкова О. Л.,  
Кашіна-Ярмак В. Л., Носова О. М. .... 199

## ПСИХІЧНІ АСПЕКТИ ГЕПАТОЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ДИСТРОФІЇ

Стоказ К. М., Савво В. В., Клепікова О. В., Волошин-Гапонов І. К. .... 200

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ХВОРОБИ ВІЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА

Стоказ К. М., Савво В. В. .... 201

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА  
ШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

Стрижак А. В., Волошин-Гапонов І. К., Стрижак Т. А. .... 202

ПРОФЕСІЙНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ВИКЛАДАЧІВ В ПРОЦЕСЕ ЇХ ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	
Сукачова О. М. ....	204
ДОСЛІДЖЕННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ У СТУДЕНТІВ	
Тесленко А. О. ....	205
РОЛЬ ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА В ТЯЖКОМУ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ НА ТЛІ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ДИСПЛАЗІЇ У ДІТЕЙ	
Тимошук М. В., Кулешова А. А. ....	207
ЮВЕНІЛЬНИЙ ІДЮПАТИЧНИЙ АРТИТ У ДІТЕЙ: АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ДАНИХ	
Трендовацька Н. І. ....	209
СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ХВОРИХ З ФБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ	
Умудова Н. А. ....	210
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПЛЕВРИТУ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ	
Халімов Є. Г., Остапенко Д. М., Бутов Д. О. ....	211
ЗАЛЕЖНІСТЬ ХХІ СТОЛІТТЯ	
Харченко Л. В., Семеніхін В. С. ....	212
ТРИХОТИЛОМАНІЯ. КЛІНІЧНА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ	
Харченко Л. В. ....	214
ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ КРОВОООБІГУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЕРАПІЇ	
Харченко Л. В., Толмачова С. Р. ....	215
ВЗАИМОСВЯЗЬ КУРЕНИЯ С УРОВНЕМ НОВЫХ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ГАЛЕКТИНА-3 И Р-СЕЛЕКТИНА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	
Хвисяк М. А. ....	217
ЛОКАЛЬНІ ЗМІНИ В ТКАНИНАХ І ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РЕПАРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ ПРИ ОПЕРАЦІЯХ НА ШЛУНКУ І КИШЕЧНИКУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЕЛЕКТРОХІРУРГІЧНОЇ І УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДИСЕКЦІЇ І КОАГУЛЯЦІЇ	
Хворостов Є. Д., Цівенко О. І., Бичков С. О., Гриньов Р. М., Олефіренко О. О. ....	219
КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ СИНДРОМА ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ	
Цибульський О., Душик А., Борзов В. ....	220
МОРФОЛОГИЯ И ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ОТВЕРСТИЙ ПОПЕРЕЧНЫХ ОТРОСТКОВ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ	
Цикало Д. Ю. ....	221
КЛІНІКО-ГЕНЕАЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕКЗОСТОЗНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ КІСТОК	
Цьоміна А. В. ....	223

КОМБІНОВАНІ ЛІКАРСЬКІ КОМПОЗИЦІЇ СИНТЕТИЧНОГО ТА ПРИРОДНОГО ПОХОДЖЕННЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ	
Чакрам А. П. ....	224
ПЕРФУЗИОННИЙ ІНДЕКС КАК ІНДИКАТОР КОМПЕНСАЦІЇ ГИПОВОЛЕМИИ И ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ	
Чепелюк А. А. ....	226
ОСОБЛИВОСТІ МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ШЛУНКУ В ПІДЛІТКІВ ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	
Черногребель А. О. ....	227
ВИВЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ	
Чопей А. В., Ферег О. В., Стець Т. В. ....	228
ПОРУШЕННЯ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ СИСТОЛІЧНОГО АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	
Чугасва В. В. ....	230
ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА ЗМІНИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ	
Шевченко В. О. ....	231
ЖОВЧОВИТІКАННЯ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ ПЕЧІНКИ	
Шевченко В. О. ....	232
ІНГІБІТОРНА КОАГУЛОПАТІЯ: ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ТА ЛІКУВАННЯ	
Шевченко Н. І. ....	233
РЕЖИМ ХАРЧОВОГО РАЦІОНУ ТА ШКІДЛИВИХ ЧИННИКІВ – ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ СЕРЕД МОЛОДІ	
Шепель В. В. ....	234
МІСЦЕВИЙ ІМУНІТЕТ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ НА ТЛІ СУПУТНОЇ ЛЕГЕНЕВОЇ ПАТОЛОГІЇ	
Шило М. М. ....	236
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ФІБРОМІАЛГІЇ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВІКУ	
Шмагун Д. В. ....	237
ФІБРІЛЯЦІЯ ПЕРЕДСЕРДЬ ЯК НАСЛІДОК ЗМІШАНОГО ТОКСИЧНОГО ЗОБУ: ЯК СЛІД ЧИНИТИ?	
Шмагун Д. В., Рибчинський С. В. ....	239
КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ ОРГАНІВ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ	
Шнейдерман С. І. ....	240
МАЛОІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ КІСТ ПЕЧІНКИ	
Щепанський С. О., Рябущенко Д. Д. ....	242

---

АНАЛІЗ СУЧАСНОГО МЕТОДУ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЦИСТЕКТОМІЇ Цолок Т. С., Онікова А. О.....	243
SUICIDAL IDEATION AND PHARMACOLOGICAL METHODS OF CONTROL OF BEHAVIORAL REACTIONS Andreev I. German.....	244
CINICAL CASE: ATRIAL FIBRILLATION AS A CONSEQUENCE OF AN ATRIAL SEPTAL DEFECT Ali Fadel Al Mahafzah.....	244
ASSESSMENT OF THE POSSIBILITIES OF B-MODE ULTRASONOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF CERVICAL INTERVERTEBRAL DISCS HERNIA IN ADOLESCENTS Roman R. Abdullaiev, Konul N. Ibragimova.....	246
CLINICAL CASE OF ULCERATIVE COLITIS IN A 7-YEAR OLD CHILD A. O. Abebefe, H. K. Boateng.....	247
ALCOHOL CONSUMPTION AND TOBACCO USE AMONG UNIVERSITY STUDENTS IN KHARKOV, UKRAINE Adelugba Taiwo Oloruntoba.....	248
CONSIDERATIONS IN USING BODY MASS INDEX (BMI) AS A MARKER FOR DETERMINING HEALTHY BODY WEIGHT Adeola Tomilade Kayode.....	250
LEFT VENTRICLE MURAL THROMBUS IN PATIENT WITH ANEURYSM AFTER MYOCARDIAL INFARCTION Adu Albert Asare.....	251
WEGENER'S GRANULOMATOSIS: TREAT A PATIENT NOT SYMPTOMS Aroyewun, Opeyemi Taofeek Ajewole Olamide Michael.....	253
NEUROLOGICAL COMPLICATIONS OF SICKLE CELL DISEASE IN AFRICA Akinpelu Olusewa Abigail.....	254
DIAGNOSIS OF FETAL ECTOPY INTRA-UTERO USING NON-INVASIVE FETAL ELECTROCARDIOGRAPHY Awobode Janet O., David Nsikak-Abasi M. ....	255
FLOW DIVERTING STENTS IN THE SETTING OF SUBARACHNOID HAEMORRHAGE Szymon Baluszek.....	256
MOLECULAR LANDSCAPE OF DIFFUSE GLIOMAS ASSOCIATED WITH SEIZURES Szymon Baluszek.....	257
THE IMPORTANCE OF PINP IN BONE METABOLISM IN CHILDREN WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS Bamidele Abiola, Omonijo Blessing, N. N. Panko.....	259
CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION – WHEN IS IT TIME TO START? Benyah Samuel.....	260
MENINGITIS IN AFRICA Blessings Charungwa.....	261



A CASE REPORT OF OVERLAP SYNDROME	
H. K. Boateng .....	262
THE MAIN CONTRACEPTION ISSUES IN UKRAINE (STUDENT'S VIEW)	
V. V. Bobrytska, O. O. Shakirova .....	262
ROLE OF CARDIOLIPIN IN THE PATHOGENESIS OF PARKINSON'S DISEASE	
H. Y. Bodnaruk .....	264
ADENOCARCINOMA OF THE AMPULLA OF VATER TREATED BY LAPAROSCOPIC SURGERY OF CEPHALIC PANCREATODUODENECTOMY PROCEDURE CASE REPORT	
M. Kacamakovic, R. Drnda, A. Sljivo .....	265
SCREENING DIAGNOSTICS IN CHILDREN WITH BOWEL DISEASES	
Augustine Borbor Conteh, K. Voloshyn .....	265
TREATMENT OF SPLENIC ARTERY ANEURYSM – CASE SERIES	
Czajka Kazimierz, Wrona Filip, Dąbala Mateusz, Zygadło Jakub, Kaczmarek Mateusz .....	266
NEUROMYELITIS OPTICA: A CASE REPORT	
Delich O. B., Abdel Wahhab O. GH., Merkulova O.Yu., Pasyura I. N., Shevchenko L. M. ....	267
ACUTE POSTSTREPTOCOCCAL GLOMERULONEPHRITIS. MODERN MEDICAL APPROACH ON AN EXAMPLE OF A CLINICAL CASE	
T. Dlamini .....	268
DRUG MANAGEMENT OF PATIENT WITH HEART FAILURE AND CARDIAC PACEMAKER	
Dwayat Yazan .....	269
THE STRESS AND THE SUICIDES	
Emeje Ojoma Glory .....	270
RESPIRATORY DISORDERS AT CHILDREN WITH DIABETES MELLITUS TYPE 1	
Emeka Izuwa Uchenna .....	272
HUMAN PAPILOMAVIRUS INFECTION AND CERVICAL CANCER	
Ezekwu Prince-Precious Kemkanma .....	273
CORRELATION OF BONE METABOLISM MARKERS IN CHILDREN WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS	
Fadire Abisola, Bamidele Abiola, N. Shevchenko .....	275
ATRIAL FIBRILLATION IN PATIENT WITH TYPE-2 DIABETES MELLITUS	
Fagbemi Oluwatoyin O. ....	276
DIABETIC PATTERN OF PREGNANT WOMEN IN NIGERIA	
Fakolade Olayemi Success, E. Avdievskaya .....	276
INFLUENCE OF PARENTAL EDUCATION AND INCOME ON CHILD'S HEALTH IN KHARKOV CHILDREN SCHOOLS	
Fakolade Olayemi Success .....	278
LANGERHANS CELL HISTOCYTOSIS CAN MIMIC BONE MALIGNANCY	
G. M. Sakthi Saravanan .....	279

ANALYZING OF PHENYLKETONURIA IN SOCIETY	
Farhan Ghanem .....	281
NEUROPHYSIOLOGICAL ASSESSMENT OF DIABETIC POLYNEUROPATHY AND IMPORTANCE OF THE CUTANEOUS PERIOD OF SILENCE IN PATIENTS DIAGNOSED WITH DIABETES MELLITUS	
Rijad Drnda, Harun Grabo, Majda Kačamaković, Imana Sokolović, Armin Šljivo, Adem Žutić.....	282
DISTRIBUTION OF CHILDREN'S RESPONSE TO FEELING SAFE ON THEIR WAY TO SCHOOL IN URBAN AND RURAL AREAS IN UKRAINE	
Imoni Eloho R., Iyiola Adeyemi O.....	283
DISTRIBUTION OF CHILDREN'S RESPONSE TO SPORTS IN SCHOOL IN URBAN AND RURAL AREAS IN UKRAINE	
Iyiola Adeyemi O., Imoni Eloho R.....	285
ENDOVASCULAR MANAGEMENT OF NECK SKIN CANCER LESION BLEEDING	
Kaczmarek Mateusz, Głóg Wojciech .....	286
INFLUENCE OF 2-ETHYL-6-METHYL-3-HYDROXYPYRIDINE SUCCINATE ON BLOOD C-REACTIVE PROTEIN LEVEL IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND COGNITIVE DISORDERS WITHIN THE FIRST 24 HOURS AND TREATMENT OVER TIME	
A. Khyzhniak, K. Stroienko .....	287
SCHIZOAFFECTIVE DISORDER: DIAGNOSTICAL PROBLEMS	
Moad Kaiyal.....	288
YOUNG DOCTORS' AND MEDICAL FACULTIES STUDENTS' ATTITUDES TOWARDS THE PROFESSIONAL ROLE OF DOCTOR. POLAND – UKRAINE COMPARATIVE STUDY	
Maciej Kokociński, Piotr Kordel.....	289
A 'FORGOTTEN' BRIDGE: GET BACK TO PAST	
Lambi Jervis Somo, Oshodi Opeyemi Esther.....	290
CERVICAL CANCER INCEDENCE RATE IN NIGERIA	
Lat Tapchin Mathew, Akinpelu Olusewa Abigail.....	291
USEFUL ART OF PHYSICAL EXAMINATION	
W. F. Lawal.....	292
PEDIATRIC CLINICAL CASE OF SCLEREDEMA BUSCHKE	
Lawal Wuraola F., Mhlophe Mqele S., I. Khadjynova.....	293
FEATURES OF FORMATION OF HEALTH-SAVING BEHAVIOR OF SCHOOLCHILDREN IN DIFFERENT TYPES OF EDUCATIONAL INSTITUTIONS	
Loai Ali Al-Hajaya.....	294
THE EFFECTS CUMULATIVE LIFE STRESS ON CARDIOVASCULAR STRESS REACTIVITY	
Magapu Veera Venkata Akhil.....	295

CLINICAL CASE STUDIES IN PATIENT WITH HEART FAILURE AND DIABETES MELLITUS	
Ayoup S. M, Gakpo Jacob Owusu.....	296
CASE REPORT: POLYTRAUMA – NEVER-ENDING TREATMENT	
Muhić Amila.....	298
COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF MORPHOFUNCTIONAL HEART PARAMETERS IN ADOLESCENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND RHYTHM AND CONDUCTION DISORDERS	
Nanfuka Catherine.....	298
HOW EASY IS THE DIAGNOSIS OF BRUGADA SYNDROME?	
Nithin Varghese.....	300
THE HYGIENIC EVALUATION OF HEALTH OF INTERNATIONAL STUDENTS IN KHARKIV, UKRAINE	
Nkwam-Uwaoma Chimnaza Chikwesiri.....	301
PHYSICAL ACTIVITY DURING PREGNANCY	
Nur Amer.....	302
INCIDENCE OF ESOPHAGOUS MUCOUS MEMBRANE DAMAGE IN CHILDREN WITH ASSOCIATED PATHOLOGY OF UPPER DIGESTIVE TRACT	
Ogundipe Kehinde Ayomide, Oladipo Lois Damilola.....	303
BEST MANAGEMENT APPROACH FOR PATIENTS WITH MULTIPLE CHRONIC CONDITIONS	
Ogundipe Kehinde Ayomide.....	304
ASSESSMENT OF ADAPTIVE CAPACITY IN ADOLESCENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION	
Okoronkwo Ugochukwu.....	305
IMPLANTED PACEMAKER REGARDING TO COMPLETE ATRIOVENTRICULAR BLOCK: A CASE REPORT	
Oladipo Damilola Lois, Swanzy-Krah Jennifer.....	306
HEART RHYTHM DISORDERS IN CHILDREN WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASES	
Oladipo Lois Damilola, Ogundipe Kehinde Ayomide.....	307
POTENTIAL RISKS OF HEALTH STATUS OF SCHOOL-AGE CHILDREN WHICH ASSOCIATE WITH THEIR BEHAVIOR	
Omar Mohammad Alajoulen.....	308
THE IMPORTANCE OF STROKING AND PSYCHONEUROIMMUNOLOGY	
Omid Talebloo.....	309
INFANT MORTALITY	
Omoloye Esther Oluwadrotimi.....	310
SUICIDE AS A RESULT OF MENTAL DISORDERS	
S. N. Onokwai.....	311
THE THYROID SECRET	
O. A. Orotusin, I. T. Oyewo.....	312

---

**DISTRIBUTION OF RESPONSES OF SCHOOLCHILDREN FOR OBTAINING INFORMATION ABOUT A HEALTHY LIFESTYLE**

N. O. Osikoya .....	312
<b>BACTERIAL INVASION AS A KEY FACTOR IN PROGRESSION OF REACTIVE ARTHRITIS ON EXAMPLE OF CLINICAL CASE</b>	
Hamza A. Osman .....	314
<b>FEMALE GENITAL MUTILATION IN NIGERIA</b>	
Owoeye Samuel Oluwatimileyin, V. G. Nesterenko .....	315
<b>CLINICAL CASE OF NEONATAL SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOUS</b>	
Oyebade Funmilade Oyedunmade, Ofure Osage, M. A. Bugaevska .....	316
<b>HARMFUL EFFECTS OF FOOD ADDITIVES ON THE HUMAN BODY</b>	
Philip Sedem Dankwah .....	317
<b>CLINICAL CASE OF GENERAL SOMATIC COMPLAINTS</b>	IN 47 Y.O.
<b>FEMALE</b>	
Reng Gloria John .....	319
<b>ATRIAL FIBRILLATION WITH PAST MYOCARDIAL INFARCTION: CLINICAL CASE</b>	
Yadav Omprakash, Sahoo Priya Ranjan .....	319
<b>THE EFFECT OF USING DIGITAL GADGETS ON THE QUALITY OF SLEEP OF SCHOOLCHILDREN AND STUDENTS</b>	
T. Sazonova .....	321
<b>SARCOIDOSIS OF LUNGS MORPHOLOGICAL DIAGNOSTIC CRITERIAS</b>	
T. Simpson, N. A. Komaromi, V. V. Borozenetz .....	322
<b>VIRUS THE CANCER FIGHTER IN IMMUNOLOGY, ALLERGOLOGY, INFECTIOUS DISEASES</b>	
Pavi Raj Singh .....	323
<b>ANTI-PHOSPHOLIPID SYNDROME – DURING PREGNANCY</b>	
Sanu Sosamma Yohannan .....	324
<b>DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF ACUTE MYOCARDITIS IN PATIENTS WITH INFLUENZA DURING THE EPIDEMIC IN 2016-2017</b>	
D. A. Volobuev .....	325
<b>CLINICAL CASE OF SPONTANEOUS DISSECTIONS OF CORONARY ARTERIES IN WOMEN</b>	
I. R. Vyshnevskya, Mohammad Kaaki .....	327
<b>EVOLUTION OF ENDOVASCULAR TREATMENT OF AORTOILIAC OCCLUSIVE DISEASE – CASE SERIES</b>	
Wrona Filip, Dąbala Mateusz, Czajka Kazimierz, Zygałło Jakub, Kaczmarek Mateusz .....	328
<b>RADIOFREQUENCY ABLATION AS AN EFFECTIVE TREATMENT METHOD OF RESISTANT ATRIAL FIBRILLATION. CLINICAL CASE</b>	
S. Yasser .....	328
<b>PREVENTION OF THE PATHOLOGY OF THE CARDIO-VASCULAR SYSTEM AMONG SPORTS REPRESENTATIVES OF YOUTH</b>	
J. Zhadan, E. Kovtun, T. Maltseva .....	329

---

ANEVRISMA CORDIS. APPROACH TO THE PATIENTS Jedidiah Banini.....	331
EPIDEMIOLOGY OF CEREBRAL CONCUSSION AMONG ATHLETES IN DEVELOPED COUNTRIES Adeola Tomilade Kayode.....	332
ANALYSIS OF THE TECHNOLOGY E-HEALTH Asrorov Madamin.....	332
TYPICAL ATRIAL FLUTTER “IN THE SECTION”: DRUG THERAPY AND INTERVENTIONAL THERAPY IN A PATIENT WITH POST MYOCARDITIS CARDIOSCLEROSIS A. D. Bamidele, T. T. Awofolaju.....	334
FUNCTIONAL FEATURES OF HEART FUNCTION IN PATIENTS WITH PNEUMONIA IN THE PRESENCE OF INTOXICATION SYNDROME Iweh Ijeoma.C, T. Rudenko.....	335
TREATMENT OF PATIENTS WITH ABNORMAL UTERINE BLEEDING WITH PHYTOESTROGENS Jermaine St. Patrick Leon.....	336
PARKINSON DISEASE AMONG THE ELDERLY NIGERIAN Nkwam-Uwaoma Chimnaza Chikwesiri.....	337
IMPLANTED PACEMAKER REGARDING TO COMPLETE ATRIOVENTRICULAR BLOCK: A CASE REPORT Oladipo Damilola Lois, Swanzy-Krah Jennifer.....	338

## ФАКТОР РАЦІОНУ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГЕНІВ ОДНОВУГЛЕЦЕВОГО МЕТАБОЛІЗМУ

Адмакіна А. В.<sup>1</sup>, Тижненко Т. В.<sup>2</sup>, Рощенко Л. В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Харківський національний медичний університет;

<sup>2</sup>Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна;

<sup>3</sup>Харківський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер № 1;  
м. Харків, Україна

Науковий керівник: д.біол.н., проф. О. М. Федота

Псоріаз – один з найбільш поширених хронічних запальних дерматозів, що характеризується гіперпроліферацією епідермісу і порушенням кератинізації та генетичною неоднорідністю (Aditi Chandra et al., 2015; Oka A. et al. 2012; Di Cesare A et al., 2009). Показана участь генів одноуглецевого метаболізму в патогенезі багатьох мультифакторіальних захворювань, у тому числі і псоріазу (Karabacaketal., 2015). Серед факторів, що сприяють розвитку псоріазу, розглядають підвищений рівень гомоцистеїну в крові. Обмін гомоцистеїну контролюється ферментами фолатного циклу, серед яких метілететрагідрфолатредуктаза (MTHFR) і метіонінредуктазсинтаза (MTRR). Трансформація гомоцистеїну в процесі метаболізму вимагає участі фолієвої кислоти, вітамінів В6 і В12 в якості коферментів (Love Th.J. et al. 2011). В процесі перетворення гомоцистеїну в метіонін відомі дві реакції: за участю В12 і В9-залежною метіонін-синтази (MTR) і за участю похідної холіну (вітамін В4), бетаїн-бетаїн-гомоцистеїн-S-метилтрансферази (BHMT). Кожна людина має неповторний метаболізм, тому важливо робити рекомендації щодо медикаментозної і дієтичної терапії в залежності від індивідуальних особливостей геному.

В зв'язку з цим, метою роботи став аналіз формування дієтичного харчування за урахування генетичних особливостей хворих на псоріаз.

Матеріали та методи: Ми провели систематичний огляд літератури за останні 10 років на гени сприйнятливості фолатного обміну до псоріазу. Використовували пошукову базу PubMed.

Результати дослідження. Пацієнти з псоріазом все частіше звертаються до використання альтернативних ліків при менеджменті псоріазу, окрім рекомендованого раціону (Уніфікований клінічний протокол, 2016). Хворі часто використовують різні дієтичні добавки, включаючи використання оральних вітаміну D, вітаміну В12, селену та омега-3 жирних кислот (Jillian W. Millsop M.S., 2015). Дієтичні фактори можуть впливати на перебіг псоріаз і модифікувати його клінічне вираження. Встановлено, що генотип TT за C677T MTHFR впливає на метаболізм фолатів, що дозволяє приймати стандартну дозу фолієвої кислоти, однак це може бути недостатньо для осіб з TT генотипом за цим поліморфізмом (Brian Meshkin and Kenneth Blum, 2007). Тому раціон хворих на псоріаз повинен включати продукти

багаті вітамінами групи В і фолієву кислоту. Фолати необхідні для життєзабезпечення процесів біосинтезу білка та синтезу ДНК, реплікації та репарації. Фолати присутні у таких продуктах, як сушені боби, апельсини, цільно-пшеничні продукти, печінка, спаржа, буряк, брюсельська капуста і шпинат. Однак, за даними Servy et. al. (2017), для пацієнтів, що мають генотип TT за геном MTHFR, надмірне споживання фолієвої кислоти не рекомендується і може викликати токсичність через присутність в організмі неметаболізованої фолієвої кислоти (Servy E. et al., 2017). Хоча поліморфізм A66G гена MTRR не надає істотного впливу на рівень фолієвої кислоти в крові, поєднання поліморфізмів C677T і A66G генів MTHFR і MTRR, відповідно, мають значний вплив на загальну концентрацію гомоцистеїну і фолієвої кислоти в сироватці крові (Weiwei et al., 2014; Kurzawski et al., 2015). Відповідно до дослідження Singh P.R. наявність мінорного алеля G742A ВНМТ пов'язана з надходженням в раціон мікроелементів фолатів нижче рекомендованої добової норми, що може збільшити ще й ризик розвитку кардіоваскулярних захворювань (Singh P.R., 2011).

Висновки. Відзначимо, що дієта також відіграє важливу роль у етіології та лікуванні псоріазу. Аналіз поліморфних варіантів кандидатних генів псоріазу дозволить сформувати індивідуальні рекомендації для харчової поведінки кожного хворого.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ НА ЕНДОЦЕРВІКОЗ

Александрова К. В., Журавльова П. В.

Харківський національний медичний університет, кафедра патологічної анатомії  
Харків, Україна

Науковий керівник: Омельченко О. А., доцент

Актуальність. У сучасному світі набуває тенденції збільшення кількості гінекологічних захворювань у жінок репродуктивного віку. У загальній структурі захворюваності найчастіше переважає картина ендометріозу. Нині під дефініцією ендометріозу розуміють патологічні зміни епітеліального шару тканин шийки матки. Найчастіше ця патологія асоціюється гінекологами з діагнозами ерозії та псевдоерозії, які, в свою чергу, потребують кваліфікованого лікування, у зв'язку з тим, що можуть також призвести до дисплазії, раку шийки матки та навіть безпліддя. Ендометріоз має властивість маскуватися під інші гінекологічні захворювання, такі як: поліп ендометрію, ПОМЦ (порушення оваріально-менструального циклу), ектропіон, які потребують біопсійних досліджень для постановки точного діагнозу.

Мета. Виявити та проаналізувати зв'язок між віком досліджуваних жінок та їх захворюваністю на ендocerвікоз, з можливим розвитком гінекологічної патології.

Матеріали та методи. Матеріалом для дослідження послуговували біопсійні тканини цервікального каналу жінок з діагностованим ендocerвікозом шийки матки, взяті з патологоанатомічного відділення Харківської обласної клінічної лікарні. Статистичні дані (вік, діагноз, результати біопсії) оброблялись в програмі Excel з побудуванням аналітичних таблиць залежності віку та діагнозу.

Результати. Було досліджено 204 жінки віком від 16 до 45 років, з яких 112, тобто більш, ніж половині хворих, діагностовано псевдоерозію цервікального каналу. За віком досліджувані були розподілені на 6 груп: 16-20; 21-25; 26-30; 31-35; 36-40; 41-45. В першу вікову групу 16-20 років увійшли 17 (15.2%) жінок, у яких була діагностована сумісна патологія ерозії та псевдоерозії шийки матки або ендocerвікоз. Другу групу складають 24 (21.4%) жінок віком 21-25 років. У третю групу увійшли 35 пацієнтки (31.3%) віком 26-30 років. Четверту групу формують 20 жінок (17.9%) віком 31-35 років. В п'яту вікову групу 36-40 років увійшли 11 хворих (9.9%). Останню групу склали 5 (4.3%) пацієнтки віком 41-45 років.

При мікроскопічному дослідженні біопсійного матеріалу тканин з цервікального каналу жінок, діагностовано наступні форми ендocerвікозу: поверхнева (63 жінки – 56.3%), залозиста (29 жінок – 25.8%) та епідермізуюча (20 жінок – 17.9%).

Серед досліджуваних у 43 жінок був діагностован ендocerвікоз у стані хронізації, що обумовлює більш високий ризик розвитку ускладнень гінекологічного профілю. З діагнозом ерозії було виявлено тільки 9.7% жінок, а 90,3 % було діагностовано ендocerвікоз шийки матки. Ендocerвікоз був також виявлений клінічно у 24 % жінок з підозрою на поліп цервікального каналу, а також 11.8% с попереднім діагнозом на екстропіон, 2.8% жінок зі скаргами на ПОМЦ.

Висновки.

1) Всупереч поширеній думці, ендocerвікоз, за виявленою статистикою, наразі є молодим захворюванням і вражає жінок віком від 20 до 35 років.

2) Діагноз ендocerвікоз становить загрозу для фертильності жінок молодого віку і потребує пильного нагляду з боку медичних працівників.

3) Найчастіше ендocerвікоз трактується, як псевдоерозія, цей термін частіше вживається гінекологами у практичній роботі, як більш оптимальний, але морфологічно це одна патологія шийки матки.

4) Властивість ендocerвікозу імітувати інші гінекологічні захворювання вимагає від жінок пильного стеження за своїм здоров'ям для запобігання розвинення складніших патологій.



## РЕНТГЕНОЛОГІЧНИЙ КОНТРОЛЬ МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПІКОВИХ СТРИКТУР СТРАВОХОДУ

Аноджемері С., Кульмінська В. Ю.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Кравцова Е. А., к.мед.н., доцент кафедри хірургічних хвороб,  
операційної хірургії і топографічної анатомії

**Актуальність:** Найбільш поширеною патологією стравоходу є післяопікові рубцеві стриктури (ПОСС). Рубцевий стеноз утворюється при залученні в процес м'язового шару, частіше в місцях фізіологічних звужень стравоходу. Провідним методом діагностики і визначення ступеня вираженості післяопікових звужень і оцінки ефективності лікування є рентгенологічне дослідження.

В даний час застосовують три методи внутріпросвітнього розширення стравоходу - бужування, балонна дилатація та стентування. Найбільш відомим консервативним методом лікування ПОСС є бужування, яке рекомендується як перший етап лікування, що дозволяє отримати хороші результати у 90-95% хворих. Балонна дилатація на відміну від бужування проводиться за допомогою катетера з балоном, наповненим повітрям або рідиною. Для досягнення стійкого ефекту після початкової дилатаційної терапії застосовується тимчасове стентування стравоходу в області стриктури.

**Мета:** Вивчення результатів дилатаційних методів лікування у хворих з ПОСС за рентгенологічними даними.

Проаналізовано результати лікування 40 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в ДУ «ІЗНХ ім. В.Т. Зайцева НАМН України» м.Харкова з 2014 по 2017 р.р. з ПОСС. З них чоловіків було 18, жінок - 22, середній вік -  $33,2 \pm 4,2$  року. Опік кислотою відзначений у 9 хворих (23,7%), лугом - у 25 пацієнтів (62,5%), невідомою хімічною агентом - у 6 (15,8%). Терміни надходження в стаціонар: 8-14 діб - 4 (10,5%), 15 діб - 2 місяці - 9 (23,7%), більше 2-х місяців - 27 хворих (67,5%). Обстеження пацієнтів включало рентген - контрастне дослідження стравоходу і шлунку, що дозволяло визначити ступінь і протяжність звуження, швидкість проходження контрасту, наявність супрастенотичного розширення.

За даними, у більшості хворих (30 пацієнтів - 78,9%) діаметр стриктури становив від 0,2 до 0,6 см (при нормі 1,4 - 2,8 см). Протяжність ураженого сегмента становила від 2 до 8 см (до 3 см - 64,3%, 4-8 см - 35,7% випадків).

Усім пацієнтам для реканалізації рубцевої стриктури спочатку проводили вібраційне бужування під рентген - контролем, після чого вдалося отримати хороші результати (розширення рубцевої стриктури до  $\frac{1}{2}$  від нормального діаметра) у 27 хворих (67,5%). Задовільні результати (розширення діаметра стриктури до  $\frac{1}{3}$ ) відзначені у 9 пацієнтів (23,7%), і

незадовільні - у 4 (10,5%). Цим 13 пацієнтам (32,5%) проведена балонна дилатація під рентген - контролем. У 9 хворих (22,5%) вдалося досягти розширення рубцевої стриктури від 0,7 до 1 см. У 3 пацієнтів розширення складо до 0,5 см (7,5%), а у 1 хворого - менше 0,5 см ( 1,25%), що стало показанням до стентування стравоходу. Випадків рестеноза за час спостереження не відзначено.

Висновки: В якості першого етапу лікування хворих з ПОСС повинні застосовуватися малоінвазивні дилататійні методи терапії під супроводом рентгенологічного дослідження з урахуванням ефективності в конкретному клінічному спостереженні.

## ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬУТРОБНОГО РОЗВИТКУ ТА ПОРУШЕННЯ ЕМБРІОГЕНЕЗУ ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ

Антоненко А. В., Горбачов Д. К., Самойлова І. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Проценко О. С., д.мед.н., професор, завідувач кафедри  
загальної та клінічної патології;

Шаповал О. В., к.мед.н., доцент кафедри загальної та клінічної патології

Актуальність. Відомо, що при багатоплідній вагітності існує підвищений ризик розвитку ускладнень вагітності та пологів. Частота порушень ембріогенезу при багатоплідній вагітності також висока.

Мета дослідження. Вивчити процес ембріогенезу та його можливі порушення за умов розвитку багатоплідної вагітності.

Задачі дослідження. Дослідити особливості ембріогенезу та вивчити основні види аномалій при багатоплідній вагітності.

Матеріали та методи. Процес ембріогенезу при багатоплідній вагітності та його порушення було вивчено за даними літературних джерел.

Отримані результати. Внаслідок овуляції двох овоцитів та запліднення кожного з них окремим сперматозоїдом розвивається вагітність дизиготними близнюками. Обидві бластоцисти, що утворилися у процесі дроблення, імплантуються в стінку матки індивідуально. У кожного зародка розвиваються власні хоріон, амніон та плацента. Частота розвитку дизиготних близнюків 7-11 на 1000 вагітностей. З одного заплідненого овоцита можуть розвинути монозиготні близнюки. Розвиток монозиготних близнюків відбувається внаслідок розщеплення зародка переважно на стадії бластоцисти. Ембріобласт розщеплюється на дві окремі групи клітин усередині порожнини бластоцисти, внаслідок чого утворюються два окремих зародка. Обидва зародки мають спільні хоріон та плаценту, але окремі

амніотичні оболонки. Загальний амніон, хоріон та плаценту мають монозиготні близнюки, розщеплення яких відбувається на стадії двошарового зародкового диска до появи первинної смужки. Монозиготні близнюки народжуються з частотою 3-4 на 1000 вагітностей.

Вроджені аномалії серед близнюків складають від 10 до 22%. При багатоплідній вагітності достовірно частіше зустрічаються вроджені вади серця, гідроцефалія, аномалії розвитку кишкової трубки. Частота випадків аненцефалії, spina bifida змінюються незначно у порівнянні з одноплідною вагітністю. Існує залежність виникнення вад розвитку у близнюків від типу їх зиготності. Вроджені аномалії у дизиготних двійнят зустрічаються з такою ж частотою, як і при одноплідній вагітності. Монозиготні близнюки народжуються з вадами розвитку в 2-3 рази частіше. За наявності хромосомної або спадкової патології у монозиготної двійні ймовірність ураження обох плодів висока внаслідок їх генетичної ідентичності; при дизиготності другий плід може бути здоровим. Ризик для другого плода при синдромі Дауна у монозиготних близнюків становить 87%, при ущелині губи і піднебіння - 33%, генних захворюваннях - 100%; у дизиготних цей показник не перевищує 7, 12, 25% відповідно. Достовірної відмінності у виникненні вад серця, ЦНС у моно- і дизиготних близнюків не виявлено.

При багатоплідній вагітності можливий розвиток синдрому фето-фетальної трансфузії, зворотної артеріальної перфузії, внутрішньоутробної загибелі одного з плодів, вроджених вад розвитку плодів, зрощених близнюків.

Висновки. За умов розвитку багатоплідної вагітності існує підвищений ризик розвитку порушень ембріогенезу, які відрізняються різноманітністю. Наведені дані свідчать про різну питому вагу генотипу і середовища у формуванні певної вади у близнюків. Вкрай важливим є виявлення порушень на ранніх термінах вагітності.

## СПЕЦИФИКА И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОНИЧЕСКИХ (РОБОТИЗИРОВАННЫХ) ПРОТЕЗОВ

Антоненко Я. Н.

Харьковский национальный медицинский университет  
кафедра физической реабилитации и спортивной медицины  
с курсом физического воспитания и здоровья  
Харьков, Украина

Научный руководитель: Луценко Е. В., ассистент

Актуальность: Ежегодно более 10 000 человек нуждаются в протезировании в результате травм и врожденных патологий верхних конечностей. Утрата верхних и нижних конечностей - тяжёлая потеря для

любого человека. В связи с этим были изобретены электрические протезы, которые на теперешнее время являются самыми актуальными и перспективными моделями искусственных конечностей. Их задача состоит в восстановлении утраченных функций опорно-двигательного аппарата.

Цель: Выявить специфики современных бионических протезов.

Задачи: Провести обзор производителей, выявить эффективность и перспективы использования, определить требования к культе, установить правила пользования бионического протеза кисти.

Материалы и методы: Обзор компаний Touch Bionics и RSLSteeper – ведущие производителей протезов верхних конечностей.

Результаты: Британские компании Touch Bionics и RSLSteeper являются лидерами в производстве роботизированных конечностей. Протез компании RSLSteeper оснащение пультом дистанционного управления, с помощью которого пользователь может самостоятельно настраивать функции руки. Компания Touch Bionics выпустила первый в мире протез пальца - ProDigits, который запрограммирован питанием от аккумулятора через программу Bluetooth. В 2007 году эта же компания разработала искусственную руку I – LimbPulse, позволяющая удерживать вес до 90 кг. Новые технологии перспективны и востребованы в наше время. Они позволяют находиться человеку в прямой зависимости от способности человека самостоятельно управлять своим здоровьем, совершать необходимые ему действия. В последнее время множество компаний занимаются изготовлением чувствительных искусственных рук, которые дают возможность человеку вернуть потерянную функциональную активность, и помимо двигательной функции, обладать и чувствительной. Перспективным методом управления бионическими протезами является электромиография, с помощью которой происходит считывание электрических потенциалов с мышц культи. При изготовлении протеза необходимо учитывать требования к культе конечности. Функциональность культи зависит от правильного выбора способа ампутации и соблюдения правил техники её выполнения. Культи должна быть безболезненной и подвижной. Кожа культи должна хорошо выносить нагрузку («на упор»). Функция мышц должна быть максимально сохранена. Подбор протезов для каждого человека индивидуален. Для перспективного использования они должны обладать следующими критериями: обеспечение точности и правильности движений; достаточная подъёмность; доступность; выполнение движений в любом удобном для человека положении.

Выводы: Применяемые сегодня информационные технологии открывают нам новые возможности для решения проблем человечества и профессиональной реабилитации. Установлено, что на сегодняшний день ведущими производителями миоэлектрических протезов являются компании Touch Bionics и RSLSteeper. Для правильного и эффективного использования

биоэлектрического протеза культи должна соответствовать определённым требованиям, которые наведены выше в тексте. Новые технологии позволяют вернуть утраченные функции каждому, кто нуждается в этом.

## АТИПОВИЙ ДЕБЮТ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ

Антоненко Я. М.

Харківський національний медичний університет

кафедра неврології № 2

Харків, Україна

Науковий керівник: Марковська О. В., асистент кафедри неврології №2

**Актуальність:** Розсіяний склероз (РС) має велике соціально-економічне значення, так як розвивається переважно в осіб молодого і середнього віку і при відсутності своєчасного та адекватного лікування призводить до ранньої інвалідації. Різноманітність клінічних і морфологічних проявів РС свідчать про гетерогенність механізмів розвитку демієлінуючого процесу. Складність і багатогранність патогенезу РС визначає значну варіабельність різноманітних типових клінічних синдромів і атипових дебютів захворювання.

**Мета:** Проаналізувати клінічний випадок атипового дебюту розсіяного склерозу.

**Матеріали та методи:** Проаналізовано клінічний випадок пацієнта з атиповим дебютом та перебігом розсіяного склерозу, якого було госпіталізовано до ННМК «УК» ХНМУ.

**Результати:** Виписка з історії хвороби № 12586. Хворий М, 56 років, був доставлений до ННМК «УК» ХНМУ з діагнозом - стійкі залишкові явища перенесеного стовбурового інсульту (2009 г.) з правобічним геміпарезом та вестибуло-атактичним синдромом. Хворий поступив зі скаргами на порушення акту ходи, слабкість у кінцівках, скутість рухів в нижніх кінцівках, утруднення мови, зниження слуху та зору зліва. З анамнезу відомо, що в 2009 р. після нервового перенапруження у хворого підвищився АТ до 220/120 мм. рт. ст, відчув слабкість в правих кінцівках і утруднення мови. Був доставлений в стаціонар з діагнозом - стовбуровий інсульт з правобічним геміпарезом і вираженим вестибуло-атактичним синдромом. Було проведено судинну, ноотропну і відновлювальну терапію, яка дала позитивну динаміку. В 2010 р. з'явилися скарги на слабкість в кінцівках, скутість рухів в нижніх кінцівках, утруднення мови. Був повторно госпіталізований з діагнозом - повторне гостре порушення мозкового кровообігу. На КТ патологічних змін не було виявлено. Стан хворого значно погіршився в січні 2017 року, коли з'явилися скарги на слабкість та

незручність рухів у верхніх та нижніх кінцівках, обмеження рухів в нижніх кінцівках, утруднення мови. Пацієнта було госпіталізовано до ННМК «УК» ХНМУ. Об'єктивно: АТ 140/100 мм рт.ст., везикулярне дихання у легенях, тони серця приглушені. У неврологічному статусі: очні щілини D > S, зіниці D = S, рухи очних яблук обмежені. Мова скандована. Сухожилкові рефлексії з рук D>S жваві, з ніг - D=S високі, черевні рефлексії відсутні. Клонуси стоп. М'язова сила в верхніх кінцівках 3,5 бали, в нижніх - 2,5 бали. «+» рефлексії Бабінського та Штрюмпеля з обох боків. Координаторні проби виконує з інтенцією та дисметрією. Проба Ромберга не проводилася із-за відсутності можливості стояти. При проведенні МРТ-дослідження головного мозку: в білій речовині головного мозку, перивентрикулярно, по контуру мозолистого тіла, визначаються зливного характеру дрібні вогнища демієлінізації з підвищенням МР - сигналів в T2-ві. Імунологічний аналіз крові виявив незначне підвищення ЦІК та збільшення CD4 (хелперів) по відношенню до CD8 (супресорів). Враховуючи дані клінічної картини захворювання, додаткових методів дослідження, діагноз стійкі залишкові явища перенесеного стовбурового інсульту (2009 г.) виявився сумнівним. Заключний діагноз: Розсіяний склероз, з тетрапарезом, порушенням акту ходи, мозочково-атактичним синдромом. EDSS = 7.0.

Висновки: Клінічні прояви РС дуже різноманітні і не завжди протікають у вигляді класично описаних "тріад" і "пентад". Не завжди зустрічаються загальновідомі повільний початок і розвиток захворювання. Різноманітність варіантів початку РС, збільшення вікового проміжку для дебюту, різні темпи прогресування захворювання свідчать про різні механізми розвитку демієлінуючих процесів і тим самим збільшують інтерес до вивчення клінічних особливостей і патогенетичних механізмів розвитку даної патології.

## СТУПІНЬ ЗАБРУДНЕНОСТІ СТІЧНИХ ВОД ПРОМИСЛОВОГО МІСТА (НА ПРИКЛАДІ МІСТА ХАРКІВ)

Антушева Т. О.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Сотнікова-Мелешкіна Ж. В., к.мед.н., доцент кафедри гігієни та соціальної медицини;

Кривонос К. А., к.мед.н., асистент кафедри гігієни та соціальної медицини

З давніх давен людство використовувало в якості питної воду підземних джерел і поверхневих водойм. Одночасно для скидання стічних та забруднених вод також використовували поверхневі водойми. Самоочищення

водних об'єктів забезпечувалось природними факторами. В результаті промислово-господарської діяльності людини відбувається все більше забруднення поверхневих водойм аж до морів та навіть океанів. Найбільш часто забруднення обумовлено кислотами, їх сумішами та похідними, мінеральними оліями, поверхнево-активними речовинами (ПАР), солями важких та кольорових металів тощо. Величезна кількість органічних сполук азоту і фосфору потрапляє у водойми з тваринницьких ферм і каналізаційних систем, привносячи також більше, ніж 1012 КУО/мл хвороботворних мікроорганізмів. Враховуючи, що для забезпечення населених пунктів водою переважна більшість водопровідних станцій здійснює водозабір з поверхневих джерел, куди потрапляють забруднені стоки, на сьогодні питання знешкодження та очищення стічних вод набуло всесвітнього значення та викликає занепокоєння спеціалістів в усьому світі.

Метою роботи стало вивчення ступеню забруднення стічних вод промислового міста на прикладі м. Харкова. Визначали склад стоків за хімічними показниками (органічними та неорганічними). Всього було досліджено 401 пробу стічної води за весняно-літній період 2017 року за стандартною методикою. Дослідження виконувались на базі санітарно-гігієнічної лабораторії КП «Санепідсервіс» м. Харків.

Показники забруднення стічних вод міста Харкова наведені в таблиці.

Як бачимо з таблиці, найчастіше спостерігається перевищення фосфатів (11,22% від досліджених проб), амонійного азоту (4,24%), жирів (3,24%), ПАР (3,99%).

Досліджувані речовини	Кількість досліджених проб	Кількість проб з нестандартними значеннями показників	Питома вага проб з нестандартними значеннями показників	Кратність перевищення ГДК
Фосфати	401	45	11,22	3,75
Амонійний азот		17	4,24	2,40
Жири		13	3,24	1,51
Синтетичні ПАР		16	3,99	39,62
Завислі речовини		1	0,25	1,16
Водневий показник		3	0,75	1,21
Хімічне споживання кисню		8	2,00	1,00
Нафтопродукти		5	1,25	1,38
Біологічне споживання кисню		2	0,50	2,73
Хлориди		4	1,00	2,93

Але якщо аналізувати нестандартні проби за якісними критеріями, то перше місце посідають синтетичні ПАР, кількість яких в 1 л стічної води перевищує гранично допустимі концентрації (ГДК) в середньому у 39,62 рази. Перевищення концентрації фосфатів в середньому у 3,75 рази, хлоридів у 2,93 рази, амонійного азоту у 2,4 рази. Біологічне споживання кисню перевищує норми у 2,73 рази та спостерігається в 0,5% проб, що опосередковано вказує на перевищення нормативної кількості представників мікрофлори. Проведений аналіз складу стічних вод доводить необхідність їх ретельного очищення та знешкодження від токсичних хімічних сполук та мікробів. На очисних спорудах м. Харкова, як і переважно в Україні, дотепер найбільш поширені методи хлорування, що дозволяє розкласти більшість органічних та неорганічних сполук до нешкідливих речовин, а також знезаразити та знебарвити воду. Але за даними проведених досліджень ситуація ускладнюється через високий вміст органічних домішок стоків, які зумовлюють високу хлороємність води, що потребує застосування підвищених доз хлору (6-10 мг/л). Згідно літературних даних, така ж ситуація склалася по всій Україні. Внаслідок зазначеного концентрація токсичних хлорпохідних у воді після очищення перевищує гранично допустиму в 3-7 разів, що небезпечно для здоров'я людини. Тож надзвичайно актуальною для України є розробка і впровадження не тільки альтернативних хлоруванню технологій знезараження, а й сучасних високоєфективних методів очищення стічних вод від хімічних сполук.

### ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ (ДАНІ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ)

Артишок І. Ю., Колочко В. А.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,  
кафедра акушерства і гінекології №3, Київ, Україна  
Науковий керівник: Олешко В. Ф., к.мед.н., асистент

Серед етіологічних чинників невиношування та недоношування важливе значення має функціональна істміко-цервікальна недостатність (ФІЦН), яка є причиною майже 30% передчасних пологів.

Мета. Встановити частоту і визначити групи ризику щодо розвитку ФІЦН за даними ретроспективного клініко-статистичного аналізу.

Матеріали та методи. Досліджено 87 історій вагітності й пологів жінок за 2013 – 2017 роки. ФІЦН діагностували у 48 жінок (основна група). Контрольну групу склали 39 вагітних з фізіологічним обтураційним станом шийки матки (ШМ).



Результати дослідження. Питома вага вагітних з ФІЦН має стійку тенденцію до зростання – з 1,7% у 2013 р. до 4,7% у 2017 р. Загалом це вагітні віком понад 35 років (22,9%; в контрольній групі – 10,3%;  $p < 0,05$ ) з високою соматичною захворюваністю (66,7%, у контрольній групі – 41,0%;  $p < 0,05$ ), в структурі якої переважали фенотипічні маркери недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ). Гінекологічна патологія у вагітних з ФІЦН представлена запальними (47,9% і 20,5% – відповідно;  $p < 0,05$ ) та фонові й передракові захворювання ШМ (52,0% і 25,6% – відповідно;  $p < 0,05$ ). Питома вага першовагітних у групі пацієток з ФІЦН склала 25,0% (контрольна група – 56,4%;  $p < 0,01$ ). За даними кольпоцитологічного обстеження для 81,3% вагітних основної групи притаманна значна прогестеронова недостатність, тоді як у вагітних контрольної групи здебільшого ускладнена вагітність перебігала на тлі незначної прогестероновою недостатності (56,4%,  $p < 0,05$ ). Серед ускладнень вагітності у жінок з ФІЦН переважали загрозлив пізні самовільні аборти (22,9%, контрольна група – 10,3%;  $p < 0,05$ ), передчасні пологи (31,3%, контрольна група – 15,4%;  $p < 0,05$ ), рецидивуюча загроза переривання вагітності (37,5%, контрольна група – 15,4%;  $p < 0,05$ ) і вагініти (43,8%; контрольна група – 7,7%;  $p < 0,05$ ). У 85,4% породіль основної групи вагітність завершилася терміновими пологами, питома вага передчасних пологів становила 14,6%

**Висновок.** Проведений ретроспективний клініко-статистичний аналіз свідчить, що основними факторами ризику розвитку ФІЦН є вік, запальні захворювання жіночих статевих органів, прогестеронова недостатність, НДСТ.

## О СИЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бабаевская Ю. А.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина,  
медицинский факультет, Харьков, Украина

Научные руководитель: Вовк В. И., к.мед.н., доцент кафедры психиатрии,  
наркологии, неврологии и медицинской психологии;

Черненко М. Е., к.мед.н., ассистент кафедры клинической неврологии,  
психиатрии и наркологии

Психогенные заболевания, спровоцированные психическими травмами, на сегодняшний день являются довольно распространенной проблемой. Как и любые другие заболевания психогении требуют специализированного лечения во избежание осложнений в дальнейшей

жизни. А в лечении заболеваний важную роль играет воздействие на их этиологический фактор. С целью предупреждения возникновения психических заболеваний требуется оценка силы воздействия психотравмирующих факторов, для оказания дальнейшей профессиональной помощи.

Само понятие травмы приобретает экономический смысл, т.е. оказывается связанным с количеством энергии. Таким образом, З. Фрейд называет травматическое переживание, которое в течение короткого времени приводит психику к такому сильному возбуждению, что ее нормальная работа или избавление от травмирующего фактора становится невозможным.

Д. Калшед пишет о том, что психические травмы не совместимы с жизнью личности по аналогии не совместимых с жизнью тела физических травм. Таким образом, после особо сильного психотравмирующего события личности, которая была до этого события, после может не существовать.

В возникновении психогенных заболеваний значительную роль играют различные факторы, такие как конституционные особенности личности, инфантильные переживания, фиксация на воспоминаниях, а также внутренние конфликты.

На сегодняшний день общепринятой классификации психотравмирующих факторов не существует, так как разные события имеют различное влияние на отдельно взятых людей. Однако существует шкала Холмса-Раге, известная как Шкала выраженности психотравмирующих факторов по силе воздействия (DSM-III-R, 1987).

Выраженность психотравмы	Примеры психотравмирующего воздействия	
	Острые психотравмы (длительность <6мес.)	Хронические психотравмы (длительность >6мес.)
Отсутствует	Не было острых психотравм, которые могут быть связаны с заболеванием	Не было затяжных психотравмирующих обстоятельств, которые могут быть связаны с заболеванием
Незначительная	Разрыв с другом (подругой), начало или окончание обучения, отъезд ребенка из дома	Семейные ссоры; неудовлетворенность работой

Умеренная	Женитьба, разлука, потеря работы, отставка, аборт	Разлад в семье; серьезные финансовые затруднения; конфликт с начальством; быть «родителем-одиночкой»
Выраженная	Развод, рождение первого ребенка	Безработица; бедность
Экстремальная	Смерть супруга, серьезные соматические заболевания, стать жертвой изнасилования	Серьезная хроническая болезнь (у себя или ребенка)
Катастрофическая	Смерть ребенка, суицид супруга, стихийные бедствия	Оказаться заложником, пребывание в концлагере

Таким образом, из приведенной таблицы видно, что различные психотравмирующие воздействия имеют также различную силу выраженности в отношении формирования психогений. Эти данные необходимо учитывать при построении индивидуального алгоритма работы с каждым конкретным пациентом.

## ІГРОВИЙ РОЗЛАД ТА ЙОГО ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Бабаєв М. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Вовк В. І., к.мед.н., доцент кафедри психіатрії, наркології,  
неврології та медичної психології

Актуальність теми: Сьогодні ми відчуваємо все більший вплив медіа та Інтернет-технологій на наше повсякденне життя. Не можна не звернути увагу на такий вид сучасних розваг, як комп'ютерні ігри. Вони дедалі більше становляться частиною життя не тільки молоді та дітей, а й дорослих. Звертаючи увагу на збільшення кількості доступних відеоігор, тривалості проведення часу за ними, охоплення більшої частини населення, в медицині та соціумі виникають

питання стосовно того, наскільки цей вид розваг являється розладом, і якщо так, то які вимоги необхідні для внесення його в групу розладів.

Мета роботи: Виділити найважливіші на даний момент погляди стосовно визначення поняття «Ігровий розлад» та виявити найбільш точні його діагностичні критерії.

Матеріали та методи дослідження: Для дослідження була проаналізована низка наукових робіт, що стосуються визначення основних діагностичних критеріїв «Ігрового розладу», використані методи аналізу, синтезу, дослідження, узагальнення та абстрагування.

Результати: Нещодавно Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) запропонувала внести залежність від комп'ютерних ігор в новий Міжнародний класифікатор хвороб (МКХ-11) під назвою «Ігровий розлад» та класифікатором 6C51. Виділені окремо онлайнний «Ігровий розлад» (6C51.0), офлайнний (6C51.1) та невизначений (6C51.Z). Згідно визначенню, запропонованому ВООЗ, «Ігровий розлад» - це патерн постійної або повторюваної ігрової поведінки, що проявляється:

- 1) Зниженою здатністю контролювати ігровий процес (початок, частота, тривалість, припинення, контекст);
- 2) Збільшенням пріоритету, наданого іграм, в порівнянні з іншими життєвими інтересами та повсякденною діяльністю;
- 3) Продовженням ігрової активності, незважаючи на виникнення різних негативних наслідків.

Фактично, ці діагностичні критерії – переформульовані діагностичні критерії визначення залежності від азартних ігор. До речі, в науковій сфері досі триває невизначеність стосовно того, що саме називати патологічною залежністю від комп'ютерних ігор. Сформовано два різних підходи для оцінювання. Перший підхід якраз і є спростованою системою визначення залежності від азартних ігор. Він включає такі критерії: толерантність, ейфорія, конфлікти з оточуючими, відхід від реальності, рецидив, когнітивна та поведінкова значимість. Другий підхід направлений на визначення того, якою саме мірою ігрова поведінка заважає значимій повсякденній діяльності людини, і має такі критерії: конфлікти з оточуючими, відхід від реальності, рецидив, поведінкова значимість. Тобто останні критерії являються частиною тих, що використовуються в першому підході. Наявність толерантності, ейфорія та когнітивна значимість виділяється дослідниками в групу «Захопленість грою». Остання не може вважатися патологією через відсутність впливу на важливі сфери життя людини.

Висновки: Аналізуючи вищесказане, слід зазначити, що до сих пір не розроблено загально визнаної методики клініко-діагностичного визначення так званого «Ігрового розладу», тому дані, отримувані різноманітними підходами, можуть сильно відрізнятись і таким чином бути доволі віддаленими від реальності.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАСВОЮВАНOSTІ МОЛОКА СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ СХІДНОЇ УКРАЇНИ

Бабалян В. О.<sup>1</sup>, Аладашвілі П. М.<sup>2</sup>, Федота О. М.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Харківська академія післядипломної освіти;

<sup>2</sup>Харківський національний медичний університет;

<sup>3</sup>Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна;  
м. Харків, Україна

Актуальність теми. Щорічно в світі реєструється велика кількість пацієнтів з переломами, зумовленими остеопорозом (Бартл Р. 2012). Розвиток остеопорозу пов'язаний з генетичними особливостями людини і зі середовищними факторами, в тому числі з харчовою культурою (Баранов В.С. 2009). Молоко, як і інші молочні продукти, є одним з основних джерел кальцію. У різних етнічних групах кількість осіб, здатних засвоювати лактозу або молочний цукор, варіює - серед представників європеїдної раси не засвоює лактозу 15% населення, серед представників негроїдної - до 70% (Liebert A., Jones B.L., López S. 2017). Лактоза є важливим джерелом енергії, особливо у дітей, але в подальшому, з віком, активність лактази може знижуватися, що пов'язано з генетичними механізмами або середовищними факторами (Vandenplas Y. 2015).

Мета дослідження: оцінка засвоєння лактози серед населення східної України на прикладі Харківської області.

Матеріали та методи дослідження. Зібрано інформацію про випадкову вибірку з населення м.Харкова кількістю 140 чоловік у віці від 45 до 90 років. Проаналізовано дані про засвоюваності молока, статевовікові ознаки, етнічну приналежність і походження, харчові перевагах, наявності захворювань і прийомі препаратів осіб дослідженої групи. Статистичний аналіз – оцінку рівності рядів розподілу проведено за допомогою критерію  $\chi^2$ .

Результати і обговорення. В групу дослідження увійшло 53 чоловіки у віці від 56 до 88 років і 87 жінок у віці від 50 до 90 років. Середній вік пацієнтів склав 69,7 років. Середній вік жінок -68 років, чоловіків -71 рік. Серед чоловіків 38 осіб (71,6%) вживали молоко з дитинства і по сьогоднішній день, 11 осіб (20,7%) вживали молоко тільки в дитинстві, 4 осіб (7,5%) не вживали молоко ні в дитинстві, ні в інші періоди життя. Серед жінок 68 (78,1%) п'ють молоко з дитинства і продовжують зараз, 15 (17,2%) вживали молоко тільки в дитинстві, 4 (4,5%) не пили молоко ні в дитинстві, ні зараз. Статистично значущої різниці між чоловіками та жінками щодо розподілу аналізованої ознаки немає ( $p=0,99$ ). В цілому, 75,7% осіб поважного віку в Харківській області засвоюють лактозу, 18,5% продемонстрували зниження активності лактази різного ступеня протягом життя, 5,7% можуть характеризуватися лактазною недостатністю. За даними літератури, в Західній і Південній Європі близько 28% населення не

засвоюють лактозу, на Середньому Заході цей показник доходить до 70% (Storhaug C.L., Fosse S.K., Fadnes L.T. 2017). Серед жителів Південній Франції - 65%, Східній - 17%, Фінляндії - 17%, Німеччині - 15%, 15%-20% в Австрії, в Британії 5-15%, в Італії - 20% - 70% в залежності від регіону, на Балканах -55% (Yuval I. 2010), на північному заході Росії - 16%, в Білорусі - 15%. (Valenkevich L.N., Iakhontova O.I. 2005). Людям з особливостями харчової культури, які не засвоюють лактозу, для профілактики порушень метаболізму, остеопорозу бажана фізична активність, дієта, багата на кальцій і вітамін D, сонячні ванни і регулярний контроль гормонального фону і мінеральної щільності кісткової тканини. Фармакологічні методи профілактики застосовуються при неефективності вище перелічених. Особливу увагу слід приділяти людям з груп ризику та тим, що мають генетичну схильність до розвитку остеопорозу (Gambacciani M., Levancini, M. 2014. Komm B.S., Morgenstern D. 2015)

Висновки. Отримані результати про розподіл ознаки - засвоєння лактози серед населення, дозволяють розробити рекомендації для профілактики остеопорозу та є основою для подальших досліджень.

## ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЯ В ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Багмут А. В.

Харківський національний медичний університет  
кафедра хірургії № 2, Харків, Україна  
Науковий керівник: Сикал М. О., доцент

В останні роки в хірургії щитоподібної залози (ЩЗ) широкого поширення набули ендовідеохірургічні операції (ЕВХО).

Мета дослідження: оцінити можливість виконання ЕВХО у хворих із патологією щитоподібної залози в умовах хірургічного стаціонару.

Матеріали та методи дослідження: із застосуванням ЕВХО в хірургічному відділенні в КЗОЗ ЦЕМД ХОКБ і МК після стандартного обстеження були оперовані 2 пацієнта, з одностороннім вузловим зобом.

Показанням для ендоскопічних втручань на щитовидній залозі на сьогоднішній день вважають солітарний вузол без ознак малігнізації, з максимальним розміром до 35-40 мм. Горизонтальний розріз шкіри по серединній лінії протяжністю 1,5-2,5 см виконували на 2-4 см нижче ключично-грудиного зчленування по шкірній складці. Потім виконували підшкірну диссекцію тканин до рівня яремної вирізки для постановки троакара діаметром 10 мм, інсуфляцію вуглекислого газу під тиском 8-10 мм. рт. ст. Після поділу коротких м'язів шиї по білій лінії встановлювали

пластинчасті ретрактори. Під контролем ендоскопа, распатором-відсмоктувача, ультразвукового гармонійного скальпеля і біполярної коагуляції виділяли і лігували верхні щитовидні судини, контролюючи візуально зовнішню гілку верхнього гортанного нерва. Далі послідовно виробляли мобілізацію частки ЩЗ і після перетину перешийка під візуальним контролем поворотного горлового нерва і параситовидних залоз, лігували нижню щитовидну артерію, перетинали зв'язку Бери і видаляли препарат. Після контролю гемостазу рану пошарово ушивали з формуванням косметичного шва. Інтра- і післяопераційних ускладнень не відзначено. На 2-у добу після операції хворі виписані зі стаціонару.

Висновки: ЕВХО на щитовидній залозі є малотравматичним способом хірургічного лікування з меншою кількістю післяопераційних ускладнень і забезпеченням косметичного результату.

#### ГІСТОЛОГІЧНА ДИНАМІКА ЛОКАЛЬНИХ ЕПІДЕРМАЛЬНО- ДЕРМАЛЬНИХ ЗМІН ПІСЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ НИТОК З ПОЛІДІАКСОНООВОГО ШОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Башура І. О., Белозьорова К. І.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Проценко О. С., д.мед.н., професор;  
Шамун К. Е., к.мед.н., доцент

Актуальність теми. Однією з найбільш актуальних задач практичної косметології є видалення косметичних дефектів шкіри, що з'являються в процесі старіння організму. Запропоновані численні мініінвазивні техніки та біологічно активні речовини для «омолодження» шкіри, однак доказова база відносно їх безпечності та ефективності відсутня, а детальне вивчення механізмів їх дії не проводилося. Певний інтерес викликають перспективи використання шовного матеріалу з полідіаксону для видалення косметичних дефектів шкіри після імплантації ниток у шкіру. Полідіаксонон – сучасний шовний матеріал, що характеризується високою механічною міцністю, еластичністю, хімічною інертністю та здатністю індукувати регенеративні процеси, включаючи неоколагено- та неоангіогенез.

Мета дослідження: вивчення гістологічної динаміки локальних епідермально-дермальних змін у шкірі після імплантації ниток з полідіаксону шовного матеріалу з метою видалення косметичних дефектів та активації ремоделювання гістоархітекtonіки «вікової» шкіри до стану молоді.

Матеріали та методи дослідження. Проведено дослідження гістологічних препаратів шкіри 20 щурів до та після (на 7 та на 60 добу) імплантації у шкіру ниток з полідіаксононового шовного матеріалу. Порівняльна оцінка динаміки епідермально-дермальних змін до та після імплантації проводилася за допомогою світлової мікроскопії забарвлених гістологічних препаратів. Гістоархітектоніку шкіри у зразках, що порівнюються, оцінювали після забарвлення гематоксилін-еозином, будову сполучнотканинного каркасу шкіри вивчали після забарвлення за Вейгертом у комбінації з пікрофуксином за Ван-Гізеном, а індекс проліферативної активності епітеліоцитів Кі-67 – імуногістохімічним пероксидазним методом.

Результати дослідження. У всіх досліджуваних гістологічних препаратах динаміка змін мала низку загальних, односпрямованих тенденцій, а саме покращення васкуляризації тканин, інтенсифікація регенеративних процесів, підвищення проліферативного індексу Кі-67 епітеліоцитів, ремоделювання еластино-колагенового каркасу дерми, потовщення епідермісу з підвищенням виразності епідермальних виростів.

Висновки. Проведена в ході дослідження оцінка гістологічної динаміки епідермально-дермальних змін у шкірі щурів після імплантації ниток з полідіаксононового шовного матеріалу дає можливість використовувати останні у якості індукторів регенеративних процесів, ремоделюючих агентів та засобів механо-гістологічної корекції косметичних дефектів, обумовлених процесами старіння, при проведенні тредліфтінгових процедур у естетичній медицині та косметології.

## РАННЯ ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ОПІКОВОЇ ХВОРОБИ

Белозьоров І. В., Литовченко А. М., Белозьорова К. І.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Шамун К. С., к.мед.н., доцент

Актуальність: при тяжкій термічній травмі є ряд факторів, що сприяють виникненню сепсису і ПОН - порушення мікроциркуляції, наявність в ранах всіяних мікрофлорою некротичних тканин, розвиток синдрому системної запальної відповіді. Тільки радикальне висічення некрозів при ранньому хірургічному лікуванні здатне знизити кількість мікробів в рані, зменшує рівень ендогенної інтоксикації.

Мета роботи: покращити результати лікування хворих з тяжкою термічною травмою шляхом раннього хірургічного лікування (другу-третю добу) після адекватного виведення хворого з опікового шоку.



Матеріали та методи дослідження: був виконаний аналіз 65 історій хвороб постраждалих, які перебували на лікуванні в Харківському опіковому центрі з тяжкою термічною травмою. Середній індекс тяжкості термічного ураження в аналізованій групі був 120 умовних одиниць.

Результати: первинна некректомія з аутодермопластиком виконана на  $3,3 \pm 1,5$  добу після стабілізації гемодинаміки та досягнення у постраждалих адекватного діурезу. Некрози під час першої операції висічені на площі  $11,7 \pm 4,5\%$  поверхні тіла.

Обсяг інфузійної терапії в першу добу склав 2,0 мл /% опіку/кг маси тіла, при цьому діурез склав 1,15 мл/кг/год. У лікування включені ентеросорбенти, селективна деконтамінація шлунково-кишкового тракту, антиоксиданти, судинні препарати, кортикостероїди, гепарин, плазмаферез. Летальність склала 10%, середня тривалість перебування хворого в стаціонарі – 37,8 днів.

Висновок: раннє хірургічне лікування важкої опікової травми після стабілізації стану постраждалих сприяє зниженню ускладнень опікової хвороби, покращує результати лікування хворих.

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ТЯЖКОЇ ТЕРМІЧНОЇ ТРАВМИ

Белозьоров І. В., Литовченко А. М., Белозьорова К. І.  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна  
Науковий керівник: Шамун К. Є., к.мед.н., доцент

Актуальність: поліорганна недостатність (ПОН) і сепсис є найбільш частою причиною смерті важкообпечених. Пам'ятаючи про те, що захворюванню легше запобігти, ніж лікувати, виникає необхідність його профілактики.

Завдання: порівняти результати лікування хворих, які отримували стандартну терапію і хворих, яким застосовувалася рання профілактика сепсису і ПОН, що включає в себе застосування ентеросорбентів, селективної деконтамінації шлунково-кишкового тракту, антиоксидантів, судинних препаратів, кортикостероїдів, гепарину, плазмаферезу, виконання ранньої некректомії з одномоментною аутодермопластиком.

Мета роботи: покращити результати лікування хворих з тяжкою термічною травмою шляхом якнайшвидшого відновлення мікроциркуляції на тлі реалізації раннього хірургічного лікування.

Матеріали та методи дослідження: був виконаний аналіз 83 історій хвороб постраждалих з тяжкою термічною травмою, які перебували на лікуванні в Харківському опіковому центрі.

Результати: в групі хворих з тяжкою термічною травмою, яким проводилася рання профілактика сепсису і ПОН летальність була значно нижче (10%) у порівнянні з контрольною групою (23,07%).

Висновок: сучасний підхід до лікування тяжкої термічної травми має на увазі якнайшвидше відновлення мікроциркуляції в опіковому шоку з використанням мінімальної кількості розчинів, що дозволяє виконати ранню некректомию в короткі строки, сприяє запобіганню розвитку сепсису і ПОН у хворих з тяжкою термічною травмою, покращує результати лікування.

### АЛГОРИТМ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ З БОЙОВИМИ УШКОДЖЕННЯМИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Белозьоров І. В.<sup>1</sup>, Кутовий І. О.<sup>1</sup>, Посохов М. Ф.<sup>1</sup>,  
Полях І. О.<sup>1</sup>, Деліч О. Б.<sup>1</sup>, Бібіченко С. І.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Харків, Україна;

<sup>2</sup>Військово-медичний клінічний центр Північного регіону, Харків, Україна

Мета: покращення результатів надання екстреної медичної допомоги постраждалим з бойовими вогнепальними пораненнями нервової системи завдяки впровадженню алгоритму максимально ранньої їх евакуації і хірургічного лікування в умовах спеціалізованих відділень.

Матеріали та методи. Проведено аналіз лікування та післяопераційних ускладнень 346 поранених з бойовою вогнепальною нейротравмою.

Постраждалі отримали травму під час проведення АТО в період з травня 2014 по лютий 2016 року. Обстеження та лікування проводилось в умовах ВМКЦПР. Хірургічного втручання потребували 274 військових. З них 168(61%) мали відкриту проникаючу бойову травму, оскольчасті поранення склали 184(67%), кульові поранення 6%, минно-взривна травма 27%. Поєднані ушкодження отримали 60% поранених. Локалізація вхідного отвору з переломом кісток черепа: тім'яна ділянка - 31%, лобна – 24%, скронева – 14%, з ураженням декількох відділів склепіння черепа – 13%, лобно-орбітальна ділянка – 11%, потилична – 4%, задня черепна ямка – 3%. По типу ранового каналу: сліпі проникаючі парабазальні поранення - 35%, сегментарні - 24%, наскрізні діаметральні проникаючі поранення - 18%, радіальні - 13%, рикошетні - 10%. Час від моменту отримання травми до надання допомоги складав від 3 годин (вертолітом) до 16 годин (реанімобілем після надання первинної допомоги в польовому госпіталі або Артемівській ЦРЛ).

Результати. Радикальне хірургічне лікування проведене 65% пораненим, 35% постраждалих потребували повторного хірургічного втручання. Летальність складала 9%. Після стабілізації загального стану поранені були евакуйовані на наступні етапи надання медичної допомоги

(80%). Первинний стан постраждалих під час надходження до нейрохірургічного стаціонару та ефективність їх хірургічного лікування була краще в групі евакуйованих вертолітом завдяки можливості проведення ранньої томографічної діагностики. В післяопераційному періоді хворим проводили інтенсивну медикаментозну терапію відповідно протоколам надання допомоги хворим на черепно-мозкову травму. Відновлення втрачених функцій у хворих що вижили склало: 55% - повне відновлення; 30% - часткове відновлення; у 15% - зберігався грубий неврологічний дефіцит. Боротьба з септичними ускладненнями труднощів не викликала.

Висновки. 1. Доставка поранених з зони бойових дій вертолітом сприяє максимально ранньому обстеженню в спеціалізованих установах та дозволяє надавати їм адекватну медичну допомогу, що призводить до зменшення до- та післяопераційних ускладнень;

2. Основною метою нейрохірургічної операції є попередження розвитку ранніх післяопераційних ускладнень; об'єм хірургічного втручання залежить від широти пошкодження головного мозку з максимальним збереженням неушкодженої мозкової тканини.

## ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКІВ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ХІМІЧНИХ ЗАБРУДНЮВАЧІВ РІКИ СІВЕРСЬКИЙ ДОНЕЦЬ У МЕЖАХ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Белозьорова К. І., Шевченко В. О.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Ніколенко Є. Я., д.мед.н., професор, завідувач кафедри  
загальної практики – сімейної медицини;

Шевченко О. О., доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини

Актуальність. Згідно з оцінкою експертів ООН, до 80 % хімічних сполук, що надходять у зовнішнє середовище, а також небезпечних відходів можуть надходити до джерел питного водопостачання населення. Тому серйозну небезпеку для здоров'я населення становить негативний вплив згідно з їх хімічним складом. Маючи властивості універсального розчинника, вода постійно містить велику кількість різних елементів і з'єднань.

Мета роботи. З'ясувати ризики впливу на здоров'я населення хімічних забруднювачів басейну ріки Сіверський Донець.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні застосовувалися епідеміологічні (когортний метод та оцінка ризиків для здоров'я населення) та статистичні методи.

З метою визначення можливих зв'язків між захворюваністю населення деяких районів Харківської області, водопостачання яких здійснюється з ріки Сіверський Донець, та хімічним забрудненням води цього джерела питного водопостачання, був проведений кореляційний аналіз.

Отримані результати. За результатами кореляційного аналізу виявлено достовірний щільний позитивний кореляційний зв'язок між захворюваністю злоякісними новоутвореннями та вмістом таких хімічних забруднювачів води, як нітрити ( $r=0,76-0,97$ ,  $p<0,05$ ), нітрати, які є попередниками нітрозамінів та нітрозамідів, яким властива мутагенна і канцерогенна дія ( $r=0,77$ ,  $p<0,05$ ), а також нафтопродукти ( $r=0,75$ ,  $p<0,05$ ) і хром шестивалентний ( $r=0,91$ ,  $p<0,01$ ), що мають канцерогенну дію.

Між захворюваністю на злоякісні новоутворення та концентрацією розчиненого у воді кисню існує щільний негативний кореляційний зв'язок ( $r=-0,85$ ,  $p<0,05$ ) та позитивний кореляційний зв'язок слабкої сили між захворюваністю на злоякісні новоутворення та БСК5, що є критерієм рівня забруднення водою органічними речовинами ( $r=0,27$ ,  $p<0,05$ ).

Достовірний кореляційний зв'язок встановлено також між концентрацією фенолів і нафтопродуктів у воді та захворюваністю на хронічний пілонефрит ( $r=0,81$ ,  $r=0,83$ ,  $p<0,05$ ) і захворюваністю органів травлення ( $r=0,82$  для обох речовин,  $p<0,05$ ).

Проведено кількісну оцінку відносного ризику з використанням показників захворюваності населення в районах Харківської області, водопостачання яких здійснюється з ріки Сіверський Донець, і даних про санітарний стан води.

Висновки. Результати кореляційного аналізу виявили залежність між рівнями вмісту у воді ріки Сіверський Донець нітритів, нітратів, хрому шестивалентного й показниками захворюваності на злоякісні новоутворення, а також між концентрацією фенолів і нафтопродуктів й показниками захворюваності органів травлення і хронічним пілонефритом.

Відносні ризики розвитку хронічного пілонефриту ( $RR = 1,30 - 1,49$ ) та захворювань органів травлення ( $RR = 1,20 - 1,28$ ), що було розраховано, свідчать про високу ймовірність виникнення цих захворювань під впливом підвищених концентрацій фенолів у воді, а значення атрибутивних ризиків вказують на те, що 23 – 35 % випадків захворювань на пілонефрит і 16 – 24 % випадків захворювань органів травлення обумовлено присутністю фенолів у воді.

## КОМБІНОВАНИЙ МЕТОД ЗУПИНКИ НОСОВИХ КРОВОТЕЧ, У ХВОРИХ ЯКІ ТРИВАЛО ПРИЙМАЮТЬ АНТИКОАГУЛЯНТИ ТА ДЕЗАГРЕГАНТИ

Бичкова Н. С.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Гарюк Г. І., д.мед.н., професор, завідувач кафедри оториноларингології та дитячої оториноларингології Харківської медичної академії післядипломної освіти

Носова кровотеча (НК) являється найбільш частим видом кровотечі у лікарняній практиці. Приблизно 60% населення приймає 1 раз протягом життя відмічає випадок НК та 11-25% з них потребують госпіталізації. Враховуючи ріст серцево-судинних захворювань, ендovasкулярних втручань, а також широке призначення антикоагулянтної та дезагрегантної терапії (у більшості випадків тривалими курсами або довічно) почастишали випадки НК рецидивуючого характеру. Дезагрегантна та антикоагулянтна терапія підвищують ризик фатальних та нефатальних кровотеч (у порівнянні з особами, які її не отримують) у 1,6 разів. Втручання у систему гемостазу у даних хворих викликає певні труднощі, у зв'язку з цим виникла необхідність модифікації місцевих методів зупинки НК. На теперішній час основним способом лікування НК залишається тампонада носа марлевым або еластичним тампоном у перчаточній гумі. У тампонади є низка недоліків, таких як біль при введенні та видаленні тампона, травмування слизової оболонки та інші. Фізичні та місцеві медикаментозні методи характеризуються короткочасною клінічною ефективністю. Отже, розробка анатомічного внутриносового тампона, що дозволяє поєднати декілька видів впливу на кроточиву ділянку, представляється актуальною задачею.

Нами було розроблено комбінований метод зупинки НК, який включає у себе використання двухамерного гідротампона власної конструкції в поєднанні з гелем «Нозохем». Перевагами такого тампона є наявність носового дихання (основною тампона являється інтубаційна трубка), відсутність травмування слизової оболонки (що зменшує ризик рецидиву НК), відсутність больових відчуттів при введенні та видаленні тампона.

Запропонований нами метод зупинки НК було випробувано на 24 хворих, середня тривалість тампонади склала  $52,4 \pm 5,3$  часа. У 23 хворих (95,8%) запропонований нами метод забезпечив ефективну зупинку НК. У одного хворого спостерігався рецидив НК. Більшість хворих (19) перенесли тампонаду без значного дискомфорту, що склало 79,1%. У 3 хворих відмічався головний біль та 2 хворих пред'являли скарги на утруднення носового дихання, незважаючи на наявність дихальної трубки у конструкції гідротампона. Таким чином запропонований нами метод зупинки НК є досить простим, ефективним та зручним, може використовуватися як метод вибору зупинки НК у хворих, які тривало приймають антикоагулянти та дезагреганти.

## ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ ПЕРШОКУРСНИКІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

Білецька В. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Штриголь Д. В., к.мед.н., доцент кафедри психіатрії,  
наркології, неврології та медичної психології

У зв'язку з ростом мобільності студентів відзначається збільшення кількості іноземних студентів в українських вузах. Початок навчання у ВУЗі пов'язан з підвищенням рівня стресових факторів: відрив від сім'ї, зміна умов проживання, високе навчальне навантаження та інше, що може мати суттєвий вплив на емоційний стан студентів. Успішна адаптація до навчання у ВУЗі - необхідна умова для розвитку студента як фахівця.

Мета роботи: з'ясувати рівень тривоги, депресії студентів-медиків першого курсу ХНУ ім. В. Н. Каразіна, які приїхали з країн Африки.

Організація дослідження. У дослідженні взяли участь 47 студентів першого курсу з країн Африки. Використано госпітальна шкала тривоги і депресії HADS (Zigmond A.S.), Test Anxiety Inventory. Для статистичного аналізу використано кореляційний аналіз Пірсона.

Результати дослідження. Більше половини дівчат і дві третини юнаків мають підвищений рівень депресії, що значно частіше, ніж у першокурсників українців (Кучеренко В. 2017). Було встановлено, що рівень тривоги найбільш сильно взаємопов'язаний з турботою про власну безпеку і самовосприяттям (Test Anxiety Inventory). Рівень депресії статистично значимо корелював з самовосприяттям.

Висновок. Таким чином, робота з профілактики емоційних порушень студентів повинна бути спрямована на корекцію самопредставлення і підвищення почуття безпеки в нових для них умовах життя.

## РОЛЬ ЛАПАРОСКОПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З РОЗЛИТИМ ПЕРИТОНІТОМ

Бобров А. Є., Молчанова А. В.

Харківський національний медичний університет, кафедра хірургії № 2  
Харків, Україна

Науковий керівник: Лесний В. В., к.мед.н., асистент

Актуальність. Місце лапароскопії в алгоритмах лікування ургентної абдомінальної патології залишається дискусійним, особливо спірним при нозологіях, ускладнених розлитим перитонітом (European Association of Endoscopic Surgeons, 2016).

Мета: проаналізувати ефективність лапароскопічних операцій у хворих з розлитим перитонітом.

Матеріали та методи. Бібліографічний та аналітико-синтетичний методи.

Результати. Лапароскопічні методи лікування (резекція шлунка, печінки, спленектомія) широко поширені і відомі (Федоров І.В., Сігал Є.І., 2010), але при розлитому перитоніті з'являються специфічні протипоказання: тривалість перитоніту понад 12 годин (щільні масивні нашарування фібрину, ризик посилення гемодинамічних порушень при накладенні пневмоперитоніума, ділятка тонкої кишки понад 4 см в діаметрі), позачеревна локалізація джерела перитоніту, анаеробний перитоніт, виражений спайковий процес (Papparella A., Nino F., Coppola S., 2015).

При відсутності протипоказань ургентна діагностична лапароскопія може перейти в лікувальну (ушивання проривної виразки, апендектомія, тубектомія) (Лупальцов В.І., Ягнюк А.І., 2014).

Загроза пошкодження кишки при введенні першого троакара при перитоніті вкрай велика. За даними Cueto J., D'Allemagne B. (2012) 39,8% поранень було завдано голкою Вереша, 37,9% — першим троакаром, тому перевага віддається лапароскопічному доступуза методикою Хасона або з допомогою оптичних троакарів «Visiport». Повноцінна ревізія черевної порожнини досягається завдяки використанню маніпуляторів (ретракторів, м'яких затискачів), а також функціональних положень операційного столу (положення Флаулера, Тренделенбурга). Санація черевної порожнини проводиться згідно з методом «в водному середовищі» (Sauerland S., Agresta F., 2016), а для адекватної аспірації ексудату використовують додаткові порти, через які проводять дренажування черевної порожнини.

Висновок. Лапароскопічна операція при розлитому перитоніті виконана за суворими показаннями, сучасним ендокірургічним обладнанням є ефективним втручанням, яке може істотно знизити кількість післяопераційних ускладнень, летальність, прискорити реабілітацію хворих.

## ЛІКУВАННЯ АТИПОВИМИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ ПСИХОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ, ЩО ВИНИКАЮТЬ НА ТЛІ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА

Боднарук А. Я.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна  
Науковий керівник: Денисенко Д. М.

Актуальність: Хвороба Паркінсона посідає друге місце серед нейродегенеративних патологій, після хвороби Альцгеймера. Більше 10 млн осіб на сьогоднішній день страждає ХП і з кожним роком ця цифра тільки

збільшується. В основі патогенезу хвороби Паркінсона виділяють дисфункцію дофамінергічних нейронів в чорній субстанції, що клінічно проявляється тремором спокою, скутістю і сповільненістю рухів, ригідністю м'язів і постуральною нестійкістю. Важливу проблему становлять психотичні стани, що виникають у більше ніж 40-50% випадків ХП. Частіше вони виникають при довготривалому лікуванні антипаркінсонічними препаратами та у пацієнтів з когнітивним дефіцитом. Поширеність психотичних розладів при ХП зростає, якщо довгострокова терапія характеризується поліпрагмазією. Застосування типових нейролептиків при таких станах з високою вірогідністю призводить до розвитку побічної екстрапірамідної симптоматики. Перевага у лікуванні паркінсонічних психозів надається застосуванню атипичних нейролептиків, однак це, у свою чергу, у хворих на ХП з деменцією може бути пов'язано з більш високим ризиком смертності. На теперішній час у світі не існує специфічних лікарських засобів для терапії психозів, що виникають на тлі хвороби Паркінсона.

**Мета:** Вивчення даних щодо лікування атипичними нейролептиками зорових галюцинацій, ілюзій і марень в контексті психозу при ХП.

**Матеріали та методи:** Як джерело інформації були використані статті з пошукового джерела PubMed в період з 2016-2018 р.р.

**Результати:** Основні стратегії лікування засновані на зменшенні доз дофамінових препаратів і застосуванні атипичних антипсихотичних засобів, таких як: клозапін, кветіапін, пімавансерін. Встановлено, що екстрапірамідний профіль побічних ефектів цих препаратів більш сприятливий ніж таких антипсихотиків, як рисперидон, оланзапін, аріпіпразол, зіпрасідон. "Золотим стандартом" на теперішній час є клозапін, а з 2016р. - пімавансерін. Пімавансерін(Nuplazid) є недофамінергічним атипичним антипсихотиком, що має унікальний механізм дії, у порівнянні з іншими нейролептиками. Він діє як селективний зворотній антагоніст серотонінового рецептору 5-HT<sub>2A</sub>. За результатами клінічних досліджень ACADIA Pharmaceuticals в Сан-Дієго і таких вчених як Поллак, Тісон і Росколь, що представляють дослідницьку комісію у Франції, встановлено, що обидва препарати досить ефективні і зменшують симптоми психотичних порушень. Важливо, що при цьому не збільшуються рухові порушення. На відміну від клозапіна, пімавансерін, маючи схожу дію на 5-HT<sub>2A</sub> серотонінові рецептори, не вимагає постійного контролю за рівнем нейтропенії, що робить його більш зручним та безпечним у застосуванні. Під час дослідження антипсихотичної ефективності кветіапіну, проведеного Роджером Курланом і Джефрі Каммінгсом, встановлено, що він так само не має значного негативного впливу на рухові функції, що не забороняє його використання на практиці.

**Висновок:** На теперішній час клозапін залишається препаратом вибору №1 у лікуванні психотичних розладів при ХП, у зв'язку з його більшою економічною доступністю ніж пімавансерін. Однак, досягнення науковців, пов'язані з відкриттям нових препаратів і розумінням ролі



серотонінових рецепторів в патогенезі психозу ХП, має вагомий внесок у розвиток антипсихотичної терапії, яка істотно полегшить життя пацієнтів з хворобою Паркінсона і їх родичів, а також дає можливість відкриття доступніших аналогів спрямованих на лікування психозу.

### ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЁННЫХ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Бойко В. В.<sup>1,3</sup>, Белозёров И. В.<sup>2</sup>, Кудревич А. Н.<sup>2</sup>,  
Новиков Е. А.<sup>2</sup>, Савви С. А.<sup>1,3</sup>, Грома В. Г.<sup>1,3</sup>, Сариян И. В.<sup>1</sup>, Бодрова А. Ю.<sup>3</sup>,  
Жидецкий В. В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Институт общей и неотложной хирургии имени В. Т. Зайцева НАМНУ»,  
Харьков, Украина;

<sup>2</sup>Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина,  
медицинский факультет, Харьков, Украина;

<sup>3</sup>Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №1,  
Харьков, Украина

Одним из высокотехнологичных разделов торако-абдоминальной хирургии по-прежнему считается хирургия пищевода и желудка. По данным литературы после гастрэктомии и резекции пищевода несостоятельность пищеводно-кишечных анастомозов развивается у 6,3–32,0% больных, пищеводно-желудочных анастомозов наблюдаются у 2,2–5,91% пациентов. В 9–30% случаях развиваются стенозы пищеводных анастомозов. Послеоперационная летальность после хирургического лечения осложнённых пищеводных анастомозов достигает 25%. Учитывая этот факт, поиск эндоскопических методик лечения стриктур пищеводных анастомозов является приоритетным направлением в миниинвазивной хирургии. Наиболее эффективным и безопасным из разработанных способов эндоскопической коррекции осложнённых пищеводных анастомозов является стентирование данных анастомозов, что зачастую помогает спасти жизнь и улучшить качество жизни пациента.

Цель работы: анализ полученных результатов использования стентирования осложнённых пищеводных анастомозов.

В ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т.Зайцева НАМНУ» с 2006 по 2017 годы было произведено стентирование пищеводных анастомозов 24 пациентам в связи с несостоятельностью анастомоза и 41 больному с рубцовым стенозом анастомоза. При этом использовались устройства фирм M.I.Tech Co., Korea:– 34 и Boston Scientific Corp., USA: покрытые пищеводные стенты Ultraflex – 31.

Стентирование проводилось в ангиографическом режиме на этапе освоения технологии. После накопления опыта установку пищеводных стентов стали выполнять только под контролем эндоскопа с последующим

рентгенологическим контролем корректности стентирования с использованием водорастворимого рентгенконтрастного вещества.

Клинический эффект после стентирования был достигнут у всех пациентов. Сразу после стентирования больные могли принимать жидкость и возвращались к обычному образу жизни. Далее выполнялось лечение местных осложнений пациентам с несостоятельностью пищеводных анастомозов. Положительные результаты после стентирования также наблюдались у пациентов со стриктурами пищеводных анастомозов. Дисфагия уменьшалась и полностью исчезала через 3 – 5 суток после стентирования. Наблюдали 4 случая миграции стента. Была выполнена успешная репозиция стентов. Все больные выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии.

Выводы: 1. Стентирование пищевода является методом выбора при лечении пациентов с несостоятельностью пищеводных анастомозов и позволяет избежать травматичных операций, а также при этих тяжелых осложнениях позволяет спасти жизнь больным.

2. Стентирование пищевода при рубцовых стриктурах пищеводных анастомозов также является наиболее эффективным эндоскопическим методом, позволяющим за счёт восстановления проходимости желудочно – кишечного тракта улучшить качество жизни больных. Этот метод является альтернативой высокотравматичным операциям по коррекции стенозов пищеводных анастомозов.

## ВПЛИВ МОРФОЛОГІЇ ТА ЛОКАЛІЗАЦІЇ МЕЙОТИЧНОГО ВЕРЕТЕНА ООЦИТІВ ЛЮДИНИ НА ЯКІСТЬ ТА ЕУПЛОЇДНІСТЬ ОТРИМАНИХ ЕМБРІОНІВ

<sup>1</sup>Будерацька Н. О. \*, <sup>1</sup>Гонтар Ю. В., <sup>1</sup>Лавриненко С. В., <sup>1,2</sup>Верлінський О. Ю.,

<sup>1,3</sup>Ярошик М. І., <sup>1</sup>Ільїна К. І.,

<sup>1,2</sup> Лахно Я. В.

<sup>1</sup>ТОВ «Медичний центр ІПР», Київ, Україна;

<sup>2</sup>Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Харків, Україна;

<sup>3</sup>Київський національний університет імені Т. Г. Шевченка, Київ, Україна

\*Науковий керівник: Петрушко М.П., д.біол.н.

Інституту проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, Харків, Україна

Актуальність теми. Урахування тільки морфологічних параметрів ооцита є недостатнім, щоб спрогнозувати якість та імплантаційний потенціал ембріона. Наявність першого полярного тіла не завжди являється критерієм зрілості яйцеклітини. Тільки наявність веретена другого поділу мейозу, яке можна візуалізувати за допомогою поляризаційного мікроскопу, може підтвердити, що ооцит знаходиться на стадії метафази II. Проте, в науковій

літературі відсутня класифікація морфологічних характеристик та локалізації веретена поділу, яка б дозволила використовувати їх як прогностичну характеристику якості отриманих з них ембріонів. Тому метою нашої роботи було оцінити вплив наявності мейотичного веретена ооцита, його структури та локалізації по відношенню до першого полярного тіла за розробленими нами критеріями на морфологію отриманих ембріонів та їх еуплоїдність.

Матеріали та методи. Експериментальне дослідження проводилося на базі «Медичного центру ІПР» з жовтня по грудень 2016 року. Було проаналізовано 443 ооцити, отриманих від 43 пацієнток, які проходили лікування в циклах допоміжних репродуктивних технологій. Передімплантаційне генетичне тестування на анеуплоїдії (ПГТ-А) проводилось 23 пацієткам (187 ооцитів). Середній вік жінок складав  $30.6 \pm 4.1$  років. Оцінювали морфологію та локалізацію веретена поділу ооцитів за допомогою поляризаційної системи для візуалізації ультраструктур ооцита Oosight компанії Hamilton Thorne (USA). Ооцити аналізували з урахуванням розроблених нами критеріїв: А–веретено компактне, ромбоподібне, з чіткими краями; В–змінена форма, розмиті краї; С–слабка візуалізація; D–візуалізація на межі полярного тіла і цитоплазми (телофаза I); E–не візуалізується; F–зміна орієнтації осі веретена відповідно до полярного тіла. Кут розміщення веретена поділу відносно полярного тіла був наступним: a– $0^\circ$ – $20^\circ$ ; b– $21^\circ$ – $40^\circ$ ; c– $41^\circ$ – $90^\circ$ ; d– $91^\circ$ – $180^\circ$ . Після запліднення досліджуваних ооцитів спостерігали якість отриманих ембріонів на стадії ділення, а якість бластоцист оцінювали за критеріями Гарднера. Для проведення ПГТ-А виконувалась біопсія ембріонів на 3-5 добу культивування. ПГТ-А проводили із застосуванням флуоресцентної *in situ* гібридизації (FISH) для хромосом 13, 16, 18, 21, 22, X, Y. Статистичні гіпотези перевіряли за допомогою Шапіро-Уїлка та критерію  $\chi^2$ -квадрат.

Результати. Кількість еуплоїдних ембріонів категорії AA та еуплоїдних ембріонів інших морфологічних категорій залежали від структури мейотичного веретена і статистично відрізнялись від групи анеуплоїдних ембріонів категорії AA ( $r=0.04$ ,  $p=0.02$ ). А саме, 81,5% еуплоїдних ембріонів категорії AA мали веретено хорошої якості категорій A і B, а анеуплоїдні ембріони категорії AA складали 61,4%, що може свідчити про внесення анеуплоїдї сперматозоїдом. З ооцитів категорії E отримали всього 2,2% еуплоїдних ембріонів і 11, 2% анеуплоїдних. Морфологія мейотичного веретена еуплоїдних ембріонів має позитивну кореляцію з індексом локалізації веретена ( $r=0.36$ ,  $p=0.05$ ). Тобто, чим краща якість веретена, тим ближче його розташування по відношенню до полярного тіла. Анеуплоїдні ембріони категорії AA були отримані з різних морфологічних параметрів мейотичного веретена та його розташування. Дослідження показало, що дроблення ембріона ніяк не пов'язано ні з морфологією

веретена, ні з його розташуванням, тобто даний процес залежить більшою мірою від структури centrosоми сперматозоїда.

Висновки. Результати нашого дослідження показали, що класифікація морфології мейотичного веретена і його розташування може бути предиктором якості та еуплоїдності отриманого ембріона.

## ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РЕЖИМІВ ФАРМАКОТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Василенко О. О., Канищева О. В., Яблучанський М. І.  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Вступ. Артеріальна гіпертензія (АГ) є найбільш значущим чинником кардіоваскулярного ризику і смерті. Для зниження артеріального тиску (АТ) використовують гіпотензивні препарати чотирьох основних фармакологічних груп. Однак оптимальний час прийому препаратів все ще є предметом дискусій. Прихильники традиційного режиму, базуючись на концепції гомеостазу, рекомендують призначати гіпотензивні препарати в першій половині дня. Прихильники режиму хронотерапії рекомендують враховувати циркадні ритми і призначати гіпотензивні на ніч. Результати недавніх досліджень довели прогностичну цінність рівня нічного АТ та патологічних типів добового профілю.

Матеріали та методи. Обстежено 57 пацієнтів з АГ у віці від 42 років до 78 років. І стадія АГ була діагностована у 3 (5%) пацієнтів, II - у 49 (86%), III - у 5 (9%); АГ 1 ступеня була встановлена у 24 (42%) учасників дослідження, 2 ступеня - у 10 (18%), 3 ступеня - у 4 (7%), контрольована АГ - у 19 (33%); ХСН I функціонального класу (ФК) за класифікацією Нью-Йоркської Асоціації серця (NYHA) була встановлена у 16 (28%) учасників дослідження, II ФК - також у 16 (28%), III ФК - у 4 (28%); ІХС діагностовано у 37 пацієнтів (65%): стабільна стенокардія I ФК - 1 (2%), II ФК - 10 (17%), атеросклеротичний кардіосклероз - 26 (46%). Пацієнти були розділені на три рівні групи, в залежності від режиму прийому гіпотензивних препаратів: група 1 - 1 раз у день в першій половині дня; група 2 - 1 раз у день після 18.00; група 3 - 2 рази на день в першій половині дня та після 18.00. Пацієнтам було проведено добове моніторування АТ (ДМАТ). Оцінювалися такі ознаки: показники ДМАТ - середні значення систолічного артеріального тиску (САТ) та діастолічного АТ (ДАТ) в різні періоди моніторування, ступінь нічного зниження і тип добового профілю АТ; клінічні характеристики АГ - стадія і ступінь АГ, контрольована та нічна АГ; параметри фармакотерапії - сумарний коефіцієнт дози та кількість

препаратів, що приймає один пацієнт. Для кількісних даних визначали середнє арифметичне (M), стандартне відхилення (Sd), медіану (Me), довірчий інтервал (CI) для середнього. Для якісних ознак визначали їх поширеність, виражену у відсотках (P). При порівнянні груп для даних з нормальним розподілом виконували параметричний дисперсійний аналіз, для даних з вільним розподілом - дисперсійний аналіз Крускала-Уолліса, з подальшим виконанням множинних порівнянь з поправкою Бонферроні.

Результати. Статистично значущих відмінностей між середніми значеннями САТ і ДАТ в різні періоди моніторингу між групами пацієнтів виявлено не було, в тому числі що стосується стадії та ступеня АГ. У групі 2 велика частина пацієнтів мала тип добового профілю САТ діпер, і цей відсоток виявився найвищим серед трьох груп. Також в цій групі була найменшою поширеність патологічного типу добового профілю САТ нондіпер, а типів найтпікер та овердіпер не було зовсім. У групах 1 та 3 патологічний тип добового профілю САТ нондіпер траплявся частіше, ніж діпер. Статистично значуща різниця виявлена для типу добового профілю САТ діпер - поширеність цього типу добового профілю САТ в групі 2 була достовірно вищою, порівняно з групою 3 ( $p < 0.05$ ). Середнє значення кількості гіпотензивних препаратів, що приймає один пацієнт, і сумарний коефіцієнт дози самими низькими виявилися в групі 2, а найвищими - в групі 3 ( $p < 0.05$ ). Частота монотерапії була найвищою і наближалася до 100% в групі 2. Комбінована терапія 2-ма та 3-ма препаратами частіше траплялася в групах 1 та 3, ніж в групі 2 ( $p < 0,001$ ).

Обговорення. Вечірній режим прийому гіпотензивних препаратів виявився більш полегшеним по відношенню до медикаментозного навантаження, при відсутності відмінностей щодо стадії і ступеня АГ між групами. В середньому, пацієнти, що приймають гіпотензивні препарати на ніч, отримують один препарат в рекомендованій середньодобовій терапевтичній дозі; пацієнти, що приймають гіпотензивні вранці - 1-2 препарати в повній або половинній рекомендованій добовій терапевтичній дозі, а пацієнти, що приймають гіпотензивні 2 рази на день, мають найбільше медикаментозне навантаження і отримують 2-3 препарати в рекомендованій середньодобовій терапевтичній дозі кожен. Також в групі вечірнього прийому препаратів відсоток нічної гіпертензії виявився найменший, а поширеність добового профілю САТ діпер - найбільшою.

Висновки. Антигіпертензивна терапія сприяє нормалізації артеріального тиску і зниженню кардіоваскулярного ризику. Успіх її досягається при різних режимах терапії, проте кращим виявився вечірній, як по відношенню до медикаментозного навантаження, так і по відношенню до нормалізації добового профілю АГ.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ ДІАСТЕМИ, ЯК ПАТОЛОГІЇ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОГО АПАРАТУ У МОЛОДІ СХІДНОЇ УКРАЇНИ

Виноградова А. С.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Федота О.М., д.біол.н., професор кафедри акушерства і гінекології

Актуальність теми. Аномалії зубощелепної системи займають одне з перших місць серед захворювань щелепно-лицьової області. Ще 30 років тому було відзначено, що функціональні та морфологічні відхилення за поширеністю перевищують частоту карієсу і інших стоматологічних захворювань. Згідно з даними Оспанова Г. Б. (2000), понад 80% населення земної кулі до 25 років мають аномалію розташування зубів, виражену в тій чи іншій мірі, та дана інформація не змінилася на сьогоднішній день. Причини зростання числа дітей з зубощелепними аномаліями пов'язані зі стійкими факторами (спадковість, фактори середовища), що сприяють формуванню цієї патології, що підтримують стабільний рівень її в рамках популяції.

Різні види аномалій зубних рядів і окремих зубів впливають на морфологічному будову і функції жувального апарату, органів травлення, дихання, можуть спричинити за собою порушення мови і зміну конфігурації особи, що травмує психіку пацієнтів. Тому необхідно своєчасне виявлення проблем зубощелепної системи та їх усунення. Відомо, що описана ознака має генетичну компоненту, та актуальним є її дослідження для прогнозування і планування корекції у родинах.

Питання вивчення, прогнозування, аналізу та лікування пацієнтів з діастемою залишаються недостатньо вивченими, що визначило мету і завдання нашого дослідження.

Мета роботи. Вивчення поширеності діастеми та супутніх аномалій зубного ряду.

Матеріали та методи дослідження. Проведено збір первинної інформації о молоді із середнім віком жінок - 21 рік, чоловіків - 22 роки. Проаналізовано дані про 88 студентів. Діагностичною ознакою діастеми у обстежених вважалась наявність проміжку між центральними різцями від 1,0 мм і більше. Проведено аналіз наукової літератури, дисертаційних робіт, баз даних ОМІМ, статистичний аналіз.

Результати дослідження. Отриману вибірку (n = 88) проаналізовано за полом, етнічною приналежністю. Поширеність діастем серед жінок склала 22.08%, чоловіків 28.57%, що в співвідношенні 1:1. Адентії бокових різців верхньої щелепи виявлено не було. Наявність сверхкомплектного зуба у фронтальній ділянці верхнього зубного ряду послужило причиною діастеми у 4 досліджуваних (3,45 %) центральних різців або протягом усього щелепи. В 1,72

% випадків виявили мікродентію центральних різців, обумовлену зайвим поширенням перегородки з кісткової тканини безпосередньо в зоні локалізації. Досліджувані були опитані про наявність діастеми у родичів. Виявлено, що 10,28 % опитаних мали цю патологію. У вивчених нами родовах виявилось, що в 71,4% предків діастема була у одного з батьків, а в 28,6% випадків батьки не мали діастеми.

Висновки. 1. Поширеність діастеми склала серед жінок 22,08%, серед чоловіків – 28,57%.

2. Наявність сверхкомплектного зуба у фронтальній ділянці верхнього зубного ряду може бути причиною діастеми у чотирьох (1,70%) осіб, мікродентія постійних бічних різців - у двох осіб (1,72 %).

3. Обидві статі були вражені з однаковою частотою, що підтвердило незчеплену з полом спадкову аномалію.

4. Ознака не залежить від статі, що підтверджує незчеплений зі статтю тип успадкування.

## ЛІКУВАННЯ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК ТА МЛЯВО ГРАНУЛЮЮЧИХ РАН ЗА ДОПОМОГОЮ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ

Волков Д. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Герасимов Г. М., доцент кафедри хірургічних хвороб

Актуальність: Хронічна венозна недостатність (ХВН) – одна з найпоширеніших хвороб периферичних судин, у світі на неї страждає 40-65% працездатного населення. Поширеність ХВН з утворенням трофічних виразок складає 1-5% від загальної кількості хворих на ХВН, серед них 80% хворих старше 80 років. 15-67% хворих із трофічними виразками нижніх кінцівок (ТВ НК) набувають тривалу втрату працездатності та інвалідність. Проте, навіть у разі позитивного результату лікування, небезпека рецидиву складає 30-80%, що пояснює важкість захворювання.

Мета і завдання дослідження: Розробка і вивчення ефективності нового методу аутодермопластики (АДП) при місцевому лікуванні ТВ НК і млявогранулюючих ран (МГР), скорочення термінів їх лікування.

Матеріали та методи: У хірургічному відділенні на базі ХКЛ на ЗТ №2 філії «ЦОЗ» ПАТ «Укрзалізниця» було відібрано 40 пацієнтів з ТЯ НК венозної етіології. Включалися в дослідження пацієнти з такими ознаками: посттромбофлебійна хвороба (ПТФБ) або варикозна хвороба, ускладнені ХВН, з трофічними виразками (6 клас по СЕАР або III ступінь ХВН за В.С. Савельєвим і співавт., 2001) і збереженням прохідності глибоких вен гомілки ; пройшли курс консервативної терапії протягом 6 тижнів без позитивного

ефекту; відсутність поліалергії. Було створено 2 групи пацієнтів у відповідності зі схемами їх подальшого хірургічного лікування.

Хворим експериментальної групи (20 осіб) було проведено аутодермопластику розробленим методом (група А). Хворим контрольної групи (20 осіб) було проведено аутодермопластику за Тіршом-Реверденом (група Б). Розподіл хворих по групах проходив випадковим чином. В середньому площа рани становила  $15,6 \pm 3,14$  см<sup>2</sup>. Групи були репрезентативні за розміром МГР і ТВ, віком, статтю і давності основного захворювання.

Протягом шести місяців обом групам пацієнтів була проведена корекція ХВН, гемодинамічних порушень і реологічних властивостей крові методом стандартної патогенетичної терапії. А також, підготовку поверхні рани до АДП за допомогою нормалізації ранового процесу.

Сенс розробленого способу АДП полягав в нанесенні перфорації на аутодермотрансплантат відповідно до розташування силових ліній шкіри тієї ділянки, звідки вона була взята. Розміщення трансплантата шкіри на грануляції проводилася також у відповідності із силовими лініями шкіри тієї ділянки, що була уражена.

Результати дослідження: Підготовка ранових поверхонь до АДП за середньою оцінкою становила в середньому  $14,26 \pm 4,32$  діб. Оцінка результатів експериментальної групи показала, що абсолютне приживлення трансплантата було відзначено на 3-ю добу у 19 з 20 пацієнтів, а ще в одного тільки часткове. На 5-у добу було відзначено абсолютне приживлення у 100% пацієнтів групи А. Відторгнення трансплантата в цій групі не спостерігалось. При виконанні АДП за методом Тірша-Рівердена контрольній групі було відзначено абсолютне приживлення у 14 з 20 пацієнтів на 5 - 7 добу, часткове приживлення у 4 пацієнтів і ще у 2 повне відторгнення трансплантата.

Висновки: Всі пацієнти експериментальної групи, що перенесли аутодермопластику за розробленою методикою, отримали 100% приживлення на 5 добу. У зв'язку з чим можна рекомендувати розроблений метод АДП для хірургічного лікування ТВ НК і МГР при хронічній венозній недостатності.



РОЗРОБКА ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ МІСЦЕВОГО  
ЗАСТОСУВАННЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ACNE VULGARIS

Волков Д.В.<sup>1</sup>, Моїсеєнко Т.М.<sup>2</sup>, Казмірчук В.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна;

<sup>2</sup>ДУ «Інститут мікробіології та імунології імені І. І. Мечникова НАМН України»,  
Харків, Україна

Науковий керівник: Казмірчук В. В., к.мед.н., доцент кафедри педіатрії

Актуальність. *Acne vulgaris* (вугрова хвороба, ВХ) є одним із найрозповсюдженіших захворювань шкіри та підшкірної клітковини. На теперішній час, акне визнано однією із десяти найбільш поширених хвороб людини у світі - 8 місце. У 2013 році *acne vulgaris* були уражені 660 мільйонів чоловік, за даними Global Burden of Disease Study.

При незначних змінах фізичного стану у хворих на ВХ суттєво погіршується психоемоційні складові якості їх життя, особливо серед підлітків та молоді. Це нерідко стає причиною невпевненості та призводить до депресій, дисморфобій, а в окремих випадках навіть суїцидальних спроб.

У сучасній медицині досягнуті певні успіхи в лікуванні *acne vulgaris* та їх ускладнень, але проблема полірезистентності мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів залишається не вирішеною. Збудники акне (пропіонокислі бактерії, стафілококи) часто резистентні до антибактеріальних засобів (резистентність до еритроміцину у *S. epidermidis* складає 95 %, у *P.acnes* – 52 % та 38 % до тетрацикліну, доксицикліну і триметоприму-сульфаметоксазолу). Вітчизняними та закордонними науковцями встановлено, що резистентність мікроорганізмів до фітопрепаратів розвивається значно повільніше. На сьогоднішній день актуальним є питання широкого застосування біологічно-активних речовин рослинного походження. Особливої уваги заслуговує така перспективна рослина, як хміль звичайний (*Humulus lupulus* L.). Його протизапальні, болезаспокійливі, бактерицидні та антиалергічні властивості обумовлюють потенційну терапевтичну ефективність при розробці протимікробних засобів для лікування *acne vulgaris*.

Мета. Мікробіологічне обґрунтування перспективи використання екстракту хмелю вуглекислотного при розробці протимікробного засобу для підвищення ефективності лікування *acne vulgaris*.

Матеріали та методи дослідження. У роботі використовувались штами мікроорганізмів лабораторії медичної мікробіології з музеєм мікроорганізмів ДУ «ІМІ НАМН». При проведенні досліджень використовували добові культури мікроорганізмів, які вирощували на відповідних поживних середовищах, зазначених в Державній фармакопеї України 1. Мікробне навантаження при використанні музейних штамів

становило 0,5 од. за Мак-Фарлендом. Вивчення протимікробної дії екстракту хмелю вуглекислотного проводили за допомогою методу дифузії в агар (метод «колодязів»).

Результати досліджень. Експериментальним шляхом доведено виражену протимікробну активність екстракту хмелю вуглекислотного відносно референтних тест-штамів мікроорганізмів грамполозитивних (*S. aureus* ATCC 25923, *S. pneumoniae* ATCC 49619, *B. cereus* ATCC 10702) і грамнегативних (*E. coli* ATCC 25922, *P. aeruginosa* ATCC 27853) та грибів роду *Candida* (*C. albicans* ATCC 885-653).

Висновок. Встановлено антибактерійну та протигрибкову активність екстракту хмелю вуглекислотного щодо музейних тест-штамів мікроорганізмів, що обґрунтовує перспективність розробки на його основі лікарського засобу місцевого застосування з протимікробними властивостями для лікування *acne vulgaris*.

## ХВОРОБА ВІЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА: АКТУАЛЬНІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ

Волошин-Гапонов І. К., Стрижак А. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна  
кафедра клінічної, неврології, психіатрії та наркології

Хвороба Вільсона-Коновалова (ХВК) – одне з небагатьох спадкових захворювань, яке піддається лікуванню. В останні роки знову привертають увагу дослідників різні аспекти цього захворювання. З одного боку, показано, що при ранній діагностиці є можливість успішної модифікації перебігу захворювання і тривалий час зберігати активний спосіб життя хворого. З іншого боку, поліморфізм форм і симптоматики перебігу хвороби ускладнюють ранню діагностику, що часто призводить до її запізнення на кілька років, а, отже, і відсутність в цей період часу патогенетично обґрунтованої терапії. Крім того, немає однозначної відповіді, який препарат патогенетичної терапії слід використовувати в першу чергу, на якій стадії захворювання, та в яких дозах.

На сьогоднішній день лікування ХВК направлено на екскрецію з сечею надлишкової токсичної, вільної, не пов'язаної з церулоплазмином міді. За більш ніж 55 років у світі накопичений великий досвід лікування ХВК цим препаратом, який не є панацеєю в лікуванні цього захворювання із-за частих ускладнень, які часто супроводжуються вираженим прогресуванням неврологічної симптоматики, вираженим больовим синдромом в перші дні і тижні прийому препарату, а також різким підвищенням температури до 40-41

°С. До таких патогенних факторів можна віднести і токсичну дію хелатера купреніла, який сприяє як формуванню, так і прогресуванню вже наявного незворотнього нейродегенеративного процесу в структурах головного мозку. Також, одним з негативних факторів є і токсична дія аміаку на головний мозок, внаслідок недостатньої детоксикаційною функцією печінки, обумовленою надмірним накопиченням вільної токсичної міді в депо печінки. Сукупність вищезазначених негативних факторів призводить до розвитку синдрому раннього судинного старіння з розвитком незворотних змін у структурах головного мозку. Зважаючи на такі ускладнення, нами, в таких випадках, доводилося переходити з купреніла на монотерапію солями цинку, які не мають виражених побічних ефектів на організм хворого. Одинадцять хворим (з 112), що лікувалися в інституті, відразу була призначена монотерапія препаратами тільки солей цинку (Цинктерал). 5 хворих отримували монотерапію цинктералом в зв'язку з тим, що вони були гетерозиготними сибсами хворих і не мали вираженої клінічної картини захворювання. Шести хворим була нами призначена підтримуюча монотерапія цинктералом після проведеного цим хворим лікування купренілом в інших лікарнях, і які не мали помітної неврологічної симптоматики. Дванадцять хворим монотерапія цинком була призначена через несприйняття ними хелатера купреніла. Таким чином, монотерапію солями цинку пройшли в інституті 23 хворих. У більшості хворих на фоні патогенетичної терапії солями цинку відзначалося значне покращення загального стану з регресом клініко-неврологічної симптоматики, що призводило до покращення якості та тривалості життя. Тому, препарати цинку є найбільш ефективною та безпечною альтернативою хелатерним препаратам.

Таким чином, солі цинку вельми ефективні і малотоксичні і можуть бути препаратом вибору при лікуванні хворих з ХВК в предсимптомній стадії хвороби, а також на етапі підтримуючого лікування як в якості монотерапії, так і в комбінації з пеніцилламіном. Однак зазначені препарати не можуть вирішити всіх проблем лікування та реабілітації хворих з ХВК, і тому з урахуванням клінічної картини і даних методів дослідження, необхідно не рідше 1 - 2 рази в рік проводити курси симптоматичного лікування.

## ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ МАСИ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ТВАРИН ПІД ВПЛИВОМ ХІМІЧНОГО СТРЕСОРНОГО ФАКТОРУ

Ворона Д. А.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Наконечна С. А., к.біол.н., доцент

Актуальність теми: наразі актуальними є дослідження, що вивчають життєдіяльність живих організмів, які перебувають під впливом екзогенних стресових факторів, що спричиняють ендогенні зміни їх структур і функцій. Таким чином формується стресовий стан в організмі, що модулює морфологічні зміни в зв'язку з умовами існування, що виникли. Вже тривалий час людство живе в несприятливих зовнішніх умовах, тому є необхідним вивчення факторів навколишнього середовища, що діють тривало і в малих кількостях. Одними із суттєвих факторів, що впливають на здоров'я людини, є хімічні, точніше, поверхнево-активні речовини, що здійснюють негативний вплив на здоров'я живого організму. Тому в цьому дослідженні були використані ксенобіотики отруйної дії, що входять до складу мийних засобів побутового призначення, з метою вивчення видимих ознак структурних порушень внутрішніх органів тварин.

Матеріали та методи: досліджувались маса тіла статевозрілих щурів лінії Вістар, печінка, нирки, селезінка, наднирники, легені, тонкий кишківник, шлунок, підшлункова залоза, серце. Коефіцієнти маси внутрішніх органів визначались зі співвідношення маси органу до маси тварини в г/кг. Коефіцієнти маси наднирників брали зі співвідношення маси органу (мг) до 100 г маси тіла тварини. Парні органи зважували кожен окремо. Отримавши абсолютні показники ваги органів, підраховували їх вагові коефіцієнти. Випробовані діюча і токсична дози отруйних речовин. Діяльність хронічного впливу-30 діб.

Отримані результати: за результатами досліджень в даній роботі вплив на тварин діючих доз токсичних речовин на 30-ту добу експерименту викликав у білих щурів значне зменшення проценту приросту маси тіла в порівнянні з контрольною групою. Ці дані підтверджують вплив концентрації стресорного фактору на формування пристосування до стресу під впливом отрут в сильному розбавленні. При підрахуванні коефіцієнтів маси внутрішніх органів у білих щурів зазначалось збільшення в основному печінки, нирок, наднирників, селезінки і недостовірно шлунка як показник стадії виснаження в формуванні загального адаптаційного синдрому по Сельє. Печінка –головний дезінтоксикаційний орган тваринного організму, і все навантаження по переробці екзогенного матеріалу, що потрапляє в кров, припадає на нього. В умовах даного експерименту виявлено, що коефіцієнт маси печінки тварин, що отримувала діючу дозу ксенобіотиків, збільшувався на 10,9 %, що підтверджує напружену роботу даного органу. Достовірне зменшення коефіцієнту маси нирок

в умовах дії ксенобіотиків до 28,8 % свідчить про підвищену функцію даного фільтраційного органу. Оскільки селезінка – важливий імунний орган периферійної лімфоїдної системи, то збільшення коефіцієнту маси цього органу може свідчити про активацію специфічної та неспецифічної імунної відповіді. У випадку впливу ксенобіотиків побутового призначення спостерігалось достовірне збільшення маси цього органу на 20,2 %.

Висновки: в результаті хронічного впливу ксенобіотиків побутового призначення були виявлені структурні зміни внутрішніх органів лабораторних тварин, що впливають на організмові, органні, тканинні та клітинні рівні організації біологічних систем.

## ДИХАЛЬНА СИСТЕМА: ЕМБРІОГЕНЕЗ ТА АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ

Воцилін Б. Р.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна  
Науковий керівник: Шаповал О. В., к.мед.н.,  
доцент кафедри загальної та клінічної патології

Актуальність. Симптоми респіраторних захворювань є одним з основних чинників звертання населення за медичною допомогою у лікувально-профілактичні заклади. Вважається, що більш, ніж 50% бронхолегеневих захворювань пов'язані з вадами розвитку органів дихальної системи.

Мета дослідження. Вивчити процес ембріогенезу та аномалії розвитку органів дихальної системи.

Задачі дослідження. Визначити джерела та етапи внутрішньоутробного розвитку дихальної системи, можливі чинники порушень ембріогенезу та основні види аномалій розвитку органів дихальної системи.

Матеріали та методи. Процес ембріогенезу та аномалії розвитку органів дихальної системи було вивчено за даними літературних джерел та інтернет-ресурсів.

Отримані результати. Встановлено, що джерелами розвитку дихальної системи є прехордальна пластинка та мезенхіма. Прехордальна пластинка є джерелом розвитку епітеліального шару дихальних шляхів. Мезенхіма є джерелом розвитку інших структурних компонентів. Зачаток дихальної системи з'являється як респіраторний дивертикул вентральної частини первинної кишки на 22-28 добу ембріогенезу.

У внутрішньоутробному розвитку легень виділяють 3 стадії:

- залозиста стадія – 5 - 15 тижень внутрішньоутробного розвитку – формування бронхіального дерева;

- каналікулярна стадія – 16 - 25 тиждів внутрішньоутробного розвитку – початок формування респіраторних бронхіол;  
- альвеолярна стадія – від 26 тижня внутрішньоутробного розвитку – розвиток основної частини альвеолярних шляхів та альвеол.

Аномалії розвитку - наслідок порушення ембріонального формування дихальної системи. Virізніють вади, пов'язані з недорозвиненням бронхолегеневих структур (агенезія, аплазія, гіпоплазія легень), вади розвитку трахеї та бронхів (розповсюджені та обмежені), вади розвитку легневих судин. Також virізніють аномалії розвитку, до яких відносять вроджені дефекти, що не проявляються клінічно та не впливають на функцію органу (приклад - аномалії розгалуження бронхів).

За наявності вад розвитку може спостерігатися рання клінічна симптоматика (дихальна недостатність у новонароджених та немовлят), а також вірогідний розвиток хронічних захворювань органів дихальної системи.

Virідляють первинні та вторинні чинники аномалій розвитку дихальної системи. Первинні чинники обумовлені генетичними порушеннями. Вторинні чинники обумовлені впливом на ембріон/плід несприятливих факторів у період формування дихальної системи (куріння, алкоголізм, екологічні обставини, захворювання матері, лікарські засоби).

Прикладами аномалій розвитку, спричинених первинними чинниками, можуть бути: легенева сімейна емфізема, синдром гемосидерозу легень, муковісцидоз. До аномалій розвитку, спричинених вторинними чинниками, належать трахеостравохідний свищ, кісти легень, гіпоплазія легень.

Висновки. Зачаток структур дихальної системи з'являється на 4-му тижні ембріогенезу. Порушення ембріогенезу можуть спричинити розвиток патологічних процесів, небезпечних для здоров'я та життя.

Для профілактики аномалій розвитку необхідно виключити тератогенні впливи впродовж вагітності, забезпечити медико-генетичне консультування та обстеження майбутніх батьків.

## ВПЛИВ СІМ'ЯНОЇ ПЛАЗМИ НА КІНЕТИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА СТАН ДНК КРІОКОНСЕРВОВАНИХ СПЕРМІЇВ ЛЮДИНИ

Гапон Г. О., Юрчук Т. О., Піняєв В. І.,  
Павлович О. В., Петрушко М. П.

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України  
Науковий керівник: Петрушко М. П., д.біол.н., ст.н.с. Інституту проблем  
кріобіології і кріомедицини  
НАН України

Актуальність теми. Кріоконсервування сперматозоїдів широко використовується в клініках лікування безпліддя. Питання про те, як краще

кріоконсервувати сперматозоїди в сім'яній плазмі, чи після виділення рухливої фракції остаточно не вирішено. З одного боку, клітини дебрису, які присутні в плазмі, можуть негативно впливати на рухливість спермій через активацію процесів перекисного окислення ліпідів, а другого - позитивно впливає на рухливість сперматозоїдів [S. Noma, 2015, M. Петрушко, 2017]. Центрифугування сперми у градієнті щільності дозволяє виділити суспензію активної рухливих клітин, проте - може негативно вплинути на їх рухливість, виснажуючи запаси енергії [H. Malvezzi, 2014].

Задачі дослідження полягали у вивченні кінетичних характеристик та стану ДНК у сперміях людини, які були кріоконсервовані у вигляді нативного еякуляту, після капацитації та з додаванням до капацитованих спермій очищеної сім'яної плазми.

Мета роботи. Дослідити вплив сім'яної плазми на кінетичні характеристики та стан ДНК кріоконсервованих сперматозоїдів людини.

Матеріали та методи. В роботі використовували сперму донорів з їх письмової, інформаційної згоди. Кожний еякулят був розділений на 3 аліквоти: нативний еякулят, фракція активнорухливих спермій, очищена сім'яна плазма з активнорухливою фракцією спермій. До кожної аліквоти додавали в еквівалентному об'ємі 14% (об. / об.) гліцерину до остаточної концентрації 7%. Зразки розміщували у кріопробірці та охолоджували протягом 10 хв у паровій фазі рідкого азоту перед тим, як занурити в рідкий азот для зберігання. Аліквоти з одного і того ж зразка зберігалися і розморожувалися одночасно. Відігрів зразків проводили у водяній бані при 37 ° С протягом 15 хв. Рухливість сперматозоїдів оцінювали шляхом аналізу зразка у камері Маклер (Реховот, Ізраїль). З метою проведення аналізу фрагментації ДНК сперматозоїдів був використаний метод SCD (sperm chromatin dispersion) («Halo Sperm», Іспанія). При статистичній обробці результатів використовували однофакторний дисперсійний аналіз та t-критерій Стьюдента та програму Excel («Microsoft Office», США).

Отримані результати. Кількість рухливих спермій у групах 1-3 до кріоконсервування складала 37,7±3,2, 74,4±4,9 та 69,4±4,1% відповідно. Ці результати свідчать про те, що виділення рухливої фракції збільшує кількість спермій з активним кінетичним рухом у зразку. Після кріоконсервування 47,7±3,2, 34,4±2,8 та 59,4±4,1% спермій груп 1-3 відповідно характеризувалися наявністю прямолінійного поступового руху. Це є ознакою позитивного впливу очищеної сім'яної рідини на збереження кінетичних характеристик спермій. Частота фрагментації ДНК була найбільшою у групі 1 – 37,2±3,1 та найменшою у групі 2 - 7,7±0,1, в групі 3 кількість спермій з фрагментацією ДНК була на рівні показників групи 1 – 10,2±1,1.

Висновки. Очищена сім'яна плазма позитивно впливає на кінетичні характеристики кріоконсервованих сперматозоїдів людини та, на відміну від показників кріоконсервованого цільного еякуляту, не призводить до

збільшення фрагментації ДНК, тому може бути використана в якості одного з компонентів криоконсервуючого середовища.

## НОВЫЕ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ПОДХОДЫ К ПОДГОТОВКЕ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ

Гардашова Д. Н.

Харьковский национальный медицинский университет  
кафедра акушерства и гинекологии №1, Харьков, Украина  
Научный руководитель: Липко О. П., д.мед.н., професор

Одним из факторов успешных родов является зрелая шейка матки. В настоящее время для оценки степени зрелости шейки матки используется шкала по Бишопу, которая включает в себя такие признаки : консистенция шейки матки, длина шейки матки, проходимость шеечного канала, положение ш/м по отношению к проводной оси таза. Суммарная оценка отражает степень зрелости шейки матки 0-2 балла – шейка «незрелая»; 3-4 балла – шейка «недостаточно зрелая», «созревающая»; 5-8 баллов – шейка «зрелая». Основные события по созреванию шейки матки происходят в экстрацеллюлярном матриксе, связанные с изменениями в количестве и составе гликозаминогликанов и протеогликанов. Концентрация гиалуроновой кислоты в созревающей шейке матки резко возрастает из-за увеличения активности изофермента гиалуронансинтазы-2, участвующего в синтезе гиалуроновой кислоты. Основной функцией гиалуроновой кислоты является связывание воды, в результате чего образуется гелеобразная субстанция, окружающая клеточные и волокнистые структуры, кровеносные сосуды и нервные элементы. Хондроитинсульфаты также обладают способностью связывать воду, но из-за значительно меньшей массы молекулы, они не охватывают такое большое пространство как гиалуроновая кислота. Учитывая изменения, мы посчитали целесообразным исследовать как влияет экзогенно вводимая гиалуроновая кислота на созревание шейки матки.

Цель: определить при какой степени зрелости шейки матки введение гиалуроновой кислоты окажет положительный эффект; определить дозу и сроки введения.

Задачи исследования: Определить при какой степени зрелости шейки матки введение гиалуроновой кислоты окажет положительный эффект; Определить дозы и сроки введения.

Материалы и методы: В исследовании принимали участие 2 группы беременных: основная группа, состоит из 20 беременных и контрольная группа из 12 беременных. Контрольной группе состоящей из 12 беременных проводилась традиционная предродовая подготовка. Основная группа в зависимости от степени зрелости шейки матки была разделена на несколько подгрупп. Первую А подгруппу составили 5 беременных с



незрелої шийкою матки в строке беременности 39-41 недель. Вторую В подгруппу составили 7 беременных в таком же строке гестации у которых была созревающая шейка матки. Третья С подгруппа состояла из 8 беременных в строке беременности 39-41 неделя с недостаточно зрелой шийкою матки. Всем беременным назначена гиалуроновая кислота в виде свечей Ревитакса. Учитывая раннюю степень зрелости эмпирически выработана следующая схема: При незрелой шейке матки 1 свеча 3 раза в день. При созревающей шейке матки 1 свеча 2 раза. При недостаточно зрелой шейке матки 1 свеча 1 раз в день. Курс лечения составляет от 7 до 14 дней, в зависимости от того когда началась родовая деятельность.

Результаты: В первой группе : Из 5 беременных у 3 (60%) перешло из незрелой в зрелую форму. Во второй группе: из 7 беременных из созревающей перешло в зрелую форму у 6 (86%). В третьей группе у 8 из 8 беременных перешла в зрелую форму (100%).

Выводы: Таким образом данный метод лечения является эффективным особенно при созревающей или недостаточно зрелой шейке матки. В тоже время 25% неудач при незрелой шейке матки свидетельствует о том что в механизмах созревания шейки матки имеет значение не только состояние соединительной ткани, но и нервно-гуморальные механизмы.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИХ АНЕВРИЗМ

Гвоздь В. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Падалко В. І., к.біол.н., доцент кафедри загальної та клінічної патології

Внутрішньочерепні (інтракраніальні) аневризми (далі - ВЧА) - це патологічні розширення кровоносних судин, які живлять головний мозок. Це надзвичайно небезпечні патології, бо наслідком розриву такої аневризми найчастіше (85-90% випадків) є субарахноїдальний крововилив (далі – САК), що призводить до дисфункції головного мозку (інсультів, нападів та ін.). САК є невідкладним станом: приблизно 10-15% пацієнтів вмирають до надання медичної допомоги, до 40% втрачають життя впродовж першого тижня, та до 50% випадків закінчуються летально у перші 6 місяців після крововиливу.

Саме тому проблема вибору методів діагностики та лікування САК є сьогодні вкрай актуальною, і метою цієї роботи є оцінка переваг та недоліків різних методів діагностики та лікування ВЧА. У роботі проведено аналіз

інформації, наявної у базах даних PubMed та Medscape щодо досліджень випадків діагностики та лікування ВЧА та САК за останні 10 років.

В роботі оцінено основні діагностичні методи для виявлення ВЧА, а саме: комп'ютерну та магнітно-резонансну томографію (КТ та МРТ відповідно) головного мозку, люмбальну пункцію та дигітальну (цифрову) субтракційну ангіографію (ДСА). Серед методів лікування ВЧА у роботі розглянуто два шляхи, які сьогодні є єдиними ефективними методами усунення аневризм, а саме: кліпування аневризми (У. Денді, 1938) та ендovasкулярна оклюзія (Г. Гуглієлмі, 1990). Обидва методи мають приблизно однаковий миттєвий ефект, але ризики під час проведення цих операцій та прогнози після їх застосування мають значні відмінності.

Згідно з результатами досліджень було виявлено більшу ефективність кліпування (повне усунення аневризм було досягнуто у 82% та 96% випадків проти 66% та 48% у разі застосування ендovasкулярної оклюзії), і, як наслідок цього, менший ризик рецидиву патології та потреби повторного лікування (3,8% проти 17,4% та 4,6% проти 16,4%). Але при цьому ендovasкулярна оклюзія була виявлена безпечнішою згідно з критерієм смертності після операції (23,2% та 23,7% проти 33,7% та 30,6% для кліпування). Але ці загальні стратегії потребують суттєвого корегування в залежності від віку, стану пацієнта та форми і локалізації аневризми.

Таким чином, основними критеріями для вибору методів лікування ВЧА є: вік, коморбідність, стан пацієнта та форма і локалізація аневризми. Так пацієнтам старшим за 70 років у стані 4/5 балів за шкалою Ханта і Гесса з аневризмою, що має тонку шийку та локалізована в задній черепній ямці, рекомендовано застосування ендovasкулярної оклюзії аневризми. Пацієнти молодшого віку, пацієнти з підвищеним внутрішньочерепним тиском та/або гематомою, що потребує хірургічного втручання, з аневризмою, що має широку шийку та знаходиться в середній або передній черепних ямках (особливо на гілках середньої артерії мозку), згідно з рекомендаціями, підлягають кліпуванню аневризм.

ПОСТІЙНА БРАДИСІСТОЛІЧНА ФІБРИЛЯЦІЯ ПЕРЕДСЕРДЬ У  
ПАЦІЄНТА З МУЛЬТІМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ПРИКЛАДІ  
КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Гетманець А. С., Гурова А. А., Ткаченко В. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Целік Н. С., асистент;

Яблучанський М. І., д.мед.н., проф., завідувач кафедри внутрішньої медицини

Актуальність: ФП виявляється у 0,9% населення, а у віці  $\geq 65$  років зустрічається в 5,9% випадків. ФП складає 40% всіх порушень серцевого ритму. 30% інсультів у пацієнтів старше 65 років пов'язано безпосередньо з ФП. З віком також спостерігається зростання мультіморбідності і біля 80% людей похилого віку мають три захворювання та більше.

Задачі та мета роботи: На прикладі клінічного випадку показати особливості діагностики та тактики ведення постійної брадисістоличної фібриляції передсердь у пацієнта з мультіморбідною патологією.

Матеріали та методи дослідження: вивчений анамнез пацієнта, 79 років, який поступив у стаціонар зі скаргами: відчуття неритмічного серцебиття без чіткого зв'язку з будь-якими факторами, ЧСС: 39-40 уд/хв. Хиткість при ходьбі, запаморочення при зниженні пульсу нижче 40 уд/хв. Біль в грудній клітині давлючого характеру, переважно за грудиною, при ходьбі на відстань близько 150 м, що супроводжується задишкою. Головні болі в потиличній області, при підвищенні артеріального тиску (АТ) вище 150/90 мм.рт.ст. Набряки нижніх третіх гомілок ввечері. Підвищена стомлюваність, почуття загальної слабкості. Ранкова скутість суглобів кистей до 10-15 хвилин. Постійний біль, обмеження рухів в дрібних суглобах кистей, які посилюються при фізичному навантаженні.

Результати лабораторних досліджень. Клінічний аналіз крові: зниження гемоглобіну і гематокриту, різко підвищена ШОЕ і тромбоцити. Біохімічний аналіз крові: збільшення рівня СРБ в 2 рази. Інструментальні дослідження. ЕКГ: ФП з ЧСС 68 уд/хв. Подовження інтервалу QTc. Порушення процесів реполяризації по боковій стінці ЛШ. Добове моніторування ЕКГ: епізоди брадикардії (102), паузи до 2000 мсек (5), шлуночкові екстрасистоли (372), в т.ч. короткий пароксизм шлуночкової тахікардії (3). ЕхоКГ з доплеровським аналізом: склеротичні зміни стінок аорти, стулок аортального та мітрального клапанів, гіпертрофія міокарда ЛШ за ексцентричним типом, дилатація всіх порожнин серця, трикуспідальна регургітація Іст., ознаки легеневої гіпертензії Іст. УЗД ОЧП і нирок: гепатоспленомегалія, ЖКХ, неповне подвоєння правої нирки. Рентгенограма ОГК: дифузний пневмофіброз, ознаки венозної гіпертензії. В синусах сліди рідини. Серце різко розширене в поперечнику. Кількісна оцінка

мультиморбідності за шкалою CIRS-21бал. При наявності системної брадикардії- імплантація ЕКС.

Клінічний діагноз: ІХС. Стабільна стенокардія напруги ІІІ ФК. ГХ ІІІ стадії, 3 ступеня. Постійна форма ФП, брадісістолічний варіант (ЧСС-35 уд/хв. і середн-45). ЕНРА ІІІ, CHADS-VASc-5, HAS-BLEED-3, СНІА зі збереженою ФВ ЛШ. Первинний поліостеоартроз, з ураженням дрібних суглобів кистей, променезап'ясткових суглобів. ПФС 2ст. Ro? Ревматоїдний артрит? Хронічне обструктивне захворювання легень у фазі ремісії. Хронічна анемія Іст. Посттромбофлебітичний синдром, ХВН ІІ-ІІІст. Хронічний коліт, долихосигма. Аденома передміхурової залози. ЖКХ. Хронічний калькульозний холецистит в стадії ремісії. Гепатоспленомегалія. Мікроуролітаз. Неповне подвоєння правої нирки.

Висновки: Брадісістолічна форма фібриляції передсердь в похилому віці у більшій частини пацієнтів поєднується з безліччю інших захворювань. У викладеному клінічному випадку ФП поєднується з ІХС, АГ, СН, ХОЗЛ, ОА, анемією, ПТФС, аденомою передміхурової залози, колітом, ЖКХ, подвоєнням правої нирки, гепатоспленомегалією. Для визначення тактики ведення даного пацієнта необхідно дообстеження в плані онкопатології і ОА. Наявність такої кількості захворювань у одного пацієнта вимагає ретельного підбору медикаментів. Існує небезпека поліпрагмазії, тому необхідно визначити той мінімум медикаментів, який необхідний на даний момент.

## ГІПЕРТРОФІЧНА КАРДІОМІОПАТІЯ ЯК ПРИЧИНА ПОРУШЕННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ

Главатських Г. К.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна.

Наукові керівники: Мартіньянова Л. А., к.мед.н., доцент;  
Рибчинський С. В., асистент

Актуальність: Гіпертрофічна кардіоміопатія (ГКМП) - первинне ураження міокарда, яке проявляється вираженою гіпертрофією міокарда лівого шлуночка (ЛШ), нормальними або зменшеними порожнинами ЛШ, вираженою діастолічною дисфункцією шлуночка і частим розвитком порушень ритму. Поширеність в популяції становить 0,17%.

Мета роботи: показати особливості ведення пацієнта з ГКМП необструктивної форми.

Об'єкт дослідження: пацієнт М., 63 роки, звернувся зі скаргами на колючі болі в грудній клітці без чіткої локалізації, що не іррадіюють, не

пов'язані з фізичним навантаженням, знімаються валідолом; відчуття задухи переважно в нічний час, що проходить в положенні сидячи; прискорене серцебиття, перебої в роботі серця; задишку при мінімальному фізичному навантаженні, головні болі в основному при підйомі артеріального тиску (АТ), слабкість, поганий сон.

Результати дослідження. Хворіє з 2010 року, коли вперше при проходженні мед. комісії зафіксовано підвищення артеріального тиску до 160/100 мм рт.ст. У 2014 госпіталізований ЛШМД зі скаргами на задишку при мінімальному фізичному навантаженні, загальну слабкість, запаморочення. При надходженні на ЕКГ: пароксизмальна суправентрикулярна тахікардія. В ході обстеження виявлені фібриляція передсердь (ФП) і шлуночкова екстрасистолічна аритмія. Були призначені: біспролол 5 мг, ацетилсаліцилова кислота 100 мг, аміодарон 200 мг 1 р / д. Виписаний з поліпшенням. Надалі препарати приймав нерегулярно. Повторно лікувався у 2016, після виписки приймав ацетилсаліцилову кислоту. Погіршення стану з 02.02.2018, коли з'явилися вищевказані скарги. З анамнезу життя - курить понад 40 років по 20 сигарет на день, ІК > 30 пачка / років, періодично вживає алкоголь.

Об'єктивно: загальний стан задовільний, положення активне, шкірні покриви - дифузний ціаноз, набряки відсутні. Перкуторно над легенями притуплення легеневого звуку в нижніх відділах з обох сторін. Аускультативно ослаблення везикулярного дихання, вологі хрипи в нижніх відділах. Ліва межа відносної тупості серця зміщена вліво. Діяльність серця ритмічна, тони приглушені, акцент II тону над аортою. ЧСС = пульс = 57 уд / хв. АТ 150/100 мм.рт.ст. Відхилення в лабораторних дослідженнях: лейкоцити - 10,9 г / л, сегментоядерні нейтрофіли - 74%. ЕКГ: ритм синусовий з ЧСС - 57 уд / хв, неповна блокада передньої гілки лівої ніжки пучка Гіса, часті поліморфні парні шлуночкові екстрасистоли. ЕхоКГ: склеротичні зміни стінок аорти, стулок аортального та мітрального клапанів, асиметрична гіпертрофія міжшлуночкової перегородки 15,9 мм без обструкції шляху відтоку, гіпертрофія міокарда ЛШ 16,2 мм, ознаки підвищеної діастолічної жорсткості стінок ЛШ. Фракція вигнання - 58%.

Клінічний діагноз: ГКМП, необструктивна форма. Персистуюча форма ФП, брадисистолічний варіант, клас EHRA-2b, індекс CHA2DS2-VASc - 4, HAS-BLED- 2. Пароксизмальна суправентрикулярна тахікардія (2014р). Шлуночкова екстрасистолічна аритмія IVA клас по лаун. Гіпертонічна хвороба II ст. 3 ст. Ризик Па. СН II А ст., II ФК зі збереженою систолічною функцією ЛШ. Проведено лікування в стаціонарі: біспролол 5 мг, валсартан 80 мг 2р / д, ацетилсаліцилова кислота 100мг, аміодарон 200мг 1р / д, тіотриазолін 2,5% 2,0 в / в стр. №10. Рекомендовано: постійне диспансерне спостереження з обстеженням не рідше 1 разу / рік, валсартан 80 мг 2 р / день, біспролол 5 мг, ацетилсаліцилова кислота 100мг, обмеження вживання

солі до 4 г / день, жирної їжі, алкоголю, відмова від куріння, забороняється робота на транспорті, на висоті, обмеження фізичних навантажень.

Висновки. На прикладі даного клінічного випадку можна побачити, що несистематичне виконання лікарських приписів призводить до ускладнень основного захворювання.

## ВЕГЕТАТИВНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОБОТИ ЗА КОМП'ЮТЕРОМ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Голобородько А. О.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Редька І. В., к.біол.н., доцент кафедри гігієни та соціальної медицини

Робота за комп'ютером супроводжується збільшенням статичного навантаження переважно на м'язи плечового поясу й спини та когнітивного навантаження. Однією з систем, що миттєво реагує на зміни функціонального стану організму є серцево-судинна система, а за динамікою її показників можливо оцінити адекватність вегетативного забезпечення поточної діяльності та загальні адаптаційні можливості організму. Зазначене визначило мету дослідження – встановлення особливостей вегетативного забезпечення роботи за комп'ютером у молодших школярів.

Проведено дослідження 10-річних хлопчиків ( $n=30$ ) в умовах спокійного неспання та роботи за комп'ютером (коректурні таблиці Анфімова, на 10-15-ій хвилині) методами реоенцефалографії (РЕГ) і ритмокардіографії (аналіз варіабельності серцевого ритму, ВСР). Визначалися наступні параметри ВСР: середня тривалість (Mean) і стандартне відхилення (SDNN) кардіоциклів, квадратний корінь з середньої суми квадратів різниць між суміжними кардіоциклами (RMSSD), коефіцієнт варіації (CV $\tau$ ), відсоток пар кардіоциклів з різницею понад 50 мс (pNN50%), сумарна потужність спектру (TP), абсолютна (VLF, LF, HF), відносна (VLF%, LF%, HF%) та нормалізована (LFn, HFn) потужність відповідно дуже низькочастотної, низькочастотної та високочастотної складових спектру, індекс симпато-вагального балансу (LF/HF). Статистичний аналіз отриманих даних проведено з використанням непараметричних критеріїв Вілкоксона та Манна-Уїтні.

За станом симпато-вагального балансу досліджувані розподілилися на 3 групи: 30% ваготоніків (LF/HF<0,5), 26,7% ейтоніків ( $0,5 \leq LF/HF \leq 1,5$ ) і 43,3% симпатикотоніків (LF/HF>1,5), що розрізнялися за параметрами церебральної гемодинаміки та ВСР в умовах спокійного неспання. Так, ейтонікам притаманні нижчі ( $P \leq 0,05$ ) значення Mean, SDNN, RMSSD,

pNN50%, TP, VLF, LF, HF, HFn, HF% та вищі ( $P \leq 0,05$ ) значення LFn, VLF%, LF%, LF/HF, порівняно з ваготоніками, але вищі ( $P \leq 0,05$ ) значення HFn і HF% та нижчі ( $P \leq 0,05$ ) значенням LFn і LF/HF, порівняно з симпатикотоніками. У той же час симпатикотонікам, порівняно з ваготоніками, властиві нижчі ( $P \leq 0,05$ ) значення Mean, SDNN, RMSSD, pNN50%, CVr, TP, VLF, LF, HF, HFn, HF% та вищі ( $P \leq 0,05$ ) значення LF/HF, LFn, VLF%, LF%. Симпатикотоніки характеризувалися нижчими ( $P \leq 0,05$ ), порівняно з ваготоніками значеннями артеріального кровонаповнення та об'ємної швидкості кровотоку на фоні вищих ( $P \leq 0,05$ ) значень тонуусу артерій крупного та середнього калібру у каротидному та вертебро-базиллярному басейнах.

Висока вегетативна реактивність при роботі за комп'ютером виявлена при зсуві симпато-вагального балансу в умовах спокійного неспання. Так, ваготоніки реагували зниженням ( $P \leq 0,05$ ) тонуусу артеріол у вертебро-базиллярному басейні обох гемісфер і правому каротидному басейні, значень Mean, RMSSD, HF, HFn, HF% та підвищенням ( $P \leq 0,05$ ) значень LF/HF, LF, LFn, LF%. У той же час у симпатикотоніків спостерігалася протилежна реакція – збільшення ( $P \leq 0,05$ ) значень RMSSD, pNN50%, HF, HFn, HF% та зниження ( $P \leq 0,05$ ) значень LF/HF, VLF, VLF%, LF, LFn, LF% та зниження тонуусу артеріол обох судинних басейнів правої гемісфери. У ейтоніків робота за комп'ютером супроводжувалася зниженням тонуусу артеріол у каротидному басейні обох гемісфер.

Висновки: 1. При зсуві вегетативної рівноваги у бік симпатикотонії знижуються загальний тонуус вегетативної нервової системи та церебральна гемодинаміка.

2. Оптимальне вегетативне забезпечення роботи за комп'ютером притаманне ейтонікам, вегетативне забезпечення за рахунок симпатичної нервової системи – ваготонікам, а за рахунок парасимпатичної нервової системи – симпатикотонікам.

3. Церебральна гемодинаміка реагує на роботу за комп'ютером зниженням тонуусу артеріол, а адекватність реакції знижується в ряду: ейтонія > симпатикотонія > вагонія.

4. При розробці гігієнічних нормативів роботи за комп'ютером для молодшого шкільного віку необхідно враховувати вихідний симпато-вагальний баланс.

## КОНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ В ПІДЛІТКІВ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Голобородько А. О.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Кашіна-Ярмак В. Л., к.мед.н., доцент кафедри педіатрії;  
Говаленкова О. Л., к.мед.н., доцент кафедри педіатрії

Психофізичний стан підростаючого покоління характеризується певними негативними ознаками у вигляді зниження рівня здоров'я дітей, зростання хронічних захворювань, погіршення фізичної підготовленості. Ці проблеми поглиблюються внаслідок високої розповсюженості серед сучасних школярів гіподинамії. Для визначення адекватного рухового режиму індивідууму необхідно враховувати його анатомо-функціональні особливості, до яких в першу чергу належать конституціональний тип і сприйнятливність до дії фізичних навантажень. Морфологічним виразом конституції є соматотип.

З метою визначення рівня толерантності до фізичного навантаження залежно від варіанту соматотипу проведено обстеження 106 пацієнтів віком 11-18 років, які знаходилися в клініці ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України». За даними клініко-параклінічних досліджень у 62,3 % встановлено наявність вторинної кардіоміопатії (ВКМП), у 37,7 % – реєструвалися коливання артеріального тиску (артеріальна гіпертензія (АГ)). Толерантність до фізичного навантаження оцінювалася за результатами проби Руф'є та парної «6-хвилинної» проби. Визначення соматотипу (торакального, м'язового, дигестивного) проводилося за методикою В.Г. Штефка та О.Д. Островського.

За даними проби Руф'є добрі результати зареєстровано в 31,3 % пацієнтів із ВКМП і 17,5 % – із АГ ( $p = 0,06$ ), задовільні – в 45,3 % і 35,0 %, незадовільні – в 23,4 % і 47,5 % ( $p < 0,05$ ) відповідно по групах. При проведенні функціональної проби із більш тривалим навантаженням при першому дослідженні дистанцію менше 550 м пройшли 16,4 % підлітків із ВКМП та 5,1 % – із АГ. При парній пробі 36,8 % хворих із ВКМП і 54,1 % із АГ ( $p = 0,06$ ), не демонстрували приросту дистанції. При оцінці соматотипу встановлено, що співвідношення різних типів відрізнялося залежно від варіанту патології: серед хворих із ВКМП у 59,4 % визначався торакальний, а серед пацієнтів із АГ – у 57,5 % дигестивний варіант. У зв'язку з цим було проведено аналіз результатів проби Руф'є в підлітків із різними нозологічними формами залежно від соматотипу. У пацієнтів із ВКМП, які демонстрували добрі результати проби Руф'є, спостерігався найвищий відсоток торакального варіанту (65,0 %), зі зниженням толерантності підвищувалася частка із м'язовим (15,0 – 24,1 – 26,7 %), а при незадовільній толерантності – також і дигестивним



варіантом. Серед пацієнтів із АГ, які виконували пробу Руф'є з добрими результатами, частка із дигестивним соматотипом складала 71,4 %, а із торакальним – лише 14,3 %. При задовільному виконанні підвищувався відсоток із торакальним соматотипом у 2,5 рази, а при незадовільних результатах – також і з м'язовим (у 1,5 рази). При оцінці «6-хвилинної проби» встановлено, що серед хворих із АГ недостатню першу дистанцію демонстрували лише двоє, а у пацієнтів із ВКМП найнижча частота відзначалася при наявності дигестивного соматотипу. Але при реєстрації двох дистанцій саме в хворих із дигестивним варіантом незалежно від варіанту патології реєструвався найнижчий відсоток збільшення дистанції.

Таким чином, для забезпечення адекватної толерантності до короткотривалого навантаження у хворих із ВКМП найбільш сприятливим є торакальний, а для пацієнтів із АГ – дигестивний варіанти соматотипу, при довготривалому навантаженні пацієнти із дигестивним соматотипом демонструють низькі результати незалежно від варіанту патології. Відсутність очікувано добрих результатів функціональних проб у пацієнтів із м'язовим соматотипом потребує уточнення (можливо, внаслідок недостатньо контрольованих фізичних навантажень).

#### ОЦІНКА ПРОНУКЛЕУСІВ ДЛЯ ПРОГНОЗУ ЕУПЛОЇДНОСТІ ЕМБРІОНІВ ДОНОРІВ ТА ПАЦІЄНТІВ ЗІ ЗНИЖЕННЯМ ФЕРТИЛЬНОСТІ

<sup>1</sup>Гонтар Ю. В., <sup>1,2</sup>Верлінський О. Ю.\*, <sup>1,3</sup>Ярошик М. І., <sup>1</sup>Будерацька Н. О., <sup>1</sup>Льбіна К. І., <sup>1</sup>Казачкова Н. І., <sup>1</sup>Лавриненко С. В., <sup>1,2</sup>Ляхно Я. В.\*

<sup>1</sup>ТОВ «Медичний центр ІГР», Київ, Україна;

<sup>2</sup>Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна;

<sup>3</sup>Київський національний університет імені Т.Г. Шевченка

\* Науковий керівник: Федота О. М., д.біол.н., професор кафедри акушерства і гінекології ХНУ імені В. Н. Каразіна

Актуальність теми. Ефективність штучного запліднення і життєздатності перенесених ембріонів в організмі людини є невисокою - близько 30% ембріонів демонструють потенціальний розвиток. Оскільки показники імплантації залишаються відносно низькими, підсадження кількох ембріонів є звичайною практикою. Саме тому існує проблема раннього дослідження і відбору морфологічно та хромосомно якісних ембріонів на стадії бластоцисти, котрі зможуть імплантуватись з більшою вірогідністю. Метою роботи було визначення інформативності і прогностичного значення оцінки пронуклеусів у дослідженні ембріонів в групі донорів та пацієнтів зі зниженою фертильністю.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі «Медичного центру ІГР» з вересня 2016 року по березень 2017 р. Було проаналізовано 443

яйцеклітини і отримані з них 356 зигот. При цьому 214 ооцитів були отримані від пацієнок ( $n = 26$ ), а 229 - від донорів ооцитів ( $n = 17$ ). Також досліджувалась морфологічна якість ембріонів ( $n = 269$ ) по Гарднеру на п'яту добу після запліднення ооцитів, з них преімплантаційний генетичний тест пройшли 188 ембріонів. Середній вік жінок склав  $30,6 \pm 4,1$  років в інтервалі 25-44 роки, при цьому середній вік пацієнок -  $33,2 \pm 3,5$  (26-44 роки), донорів -  $28,2 \pm 3,0$  років (25-33 роки). Проводилась біопсія трофектодерми ранніх ембріонів на п'яту добу культивування. Діагностика виконувалась із застосуванням флуоресцентної *in situ* гібридизації (FISH) з дослідженням кількості хромосом 13, 16, 18, 21, 22, X, Y.

Отримані результати. Первинна оцінка запліднення через 18 годин після проведення процедури інтраплазматичної ін'єкції сперматозоїда (ICSI) показала, що 352 яйцеклітини (79,5%) запліднилися нормально, мали два сформованих пронуклеоса. У групі пацієнок зигот високої якості Z1 сформувалось 14,4% ( $n = 23$ ), у групі донорів 9,9% ( $n = 19$ ). У кожній досліджуваній групі найбільшу кількість склали зиготи категорії Z2. В групі донорів ооцитів їхня частка склала 54,2% ( $n = 104$ ), в групі зигот пацієнок - 45,0%, ( $n = 72$ ) зиготи. Категорія Z3 була представлена в групі донорів в кількості 33,8% ( $n = 65$ ), в групі пацієнок частка становила 36,9% ( $n = 59$ ). Найменшу кількість зигот - 2,1% ( $n = 4$ ) серед донорських і 3,3% ( $n = 6$ ) серед запліднених яйцеклітин пацієнок, було віднесено в кожній досліджуваній групі в категорію Z4, для якої відмічено низьку якість запліднення. Характеристики зигот Z1 та отриманих з них ембріонів, були співставними для обох досліджуваних груп. Серед зигот категорії Z2 на п'яту добу розвитку була наявна різниця як між загальною кількістю сформованих бластоцист у донорів 76,9% пацієнти 59,7%, так і за їх еуплоїдністю 57,6% порівняно з 29,4% відповідно. В категорії зигот Z3 кількість морфологічно якісних бластоцист AA у донорів та пацієнтів склала 60,5% та 47,1%. Фактично жодна із запліднених яйцеклітин, що сформували зиготу категорії Z4, не розвилися у ембріон, придатний для ембріотрансферу.

Висновки. Отримані результати вказують на інформативність і прогностичну значимість оцінки зигот через 16-18 год після запліднення ооцитів. Такий прогноз дозволить коректно готувати пацієнтку для перенесення ембріона в порожнину матки або скасовувати дану процедуру, посылаючись на результати зиготної оцінки при формуванні нежиттєздатних категорій зигот.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

Горбатовская Д. С.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина  
медицинский факультет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Вовк В. И., к.мед.н., доцент

**Актуальность.** Расстройства пищевого поведения встречаются все чаще среди подростков и молодых девушек. В Украине анорексией больны 3-5% людей, преимущественно девушки. Современная культура навязывает определенный образ «идеального» тела и деструктивные привычки, которым подвергается все более внушительное количество людей. Общеизвестно, что лечение анорексии представляет собой крайне трудную задачу, так как полное выздоровление наступает лишь у половины больных. Следовательно, все чаще специалисты прибегают к альтернативным, «нестандартным» методам лечения анорексии, к которым относится также биоакустическая коррекция (БАК).

**Цель работы:** изучить эффективность влияния БАК на пациентов с нервной анорексией.

**Задачей** данного исследования являлось использование БАК в качестве дополнительного метода лечения больных нервной анорексией для повышения аппетита, борьбы с депрессивными состояниями и низкой самооценкой.

**Материалы и методы.** Следуя поставленной цели и задачам, было обследовано 40 девушек с нервной анорексией в возрасте 18 – 22 года. Оценка результатов влияния БАК была направлена на изучение степени уверенности в себе и уровня депрессивного состояния больных. Все участницы прошли тест уверенности в себе Рейзаса и были протестированы с помощью шкалы самооценки депрессии Цунга до и после прохождения 3 курсов БАК (1 курс составлял 10 сеансов по 20 минут) с целью сравнить начальные и конечные результаты.

**Результаты.** Оценку уверенности в себе мы проводили с помощью теста Рейзаса. Анализ влияния БАК показал повышение уровня самооценки на 85%. Уровень депрессии изучался с помощью шкалы Цунга и было продемонстрировано снижение уровня депрессии на 62% в сравнении с начальными результатами.

**Вывод.** Метод биоакустической коррекции БАК положительно повлиял на состояние больных девушек нервной анорексией. Данный дополнительный этап помог повысить самооценку участниц и обрести уверенность в себе, снизить уровень депрессивных состояний и нормализовать пищевой рацион. Этот метод музыкальной терапии возможно использовать в дальнейшем с целью лечения нервной анорексии в качестве вспомогательной терапии.

## ДІАГНОСТИКА ХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Горкуша С. О.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Кашіна-Ярмак В. Л., к.мед.н., доцент кафедри педіатрії;  
Летяго Г. В., к.мед.н., доцент кафедри педіатрії

Хелікобактерна інфекція (ХІ), починаючи з часу відкриття її збудника в 1983 році, привертає увагу лікарів різного профілю. На сьогодні встановлено, що вона зумовлює більше половини шлункових і до 95 % виразок дванадцятипалої кишки, 80 % випадків хронічного гастриту, 60 % – раку шлунка. Вважається, що ХІ ініціює або погіршує перебіг ішемічної хвороби серця, обговорюється її роль у розвитку атеросклеротичного ураження судин, залізодефіцитної анемії, аутоімунних хвороб, алергічних станів, цукрового діабету. Визначається, що дитинство – період найбільш імовірного інфікування ХІ, тому питання її діагностики та корекції є актуальними в дитячій гастроентерології.

Для діагностики ХІ використовують інвазивні та неінвазивні методи. За рекомендаціями Європейського і Північноамериканського товариств дитячих гастроентерологів, гепатологів і нутриціологів основним доказовим методом є біопсія (антрального відділу і тіла шлунка) при проведенні фіброгастродуоденоскопії із подальшим гістологічним аналізом. При відсутності можливості цього дослідження використовується виявлення антигену збудника у випорожненнях. Надійним неінвазивним методом є уреазний дихальний тест, особливо для оцінки ерадикаційної терапії. За даними експертів, методи, що базуються на виявленні антигену до збудника в сироватці, сечі та слині, не є надійними для використання в клінічних умовах.

Враховуючи інвазивність і вартість досліджень, визначення показань для обстеження на ХІ в пацієнтів дитячого віку є дуже актуальним для лікаря на амбулаторному прийомі. З метою встановлення інформативних діагностичних ознак стосовно інфікування ХІ в дітей із диспепсичними скаргами проведено аналіз клінічних і параклінічних даних 200 пацієнтів 12-18 років, які проходили обстеження в клініці ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України». Застосування неоднорідної послідовної статистичної процедури А. Вальда дозволило визначити інформативність і розрахувати діагностичні коефіцієнти клініко-морфологічних показників у хворих з функціональною, запальною та деструктивною патологією гастродуоденальної зони.

При функціональних розладах достатню інформативність мали лише п'ять ознак. У хворих із хронічними гастродуоденітами статистичну інформативність встановлено для нічних гастралгій, відчуття швидкого насичення під час їжі, дратівливості, безпорядного харчування, обтяженої

спадковості за материнською лінією, лімфоїдної гіперплазії слизової оболонки шлунка, гіперацидності вираженого ступеня або гіпоацидності.

Найбільшу кількість ознак стосовно імовірного зв'язку захворювання з інфікуванням ХІ вдалося визначити в пацієнтів з ерозивно-виразковими ураженнями гастродуоденальної ділянки. Високу інформативність мали: нічні та голодні гастралгії, відчуття швидкого насичення під час їжі, кислий присмак у роті, поширена ділянка болю в гастродуоденальній зоні, схуднення, слабкість, обтяжена спадковість за виразковою хворобою, наявність змін слизової оболонки стравоходу.

За результатами статистичної обробки створено прості у застосуванні діагностичні таблиці, що містять значення діагностичних коефіцієнтів усіх ознак. Визначення імовірного інфікування ХІ здійснюється їх підсумовуванням до моменту досягнення діагностичного порогу.

Таким чином, при обстеженні дітей із диспепсичними скаргами для визначення пацієнтів із високим ризиком інфікування рекомендується враховувати наявність сполучення певних ознак, що є показанням для інструментального або лабораторного підтвердження ХІ.

## ЗАГАЛЬНИЙ КАРДІОВАСКУЛЯРНИЙ РИЗИК І ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ПОСТІЙНОЇ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Гриценко І. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Мартим'янова Л. О., к.мед.н., доцент

Мета: вивчення частотних форм та функціональних показників у пацієнтів з постійною ФП в групах загального кардіоваскулярного ризику (ЗКВР) для розробки пропозицій щодо підвищення ефективності її діагностики і терапії.

Матеріали та методи: обстежено 157 пацієнта з постійною ФП (99 чоловіків і 58 жінок). 3 функціональних показників оцінювали частоту шлуночкових скорочень (ЧШС; загальну потужність (TP) і потужності високих (HF) і низьких (LF) частот спектра варіабельності серцевого ритму (BCP) в семихвилинних інтервалах при запису стандартної ЕКГ; а також ехокардіографічні (ЕхоКГ) показники: розмір лівого передсердя (ЛП), товщину задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛЖ), кінцево-діастолічний діаметр (КДД) та фракцію викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ). ЗКВР розраховували відповідно до шкали SCORE. Усіх пацієнтів класифікували на 4 групи ЗКВР: I – низький; II – помірний; III – високий і IV – дуже високий ризик. Дані заносили в базу Microsoft Excel 2010. Статистична оцінка

результатів проводилася параметричними з оцінкою середнього (M) і стандартного відхилення (sd) і непараметричних t-критерію Стьюдента та критерію Манна -Уїтні методами.

Результати та висновки. ЗКВР має важливе значення в клінічній оцінці пацієнтів з постійною ФП, показуючи існування зв'язків з частотними формами ФП і функціональними показниками серця. У пацієнтів з ЗКВР I, II і III переважає тахісistolічна форма ФП, частота якої підвищується зі збільшенням ЗКВР. При ЗКВР IV відбувається перерозподіл форм ФП в сторону нормосistolічної. Брадісistolічна ФП зустрічається рідко. З функціональних показників серця з ЗКВР найбільш пов'язані ФВ ЛШ і потужності спектрів ВСР.

## ЛІПІДНИЙ СПЕКТР КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Губарева К. О.

Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Волобуєва О. В., к.мед.н., доцент; Лядова Т. І., к.мед.н.,  
доцент

Актуальність: За результатами досліджень останніх років було встановлено, що саме печінка відіграє важливу роль в розвитку атерогенного процесу, оскільки в ній відбуваються найважливіші процеси метаболізму ліпідів (синтез холестерину, його перетворення в жовчні кислоти і виділення, синтез фосfolіпідів і ліпопротеїдів), білків і вуглеводів; відбувається синтез протромбіну, фібриногену і гепарину, які беруть участь у процесі згортання крові. Отже, в патогенезі атеросклерозу беруть участь ряд процесів, що відбуваються як у судинній стінці (зміна її сполучнотканинної структури, обмінних і ферментативних порушень), так і в різних органах, у тому числі, і печінці. В останній час все більшого значення набуває питання ролі перенесених захворювань печінки в розвитку атеросклерозу, оскільки клінічні дослідження цієї теми не є численними.

Тому метою нашого дослідження було вивчення вмісту ліпідів у крові хворих на хронічний гепатит С (ХГС).

Об'єкт та методи дослідження: було обстежено 158 хворих на ХГС у віці від 20 до 40 років. Віковий розподіл: жінок-76, чоловіків 80. Тривалість захворювання коливалася від 2-х до 7 років. Усі хворі надходили в лікувальний заклад в стадії загострення захворювання. У 48 хворих ГС перебігав із внутрішньопечінковим холестазом. Контрольну групу склали 56 практично здорових осіб у віці від 20 до 45 років. Вірусна етіологія ураження печінки підтверджувалася при аналізі сироваткових маркерів вірусного

гепатиту за допомогою методів імунофлюоресцентного аналізу і полімеразної ланцюгової реакції. Біохімічні дослідження включали визначення в крові вмісту загального холестерину (ЗХС), триглицеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХСЛПВЩ), холестерину ліпопротеїдів низької (ХСЛПНЩ) і дуже низької щільності (ХСЛПДНЩ), зв'язаного і вільного білірубіна, продуктів перекисного окислювання ліпідів (малонового діальдегіду (МДА)) і гідроперекисів ліпідів (ГПЛ), активність аланінової та аспарагінової трансаміназ і лужної фосфатази. Також усім хворим було проведено ультразвукове дослідження печінки.

Результати: клініко-динамічний аналіз показав, що порушення ліпідного обміну було виявлено у 134 (86,5%) хворих на ХГС. При цьому вміст ЗХС було підвищено у 95 (70,8%) хворих, ТГ - у 64 (47,7%), ЛПНЩ у 104 (77,1%), ЛПДНЩ - у 72 (53,7%), МДА - у 112 (83,5%), ГПЛ - у 115(85,6%) хворих.

Вміст ЛПВЩ був нижче норми у 98 (72,2%) хворих. У хворих в яких ГС протікав з синдромом холестазу були виявлені найбільш виражені порушення ліпідного спектру. Отже, було виявлено, що у хворих на ХГС у період загострення захворювання в крові підвищується вміст атерогенних ліпідів (ЗХС, ХСЛПНЩ, ХСЛПДНЩ), активується перекисне окислювання ліпідів і зменшується вміст антиатерогенних ЛПВЩ, синтез яких відбувається в печінці.

За результатами дослідження можна зробити висновок, що у 86,5% хворих на ХГС відбувається порушення ліпідного обміну, у зв'язку з чим відбувається накопичення в крові атерогенних ліпопротеїдів низької і дуже низької щільності і зменшується вміст антиатерогенних ліпопротеїдів високої щільності, що призводить до розвитку атеросклерозу. Таким чином, в зв'язку з вищезазначеним хворі на ХГС потребують комплексної терапії з включенням лікарських засобів, які нормалізують обмін ліпідів і функціональний стан печінки.

## СОМАТОНЕВРОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ГІПОТАЛАМІЧНОГО СИНДРОМУ У ПІДЛІТКІВ

Губарева К. О.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Матковська Т. Н., к.мед.н., доцент

Актуальність: На сьогоднішній день в Україні проблема психічного здоров'я дітей заслуговує пильної уваги фахівців медико-біологічних напрямків, враховуючи статистику Всесвітньої організації охорони здоров'я

щодо значного зростання психічної і поведінкової патології в Україні, Європі та в світі. В останні роки все більшого значення набуває проблема соматогенної психічної патології та особливо психічних розладів при ендокринних захворюваннях. З сучасних позицій під гіпоталамічним синдромом розуміють симптомокомплекс обумовлений первинною (конституціональною) недостатністю гіпоталамуса, або як наслідок набутого органічного ураження головного мозку. Гіпоталамус входить до складу лімбіко-ретиккулярного комплексу і є важливою ланкою в здійсненні інтегративної функції мозку. Спільно з іншими утвореннями лімбічної системи він бере участь в регуляції вегетативних функцій, температури тіла, трофіки, емоцій. Найбільш специфічною для гіпоталамуса є регуляція ендокринно-обмінних процесів. Найменш дослідженим залишається неврологічний аспект гіпоталамічного синдрому у підлітків.

Тому метою даної роботи було вивчення психо-неврологічного статусу підлітків з гіпоталамічним синдромом.

Об'єкт та методи дослідження: 160 хлопчиків підлітків 12-17 років з гіпоталамічним синдромом, які перебували на лікуванні у відділенні ендокринології ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків НАМН України». Використовувалися клініко-психопатологічний, сомато-неврологічний, клініко-нейрофізіологічні методи обстеження.

Результати: Клініко-динамічне дослідження показало, що клінічний поліморфізм гіпоталамічного синдрому включав нейроендокринно-обмінні (100%), вегетативні (100%), неврологічні розлади (56,9%) та емоційно-мотиваційні розлади (41,2%). Серед емоційно-мотиваційних розладів найбільш характерними порушеннями були: емоційна лабільність (75%), нестійкість фону настрою (21,8%), іпохондричність (25%), хвороблива фіксація на факті ожиріння (37,5%), зниження мнестичних функцій (пам'яті (46,8%), уваги (50%), працездатності (35%)). У обстежених хворих структура неврологічних розладів була представлена у вигляді розсіяної неврологічної мікросимптоматики (78,1%), що свідчить про не грубі органічні неврологічні ознаки, що носять резидуальний характер; прояви вегетативної дисфункції (100%); лікворної гіпертензії (субклінічної (60%), вираженої клінічної (12,5%)). Характеризуючи особливості психічного статусу при гіпоталамічному синдромі виявлено, що основними психопатологічними симптомокомплексами є іпохондричний, тривожно-фобічний, астено-іпохондричний, соматоформні (100%) синдроми.

Висновок: Таким чином, при гіпоталамічному синдромі, основою якого є нейро-обмінно-ендокринні розлади, існує чітке їх поєднання з вегетативними та емоційно-особистісними, мотиваційними порушеннями, змінами у відносинах між активуючими і дезактивуєчими системами мозку та значущою зглажуванністю міжпівкульової фізіологічної асиметрії мозку, що є показником порушень адаптивних механізмів. Терапія даних розладів



повинна проводитися комплексно, поряд із загальним впливом передбачається і корекція провідних хворобливих проявів - синдромів, які є фасадом захворювання і предметом особливих тривог хворого та його родичів. З огляду на дитячий вік, перевага повинна віддаватися гармонійному поєднанню немедикаментозних шляхів корекції з загальнорежимними та психотерапевтичними заходами із медикаментозною терапією.

### ВИСНОВОК СУДОВО-МЕДИЧНОГО ЕКСПЕРТА ПІД ЧАС ВСТАНОВЛЕННЯ НЕНАЛЕЖНОГО ВИКОНАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ОБОВ'ЯЗКІВ МЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ

Губін М. В., Сокол В. К.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Проценко О. С., д.мед.н., професор, завідувач кафедри  
загальної та клінічної патології

Актуальним в Україні є питання юридичної відповідальності медичних працівників. У медичну практику активно впроваджуються протоколи надання медичної допомоги. «Медичне правознавство», як навчальна дисципліна, запроваджується у всіх медичних вузах України. При цьому особливе значення набуває питання кримінальної відповідальності медичних працівників у зв'язку зі скоєнням правопорушень. Кримінальна відповідальність медичного працівника настає при здійсненні їм суспільно небезпечного діяння в ході своєї діяльності, яка містить склад злочину, передбачений Кримінальним кодексом (КК) України. У першу чергу згідно зі ст. 140 КК України така відповідальність виникає у зв'язку з неналежним виконанням професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником. Якщо проаналізувати склад злочину, передбачений даною статтею, то об'єктом злочину виступає право на життя, здоров'я, що забезпечується належною якістю медичної допомоги у випадку хвороби пацієнта. Об'єктивна сторона – діяння (дія або бездіяльність), що виражається в неналежному виконанні своїх професійних обов'язків медичним працівником. Суб'єкт злочину – спеціальний (медичний або фармацевтичний працівник). Суб'єктивна сторона – недбала форма вини (злочинна недбалість або злочинна самовпевненість). Злочин вважається скоєним, якщо діяння з боку медичного або фармацевтичного працівника спричинило настання тяжких наслідків для пацієнта у вигляді середньої тяжкості, тяжкого тілесного ушкодження або настання смерті хворого. У ході кримінального провадження, вирішення питання належного або неналежного надання медичної допомоги медичним або фармацевтичним працівником ставитися слідчим, насамперед перед комісією експертів у ході комісійної судово-медичної експертизи.

Із цих позицій на наш погляд становить інтерес випадок комісійної судово-медичної експертизи проведеної на базі Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи (ХОБСМЕ) із приводу смерті в ході медичної маніпуляції лікарем-отоларингологом поліклініки в регіоні Д. України, гр. В., 19 років. Як стало відомо з обставин випадку В. за 24 дня до маніпуляції відчув, що занедужав, піднялася температура до 39°C, звернувся в поліклініку, де був поставлений діагноз: «грип». Лікувався дома, через 3 дня температура спала, був допущений до праці. Але через тиждень піднялася температура до 37,4°C, з'явилися болі під оком. Через 2 дня повторно звернувся в поліклініку, був встановлений діагноз «Гострий лівобічний гнійний гайморит, гострий фронтит ліворуч». Лікарем отоларингологом було ухвалене рішення виконати пункцію гайморової пазухи, у ході якої у хворого закружилася голова, він знепритомнів і впав у кому. Через 10 днів не приходячи у свідомість хворий помер у відділенні інтенсивної терапії. При дослідженні трупа судово-медичним експертом виявлено гноєподібний вміст у пазусі основної кістки, лобових пазухах, гайморових пазухах. Продуктивне запалення пазухи основної кістки із загостренням і серозно-гнійним характером ексудату. Зливна бронхо-пневмонія з ділянками абсцедування. Причиною смерті потерпілого на думку експерта стала повітряна емболія судин основи мозку внаслідок медичних маніпуляцій (пункція та промивання гайморової пазухи), що ускладнилася некрозом стовбурних структур головного мозку, що супроводжувався вираженим набряком його. Лікар отоларинголог був затриманий, поміщений під варту. Йому висунуте обвинувачення по вище згаданій ст. 140 КК України. Лікар протягом 5 років перебував під вартою, було проведено ряд експертиз у різних регіонах України, у тому числі і Києві. До єдиної думки про те, що трапилось, експерти так і не прийшли. Нарешті повторна експертиза була призначена в ХОБСМЕ, проведення якої з повторним дослідженням усього гістологічного архіву і дозволило встановити дійсну картину того, що трапилось. Причиною смерті В. послужив гострий лівобічний гнійний верхньощелепний синусит, що ускладнився у своєму перебігу вторинним гнійним менингоенцефалітом важкого ступеня, що привело до розвитку пансінусита, двобічної зливної фібринозно-гнійної пневмонії з геморагічним компонентом, поліорганної недостатності, інтоксикації організму набряку головного мозку з дислокацією його стовбурних структур.

Таким чином проведені дослідження дозволяють зробити наступні висновки: 1) Питання відповідальності за правопорушення медичними працівниками в ході їх професійної діяльності може бути вирішене в ході комісійної судово-медичної експертизи. 2) Згідно з Кримінально-процесуальним законодавством у ході кримінального провадження може бути проведено кілька судово-медичних експертиз, за клопотанням як обвинувачуваної сторони так і потерпілої. 2) Не завжди звернення громадян

до правоохоронних органів про залучення до Кримінальної відповідальності медичних працівників є обґрунтованим. 4) Саме в компетенції судово-слідчих органів перебуває оцінка правильності та обґрунтованості експертних висновків.

## СУДОВО-МЕДИЧНІ АСПЕКТИ СМЕРТЕЛЬНОГО ПАДІННЯ У ВОДУ З ВИСОТИ

Губін М. В., Сокол В. К., Проценко О. О.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Проценко О. С., д.мед.н., професор, завідувач кафедри  
загальної та клінічної патології

Актуальність теми. Морфологія травми, яка виникає при падінні з висоти у воду з судово-медичних позицій вивчена недостатньо. Складності діагностики цього виду травми пов'язані з тим, що падіння з висоти характеризується численними варіантами падіння, можливих механізмів виникнення ушкоджень, які в свою чергу є численними та поліморфними. Дотепер багато аспектів цієї проблеми залишаються недослідженими. На характер ушкоджень, що виникають при вільному падінні, впливають основні фактори: висота падіння, швидкість тіла під час удару, кінетична енергія тіла, маса тіла. Також істотним фактором є поверхневе натягіння води. Найнебезпечніше падіння спиною, животом або в положенні сидячи. При контакт з водою тіло людини іспитусь великий опір, тому воно різко гальмується, що призводить до виникнення перевантажень.

Метою даної роботи стало виявлення судово-медичних діагностичних ознак для обґрунтування висновку експерта про причину смерті при падінні з висоти у воду.

Матеріала та методи дослідження. Матеріалом для досліджень послужили 15 випадків падіння з різної висоти у воду з нашої практики, архіву обласних бюро судово-медичної експертизи різних регіонів України за 2009-2017 рр. та літературні джерела.

Результати дослідження. Аналіз проведених спостережень показав, що, падіння у воду характеризуються виникненням двох груп ушкоджень. Перша група, це первинні, контактні ушкодження, які формуються в зоні первинної ударної взаємодії тіла з водою. Друга група – це інерційні ушкодження, які утворюються в ході інерційного руху тіла у воді. При цьому нами встановлено, що ушкодження, які виникають при інерційному русі тіла, переважають над первинними, контактними. При зовнішньому дослідженні трупа виявляються розповсюдженні синці, які виникають в місті первинного

контакту тіла з водою. При внутрішньому дослідженні трупу виявляються розриви внутрішніх органів, переломи ребер, кісток тазу, які нерідко супроводжуються внутрішньою кровотечею. При цьому необхідно, зазначити, що в деяких випадках, ми будь-яких значних ушкоджень внутрішніх органів не спостерігали. В цих випадках причиною смерті стало утоплення за асфіктичним типом.

Отже проведені дослідження, дозволили прийти до наступних висновків: 1) Смертельні травми при падінні з висоти у воду при судово-медичній експертизі зустрічаються не часто, але мають місце та потребують якісної судово-медичної оцінки. 2) Судово-медична діагностика зазначеної травми потребує удосконалювання. 3) Є необхідним комплексне судово-медичне вивчення смертельної травми при падінні з висоти у воду для виявлення чітких діагностичних морфологічних ознак. Проведення таких досліджень підвищить об'єктивність та обґрунтованість експертних висновків.

#### ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СИРОВАТКИ КРОВІ В ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРИХ ЕПІГЛОТИТІВ У ДОРΟΣЛИХ

Давиденко В. Л., Головка Н. А.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Проблема діагностики та лікування захворювань гортані є актуальною і має велике медичне і соціальне значення. Це пов'язано як з триваючим зростанням захворюваності гортані в цілому, так і труднощами в діагностиці гострого епіглотита, особливо його форм: інфільтративною та абсцедуючою.

Мета дослідження: виявити найбільші відхилення у біохімічних показниках крові хворих гострим епіглотитом, які можуть бути використовані для доказової диференціації інфільтративної або абсцедуючої форми гострого епіглотиту.

Під нашим спостереженням знаходилися 86 дорослих пацієнтів з гострим епіглотитом: 27 - з абсцедуючою формою і 59 – з інфільтративною. Сироватку крові усіх хворих було обстежено на широкий спектр біохімічних показників.

Результати досліджень та їх обговорення. У хворих на інфільтративну форму епіглотиту як у гострий період, так і через місяць після початку хвороби спостерігалась диспротеїнемія, а саме достовірно підвищувався відсоток глобулінових фракцій —  $\beta$ - та  $\gamma$ -глобулінів. У хворих на абсцедуючу форму в гострий період в крові збільшувався вміст  $\alpha 1$ -,  $\beta$ - та  $\gamma$ -глобулінів, що можна використовувати для диференціації форм гострого

епіглотиту. Узагальнюючи результати, у крові хворих на гострі форми епіглотиту визначалися високі рівні С-реактивного білка та глікопротеїнів, які залишалися підвищеними ще через 30 діб після початку захворювання. Підвищення вмісту глікопротеїнів свідчить про запально – деструктивні процеси, які розвиваються в організмі хворих на епіглотит.

Висновки. Особливої уваги, з нашої точки зору, треба приділяти  $\alpha$ 1-формі глобулінів, які завжди підвищувалися при абсцедуючій формі гострого епіглотиту і не перевершували референтних значень як на початок захворювання, так і через 1 місяць при інфільтративній формі епіглотиту. Це неодмінно треба використовувати для диференційного діагнозу форм епіглотитів.

### МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Делич Е. Б., Толмачева С. Р.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина,  
медицинский факультет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Толмачева С. Р., к.мед.н., доцент кафедры педиатрии

Огромное значение для здоровья, социальной интеграции и формирования личности ребенка имеет семья, в которой он воспитывается. Семьи, имеющие детей с хроническими соматическими заболеваниями относятся к категории высокого социального риска.

Цель – дать характеристику медицинской активности семей, воспитывающих детей с заболеваниями органов кровообращения.

Проведено социологическое исследование 118 городских семей, воспитывающих детей с патологией сердечно-сосудистой системы (врожденные пороки сердца, нарушения ритма и проводимости, кардиомиопатии, первичная артериальная гипертензия) в возрасте 7-18 лет. Все дети обследованы в клинике ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины». Контрольную группу составили 120 семей, имеющих здорового ребенка. Анализ условий и образа жизни семей, медицинской активности проводили по данным анкеты и методом интервьюирования. Статистическая обработка данных проведена с использованием прикладных программ в системе Excel.

При анализе анкет респондентов выявлены негативные социальные факторы в семьях, основной группы: превалирование неполных семей (мать одна воспитывает больного ребенка;  $p < 0,02$ ), хотя для обеих групп характерны полные ядерные семьи; трудные материальные условия ( $p < 0,05$ ), высокий процент неработающих матерей ( $p < 0,01$ ), наличие вредных привычек у родителей и подростков (табакокурение и злоупотребление алкоголем;  $p < 0,01$ ), трудности в общении с окружающими и сверстниками

( $p < 0,05$ ) и дисгармоничные взаимоотношения в семье ( $p < 0,05$ ). Профессионально-образовательный уровень родителей оказывает влияние на микроклимат в семье и их медицинскую активность. Большинство матерей основной группы имеют среднее специальное (42,1 %) и высшее образование (35,1 %), а среди отцов распространено среднее специальное образование (46,2 %). Но, 25,2 % отцов и 23,5 % матерей работают не по специальности (относятся к категории рабочих). В половине семей, имеющих больного ребенка, родители считают правильным воспитывать его наравне со здоровыми сверстниками; в 25,0% случаев применялся индивидуальный подход к ребенку с учетом тяжести патологии и психологических особенностей его; изоляция больного от окружающих сверстников отмечалась в единичных случаях. Только 25,3 % родителей владеют данными о заболевании ребенка, его осложнениях и уверены в благоприятном исходе болезни; в 10,7% случаев после выписки ребенка из стационара родители не выполняли рекомендации врачей по продолжению реабилитационных мероприятий в домашних условиях; 59,8% родителей принимают участие в восстановительном лечении детей лишь частично. И только 29,3% из них четко выполняют рекомендации специалистов, сохраняя оптимизм и уверенность в благоприятном исходе заболевания. Определены критерии прогноза неблагоприятных социальных факторов в семьях, имеющих детей с патологией сердечно-сосудистой системы. Высокую прогностическую информативность (И) имеют: профессиональная занятость родителей (работают не по специальности: отец –  $I=9,10$ ; мать –  $I=5,71$ ), вредные привычки матери – табакокурение ( $I=5,37$ ), неполные семьи ( $I=4,62$ ), низкое материальное благосостояние семьи ( $I=0,94$ ).

Таким образом, причинами низкой медицинской активности родителей являются: нарушение структуры семьи, занятость родителей на работе, трудные материальные условия, низкая медицинская культура, неблагоприятный психологический климат, наличие вредных привычек у родителей. Лечение детей с заболеваниями органов кровообращения длительный процесс, а поэтому качество и успешность восстановительного лечения во многом будет зависеть от медицинской активности родителей.

## ФАКТОРИ РИЗИКУ РЕЦИДИВУ ГРИЖІ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Деліч О. Б.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Ніколенко Є. Я., д.мед.н., професор, завідувач кафедри  
загальної практики – сімейної медицини

Фактори ризику рецидиву грижі поперекового відділу хребта залишаються суперечливими. Задовільні результати після повторної терапії отримують менше пацієнтів, ніж після первинної операції.

Щоб пояснити більш високу частоту рецидиву гриж у молодих чоловіків, деякі автори вважають, що кільцевий розріз, зроблений при первинній операції, робить діючий диск більш сприйнятливим до раптового пролапсу, особливо в умовах механічного перевантаження під час спортивної активності або підйому ваги. Через масу тіла механічне перевантаження може бути відносно вищим у жінок, ніж у чоловіків. Не беручи до уваги індивідуальні заняття чи рівень фізичної активності, важко зробити висновок, що чоловіча стать є значним фактором ризику рецидиву.

Серцево-судинні фактори ризику, включаючи гіпертонію, значно пов'язані з симптоматикою гриж поперекового відділу. Оскільки відомо, що гіпертонія підвищує ризик розвитку периферичного та коронарного судинного захворювання, видається доцільним, що вони також повинні бути пов'язані з оклюзією судин малого калібру.

Точний механізм, за допомогою якого куріння сприяє дегенерації диска, все ще не повністю зрозумілий, але може бути пов'язаний з оксигенацією кільця диска, а також збільшенням тиску всередині диску через надмірний кашель. Відсутність регулярних фізичних вправ була важливим прогностичним фактором для повторної операції. Зазначимо, що важкі роботи значно частіше спостерігаються у хворих з рецидивом гриж та передбачали його виникнення.

Зважаючи на фактори ризику, як передумови для рецидиву грижі поперекового відділу хребта, хірурги повинні зважати на індивідуальні особливості своїх пацієнтів, порадивши скорегувати стиль життя.

## РОЛЬ ІНДУКТОРІВ ІНТЕРФЕРОНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Довгань В. О., Попова А. М., Чернуський В. Г., Летяго Г. В., Говаленкова О. Л.,  
Носова О. М.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Чернуський В. Г., д.мед.н., професор;  
Летяго Г. В., к.мед.н., доцент

Актуальність теми. За даними ВОЗ бронхіальна астма (БА) є найбільш поширеним хронічним захворюванням серед дітей, а частота даної патології зростає з кожним роком. Не дивлячись на розроблені GINA багатокомпонентні схеми комплексного лікування, що дозволяють досягти певного контролю над перебігом БА, говорити про абсолютну ефективність даних терапевтичних методів не доводиться. Однією з причин є багатогранність порушень в імунній системі у дітей хворих на БА, тому розробка імюнокорекції даного захворювання є актуальною та затребуваною для сучасної науки та практичної охорони здоров'я.

Мета дослідження. Дослідити вплив імуномодуючої терапії у вигляді індуктору інтерферону (циклоферону) на стан клітинної та гуморальної ланок імунітету та системи апоптозу хворих на БА дітей.

Матеріали та методи. Обстежено 120 дітей, хворих на БА, середній вік  $11,6 \pm 1,5$  років. Основна група ( $n=60$ ) отримувала додатково до базисної терапії індуктор інтерферону за схемою 150 мг на 1, 2, 4, 6 та 8-й день терапії (№ 5) та далі по 150 мг через 72 години (№ 5) (всього 1500 мг). Група порівняння ( $n=60$ ) отримувала виключно базисну терапію відповідно ступеням тяжкості захворювання. Група контролю складалась з 25 здорових дітей.

Визначалися абсолютна та відносна кількість субпопуляцій лімфоцитів з CD3, CD4, CD8, CD19, CD95 (FAS/APO-1) рецепторами, індекс імунорегуляції (CD4/CD8); циркулюючі імунні комплекси (ЦІК), загальний сироватковий IgE, IgM, IgA, Ig; розчинний маркер апоптозу sFASL, Caspase-1/ICE, Annexin V; цитокіни ФНП- $\alpha$ , інтерлейкін-4 (ІЛ-4), інтерлейкін-1 $\beta$  (ІЛ-1 $\beta$ ) за допомогою загальноприйнятих методик.

Проведена статистична обробка отриманих даних з оцінкою рівня значущості  $p < 0,05$ .

Результати дослідження. Встановлено, що хворі на БА легкого ступеня, що отримували лише базисну терапію, мали достовірне підвищення лише показника ЦІК ( $p < 0,05$ ) та IgE ( $p < 0,05$ ) порівняно з групою контролю. Тоді як при середньоважкому та важкому ступеню спостерігались суттєві зміни практично всіх показників: порушення клітинної ланки у вигляді зменшення кількості зрілих Т-клітин (CD3), Т-клітин з супресорною та цитотоксичною активністю (CD8), відповідне підвищення



імунорегуляторного індексу (CD4/CD8) та істотне підвищення CD95+, клітин, що несуть на поверхні маркер апоптозу FAS/APO-1 рецептор. Загалом дані результати відповідають загальноприйнятій картині патогенезу БА із залученням Th-2-типу імунної відповіді. Також встановлено ріст рівня прозапальних цитокінів ФНП- $\alpha$ , ІЛ-1 $\beta$  ( $p < 0,05$ ). В групі порівняння зафіксовано суттєве підвищення рівнів маркеру апоптозу sFASL, ферменту конвертуючого ІЛ-1 $\beta$  Caspase-1 ICE (ICE-ІЛ-1 $\beta$  Converting Enzyme), та білку Annexin V (Vac- $\alpha$ ).

В основній групі, що отримувала додатково циклоферон, прозапальний компонент істотно зменшувався за рахунок зниження та цитокінів ФНП- $\alpha$  та ІЛ-1 $\beta$ , а також активізувались захисні механізми: підвищився рівень Т-супресорів і за рахунок цього знизився індекс імунорегуляції. Крім того, підвищився рівень IgG ( $p < 0,05$ ), і в декілька разів знизився показник ЦІК ( $p < 0,05$ ). Застосування індуктора інтерферону показало інгібіторний вплив на процес апоптозу, як на маркери ранньої стадії – sFASL і ферменту ефекторного апоптозу Caspase-1, так і пізньої стадії – білку Annexin V.

Висновки та перспективи. Таким чином, індуктор інтерферону чинить виражену імуномодуючу дію, відновлюючи до нормальних показників Т-клітинну ланку імунітету, знижуючи апоптоз тканинних структур бронхо-легеневої системи, особливо при середньотяжкому та тяжкому перебігу БА, що сприяє розвитку тривалої клінічної ремісії. Враховуючи, що сучасні погляди передбачають терапевтичний підхід з огляду на патогенетичні механізми БА, індуктори інтерферону є перспективним доповненням базової терапії БА у дітей.

### КОРЕКЦІЯ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З ПОСТІНСУЛЬТНОЮ СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ

Дяченко К. І.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», Харків, Україна;  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,

медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Міщенко Т. С., д.мед.н., професор, науковий керівник відділу  
судинної патології головного мозку;

Здесенко І. В., к.мед.н, провідний науковий співробітник відділу судинної патології  
головного мозку

Результатом прогресуючого ураження центральної нервової системи у 30% пацієнтів, що вижили після мозкового інсульту (МІ) є судинна деменція (СД). Частота розвитку СД зростає з 7% через рік після судинної

катастрофи до 48% через 25 років. Очевидна важливість терапевтичних заходів вже в гострому періоді МІ з метою корекції постінсультних когнітивних порушень (КП) і профілактики розвитку СД.

Мета. Вивчити ефективність застосування цитиколіну (Нейроксону®) в лікуванні хворих з постінсультними КП.

Було обстежено і проліковано 40 хворих, що перенесли ішемічний інсульт (ІІ), і мали КП у рамках деменції легкого та помірного ступеня. Виділені: основна і контрольна групи, співставні за статтю, віком, масою тіла. Основними методами обстеження були: клініко-неврологічні, психодіагностичні з використанням шкал: NIHSS, Ренкіна, MMSE, депресії Монтгомері - Асберга (MADRS), методи нейровізуалізації, біохімічні, статистичні. Пацієнтам впродовж 10 днів призначали препарат Нейроксон® (Галічфарм, Україна) розчин для ін'єкцій, внутрішньовенно крапельно по 1000 мг 1 раз на добу. З наступного дня після останньої ін'єкції хворими призначали таблетки Нейроксону® (ВАТ «Київмедпрепарат», Україна) по 500 мг 2 рази на добу протягом як мінімум 20 днів. У подальшому, пацієнтам основної групи проводили аналогічні курси призначення Нейроксону через 3 і 6 місяців з моменту захворювання. Хворим контрольної групи в подальшому Нейроксон та ноотропи не призначали. Стан хворих обох груп оцінювався до початку лікування, через один місяць (кінець гострого періоду), 3, 6 місяців з моменту захворювання.

В результаті проведеного дослідження встановлено достовірну перевагу повторного курсового призначення Нейроксону® через 3 і 6 місяців після розвитку ІІ перед застосуванням препарату тільки протягом першого місяця.

Висновки. Повторне курсове призначення Нейроксону® підвищує реабілітаційний і профілактичний потенціал пацієнтів, що перенесли МІ, перешкоджаючи розвитку дементуючих розладів, і може вважатися одним із напрямків у використанні препарату.

## ПРИМЕНЕНИЕ УРАПИДИЛА В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ

Еськава Е. О., Гриценко И. В.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина,

медицинский факультет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Вовк К. В., к.мед.н., доцент

Актуальность темы. Гипертонический криз (ГК) – угрожающее жизни событие, которое требует неотложной медицинской помощи, снижения артериального давления в целях предотвращения или уменьшения повреждения органов-мишеней. Парентеральные методы терапии ГК, такие

как нитропруссид натрия, нитроглицерин и др. Однако существуют две важные проблемы, связанные с этими мощными вазодилататорами: тяжелая гипотензия и рефлекторная тахикардия. В ряде исследований было показано, что назначение  $\alpha$ -блокаторов в качестве дополнительной терапии приводило к эффективному снижению АД у пациентов с неадекватно контролируемой гипертензией. Помимо влияния на АД  $\alpha$ -блокаторы обладают и другими положительными эффектами — улучшают липидный профиль и метаболизм глюкозы, уменьшают симптомы доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП). Эти эффекты могут иметь особое значение для многих пациентов, особенно в пожилом возрасте.

Цель работы: изучение влияния урапидила на быстроту купирования ГК и его исход. Урапидил — новый селективный агонист  $\alpha_1$ -адренорецепторов, приводящий к периферической вазодилатации без возникновения реактивной тахикардии в связи с тем, что является антагонистом центральных серотониновых рецепторов (5-НТ1А). Агонистический эффект урапидила (Эбрантила) на 5НТ1А-рецепторы приводит к снижению импульсной активности серотонинергических нейронов, что ингибирует их возбуждающие входы к симпатическим нейронам.

Материалы и методы: Было проанализировано состояние 13 пациентов, обратившихся за помощью к врачу кардиологу в Харьковскую городскую поликлинику №26. У всех диагностирован ГК I и II порядка. Случаями вовлечения органов-мишеней и связанными с этим клиническими проявлениями в анамнезе были: гипертоническая энцефалопатия (7 случаев), инсульт (4 случая), расслаивающая аневризма (2 случая) и 1 случай травмы головы, ассоциированной с ГК. Окончательные диагнозы были согласованы с предварительно установленными при первичном контакте во всех 13 случаях. Результаты исследования: Уровень АД составил в среднем при ГК  $191 \pm 9,2 / 114 \pm 5,7$  мм рт.ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) -  $91 \pm 7,3$  уд/мин. Клинические и ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка (ЛЖ; тахи- или брадикардия, эстрасистолия; акцент и расщепления II тона над аортой; признаки систолической перегрузки ЛЖ на ЭКГ имели место у всех больных. Эффективность урапидила, определяемая как снижение диастолического артериального давления (ДАД)  $> 20\%$  от базальных значений на 15-й и 20-й минуте, была высокой в 88% случаев. Девяти пациентам (69%) урапидил был введен однократно внутривенно болюсно в дозе 25 мг. В 90% случаев лечение прекращали после указанной начальной дозы, поскольку получали приемлемые клинические результаты; в двух случаях больные были направлены в стационар в связи с ухудшением состояния. Урапидил не вызывал значимой гипотензии. Рефлекторная тахикардия является распространенным побочным эффектом парентеральных вазодилататоров. Этот гемодинамический эффект противодействует потенциальным преимуществам указанных препаратов при острых

коронарных синдромах и расслаивающей аневризме. В нашем исследовании у всех пациентов наблюдалось снижение ЧСС.

Выводы: В заключение необходимо отметить, что в соответствии с результатами нашего исследования урапидил является новым полезным, эффективным и безопасным антигипертензивным препаратом в лечении ГК в условиях догоспитального этапа медицинской помощи. Урапидил снижает показатели ДАД, САД и СрАД в течение первых 10 мин на протяжении как минимум 20 мин при использовании в дозах от 25 до 50 мг. Урапидил не вызывает клинически существенных побочных эффектов, особенно неуправляемую гипотензию.

## АНАЛОГІЯ ЗАСТОСУВАННЯ МАНУАЛЬНОГО ШВА ТА ЗШИВАЧІВ В ХІРУРГІЇ РАКУ ОБОДОВОЇ КИШКИ

Жадан Ю. Г.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Гриньов Р. М., к.мед.н., доцент кафедри хірургічних хвороб

**Актуальність.** Застосування зшивачів в хірургії раку ободової кишки значно розширило показання до виконання резекцій. Накладення кишкових швів та формування анастомозу - основний та найбільш відповідальний етап оперативного втручання.

**Мета дослідження** - вивчення формування кишкових апаратних анастомозів та їх вплив на хірургічне лікування раку ободової кишки.

**Матеріали та методи.** Робота виконана на підставі аналізу результатів лікування 83 хворих з раком ободової кишки, які перебували на лікуванні в клініці Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна на базі Харківської клінічної лікарні залізничного транспорту №2. Всі хворі були розділені на дві групи, при цьому в I групу були включені 35 (42,1%) хворих, яким при формуванні кишкових анастомозів застосовували мануальний дво- або трьохрядний шов. У II групу були включені 48 (57,9%) пацієнтів, яким кишковий анастомоз накладали з використанням дінійних зшивачів.

**Результати дослідження.** У I групі хворих неспроможність швів анастомозів спостерігалася у 5 (14,2%) пацієнтів, повторно оперовані 2 пацієнта. У II групі часткова неспроможність апаратного анастомозу спостерігалася у 3 (6,25%) хворих, яка була ліквідована консервативними методами лікування.

**Висновок.** Використання сучасних зшивачів розширило показання до виконання оперативних втручань, особливо при пухлинах ободової кишки. Це дозволяє знизити кількість неспроможності анастомозів з 14,2% до 6,25%.

## ДЕЯКІ ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЛЕОМОРФНОЇ АДЕНОМИ СЛИННИХ ЗАЛОЗ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ

Загоранська Н. Є., Міщерякова Є. А.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна

Наукові керівники: Ройко Н. В., к.мед.н., доцент;

Филенко Б. М., к.мед.н.

Актуальність. В наш час відмічається тенденція до зростання частоти новоутворень, в тому числі і пухлин слинних залоз. Більше 50% випадків пухлин слинних залоз складає плеоморфна аденома або змішана пухлина. Необхідно зазначити, що 90% плеоморфних аденом локалізується в привушних слинних залозах. Дана пухлина спостерігається після 40 років, жінки хворіють у 2 рази частіше за чоловіків. Дослідження патогістологічних характеристик пухлин може мати важливе значення не лише для кращого розуміння механізму розвитку пухлини, але і для планування лікування та запобігання розвитку ускладнень. Попередня категоризація людей з наявністю доброякісних новоутворень слинних залоз, зокрема, залежно від статі, удосконалив диференційну діагностику та полегшить постановку клінічного діагнозу.

Мета роботи – дослідження структури захворюваності на плеоморфну аденому та її гістологічних варіантів в залежності від статі.

Для досягнення вказаної мети були поставлені наступні задачі дослідження:

1. Дослідити структуру захворюваності на плеоморфну аденому за даними Полтавського обласного патологоанатомічного бюро.

2. Оцінити на післяопераційному матеріалі макроскопічні характеристики плеоморфної аденоми.

3. З'ясувати гістологічні особливості плеоморфної аденоми в залежності від статі.

Матеріали та методи дослідження. Об'єктом дослідження була плеоморфна аденома. Матеріал був взятий у Полтавському обласному патологоанатомічному бюро за 2015-2017 рр. Гістологічні препарати виготовлялись після фіксації у 10% розчині нейтрального формаліну за загальноприйнятими методиками із забарвленням гематоксиліном та еозином.

Результати дослідження. За період з 2015 по 2017 роки пухлини слинних залоз виявили у 54 хворих, з яких доброякісні новоутворення складала 46 (85,2%) випадків, злоякісні – 8 (14,8%).

Плеоморфна аденома переважала за кількістю випадків серед доброякісних неоплазій слинних залоз та складала 80,43% у порівнянні з аденоліпфою (15,22%) і міоепітеліальною аденомою (4,35%). Змішана

пухлина спостерігалась частіше у жінок (67,6%) у порівнянні з чоловіками (32,4%).

Макроскопічно плеоморфна аденома була представлена вузлами округлої форми з чіткими межами, щільної чи м'яко-еластичної консистенції, жовто-сірого або сіро-рожевого кольору на розрізі з наявністю кіст, заповнених слизовим вмістом. Середній розмір пухлини складав  $3,2 \pm 1,8$  см.

Мікроскопічна будова плеоморфної аденоми була різноманітною та характеризувалась наявністю епітеліального компоненту, який був представлений тубулярними, трабекулярними, солідними пластами епітеліальних клітин та стромальним компонентом, що мав поліморфну картину. Провівши гістологічний аналіз стромального компоненту плеоморфної аденоми у жінок, отримали наступні результати: у 9,09% спостерігалось рівномірне співвідношення хондроїдного, міксоїдного та мукоїдного компонентів; 9,09% характеризувалось переважанням мукоїдного компоненту; у 27,27% хворих жінок виявили рівномірне співвідношення мукоїдної та міксоїдної тканини; переважання міксоїдного та хондроїдного компонентів спостерігалось у 18,18% та 36,37% пацієток відповідно. У чоловіків визначалась менш різноманітна гістологічна картина, що характеризувалась переважанням міксоїдного компоненту у 40%, хондроїдного – у 20% та у 40% хворих виявили рівномірне співвідношення хондроїдної та міксоїдної тканин.

Висновки. Плеоморфна аденома є найбільш розповсюдженою епітеліальною пухлиною слинних залоз. У жінок змішана пухлина спостерігається майже у 2 рази частіше ніж у чоловіків. Пухлина мала форму вузла різної консистенції та кольору, середній розмір складав  $3,2 \pm 1,8$  см. Гістологічно у жінок визначається більш різноманітна гістологічна будова строми пухлини у порівнянні з чоловіками, що характеризується різноманітним співвідношенням хондроїдного, міксоїдного та мукоїдного компонентів.

УДК 616.36-008.711.3-092.4: 612.65

#### АНАЛІЗ СТРОМАЛЬНО-ПАРЕНХІМАТОЗНИХ СПІВВІДНОШЕНЬ ПЕЧІНКИ ЩУРЯТ, ЯКІ ПІДДАВАЛИСЯ ВПЛИВУ ЗМІШАНОЇ ГІПОКСІЇ

Зотова А. Б., Стауде А.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Актуальність. За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) гіпертензивні розлади під час вагітності в 2014 році займали 2-е місце та складали 14% в структурі материнської смертності. Крім того вони

є причиною важкої захворюваності, а також інвалідизації матерів та їхніх дітей [1,2]. У світі поширеність гіпертензивного синдрому у вагітних за даними різних авторів становить від 5 до 26,5% [3,4]. Адаптаційні можливості новонароджених залежать від морфофункціональної зрілості різних органів та систем, включаючи печінку [5]. Таким чином, вивчення морфометричних показників печінки новонароджених представляє особливий інтерес.

Мета - в експерименті виявити вплив змішаної гіпоксії на стромально-паренхіматозні співвідношення в печінці щурят у 1-у, 14-у та 35-добу постнатального періоду.

Матеріалом дослідження послужила печінка щурят у 1-у, 14-у та 35-добу постнатального періоду. Щурята були розділені на 2 групи: групу змішаної гіпоксії (ЗГ) - (n = 47), яку склали щурята виношені в умовах хронічної внутрішньоутробної гіпоксії та зазнали нетривалого епізоду переносимої гострої постнатальної гіпоксії відразу після народження, та групу контролю - К - (n = 33), яку склали щурята виношені в умовах фізіологічної вагітності. Для морфологічного дослідження з тканини печінки вирізали фрагменти та фіксували їх в 10% -ному розчині нейтрального формаліну. Потім матеріал піддавали стандартній проводці, після чого на мікротомі Microm HM 340 виготовляли серійні зрізи товщиною 5-6 мкм. Препарати печінки фарбували гематоксиліном та еозином, пікрофуксином за методом Ван Гісона та оцінювали за допомогою мікроскопа Olympus BX-41 (Японія), з використанням програм Olympus DG-soft (Version 3: 1) та Microsoft Excel.

Методи дослідження - це дослідження базується на вивченні стромально-паренхіматозного співвідношення печінки щурят у 1-у, 14-у та 35-у добу постнатального періоду. На гістологічних препаратах оцінювали такі морфометричні параметри: об'єм печінки, абсолютні об'єми гепатоцитів, центральних вен, синусоїдів, жовчних протоків, портальних трактів, співвідношення паренхіми та строми та стромально-паренхіматозний коефіцієнт. Отримані дані статистично оброблялися з використанням t-критерія Ст'юдента.

Результати. Зміни стромально-паренхіматозних співвідношень печінки щурят вказували на те, що в першу добу постнатального періоду у щурят групи ЗГ відзначалося підвищення об'єму паренхіми та об'єму строми з судинами на 16,8% та 8,2% відповідно, в порівнянні з групою контролю. На 14-ту добу об'єм паренхіми був підвищений на 7,4%, а об'єм строми був підвищений на 3,8% відповідно. На 35-у добу після народження дані показники в групі ЗГ в цілому перевищували на 5,8% та 3,2% показники групи К.

Аналіз показників стромально-паренхіматозних співвідношень печінки показав, що у щурят групи змішаної гіпоксії відбувалося компенсаторне збільшення маси печінки за рахунок проліферативних процесів.

Таким чином, дія змішаної гіпоксії у експериментальних тварин в печінці призводила до підвищення морфофункціональної активності гепатоцитів та гіперплазії печінки.

Література.

1. Ghulmiyyah L, Sibai B. Maternal mortality from preeclampsia / eclampsia. *Semin Perinatol.* 2012 Feb; 36(1). P. 56-59.
2. Адамян Л.В. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия./ Адамян Л.В., Артымчук Н.В., Башмакова Н.В. и др.// Клинические рекомендации. Москва. -2016.- С. 7- 10.
3. Anthony J. Hypertensive disorders of pregnancy: what the physician needs to know / J. Anthony, A. Damasceno, D. Ojii // *Cardiovasc J. Afr.* – 2016. – Vol. 27(2). – P. 104-110.
4. Богданова Р.Ф. Современные аспекты влияния гипертонической болезни беременных на состояние здоровья плода и новорожденного / Р.Ф. Богданова, Г.П. Ширяева // *Медицинский вестник Башкортостана.*-2015. - Том 10, № 1. - С. 103-107.
5. Проценко Е.С. Показатели массы печени и массы тела плодов и новорожденных от матерей с железодефицитной анемией, преэклампсией и сахарным диабетом / Е.С. Проценко, Н.А.Ремнёва // *Морфология.* – 2013. - Том 7, № 1. - С. 65-72.

## ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССОВ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В НЕЙТРОФИЛАХ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Иванченко Д.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина,  
медицинский факультет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Князева М. В., д.биол.н., профессор

В решении проблемы ограничения очага некроза при остром инфаркте миокарда (ОИМ) особый интерес представляет изучение нейтрофилов, активирующихся на первых этапах воспаления. Это рассматривается как один из факторов усиления процессов свободнорадикального окисления (СРО), в том числе перекисного окисления липидов (ПОЛ) в ишемизированных тканях, поскольку активация нейтрофилов сопровождается «респираторным взрывом».

Целью настоящего исследования было определить состояние процессов ПОЛ и антиоксидантной активности (АОА) в нейтрофилах и



сыворотке крови 25 больных ОИМ 35-55 лет в динамике (на 1,3,5,7,10,20,30 дни) для определения наиболее вероятных сроков расширения зоны некроза.

Изучали содержание диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА) спектрофотометрическими методами, АОА методом Г.Л. Клебанова с соавт., НСТ-теста методом В.Н. Park.

Установлено, что наибольшим значением уровня синего диформаза в НСТ-тесте (180-240% от контрольного уровня), характеризующем «респираторный взрыв», отличались нейтрофилы больных ОИМ на 7 и 10 сутки болезни, что сопровождалось снижением в них соотношения суммарного содержания ДК и МДА с уровнем АОА, т.е. истощением прооксидантных резервов.

В сыворотке крови этот показатель был максимальным на 7 сутки болезни (в 4 раза выше, чем на 1 сутки), что позволяет предположить наиболее вероятную угрозу расширения зоны некроза в миокарде на 7 сутки ОИМ и может быть полезным в разработке мер профилактики осложнений ОИМ.

## НОВИЙ ПІДХІД У ДІАГНОСТИЦІ ДИСТРЕСА ПЛОДУ

Ісаєва Я. А.

Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Лахно І. В., к.мед.н., доцент кафедри акушерства і гінекології

Актуальність теми. Моніторинг серцевої діяльності плоду є складовою частиною системи діагностики його страждання. Сучасні дані вказують, що точність діагнозу антенатального дистреса плоду є недостатньою. Це обумовлює високий рівень хибнопозитивних результатів і необґрунтованого абдомінального розродження.

Мета роботи. Метою роботи було вивчення можливостей використання у алгоритмах програмного забезпечення нечіткої логіки аналізу параметрів неінвазивної ЕКГ для діагностики дистреса плоду.

Матеріали та методи дослідження. Робота виконана у співпраці з Національним інститутом астрофізики, оптики та електроніки (Пуєбло, Мексика) за підтримки Національної ради науки та технологій (Conacyt, Mexico). Усього було використано записи неінвазивної ЕКГ плоду 49 жінок у термінах вагітності 24-38 тижнів, яких було розподілено на 4 групи. У I групі було 12 жінок зі здоровою вагітністю та задовільним станом плоду. До II групи було віднесено 12 майже здорових вагітних з дистресом плода. У III групі спостерігалися 13 пацієнток з патологічним перебігом вагітності та нормальним станом плоду. А у IV групі було 12 жінок з патологічною вагітністю і дистресом плоду. Для

проведення неінвазивної ЕКГ плоду використовували електрокардіографічно-програмний модуль CardiolabBabycard (НТЦ “ХАІ-Медика”, Харків, Україна).

Результати дослідження. Вивчення чутливості та специфічності параметрів варіабельності серцевого ритма (BCP) дозволило встановити максимальну точність стресового індексу (чутливість  $-0,9882$ , специфічність  $-1,0$ ), LTV (чутливість  $-0,9882$ , специфічність  $-1,0$ ) і STV (чутливість  $-0,9765$ , специфічність  $-1,0$ ) у діагностиці дистреса плоду. Це дозволяє вважати, що ці дескриптори реагують на страждання плоду незалежно від його стаціонарного стану (періодів двигальної активності або сну-спокою). Використання аналізу цих показників за допомогою алгоритму нечіткої логіки дало змогу діагностувати дистрес плоду в 98,0 % випадків.

Висновок. Отримані дані дозволяють вважати, що застосування автоматизованого аналізу параметрів неінвазивної ЕКГ плоду є перспективним для подальшого вивчення напрямком сучасної перинатології.

## КЛІНІЧНА ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ БОТУЛІЗМУ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Камінський С. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Волобуєва О.В., к.мед.н., доцент;

Лядова Т. І., к.мед.н., доцент

Актуальність. При широкому поширенні методів консервації, копчення в домашніх умовах без дотримання технології виробництва, ботулізм стає значимим захворюванням в структурі кишкових інфекцій. Клінічні симптоми захворювання багато в чому залежать від кількості токсину, який поступив з їжею, а так само від серотипа бактерії що продукує цей токсин. Прогноз при ботулізмі завжди серйозний і при невчасності специфічної терапії захворювання перебігає тяжко, летальність може досягати 70 %.

Мета дослідження. На підставі клініко-епідеміологічних даних, отриманих при аналізі історії хвороби, оцінити результати захворювання у пацієнтів з тяжким перебігом ботулізму.

Результати і обговорення. Аналіз структури захворюваності ботулізмом проводився в період з 2006 по 2018 рр. Було досліджено 29 випадків захворювання з діагнозом « ботулізм, важкий перебіг», серед яких 11 - з летальним кінцем. Клінічне спостереження і обстеження хворих проводилося у відділеннях інтенсивної терапії і кишкових інфекцій ОКІБ.

Було встановлено, що основним чинником зараження було споживання в'яленої риби у 10 пацієнтів (91%) і лише в 1 випадку (9%)

причиною захворювання є вживання консервованих грибів. Також слід зазначити, що два померлих вживали алкогольні напої (пиво, горілку).

Серед померлих 7 хворих (63,6%)-жінки і 4 чоловіки (36,4%). Переважали особи працездатного віку від 27 до 43 років - 7 пацієнтів (63,6%) і 4 пацієнти (36,4%) - старше 50 років. Наявність у пацієнтів на піку захворювання вираженого інтоксикаційного, офтальмоплегічного, бульбарного синдрому, а так само явища ГДН були характерні для летального кінця.

Інкубаційний період у хворих цієї групи варіював від 6 годин до 2 діб.

Тривалість госпіталізації хворих в стаціонарі при важкому перебігу захворювання з летальним кінцем коливалася від 1 години до 8 діб.

При спостереженні за проявами офтальмоплегічного синдрому встановлено, що порушення зору у вигляді "сітки" перед очима відмічали усі пацієнти, а також у 16 хворих (55,2%) відзначалися птоз, у 14 (48,3%) ністагм, у 19 (65,5%) мідріаз, анізокорія у 4 (13,8%), явища диплопії у 25 (86,2%). З проявів бульбарного синдрому у пацієнтів було відмічено: дисфагія у 62%, гнусавість голосу у 34,5%, утруднення мови у 17,2% (5 хворих), а також обмеження рухливості м'якого піднебення - у 5 хворих (17,2%). У хворих спостерігався набряк головного мозку (100%), застійна пневмонія (54,5%), дихальна недостатність (45,5%), інфекційно-токсичний міокардит (45,5%), що було підтвердженням важкого перебігу ботулізму і вимагало невідкладної допомоги.

Висновок. Таким чином, основною причиною зараження ботулізмом було вживання в'яленої риби домашнього приготування, а недотримання технології виробництва сприяло накопиченню великої кількості ботулотоксина, що стало причиною важкого перебігу захворювання, при якому спостерігалися практично усі клінічні синдроми характерні для ботулінічної інтоксикації.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СТРЕПТОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

Камінський С. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Макаренко В. Д., к.мед.н.,  
доцент кафедри педіатрії

Актуальність. Однією з найбільш пріоритетних проблем охорони здоров'я в світі є стрептококова інфекція (СІ), обумовлена  $\beta$ -гемолітичним стрептококом групи А (БГСА). Це визначається її широкою розповсюдженістю та значними соціально-економічними втратами. Колонізація БГСА реєструється від 24,5 % до 39,4 % загальної популяції в світі, щорічно 500 тисяч людей

помирають від СІ. Клінічний перебіг СІ від первинних уражень до вторинних з аутоімунним компонентом патогенезу та інвазивних форм, таких як некротичний фасциїт, менінгіт, пневмонія, сепсис, синдром токсичного шоку.

Мета. Визначення особливостей клінічного перебігу стрептококової інфекції у дітей.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 39 історій хвороб дітей, які були госпіталізовані в ОДКЛ м. Харкова з різними формами СІ: ангіни 20 дітей, скарлатина 15, стрептококовий сепсис 4.

Результати досліджень. Аналіз вікової структури показав, що на ангіну хворіли переважно діти 10 - 15 років (15 осіб), на скарлатину 4-9 років (11 осіб), стрептококовий сепсис 1 дитина першого року життя, 3 дітей 5 - 8 років. Ангіни були переважно лакунарні. Перебіг скарлатини був типовим, у 1 дитини відмічалась екстрабукальна форма скарлатини з вхідними воротами для БГСА з ранової поверхні в області носа. Інвазивні форми СІ були у вигляді стрептококового сепсису з синдромом поліорганної недостатності. Всі діти поступали в стаціонар не раніше 5 доби з початку захворювання. Клінічні прояви відмічались у вигляді високої гіпертермії (вище 39°), значної інтоксикації, дихальної і церебральної недостатності, паратонзиліт спостерігався у 2 дітей. У зв'язку з тяжким станом діти були госпіталізовані до відділення реанімації та інтенсивної терапії. Лабораторні методи обстеження: в гемограмі гіперлейкоцитоз, нейтрофілоз, прискорена ШОЕ, підвищення С-реактивного білка, антистрептолізину О, висів *S. pyogenes* з носоглоткового слизу, а у двох дітей з крові дозволив підтвердити діагноз стрептококового сепсису.

Висновок. Стрептококова інфекція зберігає свою актуальність, особливо інвазивні форми, які перебігають дуже тяжко і потребують призначення інтенсивної терапії в умовах реанімаційних відділень.

## ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НЕЙТРОФИЛОВ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Кагагира М.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина,  
медицинский факультет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Князева М. В., д.биол.н., профессор

Понимание механизма обострения остеохондроза (ОХ) - хронического заболевания позвоночника, связанного с развитием дистрофически-дегенеративных изменений в межпозвоночных дисках (МД), может способствовать разработке мер профилактики указанных обострений. Одной из причин усиления деструктивных изменений в МД при ОХ может

быть чрезмерная активация нейтрофилов, вызванная развитием острого воспалительного процесса любой локализации.

Целью настоящей работы было определение функционального состояния нейтрофилов в крови 23 больных ОХ в стадии обострения болей на основании определения уровней диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА) спектрофотометрическими методами, антиоксидантной активности (АОА) по Г.Л. Клебанову с соавт., НСТ-теста, а также содержания кальция (наборы «Lachema»).

Установлено, что нейтрофилы больных ОХ в стадии обострения характеризовались повышенным в 6 раз уровнем кальция и в 1,5 раза- синего диформаза в НСТ-тесте (что подтверждало их активацию), сниженными в равных соотношениях уровнями ДК, МДА и АОА (что подтверждало факт уже состоявшегося респираторного взрыва).

В то же время в сыворотке крови обследованных больных процессы перекисного окисления липидов были в 2 раза интенсивнее, чем АОА, что можно рассматривать как предпосылку для усиления деструктивных изменений в МД при ОХ в стадии обострения болей. Источником воспалительного процесса, активирующего нейтрофилы, при этом может быть развитие любой патологии, сопровождающейся деструкцией тканей, например острый инфаркт миокарда (ОИМ), что подтверждается случаями обострения болей у пациентов с ОХ при ОИМ.

## НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В БИОХИМИИ – ПРОТЕОМИКА

Катамадзе С. Н., Макаренко Р. И.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Гопкалов В. Г., к.биол.н., доцент

Протеомика включает крупномасштабное исследование белков, их структуру и физиологическую роль. Белки являются основой клеточных компонентов и биомолекул в любом живом организме. Термин «протеомика» впервые появился в 1997 году. Он был очень похож на слово «геном». Протеом является базой данных или набором белков, производимых живым организмом. Протеом представляет собой широкий термин, который также охватывает изменения или модификации, произведенные на нативном белке, когда организм подвергается множеству изменений. Протеомика относится к глобальному анализу белков. Она предназначена для выяснения роли огромного количества белков, образованного всего лишь 22 генетически кодированными аминокислотами. Кроме того, протеомика осложняется взаимодействием отдельных полипептидов с другими полипептидами с образованием более крупных белковых комплексов, которые действуют сплоченно.

### Применение протеомики при обнаружении лекарств:

Развитие протеомики способствовало обнаружению и развитию лекарств, путём сравнительной оценки тканей здорового и больного человека, транскрипции экспрессии, сбора побочных эффектов, фармакогеномики и идентификации биомаркеров. Большинство небольших молекул и биологических препаратов действуют на белковые мишени. Эти белки действуют не изолированно, а внедряются в клеточные пути и сети и, таким образом, тесно связаны со многими другими белками и субклеточными компонентами. Учитывая эту сложность, естественным является применение протеомики в процессе обнаружения лекарств. Подход начинается с выбора белковой цели на основе ее предполагаемой роли в соответствующем заболевании. Биохимические и биофизические анализы с использованием очищенного белка разработаны для мониторинга активности. После проверки достоверности соединения выбирают и дополнительно оптимизируют в отношении селективности, фармакодинамики и фармакокинетических свойств, а затем тестируют на эффективность *in vivo* в модели соответствующих заболеваний. Технологии протеомики успешно использовались в обнаружении биомаркеров, идентификации целей и валидации.

Чтобы ускорить процесс обнаружения лекарств используются различные средства, включая геномику, транскриптомику, эпигеномику и протеомику. Протеомика проявляется как область, которая обещает трансляционные исследования, включая обнаружение биомаркеров, раннюю диагностику заболеваний, прогнозирование болезней и выявление лекарств для новых терапевтических средств. Протеомические технологии используются для контроля качества и оценки фармакологических эффектов и механизмов действия традиционных лекарств. В фармацевтической протеомике вопросы, связанные с лекарственными мишенями, можно различить по двум основным типам: сложный способ действия, с одной стороны, и механизмы болезни - с другой. Иногда в процессе фенотипического скрининга обнаруживается особое вещество, которое используется для поиска цитотоксических или цитостатических препаратов, например, в исследованиях онкологии или противомикробных средств. Такой скрининг представляет собой соединение с желаемым фенотипом, то есть он убивает опухолевые клетки или бактерии, но способ действия точно неизвестен. Целевые химические усилия по улучшению свойств соединения бывают не очень плодотворными. Существует несколько способов решения этого вопроса. Одним из них является химический протеомический подход: само соединение используется в качестве приманки средства для захвата целевого белка из экстракта соответствующей клетки или ткани. Чаще всего профилирование экспрессии используют в надежде, что наблюдаемые изменения экспрессии белка приведут к целевому белку. Иллюстрацией того, как это может работать, является идентификация метионин аминокислоты

(MetAp) в качестве мишени бенгамидов. Бенгамиды - это натуральные продукты, первоначально выделенные из морских губок с мощной противоопухолевой активностью *in vitro* и *in vivo*. Их торможение в группе раковых клеточных линий оказалась весьма отличной от других составных классов, предполагая, что активность бенгамидов обусловлена взаимодействием с новой мишенью.

Из этого можно сделать вывод, что основной задачей протеомики является количественный анализ экспрессии белков в клетках, она осуществляет сравнительный анализ всех белков, вовлеченных в тот или иной биологический процесс. Протеомика является новым направлением в науке, появившемся совсем недавно и дающем огромные перспективы в развитии фармакологии.

УДК 577.21:577.214+616-006.04 +616-006.6

#### РІВЕНЬ ЕКСПРЕСІЇ ГЕНІВ MGMT ТА TSC22D1 У ГЛІОМАХ ТА ШЛЯХИ ЇХНЬОЇ РЕГУЛЯЦІЇ

Кашпарова О. В., Онищенко К. В., Арешков П. О., Нідоева З. М., Скрипкіна І. Я.  
Інститут молекулярної біології і генетики НАН України, Київ, Україна

Серед усіх первинних пухлин головного мозку гліобластоми складають біля 80% первинних пухлин головного мозку (Sarkar et al., 2012; Komori et al., 2015) і характеризуються дуже низькими показниками загальної виживаності, внаслідок високого метастазування та стійкості до до хіміо- та радіотерапії.

На даний час дослідження гліом зосереджено на розробці засобів для раннього виявлення, надійних прогностичних і предективних біомаркерів та нових методів лікування. Розвиток пухлин може регулюватися як на генетичному, так і на епігенетичному рівнях і може сприяти гетерогенності популяцій пухлин. Тому епігенетичний статус генів онко-клітин, та рівень їхньої експресії є чудовими біомаркерами, які можуть бути з успіхом використані для стратифікації та прогнозу виживаності пацієнтів, а отже і вибору найбільш оптимальних стратегій лікування.

Метою роботи була оцінка експресії генів MGMT та TSC22D1 у злоякісних пухлинах головного мозку та визначення можливості регуляції експресії гена TSC22D1 шляхом метилування промоторів у гліомах. Аналіз отриманих результатів допоможе у визначенні макерних генів, що пов'язані з поганим прогнозом для пацієнтів з гліобластомами.

Матеріали та методи. Робота була проведена на 50 зразках біопсій пухлин та 25 зразках умовно здорової тканини пацієнтів з раком мозку,

надані Інститутом нейрохірургії ім. А.П.Ромаданова НАМН України, Київ. Всі зразки були отримані за інформативної згоди пацієнтів. Хворі до оперативного втручання були дообстежені в повному обсязі, згідно протоколів Міністерства охорони здоров'я. Як контролю використовувались клітинні лінії аденокарциноми MCF7 і гліом U-87 MG та U-251 MG людини. Виділення геномної ДНК та РНК проводилося за допомогою суміші «TRI Reagent» (Sigma-Aldrich, США). Бісульфітну конверсію проводили за допомогою EZ DNA Metilation™ Kit50 (Zymo Research, США). Метилування ДНК перевіряли шляхом метил-специфічної ПЛП (МС-ПЛП) з подальшою візуалізацією результатів за допомогою ChemiDoc™ XRS+ System (Bio-Rad, США). Для синтезу кДНК: використовували «RevertAid H Minus Reverse Transcriptase» (Thermo Scientific, США). Рівень мРНК визначався шляхом кількісного ЗТ-ПЛП у реальному часі (кЗТ-ПЛП) у приладі iCycler CFX96 (Bio-Rad, США). Вестерн-Блот аналіз білків досліджуваних генів проводили за допомогою антитіл MGMT MT23.2 (Novus biologicals, США) та TSC22D1 AB1406740 (Sigma-Aldrich, США).

Результати. В результаті проведених досліджень визначено метилування гена MGMT в пухлинах (54%) та умовно здорових тканинах (100%) та відсутність метилування гена TSC22D1. Було виявлено також збільшення експресії гена MGMT на рівні мРНК та протеїну у пухлинах пацієнтів з гліомами порівняно з умовно здоровими тканинами.

Не дивлячись на відсутність метилування промотора гена TSC22D1, кЗТ-ПЛП показав зменшення рівня продукції його мРНК у всіх зразках гліом (100%) порівняно з рівнем експресії цього ж гену в умовно здоровій тканині та клітинних лініях гліобластом U-87 MG та U-25 MG та відсутність в них протеїну, що свідчить про інші можливі механізми регуляції експресії гена TSC22D1 у гліобластах.

Висновки. Зниження експресії гена TSC22D1 підтверджує можливість його використання, наряду з геном MGMT, як діагностичного маркеру гліобластом.

Публікація містить результати досліджень, проведених при грантовій підтримці за конкурсним проектом № 0117U003595 науково-дослідних робіт молодих учених Національної Академії Наук України.



## ЕМБРІОГЕНЕЗ ТА АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Кирилова Є. І., Кожевнікова А. А.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,

медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Проценко О. С., д.мед.н., професор, завідувач кафедри загальної та клінічної патології;

Шаповал О. В., к.мед.н., доцент кафедри загальної та клінічної патології

**Актуальність.** Як свідчать статистичні дані, діти з вродженими вадами щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) народжуються з частотою 1:600 - 1:700 пологів. Наявність подібних аномалій розвитку з перших хвилин життя зумовлює необхідність багатопланової медичної допомоги.

**Мета дослідження.** Вивчити процес ембріогенезу та аномалії розвитку ЩЛД.

**Задачі дослідження.** Визначити джерела та основні етапи ембріогенезу, можливі чинники порушень та основні вади розвитку ЩЛД.

**Матеріали та методи.** Процес ембріогенезу та аномалії розвитку ЩЛД було вивчено за даними літературних джерел.

**Отримані результати.** Ембріональні закладки, що беруть участь у розвитку ротової порожнини та обличчя - ротова ямка та горловий апарат. Вони походять з глоткової частини первинної кишки, нейромезенхіми голови та шиї та ектодерми краніального кінця зародка.

Первинна ротова порожнина починає розвиватися наприкінці 3-го тижня ембріогенезу. Подальший розвиток обличчя і ротової порожнини пов'язаний із формуванням горлового апарату, який включає горлові кишені, щілини та дуги. Зі шкірної ектодерми утворюється епітелій слизової оболонки присінка ротової порожнини.

Епітелій власне ротової порожнини походить з прехордальної пластинки. Джерелом розвитку сполучної тканини порожнини рота є мезенхіма. М'язи обличчя формуються з мезодермальних клітин 1-ої та 2-ої горлових дуг. М'язова тканина язика походить із міотомів потиличних сомітів. Розвиток остаточної ротової порожнини відбувається за рахунок формування і злиття піднебінних відростків.

Вади розвитку ЩЛД посідають 3-тє місце серед інших вроджених вад. 70% з них складають вроджені незрощення верхньої губи та піднебіння, а 30% — різні форми краніосиностозів та черепно-лицевих дизостозів. Дефекти можуть бути ізольованими або поєднані з іншими проявами порушення ембріогенезу у вигляді синдромів.

**Висновки.** Джерелом внутрішньоутробного розвитку структур ЩЛД є ембріональний матеріал всіх трьох зародкових листків. Чинниками аномалій

розвитку можуть бути екзогенні та ендогенні фактори. Серед вроджених аномалій ЩДД найчастішими є незрощення верхньої губи та піднебіння.

## АКТУАЛЬНІСТЬ ТА РАЦІОНАЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ГОРМОНАЛЬНИХ КОНТРАЦЕПТИВІВ

Кирилова С. І., Шелюг А. Ю.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Верхошанова О. Г., к. мед.н., завідувача відділенням дитячої  
гінекології ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»

Актуальність. На сьогодні, у зв'язку з науково-технічним прогресом з'явилося питання використання та популяризації гормональних контрацептивів. Але не менш важливим залишається питання безпечного статевого акту, захищеного не тільки від небажаної вагітності, а й передачі захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ) (англ. Sexually Transmitted Diseases (STDs/STD)).

Мета дослідження. Популяризація та інформування молоді щодо раціональності використання гормональних контрацептивів.

Задачі дослідження. Вивчити різноманітність гормональних контрацептивів, представлених на фармацевтичному ринку та з'ясувати можливість антибактеріального ефекту при їх застосуванні.

Матеріали та методи. Різновид гормональних контрацептивів було вивчено за даними літературних джерел.

Отримані результати. Гормональна контрацепція - метод контрацепції, що полягає в гормональному пригасуванні овуляції. Розрізняють оральну контрацепцію (ОК) і пролонговану контрацепцію (ПК). Гормональні протизаплідні засоби розрізняють по вигляду і змісту гормонів. У регуляції статевих функцій у жінки мають значення кілька гормонів: естрогени, гестагени, ФСГ і ЛГ (гормони гіпофіза). Виходячи зі складу, гормональні засоби поділяють на комбіновані і некомбіновані. Комбіновані бувають: однофазні, двофазні, трифазні, останні з яких є більш раціональними та безпечними для здоров'я жінки за рахунок більш низької концентрації гормонів та розподіленню їх по фазам менструального циклу. Пролонговані методи контрацепції відрізняються від оральних тим, що пролонговані не потрібно вживати у певний час. Вони представлені: гормональними ін'єкціями, імплантатами, пластирами, протизаплідним кільцем, яке є найбільш зручним засобом пролонгованої контрацепції, воно дуже гнучке і тонке, легко поміщається в піхву жінкою самостійно і займає місце навколо шийки матки.

Висновки. Існує дуже широкий різновид гормональних контрацептивів, які лікар-гінеколог може підібрати пацієнтці враховуючи не тільки бажання захистити статеве життя, але й аспекти зручності використання. Метод гормональної контрацепції потребує популяризації серед української молоді, та невід'ємного інформування щодо неможливості захисту таким методом від захворювань, що передаються статевим шляхом.

## ПОРУШЕННЯ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ІНФЕКЦІЙНОГО ГЕНЕЗУ У ВАГІТНИХ

Кізюріна Ю. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Шаповал О. В., к.мед.н.,  
доцент кафедри загальної та клінічної патології

Актуальність. В даний час інфекційна патологія є провідною причиною як захворюваності, так і смертності новонароджених. Існують дані результатів аутопсії новонароджених, згідно з якими у 37,5% померлих дітей інфекційна патологія була основною причиною смерті, супроводжувала або ускладнювала перебіг основного захворювання.

Мета дослідження. Вивчити порушення ембріогенезу, які можуть розвиватися за наявності інфекційних захворювань у вагітних.

Матеріали та методи. Вивчення аспектів проблеми проводилось на основі метааналізу даних наукових джерел.

Результати дослідження. Відповідно до «Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям» 10-го перегляду, рекомендованої ВОЗ, вроджені інфекції представлені в класі XVI («Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді») в блоках P35-P39 («Інфекційні хвороби, специфічні для перинатального періоду»).

Внутрішньоутробну інфекційну патологію (ВУІ) можуть викликати віруси краснухи, простого герпесу типів 1 і 2, цитомегаловірусу, вітряної віспи, гепатиту В та С, грипу, аденовіруси, ентеровіруси, мікоплазма, уреоплазма, хламідії. Для позначення ВУІ невстановленої етіології використовується термін «TORCH-синдром».

Сучасні дослідження показали, що найчастіше внутрішньоутробне зараження плода викликають саме вірусні інфекції матері.

Клінічна картина ВУІ істотно залежить від часу та шляхів інфікування. При бластопатіях, що можуть розвинути у перші два тижні ембріогенезу, частими є спонтанні аборти. З другого тижня ембріогенезу за наявності ВУІ можуть формуватися вади розвитку внаслідок уражень на клітинному рівні.

Встановлено, що в перші 8-10 тижнів внутрішньоутробного розвитку можлива лише альтеративна фаза запалення. Процес закінчується загибеллю ембріона/плоду, або формуванням вроджених вад розвитку. Пізніше починає проявлятися і проліферативний компонент запалення, у результаті чого розвиваються фіброзно-склеротичні зміни органів. При інфікуванні плода пізніше 28-го тижня внутрішньоутробного розвитку проявляються усі складові запалення - альтеративний, проліферативний і судинний.

Найбільш типовими симптомами ВУІ є затримка внутрішньоутробного розвитку, гепатоспленомегалія, жовтяниця, висипи, дихальні розлади, серцево-судинна недостатність, важкі неврологічні порушення, що виявляються в ранньому неонатальному періоді. До найбільш тяжких наслідків призводить ураження ЦНС.

Висновки. Прогноз за наявності генералізованої ВУІ несприятливий: летальність досягає 80%. У дітей, що вижили після важких форм менингоенцефаліту або фетального гепатиту, спостерігаються грубі порушення психомоторного розвитку, хронічний гепатит. При локалізованих формах прогноз ВУІ головним чином залежить від наявності супутньої патології, своєчасності та адекватності лікування.

## ОСОБЛИВОСТІ СОМАТО-ПСИХІЧНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА ДИFUЗНИЙ НЕТОКСИЧНИЙ ЗОБ

Кішінець Я. О.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Матковська Т. М., к.мед.н., доцент кафедри педіатрії

Актуальність вивчення психічного здоров'я у дітей та підлітків із дифузним нетоксичним зобом обумовлюється поширеністю захворювання, поліморфністю і неоднозначністю психопатологічних проявів при даній ендокринній патології, труднощами виявлення цих розладів, особливо на початкових етапах захворювання, і, нарешті, невивченістю психічної патології, що формується при мінімальній тиреоїдній дисфункції.

Метою дослідження є визначення впливу тиреоїдної дисфункції на стан психічного здоров'я підлітків віком 10–17 років, хворих на дифузний нетоксичний зоб.

Використовувався клініко-психопатологічний метод, який включає: збір анамнезу, діагностичну бесіду і спостереження за руховими, вегетативними і емоційними реакціями.

Дослідження психічного статусу виявило наявність психопатологічних розладів у переважної кількості обстежених (83,1 %).

Слід зазначити, що розлади реєструвалися у хлопців та дівчат практично з однаковою частотою (81,8 % і 84,6 % відповідно).

В ході дослідження виявлено, що у підлітків, хворих на дифузний нетоксичний зоб, незалежно від статі реєстрували розвиток переважно трьох груп розладів: з перевагою органічних емоційно лабільних (астенічних) розладів, що склали 37,3 %, розладів невротичного регістру - у 27,8 % обстежених, явища соматоформно-вегетативної дисфункції – у 17,9 % хворих.

В структурі психічних розладів у хворих на дифузний нетоксичний зоб переважають органічні емоційно лабільні (астенічні) розлади 44,9 %, розлади невротичного рівня в 33,5 % і соматоформна вегетативна дисфункція (21,6 %).

Аналізуючи психопатологічні прояви у обстежуваних хворих залежно від функціонального стану щитовидної залози нами не визначено достовірної різниці в частоті психічних розладів у пацієнтів з еутиреоїдним станом та ознаками тиреоїдної дисфункції, а саме: органічний емоційно - лабільний розлад (астенічного кола) – 38,8 % і 35,0 % відповідно, розлади невротичного регістру – 26,4 % і 30,0 % відповідно. Проте доведено, що частота соматоформної вегетативної дисфункції в групі з еутиреоїдним станом достовірно перевищувала в порівнянні з частотою даних проявів у пацієнтів з тиреоїдною дисфункцією (21,5 % і 12,5 % відповідно,  $p < 0,05$ ).

Таким чином, результати дослідження дозволили встановити, що психічні розлади реєструвалися у 83,1 % підлітків із дифузним нетоксичним зобом у вигляді органічних емоційно-лабільних (астенічних) (37,3 %) та невротичних (27,8 %) порушень, соматоформних вегетативних дисфункцій (17,9 %), що достовірно частіше ніж у однолітків з нормальним об'ємом щитовидної залози (34,7 %). Частота означених порушень не залежала від функціонального стану щитовидної залози.

Також доведено, що у хворих на дифузний нетоксичний зоб психічні розлади характеризуються поліморфними симптомами із переважанням у клінічній структурі тривоги, емоційної лабільності, напруги, роздратованості, підвищеної психічної та фізичної втомлюваності, періодичних головних болів, запаморочень. Означені симптоми в різній комбінації з іншими симптомами частково маскують ендокринну патологію.

## СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА КОРЕКЦІЮ ФОЛАТНОГО ОБМІНУ ПРИ ВТРАТІ ПЛОДА

Кішінець Я. О.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна  
Науковий керівник: Сторчак Г. В., к.мед.н.,  
доцент кафедри акушерства та гінекології

Існуючий на високому рівні показник втрати плоду, відсутність критеріїв відбору вагітних в групу ризику втрати плоду і стратегії профілактики робить актуальним дослідження етіології і патогенезу даного ускладнення вагітності. Втрата плоду в різні терміни гестації може бути обумовлена різними причинами. Але серед них є причини асоційовані з порушеннями фолатного обміну: хромосомні аномалії, пороки розвитку ембріона, порушення матково-плацентарного кровотоку, фолієводефіцитна анемія і тромбози різної локалізації.

Фолати беруть участь в процесах клітинного ділення, як на етапі гаметогенезу, так і на етапах розвитку ембріона і плоду, сприяють метаболізму гомоцистеїну в метіонін, чим запобігають ушкодженню ендотелію судин, кровотворенню. Людина отримує фолати з їжі в вигляді поліглутаматів, вагітні протягом останніх десятиліть у відповідності з національними рекомендаціями з профілактичною метою споживають синтетичну фолієву кислоту в дозі 400-800 мкг на добу. Однак, відомо, що і фолієва кислота і харчові фолати для реалізації своїх біологічних ефектів в організмі людини повинні завдяки послідовним ферментативним реакціям перетворитися в 5-метилтетрагідрофолат (5-МТГФ). На кількість синтезованого в організмі 5-МТГФ можуть впливати: рівень споживання фолієвої кислоти і харчових фолатів на добу, прийом лікарських препаратів, що погіршують їх біодоступність і метаболізм, спадково обумовлені порушення в роботі ферментів, відповідальних за трансформацію фолієвої кислоти і харчових фолатів в 5 МТГФ.

З метою оцінки ролі спадкового чинника патології фолатного обміну на розвиток вагітності нами було проведено генотипування 300 жінок, чий анамнез був обтяжений звичною втратою плоду (більше двох самовільних абортів або вагітностей, антенатальна загибель плоду, дострокові родорозршення в зв'язку з декомпенсованими порушеннями матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровотоку).

Проводилась ПЛР в режимі Real-time на детектуючому ампліфікаторі. Проводилась ідентифікація мутацій в генах фолатного цикла: MTHFR 677, MTHFR 1298, MTR 2756, MTRR 66. Лабораторна діагностика дефіциту синтезу 5-МТГФ здійснювалася за рівнем фолієвої кислоти в сироватці крові, фолатів в еритроцитах і надлишку гомоцистеїну в сироватці

крові. Відомо, що для Європейської популяції властивий досить високий рівень мутацій в генах фолатного обміну - від 20% для MTHFR 1298 і MTR 2756, близько 30% для MTHFR 677 і до 40% для MTRR 66. Однак у вагітних зі звичною втратою плоду рівень патологічних поліморфізмів (гетерозиготних і гомозиготних) генів фолатного обміну значно перевищив популяційні показники: MTHFR 1298 (A / C і C / C) - 48%, MTHFR 677 (C / T і T / T) - 50%, MTRR 66 (A / G і G / G) - 79% і MTR 2756 (A / G і G / G) - 35%. У більшості пацієнток виявлено мультигенні мутації, що потенціують порушення в фолатному обміні.

У 128 пацієнток (42,6%) виявлено низький показник фолієвої кислоти в сироватці крові. У 98 пацієнток (32,6%) виявлено гіпергомоцистеїнемію. У 75 пацієнток (25%) виявлено знижений рівень фолатів в еритроцитах (нижче 906 нмоль / л), що не тільки демонструє дефіцит, а й є фактором ризику аномалій розвитку плода. Традиційно фолатний дефіцит ліквідується прийомом синтетичної фолієвої кислоти, однак в осіб з мутаціями в генах, що визначають активність ферментів фолатного циклу її перетворення в 5-MTHF ускладнено, в зв'язку з чим, вони мають потребу у прийомі вже готового ідентичного натуральному 5-MTHF - метафоліна (кальцієвої солі левомефолієвої кислоти).

Персоніфікований підхід до пацієнтів з втратою плоду в анамнезі, на основі знань про генетичні особливості фолатного метаболізму, дозволить ефективно заповнити дефіцит і запобігти втратам.

**ВПЛИВ ПРОТЕОМІЧНИХ ТА ГЕНЕТИЧНИХ МАРКЕРІВ НА  
ВИЖИВАНІСТЬ ХВОРИХ НА АДЕНОКАРЦИНОМУ ЯЄЧНИКА**  
Ковальцова М. В., Александрова К. В., Журавльова П. В., Глянец П. П.,  
Саберова Ю. О.

Харківський національний медичний університет,  
кафедра патологічної фізіології імені Д. О. Альперна  
Харків, Україна

Науковий керівник: Ніколаєва О. В., д.мед.н., професор, завідувач кафедри  
патологічної фізіології імені Д. О. Альперна

**Актуальність.** Основною причиною смерті від злоякісних новоутворень у жінок є рак яєчника, який за частотою поступається лише раку молочної залози. Частіше за все пухлину діагностують на пізніх стадіях через маловиражену симптоматику. За статистичними відомостями, при III стадії захворювання частота 5-річної виживаності лише 34%. В залежності від терміну прогресування хвороби виділяють платиначутливі пухлини (прогресування через півроку після терапії), платинорезистентні

(прогресування до 6 місяців), платинорефрактерні (прогресування під час хіміотерапії). Нині розвиваються методи для більш раннього виявлення онкопатології, в тому числі протеоміка, яка досліджує експресію білків, та геноміка, яка досліджує експресію генів. Порівняння протеому хворої та здорової людини дозволяє виявити білки, які можуть бути потенційно залученими в розвиток хвороби. Такі протеїни в подальшому можуть стати мішенями для лікарських препаратів. Аналіз протеоми враховує посттрансляційні модифікації, а не тільки експресію мРНК, що є значимою перевагою цього методу.

Мета. Встановити залежність прогнозу виживаності хворих на аденокарциному яєчника від наявності протеомічних та генетичних маркерів.

Методи. Було обстежено 350 жінок з раком яєчника II-IV стадії, яких поділили на 4 клінічні групи:

1) Контрольна група, що складалась з хворих, у яких була проведена стандартна хіміотерапія першої лінії.

2) Хворі, які були платинорефрактерні, що отримували терапію другою лінією.

3) Хворі з платинорезистентністю, яким проводилась корекція порушень та терапія другою лінією.

4) Хворі із платиночутливістю, яким проводилась хіміотерапія першою лінією.

Експресія білків визначалась відбором зразків біопсії з фрагментів тканини пухлини. Методом ПЛР оцінювали наявність та вираженість поліморфізму генів BRCA1 та BRCA2. Резистентність та чутливість до препаратів були встановлені шляхом виявлення рецидивів раку методом комп'ютерної томографії.

Результати. Пацієнтки за віком у різних групах не відрізняються, середній вік становить  $55,2 \pm 3,8$  років. За стадією хвороби у структурі захворюваності переважали пацієнти з III стадією раку яєчника. Перебіг захворювання був стереотипним у всіх групах з превалюванням диспептичних явищ, загальної слабкості, зменшенням маси тіла, лейкопенією та ознаками анемії в загальному аналізі крові. В групі, на фоні терапії другою лінією, відзначалася тромбоцитопенія, тахікардія, субфебрилітет, діарея, зміна кольору сечі з появою червонуватого відтінку. Алопеція була загальним явищем для хворих цієї групи.

Висновки. 1) Встановлено вплив протеомічних та генетичних маркерів на ступень платинорезистентності.

2) Виявлена підвищена активність циклінів D та E, наявність поліморфізму генів BRCA1 та BRCA2 та підвищений вміст катехоламінів.

3) Наведене дозволяє додатково до критеріїв патогенезу раку яєчників включити маркери прогнозу платинорезистентності такі параметри



як, генетична обтяженість (наявність поліморфізму у генах BRCA1 та BRCA2), висока активність циклінів D та E, підвищений вміст катехоламінів.

4) Доцільно застосовувати медикаментозну корекцію порушень у жінок, у яких наявні вказані фактори.

## ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕМОФИЛИИ «А» И «В» В УЗБЕКИСТАНЕ В РОДСТВЕННЫХ БРАКАХ

Кодиров О. О.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина,  
медицинский факультет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Федота А. М., д.биол.н.,  
профессор кафедры акушерства и гинекологии

Актуальность темы. Сущность инбридинга заключается в том, что у инбредных организмов увеличивается степень гомозиготности так как в браке родственных особей возрастает вероятность получения потомством одинаковых генов со стороны обоих родителей (J. E. Pattison, 2007). Дети от этих браков является менее адаптивными, что проявляется в повышенной заболеваемости и смертности. Роль кровного родства показательна при изучении родословных детей с редкими наследственными заболеваниями. Родственные браки увеличивают риск рождения детей с моногенными патологиями. Среди них особое место занимает гемофилия, что обусловлено тяжестью заболевания, формированием у больных коморбидности, сочетанной и сопутствующей патологией, высокой стоимостью лечения (А.Румянцев, 2013).

Цель работы. Изучить популяционно-генетические аспекты гемофилии в родственных браках на примере Узбекистана.

Материалы и методы. Проанализированы данные из государственного комитета республики Узбекистан по статистике (Dai, L., 2004), из архивов министерства здравоохранения Республики Узбекистан и научно-исследовательского института гематологии и переливания крови Республики Узбекистан за период 2004–2013 гг. Рассчитан показатель заболеваемости (К.Т. Бобоев, 2008). Оценено количество родственных браков (1-3 степени родства) среди семей детей больных гемофилией.

Результаты исследований. За период в Узбекистане родилось 3 134 607 мальчиков, из них у 352 диагностированы гемофилия «А» и «В». Из 352 случаев 51,7% (182) мальчика происходят из родственных браков.

Показатели заболеваемости составляет от min. – 0,84 (2008 г.), до max. – 1,47 (2007 г.), средней показатель – 1,098. Полученные средние показатели заболеваемости гемофилией в республике в период с 2004 г. по 2013 г. можно характеризовать как сопоставимые при сравнении в период с 1991 г. по 2000 г.

где показателі захворюваності становлять від  $\min. - 0,75$  (1999 г.), до  $\max. - 1,46$  (1994 г.), середній показувальник  $- 1,13$  (К.Т. Бобоев, 2008).

Полученные данные заболеваемости гемофилией в родственных браках в республике в период с 2004 г. по 2013 г. характеризуются как высокие, что связано, в первую очередь, с приверженностью народным традициям, во-вторых, с практически нерасторжимостью брака - супруги имеют одних и тех же родственников, одинаковый социальный статус.

Полученные данные о заболеваемости являются важной составной частью для создания генетического регистра гемофилии, что позволит планировать организацию лечебно-профилактических мероприятий и дать правильную оценку их эффективности. Дальнейшим прогрессом в решении проблем гемофилии является внедрение в республике медико-генетического консультирования, выявление гетерозиготных носителей, методов пренатальной диагностики и просветительских мероприятий о роли родственных браков. Таким образом, генетика показывает не только социальный вред кастовости, сектантства, шовинизма, но и непосредственную их угрозу для здоровья человека.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ МЕТОДІВ КОРЕКЦІЇ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ У ЩУРІВ

Кожухаренко Т. І., Садовська Ю. О., Горюк І. А.,  
Димченко А. О., Ясиновська В. В.

Одеський національний медичний університет Одеса, Україна  
Науковий керівник: Холодкова Е. Л., д.мед.н., професор, завідувач кафедри  
нормальної анатомії людини

Вступ. Цирози печінки (ЦП) посідають значне місце у структурі захворювань органів травлення, залишаючись вкрай актуальною соціально-економічною проблемою. При ЦП відбувається загибель гепатоцитів та субституція їх сполучною тканиною, тому підвищення регенеративних властивостей печінки є актуальним питанням сьогодення. Використання клітинної терапії є перспективним напрямком регенеративної медицини та може стати альтернативним методом лікування цієї патології.

Метою дослідження стало вивчення морфологічних змін у печінці за умов корекції експериментального цирозу збагаченою тромбоцитами плазмою (ЗТП), а також при введенні мезенхімальних стовбурових клітин (МСК).

Матеріали та методи. Експеримент проводили на 80 статевозрілих самцях щурів лінії Wistar, віком 3 – 4 місяці, поділених на чотири групи: I – інтактні тварини, II – тварини з індукованим ЦП, III – тварини з індукованим ЦП

та після введення ЗТП, IV - тварини з індукованим ЦП та після введення МСК. Тварини виводилися з експерименту на 28-й день після припинення лікування.

Результати. У щурів інтактної групи будова печінкових часточок, стінок судин, розташування центральних вен і порталних трактів мають звичний вигляд. У тварин II групи на 28-ий день експерименту спостерігалось виразне розростання сполучнотканинних тяжів з формуванням хибних часточок, явища гіалінозу судин і значна периваскулярна лімфогістіоцитарна інфільтрація, білкова дистрофія, а також явища холестазу. У тварин після введення ЗТП відбувається майже повне відтворення гістоархітектоники печінки з практично повною нормалізацією будови печінкових часточок; присутні ознаки неоангіогенезу. У тварин IV групи після корекції МСК на 28-у добу експерименту морфологія печінки була подібна до такої тварин III групи, однак були наявні ознаки гіалінозу судин та ділянки формування пухких сполучнотканинних тяжів.

Висновки: Отримані результати морфологічного стану печінки в експерименті, дають підставу вважати ЗТП більш ефективним методом лікування цирозу печінки у порівнянні з МСК. Також проводяться дослідження щодо термінів введення ЗТП.

## РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА НЕСПРОМОЖНОСТІ СТРАВОХІДНИХ АНАСТОМОЗІВ

Кононенко Н. С., Кулікова Н. О.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Панченко О. В., к.мед.н., доцент кафедри хірургічних хвороб,  
оперативної хірургії і топографічної анатомії

Актуальність: Багато захворювань стравоходу потребують хірургічного лікування з накладанням стравохідних анастомозів. Перше місце в структурі причин летальності в ранньому післяопераційному періоді є неспроможність стравохідних анастомозів. Це ускладнення розвивається у 0,6-7,5% оперованих хворих з летальністю 26-35%.

Метою нашої роботи стало встановлення достовірності рентгенологічних ознак неспроможності анастомозів і вибору на їх підставі тактики лікування.

Матеріали та методи. Проаналізовані результати виконаних в ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України» оперативних втручань з формуванням стравохідних анастомозів у 28 хворих за 2015-2017 рік. Вік пацієнтів становив 39-75 років. Чоловіків було 19, жінок - 9. Шийні анастомози були накладені 8 пацієнтам, грудні - 7, абдомінальні -

13 хворим. Стравохідно-шлункові анастомози були сформовані у 11 хворих, стравохідно-кишкові анастомози - 17 пацієнтів. Всім пацієнтам виконувалося рентгенологічне дослідження органів грудної клітини та черевної порожнини у вертикальному і горизонтальному положеннях.

Результати та їх обговорення. Рентгенологічні ознаки неспроможності швів анастомозу, виявлені під час дослідження, ми розділили на непрямі та прямі.

Виявлено, що непрямі ознаки залежать від локалізації зони анастомозу. При локалізації анастомозу на шії визначалася емфізема шії у 8 хворих. При грудній локалізації - емфізема середостіння - у 6 пацієнтів, односторонній гідроторакс - у 18 пацієнтів, двосторонній гідроторакс - у 11, завязаний односторонній гідро пневмоторакс - у 9, запальна інфільтрація легеневої тканини - у 1 хворого. При абдомінальній локалізації анастомозу визначалися горизонтальні тонко і товсто-кишкової рівні рідини-у 11, порожнину з горизонтальним рівнем рідини в зоні анастомозу - у 10 пацієнтів. Горизонтальні тонко - і товсто-кишкової рівні рідини - у 11, які розцінювалися нами як ознаки динамічної кишкової непрохідності.

Виявлення непрямих ознак неспроможності швів анастомозу було показанням до раннього проведення дослідження з використанням водорозчинного контрастної речовини. Затікання контрастної речовини за межі анастомозу, виявлений у 28 хворих (100%), відносили до прямої ознаки неспроможності стравохідного анастомозу і показанням до невідкладного хірургічного втручання. Затікання контрастної речовини в плевральну порожнину виявлено у 13 хворих, в середостіння - у 7 в клітковину шії - у 8 пацієнтів, в черевну порожнину - у 13, стравохідно-бронхіальний свищ виявлений у 1 хворого.

Висновки. 1. Непрямі ознаки неспроможності стравохідних анастомозів залежать від їх локалізації.

2. Прямою ознакою неспроможності анастомозу є затікання контрастної речовини за межі досліджуваного органу.

3. Своєчасне виявлення непрямих ознак неспроможності стравохідних анастомозів і проведення рентген контрастного дослідження дає можливість вибрати адекватну лікувальну тактику для пацієнта.

ОБЩИЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ  
ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА  
ПЕРИОДАХ СИНУСОВОГО РИТМА

Крамаренко М. С.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина  
медицинский факультет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Мартимьянова Л. А., к.мед.н., доцент кафедры  
внутренней медицины

Цель: изучить функциональные показатели у пациентов с персистирующей фибрилляцией предсердий (ФП) на периодах синусового ритма (СР) в классах общего кардиоваскулярного риска (ОКВР) для разработки предложений по повышению эффективности ее диагностики и терапии.

Материалы и методы исследования: обследовано 74 пациента с персистирующей ФП на периодах СР в возрасте  $63 \pm 11$  лет и 79 пациентов в возрасте  $57 \pm 9$  лет, у которых в анамнезе отсутствовала ФП. Оценивали частоту сердечных сокращений (ЧСС), размер левого предсердия (ЛП), толщину задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ), конечно-диастолический диаметр левого желудочка (КДД) и фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ); а также общую мощность (ТР) и соотношение мощности низких и высоких частот (LF/HF) спектра variability сердечного ритма (ВСР) в семиминутных интервалах стандартной ЭКГ. В соответствии со шкалой SCORE пациентов обеих групп относили к классам ОКВР: I – низкий; II – умеренный; III – высокий и IV – очень высокий риск.

Результаты и выводы. С повышением классов ОКВР при персистирующей ФП происходит перераспределение частотных форм ЧСС с повышением вклада нормо- и появлением брадисистолической ЧСС, которая в классе ОКВР 4 становится преобладающей; эти изменения более существенны, чем у пациентов вне ФП. На функциональные показатели пациентов с персистирующей ФП большее влияние оказывает сама ФП, чем ОКВР. У пациентов с персистирующей ФП имеют место существенные нарушения нейрогуморальной регуляции, чем у пациентов вне ФП.

## МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ ФІБРИЛЯЦІЇ-ТРІПОТІННЯ ПЕРЕДСЕРДЬ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ

Кривцова А. А., Майстренко Ю. С.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Бринза М. С., доцент кафедри внутрішньої медицини;  
Штельмах В. О., асистент кафедри внутрішньої медицини

**Актуальність.** За даними літератури в теперішній час нараховується більше 6 мільйонів людей, які страждають фібриляцією передсердь (ФП). Тріпотіння передсердь (ТП), в свою чергу, складає 7-10% суправентрикулярних тахіаритмій. Враховуючи високі класи EHRA, пацієнтам найбільш часто проводиться радіочастотна абляція (РЧА), однак не завжди назначається адекватна медикаментозна підтримка після проведених процедур.

**Мета:** показати на прикладі клінічного випадку особливості медикаментозної терапії фібриляції-тріпотіння передсердь у пацієнтів після радіочастотної абляції.

**Матеріали та методи обстеження.** Обстежено чоловіка, 54 років. Поступив зі скаргами на почуття неритмічного серцебиття, перебоїв в роботі серця, ангінозні болі в грудній клітці, приступи задухи, набряки гомілок, підвищення артеріального тиску до 150/90мм.рт.ст.

В анамнезі – 2010 р. – фібриляція-тріпотіння передсердь. 2013 р., 2015 – при коронарорентрикулографії – ураження коронарного русла, стентування лівої коронарної артерії. 2011 р., 2012р., 2015р. – РЧА з істмус-абляцією. Декілька років реєструється суправентрикулярна та вентрикулярна аритмія. Рекомендовану терапію пацієнт не отримував. У зв'язку з прогресуванням вищезазначених скарг, пацієнт був госпіталізований до кардіологічного відділення.

При обстеженні була виявлена супутня коморбідна патологія та обмеження в прийомі деяких груп антиаритмічних препаратів.

**Висновки.** Беручи до уваги високий процент рецидиву аритмій в віддалених періодах, пацієнтам необхідна антиаритмічна медикаментозна підтримка, в залежності від супутньої патології.

## ГИПЕРСТИМУЛЯЦИЯ ЯИЧНИКОВ И ЕЁ ПРОФИЛАКТИКА В ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Кудин И. Д., Грищенко В. Н.

Харьковский национальный медицинский университет  
кафедра акушерства и гинекологии № 2, Харьков, Украина

Научный руководитель: Паращук Ю. С., д.мед.н., профессор, заведующий  
кафедрой акушерства и гинекологии №2

В настоящее время экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) является основным методом лечения бесплодия. Важным этапом ЭКО является контролируемая стимуляция яичников гонадотропинами. В результате стимуляции у пациенток с выраженным овариальным резервом является развитие такого осложнения, как синдром гиперстимуляции яичников. (СГЯ). Клиническая картина данного синдрома характеризуется увеличением яичников с тенденцией к формированию в них множества кист, увеличением сосудистой проницаемости и пропотеванием жидкости в брюшную, а позже плевральную полость. В тяжелых случаях СГЯ сопровождается печеночной дисфункцией, острой почечной недостаточностью, острым респираторным дистресс-синдром с возможным летальным исходом для пациента.

Цель исследования. Оптимизация программы ЭКО путем замены триггера финального созревания ооцитов у пациенток с высоким риском развития СГЯ.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 90 пациенток в возрасте от 27 до 40 лет с бесплодием, получавших лечение методом ЭКО. Все пациентки относились к группе риска относительно развития СГЯ.

Показатели, характеризующие репродуктивный анамнез не имели достоверных различий в исследуемых группах, все пациентки имели регулярный овуляторный менструальный цикл.

Проведен анализ концентрации эстрадиола в день назначения триггера овуляции. У всех наблюдаемых пациенток средняя концентрация эстрадиола в день назначения триггера составляла, в среднем, 3000 пг/мл. В первой группе (42 человека) с целью профилактики СГЯ в качестве триггера овуляции назначен агонист гонадотропин-рилизинг гормон (а-ГнрГ) в дозе 0,2 мг. Пациентки второй группы (48 человек) в качестве триггера овуляции получали ХГЧ в дозе 10000 МЕ.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования у пациенток первой группы не было зафиксировано случаев развития СГЯ. У пациенток второй группы зафиксировано 3 случая (6 %) развития СГЯ, у 2 – ранняя форма, у 1 – поздняя форма.

Вывод. Использование в качестве триггера финального созревания ооцитов а-ГнРГ у пациенток с высоким риском развития СГЯ эффективно снижает частоту данного осложнения.

## МЕДИКО-ГІГІЄНИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ КОРЕКЦІЇ ХАРЧУВАННЯ І ХАРЧОВОГО СТАТУСУ СТУДЕНТІВ

Кульмінська В. Ю.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна  
Науковий керівник: Сотнікова-Мелешкіна Ж. В.,  
доцент кафедри гігієни та соціальної медицини

Актуальність: Сучасні напрямки охорони здоров'я пов'язані із дотриманням принципів здорового способу життя, раціонального харчування та відповідною фізичною активністю. Міжнародна конференція лікарів з питань здоров'я та старіння ("Surgeon General's Workshop on Health Promotion and Aging"), що відбулася в 1988 році в США, зробила висновок, що "правильне харчування є необхідною умовою для досягнення високої якості життя, і їжа вносить свій внесок в якість життя через психологічні, соціальні, також як і через фізичні механізми". Корекція чинників ризику, що несприятливо впливають на здоров'я молодого покоління, надзвичайно актуальна. Чинники способу життя, особливо характер харчування, можуть відігравати значну роль у виникненні аліментарних захворювань та «хвороб цивілізації». Виявлення порушень фактичного харчування і аліментарного статусу дозволить запобігти можливим причинам виникаючих розладів стану організму, особливо на сучасному етапі, коли чітко простежуються ранні тенденції до збільшення поширеності аліментарно-залежних захворювань.

Мета дослідження: провести гігієнічну оцінку харчової поведінки студентів третього курсу медичного факультету та на власному прикладі освоїти сучасні методи оцінки харчового статусу.

Завданням було визначення студентами індексу маси тіла, середньодобового набору продуктів, хімічного складу раціону, режиму харчування, згідно з даними обробки меню-розкладки за тиждень та проведення гігієнічного аналізу харчового статусу студентів.

У дослідженні приймало участь 60 студентів української національності, православного віросповідання, у тому числі 29 дівчат та 31 хлопець у віці від 19 до 21 року. Для оцінки антропометричних показників було обрано міжнародний індекс маси тіла (ІМТ) Кетле, який обчислювався студентами у індивідуальній роботі самостійно за формулою  $ІМТ = МТ : З^2$ , де МТ – маса тіла (кг), З – зріст (м). Для жінок оптимальним вважається харчовий статус при ІМТ 22,00 у діапазоні 20,10–24,99, а для чоловіків ІМТ



20,80 у діапазоні 18,50–23,8. Усього було проаналізовано 60 індивідуальних робіт і виявлено, що недостатній харчовий статус мають 20 студентів (33%,  $p \leq 0,35$ ), відповідний харчовий статус - 22 студенти (37%,  $p \leq 0,4$ ), а надмірний харчовий статус мають 18 чоловік (20%,  $p \leq 0,28$ ). Для аналізу фактичного харчування та співвідношення енергетичної цінності енерговитратам, студенти обчислювали власний основний обмін (ВОО) та коефіцієнт фізичної активності (КФА). Сума добутків ВОО на КФА певного виду діяльності та її тривалості становить добові енерговитрати індивідуума. Згідно отриманих результатів студенти з надмірним харчовим статусом мають не тільки найвищі показники основного обміну 1905 ( $p \leq 7,4$ ), а й середньодобових енергетичних витрат 3210,84 ( $p \leq 18,7$ ) та енергетичної цінності раціону 2228,5 ( $p \leq 20,7$ ). Але в жодній нутрицевтичній групі середньодобовий раціон не перевищує енергетичні витрати, а у групі студентів з недостатнім харчовим статусом майже дорівнює енергетичним витратам 2124,2 ( $p \leq 10,4$ ) та 2019,889 ( $p \leq 11,6$ ). Можливо це обумовлене тим, що студенти, під час вивчення дисципліни, отримали певний досвід у корекції харчового статусу та застосовують ці знання для оптимізації власного харчування, а саме коригування режиму харчування, врахування принципу адекватності та збалансованості нутриєнтів.

**Висновок:** Результати дослідження дають комплексну характеристику фактичного харчування обраної групи студентів і можуть бути використані для первинної профілактики та ранньої діагностики аліментарної патології.

## ЕМБРІОГЕНЕЗ ТА АНОМАЛІЇ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ НИРОК

Кутєпова Г-М. А., Іваненко М. О.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Проценко О. С., д.мед.н., професор, завідувач кафедри  
загальної та клінічної патології;

Шаповал О. В., к.мед.н., доцент кафедри загальної та клінічної патології

**Актуальність.** Однією з актуальних проблем сучасної медицини є зростання кількості випадків народження дітей з аномаліями внутрішньоутробного розвитку. Вроджені вади нирок та сечовидільних шляхів зустрічаються з частотою від 3 до 6 на 1000 новонароджених та складають біля 20-30% всіх вад ембріогенезу.

**Мета дослідження.** Вивчити процес ембріогенезу та аномалії розвитку нирок.

Задачі дослідження. Визначити джерела, основні етапи, можливі чинники порушень та основні види аномалій внутрішньоутробного розвитку нирок.

Матеріали та методи. Процес ембріогенезу та аномалії розвитку нирок було вивчено за даними літературних джерел.

Отримані результати. На 3-му тижні ембріонального розвитку, у краніальній частині ембріона з нефротомів формується переднирка (pronephros). Вона представлена 2-5-ма канальцями, які, з одного боку відкриваються у порожнину тіла, а іншими своїми кінцями збираються у загальну протоку (вольфів канал) переднирки. Переднирка існує до 6-го тижня ембріогенезу. Надалі, з 5-го тижня, розвивається первинна нирка (mesonephros), під час формування якої утворюються тубулярні структури у грудному та тулубовому відділах (мезонефральні екскреторні одиниці). Це супроводжується подальшим розвитком мезонефральної протоки, що відкривається у клоаку та формує зачаток сечоводу, який індукує розвиток остаточної нирки. Первинна нирка функціонує приблизно до 16-го тижня ембріогенезу, після чого зазнає зворотнього розвитку.

З 5-го тижня внутрішньоутробного періоду з нефрогенної мезодерми (метанефрогенна бластема) та дивертикулів мезонефрального (вольфового) каналу починає розвиватися остаточно нирка (metanephros). Метанефрогенна бластема є джерелом розвитку нефронів, а дивертикули мезонефрального каналу - початок системи збірних протоків нирки та сечовивідних шляхів. При утворенні нефронів спостерігається мезенхімно-епітеліальна трансформація. Остаточне диференціювання компонентів нефрону продовжується після народження.

Аномалії розвитку нирок обумовлені генетичними чинниками, або є наслідком впливу шкідливих факторів під час вагітності. Велика кількість випадків вад розвитку сечовидільної системи відзначається серед дітей матерів, що страждають на діабет.

Тип аномалій розвитку має залежність від строків впливу пошкоджуючого агенту. Наприклад, якщо порушення виникли, коли зв'язок між вирослом мезонефрального протоку та метанефрогенною бластемою недостатній, спостерігається агенезія нирок (5-й тиждень ембріогенезу). Ектопія нирок може виникнути, якщо порушується процес підняття нирок (7-8 тиждень).

Серед вад розвитку сечовидільної системи розрізняють аномалії судин нирок, кількісні, розмірні та структурні аномалії безпосередньо нирок, аномалії форми та розташування нирок, поєднання декількох аномалій розвитку.

Висновки. Особливостями ембріогенезу нирок є їх поетапне формування з двох різних ділянок мезодерми, індукуючий вплив похідних мезонефрального протоку на розвиток остаточної нирки та трансформація мезенхімальних клітин у епітеліальні під час розвитку нефронів. Спектр аномалій розвитку нирок надзвичайно широкий, чинники, що їх викликають -

різноманітні. Важливе значення для ранньої діагностики вад розвитку нирок та розробки плану лікування мають своєчасні скрінінгові дослідження.

## ВПЛИВ ТЯГАРЯ ХВОРОБИ МАЛИХ СУДИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ НА КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ

Кутіков Д. О.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», Харків,  
Україна

Науковий керівник: Міщенко В. М., д.мед.н., завідувач відділу судинної патології  
головного мозку ДУ «ІНПН НАМН України»

При хворобі малих судин (ХМС) мозку існує щільний зв'язок між церебральною атрофією (ЦА) та когнітивними порушеннями, в першу чергу «лобного» характеру. Оскільки ЦА є вірогідно пов'язаною з тягарем ХМС мозку, важливим є дослідити наявність зв'язку між кількістю МРТ-ознак ХМС мозку та станом когнітивних функцій.

У проспективне дослідження особливостей когнітивних порушень за допомогою кольорового тесту Струпа при різній кількості МРТ-ознак ХМС мозку було включено 20 пацієнтів (середній вік:  $60,35 \pm 1,88$  років) з ХМС мозку без інсульту в анамнезі. Контролем були 10 практично здорових осіб (середній вік:  $56,08 \pm 2,90$  років).

У підтесті з монохромними словами ефективність виконання порівняно з контролем у пацієнтів різко зменшується вже при тягарі ХМС у 2 бали: (82% vs 56%,  $p < 0,04$ ). У підтесті з кольоровими словами при ХМС мозку фіксується ступінчасте зниження ефективності порівняно з контролем (88%): при тягарі у 0-2 бали – 50-52% ( $p < 0,01$ ), при 3-4 балах – 34% ( $p < 0,001$ ). Ступінчастий характер, але іншого профілю, мало зниження ефективності виконання завдання з кольоровими фігурами у порівнянні з контролем (89%): при 0-1 балі – 65% ( $p < 0,04$ ), при 2-4 балах – 42-44% ( $p < 0,001$ ).

Кольоровий тест Струпа продемонстрував чутливість до тягаря ХМС мозку. За результатами тестування у пацієнтів з ХМС мозку було виявлено наявність складного зв'язку між зниженням ефективності виконання та збільшенням тягаря хвороби не тільки через зменшення обсягу вільної уваги, але внаслідок зниження швидкості переключення уваги та складнощів з прийняттям рішення, які призводили до затримки моторної реакції.

## ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТРИВОГИ І ДЕПРЕСІЇ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПЕРШОКУРСНИКІВ

Кучеренко В. О.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Штриголь Д. В., к.мед.н., доцент кафедри психіатрії,  
наркології, неврології та медичної психології

Тривога та депресії, які супроводжують передекзаменаційні стресові ситуації першокурсників суттєво впливають на рівень психологічного здоров'я, можуть бути факторами ризику розвитку різних форм хімічної залежності, психосоматичних захворювань. За нашими даними (Кучеренко В.О., 2017) у 55,4% дівчат-першокурсниць медичного факультету та у 22,7% юнаків виявлено клінічний та субклінічний рівень тривоги, а у 8,7 % юнаків та 9% дівчат - субклінічний рівень депресії. Тому ця тема досить актуальна.

Мета роботи: дослідити взаємозв'язок рівня тривоги і депресії та рівня якості життя у студентів-медиків першого курсу.

Організація дослідження. У дослідженні, проведеному за тиждень до початку модульних іспитів, взяли участь 23 юнака та 44 дівчини віком від 17 до 24 років. Використано Госпітальну шкалу тривоги та депресії HADS (Zigmond A.S.) та шкалу оцінки якості життя «Оцінка якості життя» (О.С. Чабан). Для статистичного аналізу використаний кореляційний аналіз за Пірсоном.

Результати дослідження. У юнаків рівень тривоги корелював з рівнем депресії та найбільше негативно впливав на задоволення настроєм, соціальною активністю та якістю життям в цілому. Рівень депресії негативно корелював з задоволенням настроєм, любовними стосунками, фінансовим благополуччям. У дівчат рівень тривоги не пов'язаний з рівнем депресії, та меншою мірою, ніж у юнаків пов'язаний з якістю життя, корелював з задоволенням настроєм та загальною оцінкою якості життя. Але рівень депресії корелював з фізичним станом, настроєм, повсякденною активністю, любов'ю і загальним рівнем задоволення життям.

## КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ З ВЕЗИКО-УРЕТЕРАЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ

Лактіонова В., Квітко В.

Харківський національний медичний університет Харків, Україна  
Науковий керівник: Морозова О. О., асистент кафедри педіатрії №2

Актуальність. Недиференційована дисплазія сполучної тканини зустрічається в 35-64% дітей у популяції. Встановлено, що всі діти з вадами

розвитку сечовивідної системи мають недиференційований варіант дисплазії сполучної тканини, котра є основою їх формування. Частота виявлення везико-уретерального рефлюксу (ВУР) серед дітей з дисплазією сполучної тканини складає 35,5%, в той час як у дітей без ознак дисплазії сполучної тканини лише 9,4%. За даними сучасної літератури основною причиною ВУР вважається дисплазія уретеро - везикального сегменту, тобто заміна в стінці дистального відділу сечоводу м'язових волокон колагеновими. Як відомо, порушення обміну колагену відображує підвищення екскреції оксипроліну з сечею.

**Мета роботи.** Визначити клінічне значення фенотипових ознак дисплазії сполучної тканини та обміну оксипроліну в дітей з пієлонефритом та ВУР.

**Матеріали та методи.** Обстежено 30 дітей з пієлонефритом та різним ступенем ВУР у віці від 2 до 17 років. Діти були поділені на дві групи. До 1-ої групи (n-12) увійшли пацієнти з пієлонефритом на тлі ВУР та ознаками недиференційованої дисплазії сполучної тканини. До 2-ої (n-18) - з пієлонефритом на тлі ВУР та поодинокими симптомами дисплазії сполучної тканини. Контрольну групу склали 10 дітей відповідного віку з пієлонефритом у анамнезі без ознак ВУР та наявних ознак дисплазії сполучної тканини. Недиференційовану дисплазію сполучної тканини діагностували у дітей котрі мали 5 та більше фенотипових ознак. Додатково у ранковій сечі всіх обстежуваних дітей визначали рівень вільного оксипроліну. Статистичний аналіз проводили з використанням StatSoft STATISTICA Version7 (Tulsa,OK).

**Результати.** За аналізом отриманих результатів було встановлено статистично значуще підвищення показників екскреції оксипроліну в сечі дітей 1-ї групи (1,86 (1,75; 2,10) мкг/мл) у порівнянні з показниками дітей 2-ої (1,50 (1,29; 1,62) та контрольної групи (0,10 (1,02; 1,15) мкг/мл), ( $p_1-k=0,000$ ,  $p_1-2=0,001$ ) відповідно, що відображує неповноцінність сполучної тканини у дітей з ВУР. Медіана вільного оксипроліну в сечі була вище в пацієнтів 1-ї групи, ніж в хворих 2-ї групи ((1,86 проти 1,50), ( $p_1-2=0,001$ )). У всіх обстежуваних хворих були виявлені ознаки дисплазії сполучної тканини, на відміну від дітей групи контролю.

Після проведення множинного порівняння показників вільного оксипроліну встановлено, що критерій Краскла-Уолліса (H) був статистично значущим (H = 2  $p<0,005$ ). Це дає підставу стверджувати, що статистичні характеристики відповідних показників різних груп значуще відрізнялися між собою, а рівень лабораторних показників, які досліджувалися, залежать від ступеню виразності ознак дисплазії сполучної тканини.

**Висновки.** У пацієнтів з пієлонефритом і ВУР виявлено зовнішні фенотипові ознаки дисплазії сполучної тканини, які свідчать про її функціональну слабкість. Було встановлено істотне підвищення рівнів сечової екскреції вільного оксипроліну в сечі дітей з ВУР, а рівні його показників вказують на ступінь виразності фенотипових ознак дисплазії

сполучної тканини, що свідчить про провідну роль дисплазії сполучної тканини у етіопатогенезі вроджених вад розвитку органів сечовивідної системи, зокрема ВУР.

## О НЕОБХОДИМОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Левченко А. Л., Винникова Е. А.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина  
медицинский факультет, Харьков, Украина

Научные руководители: Суворова-Григорович А. А., к.мед.н., доцент;  
Денисенко Д. М., ассистент

Актуальность темы. Первое место в мире по распространенности занимают психосоматические заболевания. Взгляд на них в течение последнего столетия существенно поменялся. Если изначально под психосоматическими расстройствами (в узком смысле этого термина) понималась «Чикагская семерка», то в последние десятилетия активно используется классификация психосоматических расстройств по А.Б. Смулевичу. Классификация, включая в себя психосоматические и соматопсихические расстройства, охватывает весь круг соматических расстройств с их психопатологическими (психотическими и непсихотическими) осложнениями. Таким образом, любой человек в течение жизни переносит психосоматические расстройства. Психопатологические осложнения утяжеляют течение основного заболевания, препятствуют созданию комплаентных отношений в системе врач-пациент, нарушают режим лечения соматического заболевания, хронифицируя последнее, ухудшая его прогноз, нарушая социальную адаптацию. Таким образом, наряду с соматической реабилитацией больных не менее важную роль играет реабилитация психосоциальная, направленная на восстановление социальной адаптации. Вместе с тем, психосоциальной реабилитации в неврологии уделяется неоправданно мало внимания, несмотря на то, что основное заболевание, операция, наркоз, лечение в послеоперационном периоде являются триггерами, запускающими ухудшение психического состояния.

Целью данной работы является популяризация необходимости проведения психосоциальной реабилитации неврологических больных в послеоперационном периоде, определение контингента лиц, нуждающихся в такой помощи.

Материалы и методы. Нами проведен срез психического состояния пациентов нейрохирургического стационара.

Результаты и их обсуждение. Среди контингента больных нейрохирургического стационара лиц без психических нарушений не обнаружено. Среди психических расстройств выявлены: астенический, ипохондрический, депрессивный, тревожный, психопатический симптомокомплексы, когнитивный дефицит разной степени выраженности.

Выводы. Таким образом, у больных нейрохирургического стационара выявлены в порядке уменьшения: астенический, ипохондрический, депрессивный, тревожный, психопатический симптомокомплексы, когнитивный дефицит разной степени выраженности. То есть, большая часть пациентов данного профиля нуждаются в проведении психосоциальной реабилитации.

В дальнейшем необходимо дообследование пациентов нейрохирургического стационара с когнитивным дефицитом с целью разработки методов профилактики и реабилитации данного контингента больных.

## ЕПІДЕМІОЛОГІЯ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ

Лесна А. С.

Харківський національний медичний університет  
кафедра фізотерапії та пульмонології, Харків, Україна  
Науковий керівник: Чопорова О. І., к.мед.н., асистент

Актуальність. За даними всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) в 2016 році зареєстровано 600000 нових випадків туберкульозу (ТБ) зі стійкістю до рифампіцину, з яких 490000 були випадками ТБ з множинною лікарською резистентністю (МРТБ).

Мета дослідження: проаналізувати статистичні дані МРТБ в Україні.

Матеріали та методи дослідження: статистичні дані аналітичного центру ВООЗ, міністерства охорони здоров'я України.

Результати дослідження. Захворюваність на ТБ у 2016 році склала 67,6 на 100 тис. населення (лідують південно-східні регіони країни), що відповідає показнику 2013 року. З 29502 нових випадків та рецидивів ТБ 91% з легеневою локалізацією, але лише у 69% ТБ був підтверджений бактеріологічним методом. Кількість хворих з виявленим МРТБ у 2016 склала 7778 осіб (5 місце в світі), з них 24,1% хворих з вперше діагностованим ТБ. Серед хворих з МРТБ переважають чоловіки (58%), середній вік склав (36,5±7,4) років, переважна більшість хворих — непрацюючі працездатного віку (49%), з ВІЛ позитивним статусом (45%), лікарська резистентність встановлена молекулярно-генетичним Gene Xpert тестом. В 2014 році 7174 хворим з МРТБ розпочата терапія препаратами

другого ряду, ефективність лікування досить низька і склала лише 26,0 % (другий найнижчий показник у Європі). Епідемічна ситуація залишається складною, так питома вага показника МРТБ у загальній летальності від ТБ становить до 30%, що складає 2,8 на 100 тис населення.

Висновок. Високі показники захворюваності, летальності пацієнтів з МРТБ свідчать про потребу перегляду стратегії лікування даної категорії хворих, пошуку нових протитуберкульозних засобів, загальнодержавних програм стабілізації соціально-економічного стану в країні.

## ОСОБЛИВОСТІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Лесна А. С.

Харківський національний медичний університет  
кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, Харків, Україна  
Науковий керівник: Зеленська К. О., к.мед.н., асистент

**Актуальність.** Вибір оптимального лікарського засобу для фармакоterapiї хворих на шизофренію залишається однією з актуальних проблем психіатрії в зв'язку з ростом числа терапевтично резистентних хворих.

**Мета дослідження:** проаналізувати ефективність специфічної фармакоterapiї у хворих на шизофренію в умовах стаціонару.

**Матеріали та методи дослідження.** В основу роботи покладено аналіз результатів лікування 38 хворих жіночої статі з діагнозом шизофренія за критеріями МКХ-10, що знаходилися на лікуванні в ХОКПЛ №3. Середній вік склав  $36,5 \pm 7,4$  років. Тривалість захворювання —  $7,5 \pm 5,2$  років. Середня тривалість госпіталізації  $87 \pm 35$  днів. Оцінку ефективності терапевтичного лікування проводили на підставі психічного стану пацієнта (клінічна шкала PANSS).

**Результати дослідження.** Після усунення психомоторного збудження на етапі активної терапії 15 (39,5%) пацієнтів отримували комбінацію антипсихотичних препаратів (АП) (26% — два АП, 13% — більше). Терапія протягом 8 тижнів змінювалася у 39 (28%) хворих: 1 раз — у 23 (35,4%) хворих, 2 рази та більше — у 11 (24,6%) хворих. Середня тривалість першого курсу терапії склала  $20,0 \pm 14,5$  днів. У 76,9% випадків причиною зміни АП був недостатній ефект, 23,1% — побічні явища.

**Висновок.** Істинна терапевтична резистентність виявлена у 7 (18,4%) пацієнтів, зміна АП в середньому відбувалася через  $4 \pm 1,5$  тижнів, але в деяких випадках, навіть, на першому тижні лікування, що й відображує складнощі підбору антипсихотичної терапії.



*BOS TAURUS* ЯК МОДЕЛЬНИЙ ОБ'ЄКТ ПОРУШЕНЬ РЕПРОДУКЦІЙНОЇ ФУНКЦІЇ ЛЮДИНИ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ПОЛІМОРФНИМИ ВАРІАНТАМИ ГЕНІВ ГОРМОНУ РОСТУ ТА РЕЦЕПТОРУ ГОРМОНУ РОСТУ

Лисенко Н. Г.<sup>1</sup>, Мітіогло Л. В.<sup>2</sup>, Понько Л. П.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Харківський національний медичний університет,  
кафедра медичної біології, Харків, Україна;

<sup>2</sup>ДП ДГ «Нива», с. Христинівка, Черкаська обл., Україна;

<sup>3</sup>Подільський державний аграрно-технічний університет,  
кафедра технології виробництва продукції тваринництва,  
Кам'янець-Подільський, Україна

Науковий керівник: Федота О. М., д.біол.н., професор, кафедра акушества та гінекології, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Крім відомого впливу гормону росту (*GH*; OMIM 139250) та його рецептору (*GHR*; OMIM 600946) на процеси росту і розвитку, також відомі їх ефекти на статеве дозрівання, а також репродуктивну функцію. У жінок додатковий синтез *GH* відбувається у яєчниках (т.зв. *GH2*), а у чоловіків – у яєчках, що стимулює зростання фолікула або сперматогенез і використовується в допоміжних репродуктивних технологіях. Відповідно, що окремі поліморфні варіанти (SNP) генів *GH* і *GHR* можуть стати прихованою причиною деяких відхилень з боку репродуктивної функції. Найчастіше, ефект подібних SNP у людини відстежити складно, проте вивчаючи гени ортологи *Bos taurus* (Бик дикий), що розвиваються в контрольованих умовах можна провести більш успішну оцінку безпосереднього ефекту алелей і генотипів. Мета дослідження полягала в оцінці впливу генотипу за SNPs *GH L127V*, *GHR F279Y* та *A257G* на деякі репродуктивні характеристики у корів абердин-ангуської породи.

Оцінка показників репродукції у корів абердин-ангуської породи ( $n = 52$ ) включала вік першого отелення, інтервал між отеленнями та плодючість (кількість телят/вік матері). Генотипування проводилося методом ПЛР-ПДРФ. Оцінка асоціації виконувалася за допомогою регресійного аналізу.

Вік першого отелення відповідає віку статевого дозрівання у людини, у корів цей показник залежить від віку, 13-15 місяців та у певній мері визначається швидкістю прироста маси тіла до 380-420 кг. Зокрема, у корів молочних порід (за літературними даними) показано тісний зв'язок досліджуваних генів з масою тіла. У нашому дослідженні ми визначили, що перше отелення відбувалось у віці  $966,8 \pm 26,1$  днів при масі тіла  $427,2 \pm 4,9$  кг. Оскільки CV,% для цих показників склав 23,7 та 9,31, відповідно, то здатність до запліднення та отелення залежить переважно від маси тіла.

Встановлено асоціацію алелів *C L127V* і *T GHR F279Y*, *G A257G* зі зменшенням цього періоду на  $59,7 \pm 45,3$ ,  $18,5 \pm 31,2$  і  $34,7 \pm 60,3$  днів, відповідно. Інтервал між отеленнями, який визначається швидкістю настання

чергової вагітності, при цих алелях скорочувався на  $-19,1 \pm 10,5$  ( $p = 0,07$ ),  $-8,9 \pm 7,2$  і алелів A A257G на  $-9,7 \pm 13,9$  днів. Аналог цього показника у людини клінічно значущий, хоча в тваринництві при великих масштабах виробництва набуває економічну значимість. Аллели *CL127V* і *TGHR F279Y* значно впливали на плодючість, тобто за одиницю часу у гомо-/гетерозиготних корів за цими генами народжувалося більше телят  $0,06 \pm 0,02$  і  $0,03 \pm 0,01$  ( $p < 0,05$ ).

Отримані результати неможливо повністю екстраполювати у людини, однак вони підтверджують ефект окремих SNP в генах гормону росту і рецептора гормону росту на репродуктивну функцію.

## ВПЛИВ ОЖИРІННЯ НА ЗМІНИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПОЄДНАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Литвинов В. С.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Бутова Т. С., асистент кафедри внутрішньої медицини

Актуальність. Поєднання ішемічної хвороби серця (ІХС) та цукрового діабету (ЦД) 2 типу підвищує ризик розвитку серцево-судинних ускладнень.

Мета роботи. Вивчити вплив ожиріння на зміни ліпідного спектру (ЛС) у хворих на ІХС з супутнім ЦД 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 42 пацієнта: 20 чоловіків та 22 жінки. Середній вік хворих –  $61,5 \pm 1,8$  років. До 1-ої групи входило 24 хворих на ІХС, ЦД 2 типу та ожиріння; до 2-ої – 18 хворих на ІХС та ЦД 2 типу. Наявність ожиріння визначали за індексом маси тіла (ІМТ). Ензиматичним методом визначали показники ЛС (ммоль/л): рівень загального холестерину (ЗХ), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) та холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ). Визначали середнє (М) та його відхилення (m) з використанням t-критерія Стьюдента. Різницю вважали статистично достовірною при  $p < 0,05$ .

Отримані результати. Показник ІМТ у 1-ій групі ( $34,18 \pm 4,7$  кг/м<sup>2</sup>) у порівнянні з 2-ою ( $24,5 \pm 0,28$  кг/м<sup>2</sup>) достовірно зростає. З'ясовано, що у 1-ій групі достовірно в більш значній мірі спостерігались порушення ЛС. У 1-ій групі рівень ЗХ –  $6,76 \pm 0,34$ , ТГ –  $2,31 \pm 0,23$ , ЛПВЩ –  $1,01 \pm 0,12$ , ЛПНЩ –  $4,59 \pm 0,48$ . у 2-ій групі рівень ЗХ –  $5,25 \pm 0,47$ , ТГ –  $1,76 \pm 0,15$ , ЛПВЩ –  $1,29 \pm 0,09$ , ЛПНЩ –  $3,34 \pm 0,40$ .

Висновки. Наявність ожиріння при поєднанні ІХС з ЦД 2 типу призводить до суттєвих порушень стану ліпідного спектру, що вимагає

розробки схем корекції рівня ліпідів з метою попередження розвитку серцево-судинних ускладнень.

## ЗНАЧЕННЯ ПРЕІМПЛАНТАЦІЙНОЇ ГЕНЕТИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ В ЦИКЛАХ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ

Луцький А. С.

Харківський національний медичний університет  
кафедра акушерства та гінекології №2, Харків, Україна

Науковий керівник: Паращук Ю. С., д.мед.н., професор, завідувач кафедри  
акушерства та гінекології №2

Актуальність теми. Застосування преімплантаційної генетичної діагностики (ПГД) можливо виключно в рамках програми екстракорпорального запліднення (ЕКЗ), що стало справжнім проривом в галузі допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

Завданням дослідження було визначення генетичних порушень розвитку ембріона, щодо підвищення результативності лікування безпліддя.

Мета. Визначення генетичних дефектів ембріона у вигляді анеуплоїдії та перенесення у маткову порожнину тільки еуплоїдних бластоцист після проведення ПГД.

Матеріали та методи. Проведено обстеження 95 пацієнток, які були розділені на 2 групи: 1 склали 50 пацієнток, яким було виконано ПГД, 2 - 45 жінок, яким ПГД не проводилось.

Отримані результати. Кількість пологів у 1 групі була у 32 жінок, що склало (64%), цей показник був значно вищий, ніж у 2 групі- 20 пологів у жінок, що склало (44,4%). ПГД дозволяє використовувати при ЕКЗ тільки здорових (еуплоїдних) ембріонів, що призводить до профілактики загибелі ембріонів, невиношування вагітності, множинних вад розвитку та спадкових синдромів.

Висновки. Таким чином, ПГД дозволяє запобігти народженню дитини з хромосомними і генними захворюваннями і значно підвищує ефективність циклів ДРТ за рахунок зниження рівня раних репродуктивних втрат.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СТАТИНІВ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМУ СТЕАТОГЕПАТИТІ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Мазніченко С. О., Касаткін О. І., Хуссейн А., Бірюк М. В.

Одеський національний медичний університет Одеса, Україна

Науковий керівник: Холодкова О. Л., д.мед.н., професор, завідувач кафедри  
анатомії людини

Ізольована гіперліпідемія є фактором ризику розвитку жирової дистрофії печінки і неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ), за рахунок токсичної дії ліпідних фракцій, зокрема тригліцеридів на гепатоцити. У стані НАСГ активується перекисне окислення ліпідів, оксидативний стрес, що призводить до підвищення чутливості гепатоцитів до ендотоксинів, зміни функції макрофагів, що характеризується некрозом клітин та розвитком фіброзу печінки. Відомо, що НАСГ являється однією з хвороб цивілізації, тому пошук нових методів патогенетичного впливу на перебіг неалкогольного стеатогепатиту, є актуальним питанням.

Метою дослідження було вивчити ефективність застосування статинів при НАСГ з гіперліпідемією у щурів в експерименті.

Матеріали та методи. Дослідження було проведене на 80 статевозрілих самцях щурах, лінії Wistar, віком 3-4 місяці, вагою 110-150 гр. Тварини були розподілені на групи наступним чином: I група тварини з модельованим НАСГ (10 тварин); II група тварини з НАСГ, що отримали лікування Розувастатином (30 тварин); III група тварини з НАСГ, що отримали лікування збагаченою тромбоцитами плазмою (ЗТП); IV група - інтактний контроль (10 тварин). Моделювання патології відбувалось шляхом додавання у щоденний раціон щурів пальмової олії (ПО), яка складала 15% від загального об'єму їжі протягом 120 діб. Патоморфологічне дослідження було проведене за загальноприйнятою методикою з забарвленням гематоксилином-еозином та Судан III. Досліджували біохімічні показники крові (ліпидограма, АЛТ, АСТ) та обчислення індексу маси печінки (ІМП). ЗТП отримували шляхом серії центрифугувань периферичної крові щурів за допомогою апарату Smart Prep (Harvester Corp.) з подальшим пункційним введенням в тканину печінки. Тварин виводили з експерименту на 20 та 45 добу після початку корекції НАСГ.

Результати. При гістологічному дослідженні I групи тварин на нульовий день експерименту було виявлений стеатогепатоз III-IV ступеня з виразною білковою дистрофією, периваскулярною лімфо-гістіоцитарною інфільтрацією та повнокрів'ям судин. На 45 добу у тварин I групи гістологічне дослідження виявило стеатогепатоз II-III ступеня, явища білкової дистрофії переважно по периферії зрізу. У тварин II групи на 45 добу було виявлений жировий гепатоз I-II ступеня з явищами білкової дистрофії. У тварин III групи на

45 добу патоморфологічне дослідження виявило явища білкової дистрофії та периваскулярну лімфо-гістіоцитарну інфільтрацію. Показники ліпідограми та ферментативної активності траснаміназ наприкінці експерименту у тварин II групи були нижче у порівнянні з I групою і склали – АЛТ  $232 \pm 12$  МО/л, АСТ  $224 \pm 11$  МО/л, загальний холестерин  $1,9 \pm 0,1$  ммоль/л, тригліцериди  $0,63 \pm 0,03$  ммоль/л, ліпопротеїни низької щільності  $0,49 \pm 0,02$  ммоль/л, ліпопротеїди високої щільності  $0,73 \pm 0,04$  ммоль/л, коефіцієнт атерогеності  $0,9 \pm 0,05$ . У тварин III групи біохімічні показники наближалися до показників інтактної групи тварин та склали АЛТ  $167 \pm 9$  МО/л, АСТ  $221 \pm 11$  МО/л, загальний холестерин  $1,6 \pm 0,08$  ммоль/л, тригліцериди  $0,59 \pm 0,04$  ммоль/л, ліпопротеїни низької щільності  $0,39 \pm 0,02$  ммоль/л, ліпопротеїди високої щільності  $0,66 \pm 0,03$  ммоль/л, коефіцієнт атерогеності  $0,63 \pm 0,03$ . ІМП у тварин II та III групи на 45 добу  $0,41 \pm 0,04$  та  $0,39 \pm 0,03$  відповідно.

Висновки. У результаті проведеного дослідження було виявлено, що застосування Розувастатину при гіперліпідемії з НАСГ сприяє нормалізації показників ліпідограми та покращення структури печінки.

Пункційне введення ЗТП призводило до нормалізації всіх досліджувальних показників морфо-функціонального стану печінки.

#### СОПУТСТВУЮЩАЯ АНТИМИКРОБНАЯ АКТИВНОСТЬ МЕТИЛ- И ГАЛОГЕНСОДЕРЖАЩИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Майстренко Ю. С.<sup>1</sup>, Попова А. Н.<sup>1</sup>, Чернуский В. Г.<sup>1</sup>, Летьяго А. В.<sup>1</sup>, Говаленкова О. Л.<sup>1</sup>, Кашина-Ярмак В. Л.<sup>1,2</sup>, Носова Е. М.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Харьков, Украина;  
<sup>2</sup>ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков  
НАМН Украины», Харьков, Украина

Научный руководитель: Чернуский В. Г., д.мед.н., профессор

Актуальность. Одно из ведущих мест в лечении бронхиальной астмы (БА) у детей отводится глюкокортикостероидам (ГКС), назначение которых, как универсальных противовоспалительных средств, является основой базисной терапии. ГКС оказывают комплексный фармакологический эффект, который обусловлен их влиянием на функциональную активность генетического аппарата клетки, пластических процессов, подавлением синтеза и активности цитокинов, стимулирующих процессы дифференцировки, созревания эффекторных клеточных структур. Микробные клетки являются такими же клеточными структурами и воздействие на них ГКС также может определять все перечисленные эффекты.

Цель. Изучение сопутствующей антимикробной активности средних доз метил- и галогенсодержащих ГКС при бронхиальной астме у детей.

Материалы и методы исследования. Работа выполнялась в рамках НИР НАМН 118/2014 «Исследование иммунологических аспектов течения хронических воспалительных процессов верхних дыхательных путей». Проведено микробиологическое исследование мокроты 135 детей с БА в возрасте от 5 до 14 лет (средний возраст  $11 \pm 0,12$  года) в периоде обострения при всех клинических формах заболевания (атопическая, неатопическая, смешанная). Антимикробную активность ГКС изучали методом двукратных серийных разведений с определением минимальной ингибирующей концентрации (МИК, мкг/мл) с добавлением ГКС в средних дозах, рекомендованных GINA (2012) при лечении БА, с оценкой их влияния на рост микроорганизмов. Также антимикробная активность ГКС анализировалась в зависимости от количества метильных групп СН<sub>3</sub> и/или галогенов - Cl, F в химической структуре ГКС.

Результаты исследования. Проведенное исследование показало, что в мокроте детей, больных БА, при всех клинических определялись *S. aureus*, *S. pyogenes*, *E.coli*, *Pr. mirabilis*, *Ps. aeruginosa*, *C. albicans*. У 29,6% детей с БА в мокроте высевались ассоциации *S. aureus* с *S. pyogenes*, *E.coli*, *Pr. mirabilis*, *Ps. aeruginosa*. Установлено, что преднизолон, который в своем составе не содержит метильную группу или галогены, не проявил антимикробную активность. При этом метилпреднизолон (содержит СН<sub>3</sub> группу), оказался в 1,7 раза более активным к *S.aureus* и *S. pyogenes* ( $p < 0,05$ ), в 1,5 раза - к *Pr. mirabilis* ( $p < 0,05$ ) и в 1,2 раза - к *E. coli* ( $p < 0,05$ ). Дексаметазон (содержит F) превысил активность преднизолона к *S. aureus* и *S. pyogenes* в 2,5 раза ( $p < 0,05$ ), к *Pr. mirabilis* – в 3,7 раза ( $p < 0,05$ ) и к *E. coli* - в 1,2 раза ( $p < 0,05$ ). Аналогичные данные показали галогенсодержащие полкортолона и бекламетазона дипропионата. В то же время флутиказона пропионат (2 F и СН<sub>3</sub>) превысил активность преднизолона к *S. aureus*, *S. pyogenes*, *Pr. mirabilis* и *E. coli* соответственно в 4,4 - 5,2 раза ( $p < 0,05$ ).

Выводы. Таким образом, установлено, что у детей с БА при всех клинических формах в мокроте определялись различные микроорганизмы как G+, так и G-, а также грибы рода *C. albicans*. При этом у трети больных высевались различные ассоциации. Показано, что не все ГКС обладают сопутствующей антимикробной активностью, а только те, в химическую структуру которых входили метил- и галогенсодержащие соединения. Сопутствующий антимикробный потенциал возрастает в первую очередь у дифторметилсодержащего флутиказона пропионата, а также в некоторой степени у галогенсодержащих дексаметазона, полкортолона и беклометазона дипропионата. Учитывая это, следует избирательно подходить к назначению ГКС для длительного применения именно в среднетерапевтических дозах.

СТАН ІОНОРЕГУЛЯТОРНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК ЗА УМОВИ  
ЗАСТОСУВАННЯ СОРБІЛАКТУ ТА L-АРГІНІНУ В ПЕРІОДІ РОЗВИТКУ  
СИНДРОМУ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ

Максимчук Н. О.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»  
кафедра анестезіології та реаніматології, Чернівці, Україна

Науковий керівник: Коновчук В. М., д.мед.н., професор, завідувач кафедри  
анестезіології та реаніматології

Сепсис завжди супроводжується розвитком синдрому ендогенної інтоксикації (СЕІ). Нирки, як важливий орган детоксикації, залучаються у формування кола клініко-патофізіологічних порушень ще на початкових стадіях СЕІ тому самі стають об'єктом агресії та потребують фармакологічної протекції. Комбінація сорбілакту та L – аргініну відкриває значні перспективи для нефропротекції, проте невивченим залишається їх вплив на іонорегуляторну функцію нирок.

Мета роботи – дослідити спектр впливу сорбілакту та L – аргініну на іонорегуляторну функцію нирок у хворих в періоді розвитку синдрому ендогенної інтоксикації.

Матеріали та методи. У дослідження включено 117 хворих, розподілених у групи: I – 31 хворий із синдромом системної запальної відповіді. II – 27 хворих із СЕІ за шкалою клітинно-гуморального індексу інтоксикації 40-60 балів (середньо-важка ступінь), яким проводилась стандартна терапія. III – 29 хворих із СЕІ, яким на базі стандартної терапії ввели сорбілакт. IV – 30 хворих із СЕІ, стандартне лікування, яких доповнювалось поєднаним застосуванням сорбілакту та L-аргініну. Інфузію сорбілакту пацієнтам III та IV груп проводили із розрахунку 6-7 мл/кг маси тіла внутрішньовенно краплинно зі швидкістю 7-8 мл/хв. Після закінчення інфузії сорбілакту пацієнтам IV групи проводили інфузію 4,2% розчину L-аргініну (тіовортін внутрішньовенно краплинно згідно інструкції).

Результати дослідження. В першій групі дослідження концентрація калію в плазмі крові становила  $4,2 \pm 0,11$  ммоль/л, концентрація калію в сечі складала  $67 \pm 3,5$  ммоль/л, екскреція калію дорівнювала  $64 \pm 3,1$  мкмоль/хв, кліренс калію становив  $15 \pm 0,7$  мл/хв, екскретована фракція калію становила  $13 \pm 0,6$  %, інтенсивність екскреції К на 100 мл GFR рівнялась  $54 \pm 2,7$  ммоль/хв.

Концентрація калію у плазмі крові у хворих із СЕІ дещо зростала до  $4,6 \pm 0,13$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ) у порівнянні із пацієнтами з ССЗВ. У пацієнтів II групи зареєстровано зростання концентрації калію в сечі на 17% ( $79 \pm 3,7$  ммоль/л) по відношенню до пацієнтів I групи ( $p < 0,05$ ). При СЕІ екскреція калію зменшувалась на 21% ( $50,6 \pm 3,0$  мкмоль/хв), а кліренс – на 27% ( $11 \pm 0,8$  мл/хв) у порівнянні із групою з ССЗВ. Встановлено збільшення екскретованої

фракції калію ( $17\pm 0,6\%$ ) та інтенсивності екскреції калію ( $77\pm 2,9$  ммоль/хв), що спрямоване на компенсацію змін концентрації катіону в плазмі крові.

Концентрація калію в плазмі крові при застосуванні сорбілакту становила  $4,5\pm 0,11$  ммоль/л, концентрація калію в сечі складала  $85\pm 3,4$  ммоль/л, екскреція калію дорівнювала  $62,1\pm 2,7$  мкмоль/хв, кліренс калію був  $14\pm 0,5$  мл/хв, екскретована фракція калію становила  $18\pm 0,5$  %, інтенсивність екскреції К на 100 мл GFR рівнялась  $83\pm 2,7$  ммоль/хв. Отже при використанні сорбілакту на базі стандартної терапії статистично достовірних змін концентрації калію в плазмі крові та сечі, екскретованої фракції та інтенсивності секреції катіону на 100 мл GRF у порівнянні із пацієнтами з стандартною терапією не зареєстровано. Призначення сорбілакту впливало на значення кліренсу калію та екскреції калію ( $p<0,05$ ), зумовлюючи їх зростання у порівнянні із хворими, що отримували стандартну терапію.

Концентрація калію в плазмі крові при застосуванні L-аргініну та сорбілакту становила  $4,7\pm 0,10$  ммоль/л, концентрація калію в сечі складала  $80\pm 3,1$  ммоль/л, екскреція калію дорівнювала  $65,3\pm 2,6$  мкмоль/хв, кліренс калію був  $14\pm 0,4$  мл/хв, екскретована фракція калію становила  $19\pm 0,5$  %, інтенсивність екскреції К на 100 мл GFR рівнялась  $81\pm 2,6$  ммоль/хв. Таким чином, поєднане застосування сорбілакту та L-аргініну не чинило суттєвого впливу на показники концентрації калію в плазмі крові, сечі та інтенсивність екскреції катіону у порівнянні з пацієнтами II та III груп. Зареєстровано зростання екскретованої фракції калію, що свідчить про активацію L-аргініном на фоні застосування сорбілакту процесів екскреції катіону.

**Висновок.** У періоді розвитку ранньої вторинної токсичної аутоагресії одноразове комплексне застосування сорбілакту та L-аргініну не чинило вираженого впливу на стан іонорегуляторної функції нирок. Проте при детальному розгляді, встановлено збільшення L-аргініном екскретованої фракції калію.

## РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ АНТИРЕФЛЮКСНИХ ОПЕРАЦІЙ

Малюченко А. Ю., Якименко І. В.

Харківський національний медичний університет

кафедра хірургії №2, Харків, Україна

Науковий керівник: Свірепо П. В., к.мед.н., асистент

Найпоширенішими варіантами операції при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі (ГЕРХ) і грижі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) є формування з дна шлунка манжети на  $360$  °С за типом Ніссен: модифікації



«Nissen-Rossetti», «Short floppy Nissen» (Chrysos A. et el., 2001., Arpad I. et el., 2001).

Мета роботи - оцінити динаміку зміни тиску нижнього стравохідного сфінктера (НСС) у пацієнтів з ГСОД до і після оперативного лікування.

З 2012-2017 рр. в клініці виконано 27 лапароскопічних операцій хворим з ГЕРХ. Середній вік пацієнтів -  $51,5 \pm 7,5$  років. З них - 10 (37%) чоловіків і 17 (63%) жінок. Терміни проведення обстеження після операції в середньому склали 25 місяців. Обстеження мало поліпозиційне рентгенконтрастне дослідження стравохідного шлункового переходу, фіброгастродуоденоскопію з біопсією стравоходу і обов'язкове визначення наявності *Helicobacter pylori*: внутрішньошлункова рН-метрія, манометр стравоходу з вимірюванням тиску НСС, УЗД органів черевної порожнини. Середнє значення тиску до операції становило  $7,5 \pm 1,5$  мм. рт. ст.

Ерозивний езофагіт виявлений у 12 (45%) хворих, а неерозивний – у 15 (55%) пацієнтів. За рентгенологічними ознаками ГСОД 1 ст. діагностовано у 3 (10%) хворих, 2 ст. - у 14 (50%), 3 ст. - у 10 (40%). Середня тривалість операції фундоплекції «Nissen-Rossetti» -  $135 \pm 25$  хв., а «Short floppy Nissen» -  $124 \pm 19$  хв. Переходів на лапаротомію не було. Інтраопераційних ускладнень не спостерігалось. Вимірювання тиску НСС всім пацієнтам проводилося через 6, 12, 24 міс. після операції, що склало 22,5 мм. рт. ст., 19,5 мм. рт. ст., 11,5 мм. рт. ст. відповідно. Середній ліжко-день склав  $6,5 \pm 0,5$  днів.

Антирефлюксні операції «Nissen-Rossetti» і «Short floppy Nissen» призводять до стійкого підвищення тиску НСС в терміни 24 місяці після операції. Використання «Short floppy Nissen» сприяє зменшенню метеоризму шлунку, частоти дисфагії, скороченню тривалості операції.

## КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПНЕВМОНІЇ ПРИ ІН'ЄКЦІЙНІЙ НАРКОМАНІЇ

Мартинчик О. С., Бутова Т. С.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Мартим'янова Л. О., к.мед.н.,  
доцент кафедри внутрішньої медицини

Актуальність. Пневмонія займає 4-те місце серед причин смерті, з яких 50% приходить на пневмонії з тяжким перебігом.

Мета роботи. На прикладі клінічного випадку хворого з пневмонією на тлі ін'єкційної наркоманії розглянуто особливості діагностики і тактики ведення пацієнта в умовах поліклініки.

Матеріали та методи. Дані анамнезу, клініко-лабораторного та інструментального обстеження.

Отримані результати. Чоловік, 37 років звернувся на прийом до терапевта поліклініки зі скаргами на постійний кашель з виділенням в'язкого мокротиння жовто-зеленого кольору, задишку у спокої (ускладнений вдих), біль у нижній частині грудної клітини справа, що посилюється при вдиху, підвищену пітливість у поєднанні з ознобом, виражену загальну слабкість. Хворів 10 днів, коли після переохолодження з'явився сухий кашель, підвищилася температура тіла до 37,80С. Лікувався самостійно, приймав парацетамол 500мг 3 р/д, грудний збір №2, останні 3 дні – амоксицилін 500мг 3 р/д. Самопочуття погіршилося. Звернувся на прийом до терапевта. З анамнезу життя - ін'єкційна наркоманія впродовж 5 років. Об'єктивно: важкий загальний стан, t тіла - 40,0С, блідість та підвищена вологість шкірних покривів. Перкуторно тупий легеневий звук нижче 5 міжребер'я справа від паравертебральної до середньої пахвової лінії і нижче 4 міжребер'я від середньої пахвової лінії до правої парастеральної лінії, де аускультативно дихання не визначалось, над рештою ділянок легень - жорстке дихання з подовженим видихом і поодинокими дрібнопухирчастими хрипами. Частота дихання - 30/хв. При аускультатії серця визначалась глухість тонів. ЧСС - 110 уд/хв. АТ - 90/65 мм рт. ст. Клінічний аналіз крові (лейкоцити: 16,7 Г/л, ШОЕ: 29 мм/год), клінічний аналіз сечі: в межах норми, Ro-ОГК: двобічна абсцедуюча пневмонія ускладнена правобічним плевритом. Множинні абсцеси легень.

Діагноз основний: негоспітальна двобічна абсцедуюча пневмонія, IV клінічна група. Множинні абсцеси легень. Легенева недостатність III ст. Ускладнення: правобічний ексудативний плеврит. Супутній діагноз: ін'єкційна наркоманія.

Згідно наказу МОЗ України від 19 березня 2007 р. № 128 пацієнт ургентно за допомогою бригади швидкої медичної допомоги був госпіталізований у відділення реанімації та інтенсивної терапії торакальної хірургії.

Висновки. Абсцедуюча пневмонія відрізняється важким перебігом, високою летальністю та часто зустрічається у ін'єкційних наркоманів. Таким чином, від правильно і своєчасно організованої тактики надання медичної допомоги залежить прогноз для життя пацієнта.

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ ТА ВІКУ

Мерцалов І. Ю.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Волошин-Гапонов І. К., д.мед.н.,  
доцент кафедри неврології, психіатрії та наркології

Актуальність теми: Розсіяний склероз (РС) є найпоширенішим демієлінізуючим захворюванням ЦНС, яке у більшості випадків носить прогресуючий характер і веде до стійкої інвалідизації. За даними ВООЗ розповсюдженість РС в середньому у світі становить 2,5 випадка на 100 000 населення, в Україні – 3,1, в Європі – 3,8, і відмічається неухильний ріст даного захворювання, що є важливою соціально-економічною проблемою. Враховуючи те, що РС у більшості випадків вражає людей працездатного віку (16-45 років) особливо важливим є своєчасна, рання діагностика, яка є запорукою вживання ефективних методів лікування для запобігання прогресування та інвалідизації.

Мета дослідження: вивчення ефективності сучасних методів діагностики розсіяного склерозу в залежності від статі та віку.

Задачі: вивчення особливостей структурних змін головного і спинного мозку (за даними МРТ досліджень); вивчення особливостей вмісту тау-білка в сировотці крові хворих на РС в залежності від статі та віку; вплив статі та віку на стан хроматину в ядрах кліток букального епітелію як показника біологічного віку хворих на РС.

За допомогою використання нейровізуалізаційних (МРТ), молекулярних, біофізичних та методів математичної статистики проведено комплексне дослідження 260 хворих (120 хворих - проспективно й 140 ретроспективно), що лікувалися у клініці відділу нейроінфекцій і розсіяного склерозу ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України", де їм ставився остаточний достовірний діагноз РС, відповідно до критеріїв McDonald et al.

За даними МРТ, обґрунтовані особливості структурних змін лікворовміщуючих просторів і характер осередкових змін мозку, залежно від статі, віку й типу перебігу захворювання. Явища кортикальної й субкортикальної атрофії завжди супроводжуються атрофічними змінами мозолистого тіла. Кортикальна атрофія локалізується переважно у передніх відділах мозку. Відзначено залежність МР-томографічних змін від ступеню інвалідизації хворих. У хворих з інвалідизацією у 5 і більше балів за шкалою EDSS значно частіше зустрічаються так звані «чорні діри» (і більше виражені кортикально - субкортикальні атрофії). Доведена можливість використання тау-білка як біологічного маркера для визначення ступеня аксонального

ураження нервової системи у хворих на РС. Відзначено достовірне підвищення тау-білка у сироватці крові хворих на РС і залежність його вмісту від варіанта перебігу захворювання й ступеня інвалідності хворих. Гендерний аналіз показав, що у чоловіків з РС вміст тау-білка є вірогідно вище, чим у жінок. Визначення кількості тау-білка в сироватці крові дозволяє здійснювати моніторинг результатів терапії й перебігу захворювання, а також його прогноз. На підставі вивчення переходу хроматину ядер букального епітелію у гетерохроматин (неактивну фазу) було показано, що у хворих на РС процеси гетерохроматизації й зниження функціональної активності хроматину ядер клітин йдуть прискореним темпом, порівняно зі здоровими, і їх біологічний вік випереджає хронологічний. Отже, у хворих на РС відбувається прискорений процес старіння клітин і всього організму. Ці дані показують, що РС є не тільки демієлінізуючим, але й нейродегенеративним захворюванням. У жодного хворого на РС у ядрах клітин букального епітелію не було менше 21 гранули гетерохроматину, отже, якщо у хворого визначається менше 20 гранул гетерохроматину, то очевидно, що у нього захворювання на РС немає. Таким чином, даний тест дозволяє уточнювати діагностику РС.

## ЗАСТОСУВАННЯ ВІДЕОЛАПАРАСКОПІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ПОШИРЕННОГО ПЕРИТОНІТУ

Мірошниченко І. В., Шпетна А. А.

Харківський національний медичний університет, кафедра хірургії №2  
Харків, Україна

Науковий керівник: Свірепо П. В., к.мед.н., асистент

Сучасні відеолапароскопічні технології значно розширюють можливості лапароскопії для діагностики перитоніту і його лікування (Шаповлянс С.Г., Шуркаліч Б. А.2003р.).

Мета роботи – оцінка ефективності програмованих лапароскопічних санацій (ПЛС) в лікуванні поширеного гострого перитоніту(ГП).

Проаналізовані результати лікування 78 хворих з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини (ЧП), ускладненою ГП, що знаходилися на лікуванні в клініці КЗОЗ ОКЛ - ЦЕМД та МК за період 2012-2017г. Середній вік -  $52 \pm 1,3$  р. Серед них жінок - 44 (56,4%), чоловіків - 34 (43,6%). За джерелами перитоніту: гострий холецистит - 22 (28,2%), гострий апендицит - 20 (25,6%), панкреатит - 19 (24,4%), перфоративні гастродуоденальні виразки - 17 (21,8%).

У всіх пацієнтів оцінювали внутрішньочеревний тиск, характер випоту, його стерильність, чутливість мікроорганізмів до антибіотиків,

поширеність перитоніту, вираженість парезу шлунково-кишкового тракту та спайкового процесу. Середня сума балів за шкалою APACHE II склала  $16,5 \pm 0,5$ . Середня кількість санацій -  $2,5 \pm 0,3$ . ПЛС ЧП виконували через наявні післяопераційні дренажі за допомогою іригатора декасаном. Показанням до повторної ПЛС ЧП була виражена запальна реакція парієтальної і вісцеральної очеревини, великі вісцеральні зрощення з множинними накладеннями фібрину. При виконанні ВЛС ЧП інтраопераційні ускладнення не спостерігалися. Відзначено 6 (7,69%) летальних результатів.

Отже, застосування ПЛС ЧП є економічно більш ефективним способом в порівнянні з релaparотомією, забезпечуючи при цьому достатній огляд і повноцінну, адекватну санацію ЧП.

## ДІАГНОСТИЧНІ ПІДХОДИ ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ ФОРМИ ГЕСТАЦІЙНОЇ ТРОФОБЛАСТИЧНОЇ ХВОРОБИ

Мірошніченко Ю. Ю.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Васильєва І. А., доцент кафедри акушерства та гінекології

Гестаційна трофобластична хвороба (ГТХ) - патологія, що супроводжується аномальною проліферацією трофобластної тканини, в результаті запліднення яйцеклітини сперматозоїдом з аномальним вмістом ДНК. ГТХ відноситься до категорії неопластичних процесів, останні класифікуються по групам наступним чином: міхурцевий занесок (молярна вагітність, 80% випадків), інвазивний міхурцевий занесок (10-15%), хоріокарцинома (2-5 %), трофобластична пухлина "плацентарного ложа". Міхурцевий занесок (МЗ) - стан, що супроводжується проліферацією трофобласту в порожнині матки (зовнішній шар клітин ембріона, який приймає участь в імплантації зародка в стінку матки і утворенні плаценти). Популяційна частота: 1:1200 - 1:1500 вагітностей. Захворювання трофобласту зустрічаються порівняно рідко, але за останні роки в Україні їх кількість збільшилась в 1,5 і більше разів, тому потребують детального вивчення патогенезу та вдосконалення методів їх діагностики та лікування. Повний МЗ виникає при однабатьківській дисомії, коли з невідомих причин відбувається втрата материнських генів і дублювання батьківського гаплоїдного геному - істинний андрогенез (зигота має каріотип 46.XX). Інколи (5%) повний МЗ викликаний заплідненням порожньої (без'ядерної) яйцеклітини двома сперматозоїдами, що призводить до каріотипу 46.XY або 46.XX. Ембріон гине на ранніх термінах розвитку до встановлення плацентарного кровообігу. Неповний МЗ викликаний триплоїдією в результаті запліднення яйцеклітини

двома сперматозоїдами (диспермія) із затримкою гаплоїдного набору материнських хромосом. Клітини мають один гаплоїдний набір материнських хромосом і диплоїдний набір батьківських хромосом – каріотип може бути 69.XXY, 69.XXX або 69.XYY. МЗ повний маніфестує у I триместрі вагітності. В цей період хоріон, покриває всю поверхню плідного яйця, має вигляд ворсин. Частковий МЗ виникає лише після I триместру, коли відбудеться розподіл ворсинчастої оболонки на chorion frondosum а. chorion laeve. Клінічна картина гестаційного процесу різна: при повному МЗ плід завжди гине, при частковому - інколи народжується живим і життєздатним. При цьому пологи відбуваються як передчасно так і в термін. Неповний МЗ зазвичай характеризується більш доброякісним перебігом і має менший малігнізуючий потенціал. Частота діагностування молярної вагітності (або ГТХ) значно зросла за останні 20 років, але ми не знаємо, чи пов'язаний цей ріст з кращим рівнем діагностики та використанням повсюдно УЗД в акушерській практиці, або є інші причини (наприклад, генетичне пошкодження статевих клітин під впливом якихось факторів). Рівень УЗД-виявлення МЗ не змінюється приблизно з 5 до 12 тижнів, особливо часткового. До 29% ЧМЗ і 79% ПМЗ діагностується в першому триместрі при проходженні звичайного УЗД (рутинного — як частина пренатального скринінгу або для уточнення терміну вагітності). В цілому за допомогою УЗД в першому триместрі діагностується до 44% випадків ГТХ. Інші випадки ГТХ будуть виявлені з початком другого триместру (в 13-14 тижнів найчастіше), в третьому триместрі вагітності або після пологів.

Ми маємо власний клінічний випадок клінічно безсимптомного перебігу часткового МЗ у вагітної С, 42 роки. Дана вагітність VI, передбачались пологи IV, в анамнезі 2 штучних аборта. В першому триместрі перебіг вагітності ускладнився гострим парапроктитом, вагітна знаходилась на стаціонарному лікуванні в хірургічній клініці, у зв'язку з чим дослідження рівню ХГЛ та скринінг першого триместру проведено не було. До нашого відділення вагітна звернулась в гестаційному терміні 14 тижнів за направленням лікаря пульмонологічного відділення ХОКЛ, де знаходилась на стаціонарному лікуванні з приводу негоспітальної пневмонії. При ультразвуковому дослідженні плода виявлено: гіперплазовану плаценту з різнокаліберними кістозними утворами по всій площині плацентарної тканини, маловоддя, ваду розвитку центральної нервової системи плода – гідроаненцефалію (відсутній кортекс з заміщенням його ліквором, розширені бокові шлуночки та IV шлуночок), диспластичний мозочок з гіпоплазією його черв'я і кістою задньої черепної ямки. Також привертала увагу будова серця: структури та вихідні шляхи були сформовані правильно, але мало місце розширення усіх камер серця с наявністю гідроперикарду, що більше за все відповідає функційній серцевій недостатності. В обох яєчниках вагітної виявлено багаточисельні кістозні утвори, що збільшували їх об'єм до 90 см<sup>3</sup> (що

відповідає будові текалютеїнових кіст). Таким чином, на підставі синдромологічного аналізу даних ультразвукового дослідження: молярна структура плаценти, маловоддя, МВВР плоду зроблено висновок про наявність в даному клінічному випадку частковому міхуровому занеску. Жінку було скеровано на переривання вагітності. Після переривання вагітності діагноз було верифіковано макроскопічним та гістологічним дослідженням.

Таким чином, ультразвукова пренатальна діагностика є провідним методом в діагностиці не тільки нозології ГТХ, а і в визначенні її форми, що в терміні 14 тижнів є провідним і має визначити не тільки тактику ведення вагітності, а і тактику ведення жінки після термінації, а також розрахунку акушерських та генетичних ризиків.

## ГІПЕРУРИКЕМІЯ І АКТИВНІСТЬ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ І ОЖИРІННЯМ

Молодан Д. В.

Харківський національний медичний університет  
кафедра внутрішньої медицини №1, Харків, Україна  
Науковий керівник: Бабак О. Я., д.мед.н., професор,  
завідуючий кафедри внутрішньої медицини №1

Мета дослідження – визначити зміни активності С-реактивного протеїну (СРП) у хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням і гіперурикемією.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 65 хворих на гіпертонічну хворобу у поєднанні із ожирінням. Хворі мали гіпертонічну хворобу I і II стадії, 1-3 ступеня та ожиріння I-II ступеня. Чоловіків було 28, жінок 37. Середній вік досліджуваних склав ( $57,16 \pm 1,5$ ) років. Досліджувані були розподілені на 2 групи з нормо- та гіперурикемією. Групу порівняння склали 20 хворих на гіпертонічну хворобу, що не мали ожиріння і гіперурикемії. За гендерним складом і віком групи були співставними між собою. Підвищеним вважався рівень сечової кислоти більший за 360 мкмоль/л у жінок і 420 мкмоль/л у чоловіків. Активність СРП визначали імуноферментним методом. Статистично достовірними вважалися відмінності при  $p < 0,05$ .

Результати. У ході дослідження було встановлено, що хворі на гіпертонічну хворобу у поєднанні із ожирінням мали вищі показники СРП у порівнянні із пацієнтами на гіпертонічну хворобу. Було виявлено, що збільшення рівня сечової кислоти може впливати на підвищення маркера запалення, про це свідчило найбільше зростання СРП у хворих на гіпертонічну хворобу із ожирінням і гіперурикемією - 7,34 (5,18; 11,01) мг/л ( $p < 0,001$ ). Одночасно із цим спостерігалось зростання кореляційного зв'язку між рівнем сечової кислоти і активністю СРП при гіперурикемії ( $rs = 0,685$ ;  $p < 0,01$ ).

Висновки. Отримані у дослідженні результати можуть свідчити про зростання низькорівневого запалення у хворих на гіпертонічну хворобу у поєднанні із ожирінням. Також ми можемо стверджувати, що розвиток гуперурикемії підвищує запальну активність, що є несприятливим чинником ураження ендотелію і погіршує прогноз захворювання.

У подальшому вбачається доречним дослідження впливу гіперурикемії на стан ендотелію, одночасно із оцінкою активності СРП.

## ОСОБЛИВОСТІ КВАНТИФЕРОНОВОГО ТЕСТУ В ДІАГНОСТИЦІ ЛАТЕНТНОЇ ФОРМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Нагорний І. А., Бутов Д. А.

Харківський національний медичний університет, кафедра фізіотерії та  
пульмонології, Харків, Україна

**Актуальність.** За даними ВООЗ, третина населення земної кулі має латентну туберкульозну інфекцію (ЛТБІ). Згідно статистичних даних, 90 % населення України має ЛТБІ, причому в 5–10 % інфікованих може розвинути активна форма туберкульозу (ТБ) упродовж життя. Відсутність контролю над ЛТБІ зводить до мінімуму зусилля з боротьби та профілактики ТБ, оскільки хворі саме з цією формою стають джерелом майбутніх захворювань. Тому контроль над ТБ інфекцією, яка передбачає заходи щодо зменшення захворюваності, ранньої діагностики та лікування, є надзвичайно важливим напрямом у стратегії боротьби з ТБ.

**Мета.** Оцінити особливості квантиферонового тесту в діагностиці латентної форми туберкульозу.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано статті із наукометричних баз даних у період 2009–2017 рр.

**Результати.** ЛТБІ визначається як стан стійкої імунної відповіді на антигени мікобактерій ТБ, які потрапили до організму, при одночасній відсутності клінічних ознак активної форми ТБ. Виявлення осіб з ЛТБІ, а також здійснення профілактичного лікування складають ключові принципи контролю ЛТБІ. У 2015 р. ВООЗ було розроблено керівництво з ведення пацієнтів з ЛТБІ, призначене для всіх держав-членів ВООЗ, незалежно від епідеміологічної ситуації у цих країнах з ТБ. Мета керівництва — удосконалення діагностики та ведення пацієнтів з ЛТБІ в групах населення з високим ступенем ймовірності розвитку активної форми ТБ. Відзначається, що керівництво, в першу чергу, націлене на країни з високим рівнем доходу або з рівнем доходу вище середнього, де захворюваність на ТБ становить менш як 100 випадків на 100 000 осіб. Золотим стандартом діагностики ЛТБІ в більшості економічно розвинених країнах є квантифероновий тест



(Quantiferon Gold In-Tube — QFT), заснований на оцінці здатності Т-лімфоцитів продукувати інтерферон-гамма у відповідь на стимуляцію специфічними протеїнами мікобактерій ТБ. Відомо, що у 78 країнах світу цей тест введено до комплексу обов'язкових фтизіатричних обстежень. Наприклад, в Японії та США медичні працівники, як особи, що складають групу ризику щодо інфікування ЛТБІ, мають обов'язково проходити тест. На думку дослідників, в умовах низької захворюваності квантифероновий тест демонструє хорошу кореляцію з чинниками професійного ризику при виявленні ТБ.

У теперішній час проводять дослідження з визначення граничного діапазону показників для QFT. Нажаль, через свою високу ціну наразі не використовується в Україні.

Висновки. Новітні методики скринінгу туберкульозу дозволяють підвищити якість діагностики цього небезпечного захворювання. Однак, попри явні переваги квантиферонового тесту, його результати не дозволяють остаточно поставити або виключити діагноз, що вимагає проведення подальших досліджень. На сьогодні є всі можливості для початку використання квантиферонового тесту в Україні.

## МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ФАГОЦИТАРНОЇ АКТИВНОСТІ НЕЙТРОФІЛІВ ПРИ ІНДУКОВАНОМУ ПЕРИТОНІТІ У ТВАРИН РІЗНОГО ВІКУ

Налбандян К. С.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Іваненко М. О., к.біол.н., доцент кафедри анатомії людини

Актуальність теми: Захист організму від зовнішніх і внутрішніх антигенних факторів здійснюється за допомогою первинного та вторинного ланцюгів резистентності. Це обумовлює перебудову відповідних метаболічних факторів і забезпечує пристосування організму до факторів навколишнього середовища. Разом з цим надмірна активація адаптаційних реакцій призводить до формування різних патологій запального характеру. При вивченні процесів запальних реакцій показано, що забезпечення захисту від антигенів здійснюється за допомогою бар'єрних функцій імункомпетентних клітин, і їх здатності до фагоцитозу. Порушення фагоцитозу може сприяти розвитку дисбактеріозу і різного типу захворювань, в тому числі захворювань шлунково-кишкового тракту.

Метою роботи була оцінка особливостей морфологічного зміни фагоцитарної активності нейтрофілів при індукованому запальному процесі.

Матеріали та методи: Дослідження було виконано на білих 3-х місячних щурах-самцях масою 100-140 г і 22-місячних з масою 200-240 г.

Гостре запалення і дисбіоз в тонкій кишці викликали внутрішньочеревним введенням ліпополісахариду з розрахунку 100 мкг / кг маси тіла в 1 мл ізотонічного розчину NaCl. Контрольну групу становили тварини такого ж віку. Матеріалом для дослідження була сироватка крові та формені елементи. Дослідження проводили відповідно «Спільним етичним принципам проведення експериментів на тваринах» і норм «Європейської Конвенції про захист хребетних тварин». Нейтрофіли виділяли з периферичної крові. При дослідженні фагоцитарної активності нейтрофілів периферичної крові використовували метод завершеного фагоцитозу. Оцінювали такі показники фагоцитарної активності: кількість фагоцитарних нейтрофілів (ФН), фагоцитарне число (ФЧ), фагоцитарний індекс (ФІ), індекс завершеності фагоцитозу (ІЗФ). Кисневий метаболізм нейтрофілів досліджували за їхньою здатністю поглинати нітросинім тетразолієм (НСТ) і відновлювати його до діформазана у вигляді гранул синього кольору під дією супероксиданіон, утворений в НАДФ-Н-оксидазної реакції.

Результати дослідження: Отримані нами дані свідчать про порушення первинного ланцюга імунітету при старінні організму і зниження адаптивних реакцій імунної системи при запаленні в результаті збільшення антигенного впливу. Фагоцитарний індекс (ФІ) і фагоцитарне число (ФЧ) у контрольних шурів різного віку ймовірно не відрізнялося. ФМ дорівнював  $(81,17 \pm 5,40)\%$  та  $(82,33 \pm 5,40)\%$ , а ФЧ становило  $3,62 \pm 0,20$  ум. од. і  $3,71 \pm 0,20$  ум. од. у 3-х і 22-місячних шурів, відповідно. Індекс завершеності фагоцитозу у 3-місячних тварин був ймовірно вище в порівнянні з цим показником у 22-місячних шурів  $(1,44 \pm 0,03$  ум.од. проти  $1,13 \pm 0,03$  ум.од.). У 3-місячних шурів з модельним запаленням ФМ і ФЧ ймовірно не відрізнялися від даних показників у контрольних групах. Індекс завершеності фагоцитозу у 3-місячних шурів із запаленням був ймовірно нижче контрольних величин і становив  $1,25 \pm 0,03$  ум.од. У 22-місячних тварин з моделлю запалення всі показники активності нейтрофілів були нижче, ніж у контрольній групі. Спостерігали збільшення метаболічної активності нейтрофілів і зниження їх метаболічного резерву у 3-х і 22-місячних шурів з моделлю запалення в порівнянні з контрольними показниками. Зниження резервних можливостей фагоцитарних клітин було більш виражено у 22-місячних тварин.

Висновок: Результати дослідження свідчать про морфологічні зміни фагоцитарної активності нейтрофілів, що виражаються в незавершеності реакцій фагоцитозу у 3-х і 22-місячних шурів з моделлю запалення при індукованому перитоніті.

## ЭТАПНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Некрасова Ю. В., Гончарова Н. Н.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №2  
Харьков, Украина

Научный руководитель: Тесленко С. Н., д.мед.н., профессор

**Вступление.** Частота возникновения острого панкреатита в Украине увеличивается, соответственно имеет значение поиск новых малоинвазивных способов лечения.

**Цель:** сравнить эффективность подходов с использованием малоинвазивных методов (этапный подход) с открытой неэктомией (НЭ).

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 23 пациентов в возрасте  $\approx 49$  лет – 18 женщин (78%) и 5 мужчин (22%). В 1 группе (11 больных) применялся этапный подход (чрескожный или эндоскопический трансгастральный дренаж, при необходимости повторное дренирование и минимально инвазивная забрюшинная НЭ, во 2 группе (12 больных) проводилась открытая НЭ. Эффективность лечения оценивали по наличию осложнений.

**Результаты.** В 1 группе 4 пациентам (36,4%) проводилось только чрескожное дренирование, 3 (27,3%) – повторное дренирование, у 3 (27,3%) улучшение наступило после проведения забрюшинной НЭ, 1 больному (9%) была проведена открытая НЭ из-за отсутствия эффекта после первичного этапного подхода. В группе 1 развитие полиорганной недостаточности и системных осложнений составило 18,8%, а в группе 2 – 33,3%. Также пациенты 1 группы имели более низкую частоту инцизионных грыж и развития сахарного диабета. Средние общие прямые медицинские расходы были ниже в группе 1 на 12%.

**Выводы.** Этапный подход может быть одним из вариантов в лечении панкреонекроза. Мининвазивные методы являются менее травматичными, а в 91% случаев решающими в лечении данного заболевания.

## АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ ТИМУСУ ТА СЕЛЕЗИНКИ ЯК ПРИКЛАД ПОРУШЕННЯ ЕМБРІОГЕНЕЗУ

Неляпіна М. М., Прилуцька К. Ю.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Проценко О. С., д.мед.н., професор, завідувач кафедри  
загальної та клінічної патології;

Падалко В. І., к.біол.н., доцент кафедри загальної та клінічної патології

**Актуальність.** Тяжкі захворювання, які розвиваються внаслідок порушень ембріогенезу органів кровотворення та імунного захисту, можуть стати причиною інвалідизації та становити загрозу життю.

**Мета дослідження.** Вивчити процес ембріогенезу та аномалії розвитку тимуса та селезінки.

**Задачі дослідження.** Дослідити джерела ембріогенезу та визначити основні види аномалій внутрішньоутробного розвитку тимуса та селезінки.

**Матеріали та методи:** процес ембріогенезу та аномалії розвитку тимуса та селезінки було вивчено за даними літературних джерел.

**Отримані результати.** Закладка тимуса відбувається в кінці 1-го місяця внутрішньоутробного розвитку з епітелію глоткової кишки, в області III і IV пар зябрових кишень. Надалі тимус відокремлюється від зябрових кишень. Правий і лівий зачатки зближуються і зростаються. На 7-му тижні розвитку в епітеліальній стромі тимуса з'являються перші лімфоцити. На 8-11-му тижні в епітеліальну тканину органу врастає мезенхіма з кровоносними судинами і поділяє тканину тимуса на часточки. На 11-12-му тижні розвитку відбувається диференціювання лімфоцитів, а на поверхні клітин з'являються специфічні рецептори і антигени. На 3-му місяці відбувається диференціювання органу на мозкову і коркову частини. Протягом 3-5-го місяців спостерігається диференціювання стромальних клітин і поява різновидів Т-лімфоцитів - кілерів, супресорів і хелперів. Формування тимусу завершується до 6-го місяця. Епітеліоцити органу починають продукувати гормони, а поза тимусом з'являються диференційовані форми Т-клітин.

Серед аномалій розвитку тимуса вирізняють алімфоплазію, гіпоплазію, дисплазію, а також тимомегалію. Вроджена відсутність вилочкової залози зазвичай поєднується з гіпоплазією всієї лімфоїдної тканини.

Синдром Ді Джорджі - первинний імунodefіцит, який характеризується тріадою клінічних проявів: аплазія або гіпоплазія тимуса та/чи прищитоподібних залоз та вроджена вада серця. Існують дані щодо зв'язку розміру фетального тимуса з вираженістю внутрішньоутробної інфекції.

Закладка селезінки з'являється на 5-му тижні ембріогенезу в товщі дорсальної брижі та є цільним скупченням мезенхімних клітин, яке пронизане первинними кровоносними судинами. Надалі частина клітин

диференціюється в ретикулярну тканину, яка заселяється стовбуровими клітинами. На 7-8-му тижні розвитку в селезінці з'являються макрофаги, а на 12-му тижні розвитку селезінки вперше з'являються В-лімфоцити з імуноглобуліновими рецепторами. Процеси мієлопоезу у селезінці досягають максимального розвитку на 5-му місяці внутрішньоутробного періоду, після чого активність їх знижується і до моменту народження припиняється зовсім.

Серед порушень внутрішньоутробного розвитку селезінки вирізняють наступні: аспленія (врождена відсутність селезінки), гіпоплазія, аномалії форми, розміру, кількості, «блукаюча» селезінка, ектопія селезінки, аномалії судин селезінки.

Висновки. Відзначається значна різноманітність аномалій ембріогенезу тимуса та селезінки. Скрінінгові обстеження повинні включати дослідження органів імунного захисту та кровотворення для раннього виявлення вад розвитку.

## ДИСЦИПЛІНА "ДИТЯЧІ ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ" З ЕЛЕМЕНТАМИ ТВОРЧОСТІ

Неродик І. І.

Хірківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Макаренко В. Д., к.мед.н., доцент кафедри педіатрії

Актуальність. На теперішній час виникає потреба перегляду деяких традиційних уявлень про навчальний процес та його технології, що дозволяє наблизити якість підготовки фахівця до вимог сучасної науки і практики. Удосконалення навчального процесу орієнтує на пошук таких методів навчання, які б удосконалювали самостійну роботу студентів, забезпечували розвиток у них гнучкості мислення, ініціативності пізнавальної активності, самостійності прийняття рішень, творчого підходу до розв'язання проблемних ситуацій. Стиль надання матеріалу викладачем є чи не найголовнішим фактором, що сприяє засвоєнню матеріалу. Так, артистичне читання, креатив педагога, його авторитет повинні поєднуватись з діалогічним контактом з аудиторією. З іншого боку емоційне піднесення сприятиме кращому засвоєнню матеріалу, творчому осмисленню та значному пролонгованому запам'ятовуванню.

Мета. Удосконалення засвоєння знань з предмету дитячі інфекційні хвороби шляхом використання матеріалу у вигляді віршів про різні нозологічні форми захворювань.

Матеріали та методи дослідження. У вивченні предмету дитячі інфекційні хвороби використовується творчий підхід. На початку лекцій в мультимедійних презентаціях пропонується перегляд (це займає 3 – 5

хвилин) мультфільмів або уривків фільмів по темі заняття, що зацікавлює студентів для подальшого слухання теоретичного матеріалу. На практичних заняттях декламуються вірші, присвячені дитячим інфекціям (грип, вітряна віспа, скарлатина та ін.), що іноді надихає молодь і на власну творчість.

Результати досліджень. Здавна відомо, що тільки емоційно забарвлене запам'ятовується. Образне викладення матеріалу додатково включає ейдетичну пам'ять. Засвоєння матеріалу оцінювалось за результатами успішного тестування (Крок II) та складання Державного екзамену з педіатрії, де представлені ситуаційні задачі з дитячих інфекцій.

Висновок. Реалізація активного творчого підходу дозволяє вийти за рамки вузівської освіти, дає можливість формування не тільки професійних, але загальнолюдських рис майбутнього лікаря. Такий підхід сприяє кращому засвоєнню матеріалу.

## НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКАЯ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ У ЖЕНЩИН (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Неродик И. В.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина  
медицинский факультет, Харьков, Украина  
кафедра психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии

Научные руководители: Вовк В. И., к.мед.н., доцент;

Черненко М. Е., к.мед.н., доцент

Актуальность. Психофармакотерапия расстройств шизофренического круга сопряжена с применением нейролептиков, являющихся антагонистами дофамина-пролактинингибирующего фактора, который связывается с D2-рецепторами на мембране лактотрофов аденогипофиза и оказывают угнетающее действие на синтез и выброс пролактина. Нейролептики блокируют D2-рецепторы на лактотрофах и устраняют ингибирующее действие пролактина. Гиперпролактинемия как побочный эффект терапии антипсихотическими средствами регистрируется у 60% женщин и 40% мужчин. Проявлениями данной гормональной дисфункции у женщин является нарушение менструального цикла, галакторея, половая дисфункция, бесплодие, атрофия слизистой поверхности влагалища, остеопороз, депрессия.

Цель данной работы – проанализировать клинический случай аменореи, ассоциированной с употреблением нейролептиков при шизотипическом расстройстве у женщин.

Описание клинического случая. Пациентка Ю., 32 года. На протяжении 5 лет наблюдалась у терапевтов и гастроэнтерологов по поводу стойких алгических ощущений в гастроинтестинальной области. Отмечала у себя многообразные жалобы и симптомы, которые терапевты расценивали как

проявления соматической патологии. Обращала на себя внимание общей напряженностью, тревожностью, болезненной фиксированностью на симптоматику. В конечном итоге дала согласие на консультацию психиатра. На приеме психиатра обращала на себя внимание однообразие и сглаженность эмоциональной сферы, маскообразное выражение лица. Предъявляла жалобы на систему ЖКТ. При проведении патопсихологического исследования обнаруживала нарушения операционной стороны и мотивационного компонента мышления (стереотипии и неадекватность пиктограмм, искажение процессов исключения и обобщения, разноплановость, соскальзывание на второстепенные признаки, паралогичность и резонерство), а также бредовую трактовку ощущений в районе органов брюшной полости. Был установлен диагноз «шизотипическое расстройство» (по МКБ-9 – ипохондрический вариант вялотекущей шизофрении). Принимала лечение нейролептиком сульпирид, состояние значительно улучшилось, смогла приступить к дальнейшей трудовой деятельности, социализация не нарушилась. Через 1,5 года после приема поддерживающего лечения этим же препаратом появилась аменорея. Проведенное исследование крови выявило уровень пролактина 54,2 нг/мл (при нормальных показателях 4,79-23,3 нг/мл). Нейролептик сульпирид был заменен на препарат этой же группы арипипразол, который, как утверждают производители, обладает способностью снижать уровень пролактина в крови. Через 3 недели после смены препарата менструальный цикл у пациентки возобновился.

Выводы. Таким образом, нейролептическая гиперпролактинемия остается актуальной проблемой современной психиатрии. Данный побочный эффект антипсихотической терапии требует индивидуального подхода в каждом конкретном случае с обязательной его коррекцией.

## ВПЛИВ ПЕНТОКСИФЛІНА (ТРЕНТАЛА) НА ПРОДУКЦІЮ ЦИТОКІНІВ СЕНСИБІЛІЗОВАНИМИ Т-ЛІМФОЦИТІВ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ У ДІТЕЙ

Нестеренко Н. І, Попова А. М., Чернуський В. Г.,  
Летяго Г. В., Говаленкова О. Л., Кашіна-Ярмак В. Л.<sup>1,2</sup>, Носова О.М.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> - Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

<sup>2</sup> - ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»

Науковий керівник: Чернуський В. Г., д.мед.н., професор

На сучасному етапі розвитку бронхіальна астма (БА) у дітей розглядається як хронічне алергічне запалення в бронхолегеневій системі, в патогенезі якого одне з провідних значень відводиться продукції сенсibilізованими Т-лімфоцитами прозапальних цитокінів під впливом

специфічних гомологічних ліпополісахарідних антигенів бронхолегеневої системи, які вивільняються при запальному процесі.

Мета дослідження – вивчити вплив препарату метилксантинового ряду пентоксифіліна (трентала) на продукцію цитокінів сенсibiliзованими Т-лімфоцитами при БА у дітей.

Матеріали та методи. У дослідження включено 228 дітей, хворих на бронхіальну астму, в періоді загострення у віці від 5 до 14 років. Кількісний рівень цитокінів (ФНП- $\alpha$ , ІЛ-4, ІЛ-1 $\beta$ ) в сироватці крові хворих дітей визначали імуоферментним методом за допомогою стандартних тест-систем «Протеїновий контур» (м. Санкт-Петербург). Рівень аутоантитіл до цитокінів Т-лімфоцитів в сироватці крові визначали в реакції фотометричного визначення антитіл, попередньо інкубованих в поживному середовищі 199 з ліпополісахарідними антигенами трахеї, бронхів і легеневої тканини з та без додавання 2% розчину пентоксифіліну по методу В.В. Квірікадзе.

Результати дослідження. Встановлено, що у дітей хворих на БА в періоді загострення зростають рівні прозапальних цитокінів ФНП- $\alpha$ , ІЛ-4, ІЛ-1 $\beta$  в сироватки крові, що збільшуються від легкого до важкого перебігу захворювання. У хворих із середньотяжким і тяжким перебігом БА відзначається достовірне підвищення ( $p < 0,05$ ) рівня аутоантитіл до цитокінів сенсibiliзованих Т-лімфоцитів, активованих ліпополісахарідними антигенами бронхів і легеневої тканини. Показано, що пентоксифілін *in vitro* пригнічує продукцію прозапальних цитокінів сенсibiliзованими Т-лімфоцитами в живильне середовище 199, які культивуються з ліпополісахарідними антигенами бронхолегеневої системи. Тим самим відбувається виключення даних прозапальних цитокінів з патогенезу захворювання, що підтверджується негативними значеннями рівня аутоантитіл до них.

Все перераховане дає підставу для рекомендації включення в комплексний протокол лікування БА препарату пентоксифіліна (трентала), особливо у дітей із середньотяжким і тяжким перебігом захворювання.

### ХРОНІЧНА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ У ПАЦІЄНТА З МУЛЬТИМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ: СИНДРОМ АБО ЗАХВОРЮВАННЯ?

Нестеренко Н. І., Луцик М. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Целік Н. Є., асистент;

Яблучанський М. І., д.мед.н., проф., завідувач кафедри внутрішньої медицини

Актуальність теми. Наявність в однієї людини одночасно декількох захворювань є скоріше правилом, ніж винятком, і їх частота зростає з віком.



Хронічна серцева недостатність (ХСН) супроводжує більшість серцево-судинних захворювань, захворювання легенів, анемії, системні захворювання сполучної тканини та ін., в підсумку ускладнюючи їх. На певному етапі захворювання нерідко настає момент, коли ХСН починає відігравати домінуючу роль в його клінічній картині, визначаючи як поточний стан здоров'я пацієнта, так і прогноз щодо якості життя і смерті.

Мета роботи: на прикладі клінічного випадку показати особливості лікування та тактики ведення пацієнтів з мультиморбідною патологією, де на перший план виходять симптоми ХСН. Тому питання: «ХСН у пацієнта з мультиморбідною патологією - це синдром або захворювання?» На сьогоднішній момент несе в собі актуальність і значимість.

Матеріали та методи: вивчений анамнез пацієнта 67 років, інваліда III групи, госпіталізованого в стаціонар у важкому стані. Скарги при госпіталізації на задишку, давлячі болі за грудиною та нестачу повітря при незначних навантаженнях і в спокої, виражену слабкість, стомлюваність; відчуття перебоїв в роботі серця, набряки гомілок до рівня колін, оніміння ніг після тривалого сидіння, порушення чутливості великих пальців на ногах.

Результати лабораторних досліджень: у клінічному аналізі крові: підвищення гемоглобіну, еритроцитів, гематокриту; в загальному аналізі сечі: протеїнурія, еритроцитурія, бактеріурія; в біохімічному аналізі крові: підвищення креатиніну, калію сироватки крові. Інструментальні дослідження: ЕКГ: фібриляція передсердь (ФП) з ЧСС 73 уд/хв. Повна блокада лівої ніжки пучка Гіса (ПБЛНПГ). Амбулаторне моніторування ЕКГ: циркадний індекс ЧСС - 1,06, різко знижений. Типи ритмів: ФП, ПБЛНПГ з середньою ЧСС 64 уд/хв. Добове моніторування артеріального тиску (АТ): недостатня ступінь нічного зниження систолічного і діастолічного АТ - "nondipper". ЕхоКГ з доплеровским аналізом: гіпертрофія міокарда лівого шлуночка (ЛШ). Дифузна гіпо-, акинезія стінок ЛШ. Пародоксальний рух міжшлункової перегородки (МЖП). Дилатація всіх порожнин серця. Показники скоротливості міокарда і насосної функції ЛШ знижені. Мітральна регургітація III ступеня. Трикуспідальна регургітація II-III ступеня. Легенева регургітація I-II ступеня. УЗД ОЧП і нирок: гепатомегалія. Знаки портальної гіпертензії. Спленомегалія. Рентгенограма ОГК: справа в синусі рідина до рівня V ребра - правобічний гідроторакс. Серце розширене вліво.

Клінічний діагноз: ХСН ІІБ-III стадії, по NYHA - IV ФК, СН-НФВ ЛШ. ІХС: стабільна стенокардія напруги III ФК. ГХ III ст., 3ст. Дуже високий кардіоваскулярний ризик. ФП, постійна форма, CHADS-VASc -7, YAS-BLEED -4, EHRA - III клас. ПБЛНПГ. Наслідки перенесеного ішемічного інсульту в вертебро-базиллярному басейні з вестибуло-атактичним синдромом (10.09.2011г.). Цукровий діабет 2 типу, важка форма, стан компенсації. Діабетична ангіопатія нижніх кінцівок, дистальна полінейропатія. ЖКХ: калькульозний холецистит, стадія ремісії.

Гепатоспленомегалія. ХХН G3a. Гіперплазія щитовидної залоз 1-2 ступеня. Хронічна двостороння туговухість I ст. і IV ст. зліва.

Рекомендоване нами лікування: модифікація способу життя, раміприл, корведілол, спіронолактон, дабігатрану етексилат, торасемід.

Висновки: У викладеному клінічному випадку ХСН є підсумком ІХС, АГ, ФП, ПБЛНПГ і трансформується в хворобу, набуваючи провідне місце в клінічній картині. ХСН поєднується з цукровим діабетом 2 типу, діабетичною ангіопатією нижніх кінцівок, дистальною полинейропатією, ЖКХ, гепатоспленомегалією, ХХН, хронічною двосторонньою туговухістю. Наявність мультиморбідності часто призводить до поліпрагмазії і вимагає мінімізації в призначеннях, роблячи акценти на головних препаратах.

#### ПОКАЗНИКИ ОБМІНУ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ (АНТИТІЛА ДО КОЛАГЕНУ, ОКСИПРОЛІН, ФРАКЦІЇ ГЛІКОЗАМІНОГЛІКАНІВ) ЗА УМОВ ЇЇ ДИСПЛАЗІЇ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ І ТИПУ У МОЛОДІ

Ніколенко О. Є.

Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна, медичний факультет, Харків, Україна

В останні роки відмічається значне поширення розповсюдженості специфічної та неспецифічної дисплазій сполучної тканини (ДСТ), як і питомої ваги у молодому віці цукрового діабету 1 типу (ЦД I).

Мета: Дослідити стан обміну сполучної тканини за умов її дисплазії за показниками рівнів антитіл до колагену, оксипроліну, фракцій глікозаміногліканів (ГАГ) в осіб молодого віку хворих на ЦД I.

Матеріали та методи: Було обстежено 62 осіб (19 - 29 років). До першої групи увійшло 23 хворих на ЦД I типу без проявів ДСТ, друга група складалась з 17 хворих на ЦД I типу з пролапсом мітрального клапану (ПМК), до третьої групи увійшло 22 хворих на ЦД I типу з ПМК та неспецифічними проявами ДСТ, контрольну групу склало 18 умовно здорових осіб без ознак ДСТ. Спеціальне лабораторне обстеження передбачало визначення антитіл до колагену, кількісне виявлення рівня загальних ГАГ та їх фракцій у сировотці крові, вільного та зв'язаного оксипроліну.

Результати: В процесі порівняння, в групах з хворими на ЦД I типу та проявами ДСТ, як специфічними (ПМК), так і неспецифічними, рівень загальних ГАГ виявився у 2-2,5 рази вищим, аніж у контрольній групі. Найвищий показник рівня ГАГ був у третьої групи, він достовірно перевищував відповідний показник у першій, другій груп та здорових людей. В першій та другій групах за наявності достовірного зросту рівня ГАГ у порівнянні із контрольною групою, показник виявився нижчим, ніж у

хворих з ПМК та неспецифічними проявами ДСТ. Подібна динаміка спостерігалася щодо антитіл до колагену, рівень яких на 27% перевищував контрольні показники ( $p < 0,05$ ). Більш інформативним був рівень пептидозв'язаного оксипроліну, який на 9,2% перевищував контрольні показники. Щодо фракцій ГАГ - достовірно переважала ГАГ II фракції у другій групі хворих та ГАГ I фракції у третій групі хворих.

Висновки: Рівень загальних ГАГ достовірно перевищував контрольні показники в другій та третій групах обстежених. Рівень ГАГ II фракції достовірно переважав в групі хворих на ЦД I типу з ПМК. Рівень ГАГ I фракції значно переважав у третій групі. Рівень антитіл до колагену та рівень пептидозв'язаного оксипроліну у третій групі перевищували контрольні показники на 27% та на 9,2% відповідно.

## ЗАСТОСУВАННЯ ПЛАСТИКИ IPOM В ЛІКУВАННІ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

Онопрійко Ю. Ю.

Харківський національний медичний університет кафедра хірургії №2  
Харків, Україна

Науковий керівник: Сикал М. О., к.мед.н., доцент

Актуальність. В лікуванні вентральних гриж все частіше використовують лапароскопічні методи. Герніопластика intraperitoneal onlay mesh (IPOM) неухильно витісняє об'ємні операції з хірургічної практики, та має переваги в порівнянні з іншими методами видалення грижі.

Мета: проаналізувати результати застосування лапароскопічної герніопластики IPOM при лікуванні вентральних гриж.

Матеріали та методи: з грудня 2017 року у хірургічному відділенні КЗОЗ «ОКЛ – ЦЕМД та МК» IPOM пластика виконана у 20 хворих з грижами передньої черевної стінки. Вік хворих 35-55 років. Переважали пацієнти з післяопераційними вентральними грижами. Використовували сітчасті трансплантати для інтраперітонеального розташування і герніостеплери для фіксації з розсмоктуючимися та металевими такерами.

Результати та їх обговорення. Інтраопераційних ускладнень при використанні даного виду пластики у досліджуваних хворих, не виявлено. В післяопераційному періоді у 2 пацієнтів відзначено внутрішньочеревна кровотеча з троакарної рани і в місці фіксації сітчастого імпланту такерами, що потребувало релапароскопії. Серома грижового мішку спостерігалась у 5 хворих, самостійно розсмокталася в термін 1-2 місяці після операції. Всі пацієнти в задовільному стані виписані з відділення через 3-4 доби після оперативного втручання.

Висновки. Перевагами, в порівнянні з натяжними методами видалення грижі, є менш виражений больовий синдром, зниження ранової інфекції в післяопераційному періоді, більш коротке перебування в лікарні і зниження кількості рецидивів. Недоліком методу, в порівнянні з іншими методами, є використання дорогих спеціальних матеріалів, потреба хірурга в необхідному рівні кваліфікації, необхідність загальної анестезії.

## СТРЕСС И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА АДАПТАЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ

Остапенко В. Р.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина  
медицинский факультет, Харьков, Украина

Научные руководители : Пономарьев В. И., д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологи;  
Вовк В. И., к.мед.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологи

Подобно могучим деревьям, берущим свой росток от маленького семени, опасные для жизни заболевания начинают свой путь с небольшой трещины в адаптационных процессах человека. Именно поэтому работа посвящена стрессу, его влиянию на психическую, физическую и социальную среду деятельности человека.

Целью данной работы явилось изучение стресса с аналитическим подходом в описании понятий стрессора, аллостаза, а также реакции человеческого организма на внешний раздражитель на психическом и физиологическом уровне и человеческой воли как отдельного механизма в стрессовом проявлении с задействованием определенных структур и принципов их работы с возможным возникновением патологических проявлений.

Небольшие порции стресса полезны для организма, в то время как хронический стресс оказывает на человека деструктивное влияние. При этом отмечаются изменения как на поведенческом, так и на молекулярном уровнях, следствием чего является возникновение различных заболеваний.

Особый интерес вызывают факторы возникновения стресса в условиях максимально безопасной жизни, а также выработка правильного отношения к стрессу с целью рационального использования ресурсов организма, что в результате оказывает на него благоприятное воздействие.

Таким образом, адекватное руководство собственными адаптационными механизмами – навык, помогавший человеку выживать на протяжении всей истории его существования. Умение приспосабливаться к постоянно изменяющимся условиям окружающей среды, разумное пользование ресурсами своего тела, знания о взаимосвязи психических и

физиологических процессов это прямая дорога к долгой, здоровой и счастливой жизни.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ СХЕМ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ФОРМИ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Павлікова К. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Лядова Т. І., к.мед.н., доцент кафедри загальної та клінічної імунології та алергології

Актуальність вивчення Епштейна-Барр вірусної інфекції (ВЕБ) в патології людини має величезне значення, оскільки за епідеміологічними даними, при досягненні повноліття більше 90% людей є інфікованими цим вірусом. Неухильне зростання числа групи захворювань, спричинених ВЕБ, як серед дорослих, так і дітей, обумовлює необхідність всебічного вивчення і розробки ефективних методів профілактики і лікування.

Активна проліферація вірусу у всіх лімфопроліферативних органах призводить до структурних змін, які зачіпають всі ланки імунної системи, порушення яких мають комбінований характер що, ймовірно, є причиною тривалого перебігу захворювання та неблагоприємних наслідків хвороби. Незважаючи на значні успіхи, в арсеналі сучасної медицини дотепер відсутня достатньо досконала етіотропна терапія ВЕБ-інфекції, яка б дозволяла елімінувати персистуючий вірус з організму людини.

Мета роботи: оцінити ефективність препарату алокін-альфа та віферону при корекції імунних порушень у хворих з хронічними формами ВЕБ-інфекції.

Алокін-альфа у своєму складі містить алоферон 1мг. Це протівірусний препарат, володіє активністю відносно вірусів грипу, гепатиту С і В, першого і другого типу вірусів герпесу, а також вірусу папіломи людини (зокрема щодо онкогенних штамів папіломавірусу людини). Віферон – комплексний препарат, що містить людський рекомбінантний інтерферон альфа-2b, аскорбінову кислоту і альфа-токоферолу ацетат. Препарат має протівірусну, імуномодуючу та антипроліферативну дію, підсилює активність Т-хелперів, цитотоксичних Т-лімфоцитів, підвищує фагоцитарну активність, інтенсивність диференціювання В-лімфоцитів. Інтерферон (ІФН) не володіє прямою протівірусною дією, але викликає в клітині, що уражена вірусом, зміни, які перешкоджають розмноженню вірусу.

Під нашим спостереженням перебувало 40 хворих 23 (57,5 %) чоловіки і 17 (42,5 %) жінок. Діагноз ХВЕБ встановлювали на підставі клініко-лабораторних та інструментальних даних. Розшифровку етіології проводили шляхом виявлення антитіл до антигенів ВЕБ методом

імуноферментного аналізу (ІФА) і ДНК ВЕБ методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Крім того, усім хворим здійснювали імунологічне обстеження: у периферичній крові визначали вміст лімфоцитів, що несуть рецептори CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD20+, CD25+ методом проточної цитофлюорометрії.

Залежно від терапії, обстежених пацієнтів було розподілено на 2 групи, рандомізовані за віком, статтю, тривалістю хвороби. У 1-ій групі призначали лише протівірусну терапію, хворі 2-ої групи поряд з протівірусною терапією отримували алокін-альфа, у вигляді підшкірних ін'єкцій через день в дозі 1 мг алоферону (1 мл) усього 6 ін'єкцій на курс та віферон (1 000 000 МО) двічі на день з інтервалом у 12 годин протягом 10 днів у вигляді ректальних супозиторіїв та валацикловір (500 мг) у дозі 1000 мг (2 табл.) 3 рази на добу протягом 14 днів.

При порівняльному аналізі визначено, що у групі осіб, які отримували комбіновану терапію зникнення клінічної симптоматики відбувалося у більш ранні терміни, ніж в осіб групи порівняння ( $p < 0,05$ ). Так, після комплексного лікування спостерігалось зниження рівнів CD3+, CD8+, CD16+ CD20+ порівняно з контрольними даними та даними групи порівняння ( $p < 0,05$ ). Дослідження рівнів CD4+ дозволило виявити тенденцію до підвищення ( $p > 0,05$ ). Таким чином, можна прийти до висновку, що у хворих на ХВЕБ після включення до схеми лікування імуностимулятора алоферону та віферону виявляється більша ефективність терапії, порівняно з базисною схемою лікування.

## ОСОБЛИВОСТІ ПРО-АНТИОКСИДАНТНОГО БАЛАНСУ ТА СТАНУ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Панцюк К. А.

Буковинський державний медичний університет медичний факультет №2,  
Чернівці, Україна

Науковий керівник: Бобкович К. О., к.мед.н., доцент кафедри пропедевтики  
внутрішніх хвороб

Впродовж останніх років в Україні та світі зростає кількість пацієнтів з поєднаною патологією серцево-судинної та дихальної систем. У цих пацієнтів прискорюється розвиток хронічної серцевої недостатності (ХСН).

Метою роботи було вивчити особливості стану процесів пероксидного окиснення ліпідів та білків, антирадикального захисту, функції зовнішнього дихання та бронхіальної прохідності у пацієнтів з ізольованим перебігом ХСН ішемічного генезу та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та у разі їх поєданого перебігу.

Нами було обстежено 98 осіб. Першу групу склали 30 пацієнтів із ХСН II-III функціонального класу ішемічного генезу. До другої увійшло 27 хворих на ХОЗЛ клінічних груп А та В у стадії нестійкої ремісії. До третьої було включено 26 пацієнтів із поєднаним перебігом ХСН та ХОЗЛ. Усі показники порівнювалися з аналогічними у контрольній групі із 15 здорових осіб. В ході обстеження вивчали рівень малонового альдегіду (МА), окиснювальної модифікації білків (ОМБ), глутатіону відновленого (ГВ), церулоплазміну (ЦП) та показники функції зовнішнього дихання (ФЗД) і бронхіальної прохідності, зокрема частота дихання (ЧД), життєва ємність легень (ЖЄЛ), форсована ЖЄЛ (ФЖЄЛ), об'єм форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1).

Стосовно показників ФЗД то у пацієнтів III групи достовірно у порівнянні із контролем зростала ЧД ( $p < 0,05$ ). За умов ізольованого перебігу ХОЗЛ та ХСН зміни носили тенденційний характер. Аналогічна динаміка змін ЖЄЛ –  $82,6 \pm 4,2\%$  у хворих на ХСН та ХОЗЛ, яка достовірно відрізнялася від нормальних величин  $96,5 \pm 3,5\%$  ( $p < 0,05$ ). ОФВ1 у групі пацієнтів з ХОЗЛ закономірно був нижчим у відношенні до контролю та приєднання ХСН тенденційно поглиблювало зазначені зміни, проте без вірогідної різниці ( $p > 0,05$ ).

В результаті дослідження встановлено, що пацієнти усіх груп мали вищі показники пероксидного окиснення ліпідів та білків порівняно з контрольною групою ( $p < 0,05$ ) без вірогідної міжгрупової різниці. Суттєво знижувався рівень ГВ та ЦП, а за умови поєданого перебігу ХСН та ХОЗЛ вірогідно відрізнявся від показників I та II груп ( $p < 0,05$ ), що свідчить про більш виражені розлади саме антиоксидантного захисту.

Поєднаний перебіг ХСН та ХОЗЛ обтяжує про-антиоксидантний дисбаланс за рахунок розладів антиоксидантного захисту. У цієї категорії пацієнтів більш виражені рестриктивні зміни в легенях та прояви бронхообструкції. Зазначені розлади повинні враховуватися в підборі засобів медикаментозної корекції у хворих на ХОЗЛ та ХСН ішемічного генезу.

## ФАКТОРЫ ИММУНИТЕТА УШНОЙ СЕРЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ УХА

Панченко Т. Ю., Головкин Н. А.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина,  
медицинский факультет, Харьков, Украина

Ушная сера в качестве защитного компонента наружного уха также является предметом изучения отоларингологов и различных других специалистов. Имеются сообщения о том, что ушная сера содержит в себе дефензины, лизоцим и даже иммуноглобулины, включая секреторный иммуноглобулин класса А – sIgA. Наряду с этим, по данным других авторов, ушная сера имеет незначительное содержание защитных компонентов, обеспечивающих противомикробную и противовирусную активность.

Секреторний иммуноглобулін класу А виявлявся в низьких концентраціях тільки в умовах норми, при зовнішньому отиті відзначені його слідові кількості, а при середньому отиті він практично не виявлявся. Концентрація підкласу IgG4 була низькою у здорових донорів і при зовнішньому отиті, але виявилася достовірно підвищеною при середньому отиті.

Рівень гамма-інтерферону в середньому при зовнішньому отиті збільшувався порівняно зі здоровими донорами більш ніж в 4 рази.

Визначення в середньому про- і протизапальних цитокінів різних груп хворих (відповідно, інтерлейкіна-1 і інтерлейкіна-10) показало, що найбільш високий рівень інтерлейкіна-1 виявлено у хворих зовнішнім отитом, найнижчий – при середньому катаральному отиті.

Отримані результати, з одного боку, можуть свідчити про діагностичну цінність дослідження вказаних білків і пептидів, а з іншого – можуть до певної міри підтвердити роль білкових і небілкових компонентів сери в процесах захисту структури вуха. В плані діагностичної цінності цікавим представляє визначення рівнів інтерферону, інтерлейкіна-1 і лактоферрину, які, як правило, підвищуються при запаленні зовнішнього вуха.

## ПРО НЕОБХІДНІСТЬ КОРЕКЦІЇ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНІВ У ЗАСУДЖЕНИХ ДО ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ

Пахмурна В. С.

Одеський національний медичний університет  
кафедра психіатрії та наркології, Одеса, Україна

Науковий керівник: Пустовойт М. М., д.мед.н., професор, зав. каф. психіатрії та наркології

Туберкульоз у пенітенціарних умовах не відразу виявляється у засуджених, і це пов'язано як з низькою об'єктивних причин, так і з особистим ставленням контингенту засуджених до власного здоров'я. Тут гендерний фактор відіграє певну роль. За нашими спостереженнями, туберкульоз легенів у 80 % жінок діагностується протягом перших двох тижнів від моменту захворювання, у чоловіків має місце більш віддалена діагностика (близько 50 % хворих виявлено через місяць після початку туберкульозного процесу). Ми виходили з того, що суб'єктивне сприйняття хвороби є похідною багатьох чинників, але тип акцентуації особистості серед них є одним з вирішальних.



Отже, метою дослідження було визначення найбільш суттєвих характеристик засуджених, які необхідно враховувати з огляду на діагностику та лікування туберкульозу легенів у пенітенціарних умовах.

Дослідження проводилось на базі двох пенітенціарних закладів – Чорноморської виправної колонії для жінок та Південної виправної колонії для чоловіків. Для реалізації мети дослідження нами сформовано 4 групи – дві основні та дві контрольні. До першої увійшли хворі на туберкульоз легенів засуджені жінки (52 особи), до другої – хворі на туберкульоз засуджені чоловіки (53 особи), третю групу склали 54 засуджені жінки без ознак туберкульозу легенів чи інших важких захворювань, четверту – 53 практично здорові чоловіки, які також знаходились у місцях позбавлення волі. Акцентуацію особистості ми у нашому дослідженні визначали за Шмішеком.

Серед жінок основної та контрольної груп переважають демонстративні особистості, які складають до 50 відсотків усіх досліджених. У жінок як основної, так і контрольної групи частіше спостерігались незадовільні соціально-побутові умови, у той час, як у чоловіків – більш задовільні. Доцільно доповнити характеристику самих протиправних дій, які ми умовно розділили на п'ять таких категорій: 1 категорія – статті 115 та 121 Кримінального Кодексу України (вбивство); 2 категорія – розбійні напади, грабежі, хуліганські дії, тощо; 3 категорія – різні економічні злочини; 4 категорія – злочини на сексуальному ґрунті; 5 категорія – крадіжки. У 1-й, 3-й та 4-й категоріях гендерних відмінностей нема. Є відмінності в другій (переважають чоловіки) та п'ятій (переважають жінки) категоріях. До першої категорії віднесені вбивці. Чоловіки вбивають найчастіше з побутові сварки, вживаючи алкоголь, а специфічним саме для жінок є вбивство небажаної дитини. Стосовно другої групи, чоловіки більш схильні до пограбувань та розбійних нападів. Стосовно так званої «економічно орієнтованої» категорії злочинів, то, гендерних відмінностей немає. Підробка документів, хабарництво, шахрайство однаково часто спостерігаються в обох гендерних групах. Серед досліджених нами хворих на туберкульоз було майже порівну чоловіків та жінок, які засуджені за сексуальні злочини. Чоловіки найчастіше були засуджені за зґвалтування або розбещення неповнолітніх. Жінки, заохочували інших до проституції або продавали у сексуальне рабство інших. У п'ятій категорії більшість склали крадії, як серед жінок, так і серед чоловіків. Найчастіше ці досліджені відносились до соціально занедбаних верств населення (особливо жінки), і відрізнялись поганим загальним станом здоров'я; серед них алкоголізм був дуже розповсюдженим.

Отже, врахування особистісного, соціального та криміногенного радикалів має безперечне значення при лікуванні туберкульозу легенів в умовах позбавлення волі.

## КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСТРОГО МІОКАРДИТУ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ВІТРИНОЇ ВІСПИ

Петрик А.-М. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Волобуєва О. В., к.мед.н., доцент;

Лядова Т.І., к.мед.н., доцент

За даними сучасних епідеміологічних досліджень, на вітряну віспу щорічно хворіє мільйони людей у світі. В Україні кожен рік реєструється 100–130 тисяч випадків. Більшість випадків вітряної віспи характеризується легким клінічним перебігом з повним одужанням. Однак сучасний епідемічний процес вітряної віспи має тенденцією до „подорослішення” інфекції з розвитком специфічних ускладнень у тяжких випадках хвороби.

Метою дослідження стало вивчити особливості клінічного перебігу, лікування та частоту гострого міокардиту при вітряній віспі у дорослих.

Матеріал та методи. Обстежено 240 пацієнтів у віці від 18 до 40 років (142 жінки і 98 чоловіків), госпіталізованих в Харківську обласну клінічну інфекційну лікарню в 1993-2017 рр. Для діагностики міокардиту використовували критерії, розроблені Нью-Йоркською кардіологічною асоціацією в 1963-1973 рр.

Результати дослідження. При обстеженні 240 дорослих хворих на вітряну віспу гострий міокардит різного ступеня тяжкості було діагностовано у 40 (16,6%) пацієнтів. Легкий перебіг характеризувався болем в ділянці серця, на ЕКГ реєстрували синусову тахікардію, атріовентрикулярну блокаду I ступеня, рідкісні шлуночкові екстрасистоли, негативний зубець T і депресію сегмента ST. Для середньотяжкого перебігу міокардиту були характерні задишка при фізичному навантаженні, кардіалгії, тахікардія, ослаблення I тону, систолічний шум на верхівці, збільшення розмірів серця, атріовентрикулярна блокада I ступеня, зниження вольтажу комплексу QRS, негативний зубець T і депресія сегмента ST, шлуночкові екстрасистоли. Симптоми недостатності кровообігу були відсутні і відповідали I стадії. Для тяжкого перебігу міокардиту крім згаданих вище симптомів були характерними уповільнення атріовентрикулярної або шлуночкової провідності, недостатність кровообігу I або II «А» стадії. Виявлено високу кореляцію між ступенем тяжкості вітряної віспи та частотою розвитку і тяжкістю перебігу міокардиту.

Одже, медикаментозне лікування гострого міокардиту у хворих на вітряну віспу повинно бути раннім і включати противірусні препарати (ацикловір, валацикловір, фамцикловір), інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (лізиноприл), антиоксиданти (триметазидин, корвітин) і симптоматичні засоби.

## БІЧНИЙ АМІОТРОФІЧНИЙ СКЛЕРОЗ

(з клінічним прикладом)

Полукарова І. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Волошин-Гапонов І. К., д. мед.н., провідний науковий співробітник в

ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології”

НАМН України, доцент кафедри клінічної неврології, психіатрії та наркології

Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна

Бічний аміотрофічний склероз – поняття, теорії виникнення. Бічний аміотрофічний склероз (хвороба Шарко) – дегенеративне захворювання рухового нейрона з переважним ураженням мотонейронів кори мозку, ствола мозку та передніх рогів спинного мозку. БАС являється хворобою з прогресивним перебігом і розвивається протягом 2-3 років. Згідно даним з Центрив з контролю і профілактики БАС за 2017 рік, на кожен 100000 осіб приходить 1-2 особи з цим захворюванням.

Етіологія і патогенез БАС ще до кінця не вивчені і що саме є тригером початку хвороби досі обговорюється на міжнародних конференціях. Так, у 2016 році Ніколай Дохольян з університету Північної Кароліни виявив один з потенційних механізмів розвитку БАС. У своїй статті він зазначає, що під час своїх досліджень він спостерігав мутацію гена SOD1, що в кінцевому підсумку призводило до гибелі мотонейронів. Також, на одній з міжнародних медичних конференцій було запропоновано за основу теорію ексайтотоксичності Дж.Олні (1964р), де ключову роль в патогенезі БАС грає підвищена активність глутаматергічної системи, при цьому надлишок глутамінової кислоти викликає перезбудження і загибель нейронів.

Тож які клінічні прояви БАС? Клініка бічного аміотрофічного склерозу у кожного пацієнта може відрізнятися, оскільки у різних пацієнтів хвороба може проходити інакше. Але будуть проявлятися і спільні симптоми, характерні для БАС:

- Дисфагія
- Дизартрія
- Дисфонія
- Фібрилярні спонтанні посмикування і судоми в різних групах м'язів
- Емоційна лабільність

Сучасні погляди на лікування. БАС – важке невиліковне швидко прогресуюче захворювання. І медикаментозна терапія схиляється лише до уповільнення розвитку хвороби і підтримуючої терапії. Лікар Мадан Прасад, виконавчий директор медичного центру сучасної неврологічної допомоги в Стоктоні, у своїй презентації «Нове у лікуванні бічного аміотрофічного

склерозу» висловився з цього приводу: «Розуміння молекулярних механізмів, що лежать в основі хвороби, значно просунулося за останні роки, даючи нову надію на розробку нових діагностичних та терапевтичних підходів». Так, на основі досліджень та наукових праць Ніколая Дохольяна, вчені працюють над створенням препаратів, які або запобігали б утворенню тримерів, або руйнували їх до того моменту, коли їхнє накопичення в клітині призведе до її смерті. На сьогоднішній день відомо лише 2 випадки зупинки хвороби — британський астрофізик Стівен Гокінг і британський гітарист Джейсон Беккер.

Таким чином, в даний час лікування БАС залишається складним завданням. Теорія S. Appel, в якій розвиток БАС пояснюється дефіцитом будь-якого нейротрофічних фактора, поки не знайшла активного підтвердження *in vivo*. На експериментальних моделях БАС був показаний дозозалежний ефект рекомбінантного людського еритропоєтину щодо тривалості життя і уповільнення прогресування захворювання, але про ефективність даного виду лікування судити поки рано.

## СОСТОЯНИЕ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ КОРИ В УКРАИНЕ

Попова А. Н.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина  
медицинский факультет, Харьков, Украина

Корь – инфекционная болезнь, поражающая как детей, так и взрослых, не имеющих иммунитета против этого заболевания.

Корь является одной из основных причин детской смертности в Мире (до 1 млн. детей в год).

Возбудитель кори – РНК-вирус из рода морбилливирусов, *Polinosa morbillorum* (Paramyxoviridae), который имеет сферическую форму и диаметр 120-230 нм.

Вирус очень быстро распространяется – он передается при разговоре, кашле, чихании или любом тесном контакте с больным, заразен катаральный период, период высыпания до 4-5 дня, при пневмонии до 10 дня. Инкубационный период продолжается от 7 до 17 дней. Лица, переболевшие корью, имеют стойкий иммунитет. Повторное заражение встречается крайне редко (1-2% если человек болел корью в первые 6 месяцев). Иммунитет после прививки более кратковременный (до 15 лет). Дети до 3 месяцев редко заболевают, с 6 месяцев защиты нет. Возможна трансплацентарная передача (болезнь матери накануне родов). Сезонность — зимне-весенний период.

Заболевание характеризуется цикличностью течения. В первые дни болезни у пациента отмечается резкое повышение температуры тела до 39-40°C, боль в голове, сильная слабость и упадок сил, возникает тошнота, рвота,

расстройство стула, отмечается покраснение и рыхлость слизистой оболочки зева. На второй день, после появления первых симптомов, возникает характерные пятна Филатова - Коплика – Бельского, которые появляются на слизистых оболочках рта и имеют вид мелких белесых пятнышек, окруженные гиперемией. У больного появляются отек век, мелкая сыпь на теле, светобоязнь, слезотечение, гнойные выделения из глаз.

Осложнения Кори могут приводить к летальным исходам. Осложнениями со стороны органов дыхания являются ларингиты, ларинготрахеиты, ларинготрахеобронхиты с развитием синдрома крупа; пневмонии — чаще в младшем возрасте, чаще очаговые, нередко затяжные; отиты — наиболее частое осложнение кори, развиваются в период пигментации; кератит — редкое осложнение кори (при авитаминозах, плохом уходе); импетиго; энцефалиты, энцефалопатии, менингоэнцефалиты, в отдельных случаях — энцефаломиелиты с выраженными параплегиями.

По оперативным данным Центра общественного здоровья Минздрава Украины, за 13-ю неделю 2018 заболели 699 человек: 331 взрослый и 368 детей.

Всего в течение 13-ти недель 2018 корью заболели 9091 человека - 3270 взрослых и 5821 ребенок. С начала года от осложнений кори умерло семь человек: пятеро детей и двое взрослых.

Лекарств от кори не существует. Остановить вспышку может только вакцинация.

В рамках усиленной иммунизации на момент 29.03.2018 прививками охвачено 78,9% детей, которые в свое время пропустили первую дозу КПК, и 83,4% детей, которые своевременно не получили вторую дозу КПК.

На территории Украины в настоящее время определены штаммы подобные штаммам, по происхождению из Великобритании, Малайзии, Индии, Ирландии и Афганистана (генотип В3 – MVs/Dublin.IRL/8.та генотип D8 – 16 MVi/Villupuram.IND/03.07).

Для вакцинации используется живая аттенуированная вакцина, которая обладает высокой иммунологической и эпидемиологической эффективностью. Комплексная вакцина от кори паротита и краснухи (КПК), считается одной из самых эффективных и безопасных. В соответствии с календарем вакцинации, принятым в Украине, первую прививку от кори, паротита и краснухи делают детям в 12 месяцев. Ревакцинация по графику – в 6 лет. При этом, в случае, если малыш находится в группе риска заражения (в садике уже кто-то заболел корью), можно сделать ревакцинацию и раньше, но после первой прививки должно пройти не меньше месяца. Вакцинация против кори в странах с высокой заболеваемостью проводится в возрасте 9 и даже 6 месяцев с целью защиты грудных детей, у которых заболевание протекает особенно тяжело.

## РАННІ ТЕРМІНИ ВАГІТНОСТІ, ГЕМОДИЛЮЦІЯ ТА ПРЕЕКЛАМПСІЯ

Процик М. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

І медичний факультет, Київ, Україна

Науковий керівник: Леуш С. С., к.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології №1

Актуальність теми. Частота преєкламписії (ПЕ) як основної причини материнської та перинатальної захворюваності й смертності, дочасного розродження складає пересічно 5-7% всіх вагітностей. Відсутність єдності у поглядах на етіологію ПЕ, недостатня вивченість патогенезу ускладнюють діагностику та обґрунтовану допомогу. Пошуки шляхів прогнозування й ранньої діагностики ПЕ залишаються провідним завданням акушерства. Загальноприйнята точка зору на патогенез ПЕ передбачає його витoki в першому триместрі вагітності, значної уваги приділяють ранньому гестозу (РГ), тому дослідження було зосереджено саме на цьому терміні.

Мета дослідження: Визначити особливості протеїнемії та глобулярного об'єму крові у першому та другому триместрах вагітності залежно від наявності РГ.

Матеріал та методи дослідження: Обстежено 109 першовагітних, яких було розподілено на 2 групи - 58 пацієток І групи мали прояви РГ, 51 учасниця ІІ групи мали неускладнений перебіг першого триместру вагітності. У всіх вагітних в термінах 10-11 та 20-21 тижнів було визначено вміст гемоглобіну, гематокритне число, показники білкового обміну.

Результати та їх обговорення: З прогресуванням вагітності наростають явища гемодилуції, що проявляється зниженням гематокритного числа та симетричним зменшенням концентрації загального білку. Наприкінці першого триместру другу групу відрізняє більша частка пацієток з затримкою цих процесів. Кожна третя вагітна другої групи мала значення гематокриту понад 40%, в групі вагітних з раннім гестозом - лише 19%. Попри нормальне самопочуття та відсутність проявів РГ у частини пацієток з другої групи до 21 тижня вагітності окреслилися ознаки гіповолемії та гемоконцентрації – концентрація гемоглобіну вірогідно відрізнялася від показника групи з РГ -  $114 \pm 6,4$  г/л проти  $105 \pm 6,8$  г/л ( $p < 0,05$ ), гематокритне число знизилося щодо терміну 11 тижнів, і перевищувало значення показника відповідного терміну в першій групі. Таку тенденцію можна вважати ранньою ознакою формування гемоконцентрації. Загальний білок знизився з прогресуванням вагітності в обох групах. Проте в першій групі ця різниця має статистичну вірогідність -  $71,8 \pm 5,26$  г/л та  $64,2 \pm 4,56$  г/л ( $p < 0,05$ ). В групі вагітних з неускладненим перебігом першого триместру зниження концентрації білку не було статистично значимим -  $67,6 \pm 3,68$  г/л та  $62,2 \pm 6,54$  г/л ( $p > 0,05$ ).

Висновки: 1. Ранній гестоз не чинить негативного впливу на показники білкової рівноваги та глобулярного обсягу крові, які наприкінці першого триместру вагітності не відрізняються від групи здорових вагітних.

2. В групі жінок з неускладненим перебігом першого триместру вагітності при порівнянні з вагітними, що мали ранній гестоз, більш поширеним було явище недостатньої гемодилуції. В термінах 20-21 тиждень в цій групі виявлено вищий середній показник гематокриту, що підтверджує концепцію про неадекватну адаптацію до вагітності.

### АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ФЕБРИЛЬНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ

Редіна І. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Денисенко Д. М., асистент;

Суворова-Григорович А. О., к.мед.н., доцент

Актуальність: На сучасному етапі розвитку психіатрії все більша увага приділяється станам з високим ризиком летального наслідку, що розглядається в рамках критичних станів. Фебрильна шизофренія відноситься до ряду таких нозологій. Надзвичайна гострота, велика кількість гиперергічних проявів, бурхливий перебіг, поєднання психопатологічних і соматичних порушень, що взаємно підсилюють один одного, нерідко приводять до летального результату. Актуальним і значущим представляється зміна назви, визначення чинників ризику, механізму патогенезу і вибір раціональних, сучасних методів терапії. Мета роботи: на основі літератури і клінічних даних роботи з пацієнтами, що страждають на фебрильну шизофренію, вивчити стадійність перебігу даного стану, етіологічні чинники, особливості рекурентного і приступоподібно-прогресивного перебігу, питання терапії.

Матеріали та методи: Нами була вивчена і опрацьована література, що освітлює основні дані питань етіології, перебігу і терапії захворювання, катamnестично обстежені пацієнти, що страждають на фебрильну шизофренію, з урахуванням терапії, яку вони отримують на сучасному етапі.

Отримані результати: На думку психіатрів, усі наявні назви розладу на сучасному етапі, створюють помилкове уявлення про хворобу, не розкриваючи її суть. Назва «гіпертоксична шизофренія» вказує на наявність не лише шизофренії, але і токсикозу, тобто однозначно трактує патогенез розладу, що насправді залишається поки що не цілком ясным; «летальна шизофренія» вказує на неминучий фатальний результат, що суперечить сучасним даним про успішне лікування синдрому, назва «фебрильная

кататонія» є більш вдалою, оскільки відображає наявність двох основних об'єктивних ознак розладу — кататонічного синдрому і гіпертермії. Але і ця назва не повною мірою охоплює синдромокомплекс даної нозології, оскільки не вказує на наявність стадій аментівного і гіперкінетичного збудження, які у ряді випадків приходять на зміну стану кататонічного збудження, згідно з клінічними і літературними даними. Етіологія залишається до кінця не вивченою. Ризик розвитку захворювання підвищують ряд наступних чинників: генетична схильність; інтенсивне, психосоціальне навантаження; вживання наркотиків зокрема канабіса; низький соціально-економічний рівень. Було відмічено, що при рекурентному перебігу фебрильні напади бувають маніфестними. Якщо напади повторюються, кожен подальший стає легшим як по психопатологічній характеристиці, так і по важкості соматичного стану. При приступоподібно-прогресивному перебігу фебрильні напади можуть бути не тільки першими проявами, а й виникати надалі. Закономірностей, які проявляються в тому, що кожен наступний напад буде менш важким, у даному випадку не виявляється.

Висновки: Згідно з отриманими даними, фебрильна шизофренія, як стан з високим ризиком летальності вимагає детального вивчення на основі сучасних даних. Велике значення має вивчення питання етіології, а також визначення даного психічного розладу у якості окремої нозології, яка вимагає свого місця у класифікації МКХ. Відкритим є питання патогенезу, який залишається не визначеним на сучасному етапі. Виявлення провідних патогенетичних механізмів дозволило б розробити відповідні раціональні методи терапії. Крім того, є необхідність в розробці скрінінг-тесту, що буде активно використовуватись в акушерській практиці з метою раннього виявлення і можливої своєчасної профілактики або корекції даного порушення. Окремого обговорення вимагає верифікація даного діагнозу, оскільки катамнестично підтверджуються далеко не всі випадки фебрильної шизофренії.

## ПРО ПРОГРЕСУВАННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ АБО НЕЛЮБОВ ДО СЕБЕ

Редіна І. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Рибчинський С. В., асистент кафедри внутрішньої медицини;  
Яблучанський Н. І., д.мед.н., професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини

Актуальність. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) займають провідну нішу в структурі загальної захворюваності у сучасному світі. У свою чергу, ішемічна хвороба серця (ІХС), як одна з найбільш поширених



нозологій, має все більшу вагу в структурі звертаємості і смертності при ССЗ. Тенденція до зниження смертності від ІХС, згідно з дослідженнями ВОЗ, поки не реєструється, що визначає актуальність цілеспрямованого вивчення патофізіологічних аспектів, питань своєчасної діагностики і призначення превентивних заходів, направлених на усунення прогресування патології на ранніх стадіях.

Мета. Показати на прикладі представленого клінічного випадку особливості ведення пацієнта з тривало прогресуючою ІХС.

Матеріали та методи. Хвора А. 61 рік, поступила в ХКЛ ЗДТ № 1 09/10/2017 зі скаргами на болі стискаючого характеру в лівій половині грудної клітини і за грудиною, що виникають при підйомі на 1 поверх, усуваються зупинкою або прийомом нітрогліцерину; задишку при фізичних навантаженнях, слабкість; зниження переносимості фізичних навантажень; набряки ніг, що виникають ввечері. Вважає себе хворою з 2005 року, коли вперше були зареєстровані максимальні цифри АТ 220/120 мм рт.ст. У 2006 році перенесла ГПМК, лікувалася в ХКЛ ЗДТ № 1, останнє стаціонарне лікування в н/в ХКЛ ЗДТ № 1 у листопаді 2011 р. Після виписки приймала лізіноприл 10 мг вранці, бісопролол 5 мг увечері, ацетилсаліцилову кислоту 100 мг. У березні 2012 лікувалася в 1 к/в ХКЛ ЗДТ № 1 з приводу нестабільної стенокардії. Після виписки приймала ацетилсаліцилову кислоту, валсартан.

У лютому 2016 року при проведенні велоергометрії в ХКЛ ЗДТ № 1, виявлені ішемічні зміни, була проведена коронарорентрікулографія (КВГ), виявлена багатосудинне ураження коронарного русла. У березні була виконана операція АКШ (3 шунти) в НДІ ім. Амосова. Несистематично приймала метопролол, валсартан, клопідогрель. З серпня 2017 почали посилюватися вищеописані скарги.

Результати дослідження. Загальний стан задовільний, свідомість ясна, положення активне. Шкірні покриви бліді. Перкуторно над легенями ясний легеневий звук, дихання везикулярне, послаблене в нижніх відділах. Межі серця розширені вліво. Діяльність серця ритмічна, тони приглушені, акцент II тону над аортою. Пульс 64 в мин. АТ 140/80 мм. рт. ст. Лабораторні дослідження: Нв – 161 г/л, еритроцити – 5,2 Т/л, Нt – 46,6 %. Ліпідний спектр: холестерин заг. - 6,05, ЛПНЩ – 3,96, коеф. атерогенності – 3,58. ЕКГ: Ритм синусовий, правильний, ЧСС 72 уд/мін, відхилення ЕОС вліво, гіпертрофія міокарду лівого шлуночку. ЕХОКГ: Склеротичні зміни стінок аорти, стулок аортального і мітрального клапанів. Гіпертрофія міокарду ЛШ. ФВ 58%.

Висновок: На підставі проведених досліджень встановлений діагноз: ІХС: стабільна стенокардія напруги ФК III. Атеросклероз коронарних артерій (КВГ 10.03.16). АКШ 3 (16.03.16). Пароксизм фібриляції передсердя (29.03.16). Артеріальна гіпертензія III стадії, 3 ступеня. СН ІА. зі збереженою функцією систоли ЛШ, NYHA II. Призначено лікування: модифікація способу життя: гіполіпідемічна дієта; регулярна фізична активність; обмеження вжитку

солі до 5 г. на добу. Медикаментозне лікування: клопідогрель 75 мг увечері, валсартан + гідрохлортіазід 80/12,5 мг\*2 р/д, метопролол 12,5 мг\*2 р/д під контролем АТ, ЧСС, розувастатін 20 мг на ніч.

Висновки: даний клінічний приклад відображає особливості прогресування комбінованої серцево-судинної патології, яких можна було уникнути, дотримуючись медикаментозних призначень і рекомендацій щодо модифікації способу життя.

## ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЦЕСІВ АДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТІ 1 і 4 КУРСІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

Романенко М. С.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Сукачова О. Н., к.псих.н., доцент кафедри психіатрії,  
наркології, неврології та медичної психології

Актуальність. Розлад адаптації у студентів під час навчального періоду дуже впливає на сам процес навчання в вузі. Проте, в психології та педагогіці досі недостатньо розкриті причини, що викликають труднощі оволодіння студентами специфікою навчальної діяльності, а також забезпечення соціально-психологічної адаптації.

Мета дослідження. Вивчення особливостей процесів адаптації у студентів чоловічої статі 1 та 4 курсів.

Матеріал і методи. У дослідженні брали участь 46 студентів чоловічої статі 1 і 4 курсів медичного факультету. Для вивчення процесу адаптації була використана методика «Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність»», розроблений А. Г. Маклаковим. Обробка та аналіз даних проводився з застосуванням ПЕОМ. Значимість відмінностей індивідуальних показників оцінювалася за допомогою t-критерію Стьюдента.

Висновок. Дослідження не виявило статистично значущих відмінностей між показниками за шкалами адаптаційних особливостей у студентів. Низькі показники за шкалою «Особистісний адаптивний потенціал» присутні як на першому, так і на четвертому курсі у студентів - медиків чоловічої статі. Це вказує на те, що студенти практично протягом усього часу навчання у вузі слабо адаптовані, підтвержені великим навчальним навантаженням, які є причиною підвищеної стомлюваності, розладу сну, зниження здатності до тривалої фізичної або розумової напруги і, надалі, відсутності мотивації до професійної діяльності.

## ДІСЛІПІДЕМІЯ У ХЛОПЦІВ-ПІДЛІТКІВ ІЗ ГІПОАНДРОГЕНІЄЮ

Романовская К. Б., Косовцова Г. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Косовцова Г. В., к.мед.н., доцент кафедри педіатрії №1

Актуальність теми зумовлена поширеністю однією з форм патології статевого дозрівання – затримки статевого розвитку (ЗСР), яка найчастіше обумовлює нестачу андрогенів в організмі хлопців пубертатного віку. Відомо, що гіпоандрогенія призводить до метаболічних порушень, відхилень фізичного розвитку хлопців, погіршення соматичного здоров'я, що значно впливає на якість життя підлітка. Однак, незважаючи на літературні обговорення щодо впливу гіпоандрогенії на особливості ліпідного обміну та стан здоров'я, що стосується переважно чоловіків зрілого віку, патогенез формування тої чи іншої соматичної патології у хлопців-підлітків залишається нез'ясованим.

Мета дослідження: оцінити вплив дефіциту чоловічих статевих гормонів (андрогенів), асоційованого з розвитком дісліпідемії, у хлопців-підлітків при гіпоандрогенії.

Матеріали та методи: В дослідження входило 25 хлопців підліткового віку (13-17 років) з ознаками ЗСР. У пацієнтів проводилось оцінювання антропометричних даних, стану зовнішніх статевих ознак (вимірювання довжини статевого члена (ДЧ), окружності тестикулів (ОТ), оволошіння лобка та обличчя), підрахунку індексу маскулінізації (ІМ) та дослідження гормонального профілю в крові (лютеїнізуючий гормон (ЛГ), фолікулоstimулюючий гормон (ФСГ), тестостерон). Ступінь ЗСР було аналізовано на підставі вищевказаних даних. Також проводилось вимірювання біохімічних показників ліпідного обміну: загальний холестерин (ЗХС), холестерин ліпопротеїдів високої щільності (ХСЛПВЩ), тригліцериди (ТГ), розрахунок коефіцієнту атерогенності (КА). Аналіз даних проводився за допомогою програми Microsoft Excel і SPSS 17.0.

Результати дослідження: Обробка результатів щодо вимірювання ліпідного спектру крові у хлопців пубертатного віку з нестачею андрогенів показала, що особливих змін вмісту ЗХС виявлено не було. Проте, встановлено взаємозв'язок - збільшення вмісту  $\beta$ -ліпопротеїдів при збільшенні ступеню затримки статевого розвитку. При 1 ступені -  $7,1 \pm 0,71$  г/л, при 2 ступені -  $8,9 \pm 0,53$  г/л, при 3 ступені -  $9,2 \pm 0,4$  г/л. Такий ж самий взаємозв'язок встановлено щодо показників ТГ. При 1 ступені -  $0,8 \pm 0,15$  ммоль/л, при 2 ступені -  $1,3 \pm 0,16$  ммоль/л, при 3 ступені -  $1,5 \pm 0,18$  ммоль/л. Вміст антиатерогенної фракції, ХСЛПВЩ, при 3 та 2 ступенях ЗСР був нижчим, ніж при 1 ступені ЗСР. При 1 ступені -  $2,0 \pm 0,15$  ммоль/л, при 2 ступені -  $1,5 \pm 0,16$  ммоль/л, при 3 ступені -  $1,4 \pm 0,11$  ммоль/л. Встановлено збільшення показника КА при збільшенні ступеня ЗСР за рахунок зрушення

показників ліпідного обміну. При 1 ступені -  $1,5 \pm 0,31$  у.о, при 2 ступені –  $2,4 \pm 0,4$  у.о, при 3 ступені –  $2,7 \pm 0,35$  у.о.

Висновки: Обробка та аналіз даних щодо ліпідного спектру хлопців-підлітків із ЗСР довели, що андрогенний дефіцит призводить до погіршення ліпідного профілю, про що свідчить зменшення антиатерогенних фракцій та збільшення проатерогенних фракцій ліпідів крові. Таким чином, метаболічні порушення, зокрема дісліпідемії, є актуальною проблемою у хлопчиків-підлітків із гіпоандрогенією. Моніторинг цих порушень та своєчасна корекція виявлених змін дозволять у майбутньому уникнути формування соматичної патології та поліпшити якість життя пацієнтів.

## НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ДИСПЛАЗІЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА РЕПРОДУКТИВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЖІНОК

Романовська К. Б., Кулик Я. Е.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,

медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Сторчак Г. В., к.мед.н.,

доцент кафедри акушерства та гінекології

Актуальність теми обумовлена поширеністю нДСТ у популяції (35% дорослого населення, 70% з них-жінки), відсутністю комплексного підходу, який збереже репродуктивний потенціал жінок з нДСТ. Відомо, що на ремоделювання сполучної тканини впливають статеві гормони. Тестостерон прискорює синтез компонентів сполучної тканини, а естроген, навпаки, збільшує її гідрофільність, відбувається передчасне дозрівання фібробластів і руйнування частини клітин з продукцією колагену. За даними Перекальської М.Л. серед пацієток з нДСТ гіпоталамічний синдром діагностується у 30%, що й визначає основну причину репродуктивних порушень у дівчат. Ці порушення та соматична патологія при нДСТ створюють несприятливий фон для запліднення, виношування вагітності, перебігу післяпологового періоду, може вести до репродуктивних втрат і неонатальної захворюваності.

Мета дослідження. Оцінити вплив недиференційованої дисплазії сполучної тканини (нДСТ) на становлення репродуктивної функції і перебіг вагітності.

Матеріали та методи: В дослідження входило 95 вагітних жінок, термін гестації 7-36 тижнів. 35 жінок склали контрольну групу, до якої входили вагітні з фізіологічним перебігом гестації. Основну групу склало 60 вагітних жінок із проявами нДСТ різного ступеню тяжкості. Проводилася оцінка фенотипичних ознак, наявність соматичної патології, асоційованої з нДСТ, ступеню порушення обміну сполучної тканини. Також проводилася

оцінка лабораторних показників, а саме загальна концентрації сульфатованих глікозаміногліканів (ГАГ) в сироватці крові з подальшим їх фракціонуванням: I фракція (легкорозчинний хондроитин-6-сульфат), II фракція (середньорозчинні хондроитин-4-сульфат), III фракція (переважно гепарансульфат). У сироватці крові визначали сумарний вміст хондроїтінсульфатов і глікопротеїнів. Було вивчено концентрацію загального, пов'язаного і вільного N-ацетілглікозаміна в сироватці крові. Визначення добової екскреції оксипроліну з сечею виробляли спектрофотометрично. Для оцінки фибриллогенеза було використано розрахунок біохімічного порога (БП) відносної стабільності диспластического процесу за методикою Фролової Т.В. Розрахунок даних проводився за формулою:  $БП=0,755-0,0044 \times \text{оксипролін} + 0,025 \times \text{ГАГIII}$ .

Результати дослідження. Вагітність у пацієток з нДСТ супроводжується більш вираженими, ніж у здорових вагітних, процесами розпаду сполучної тканини і ці процеси прогресують під час вагітності. Звертає увагу підвищення в II триместрі рівнів хондроїтінсульфатов (в 3,5 рази), глікопротеїнів в крові і оксипроліну і уронових кислот в сечі, що можна пояснити активізацією ремоделювання сполучної тканини в ході другої хвилі інвазії трофобласта, перебудовою плодоместилища і провізорних органів плода. Дефіцит важко розчинної фракції ГАГ пояснює прогресування гемодинамічних розладів у вагітних з нДСТ. Спостерігається прогресуюче зростання рівня пов'язаного N-ацетілглюкозаміна. Рівень БП у вагітних з нДСТ свідчила про прогресуванні диспластичних процесів під час вагітності.

Висновки: Аналіз результатів свідчить про прогресування диспластичних процесів під час вагітності, пояснюють причини судинних, гемастазіологічних розладів у вагітних з нДСТ. Таким чином, раннє виявлення нДСТ, своєчасні заходи, спрямовані на оптимізацію метаболізму компонентів сполучної тканини, генетичне консультування, динамічний контроль за метаболізмом компонентів сполучної тканини під час гестації дадуть змогу уникнути формування соматичної патології та попередити розвиток тих чи інших ускладнень у пацієнтів.

## РОЛЬ СПАДКОВИХ ФОРМ ТРОМБОФІЛІЇ У ВТРАТІ ПЛОДА

Романовська К. Б.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, УкраїнаНауковий керівник: Сторчак Г. В., к.мед.н., доцент кафедри акушерства та  
гінекології

Актуальність теми обумовлена показником звичної втрати плода, що зберігається на високому рівні. Відомо, що наявність тромбофілії пов'язана зі значним збільшенням ризику втрати вагітності після 10-го тижня або призводить до таких ускладнень перебігу вагітності як плацентарна дисфункція, гестоз, тромбоз судин переважно нижніх кінцівок у вагітної. Однак відсутні дані про частоту і різновиди спадкових тромбофілій у вітчизняній популяції жінок з втратами плода, про механізми негативного впливу на перебіг вагітності.

Мета дослідження. З'ясувати вплив тромбофілій на перебіг вагітності, зокрема на втрату вагітності. Оцінити частоту розвитку ускладнень вагітності, що пов'язані з наявністю тромбофілії у вагітних жінок.

Матеріали та методи: З метою оцінки ролі спадкових тромбофілій на розвиток вагітності нами було проведено генотипування 300 жінок, чий анамнез був обтяжений звичною втратою плоду (більше двох самовільних абортів або вагітностей, антенатальна загибель плода, дострокові розродження у зв'язку з декомпенсованими порушеннями матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровотоку. Проводилась ПЛР в режимі Real-time на детектуючому ампліфікаторі. Проводилась ідентифікація мутацій в генах: F2 (протромбін) 20210, F5 (Лейденська мутація) 1691, F7 (проконвертин) 10976, F13A1 103, FGB (фібриноген) -455, PAI-1 (антагоніст тканинного активатора плазміногену) -675, ITGA2 (тромбоцитарний рецептор до колагену) 807, ITGB3 (тромбоцитарний рецептор фібриногену) 1565. Для кожної пацієнтки проводилась індивідуальна оцінка тромботичного ризику. Було проведено аналіз гемостазіограми, тесту агрегації тромбоцитів з АДФ, показники кровотоку в судинах фетоплацентарного комплексу і судин кінцівок. Аналіз даних проводився за допомогою програми Microsoft Excel і SPSS 17.0.

Результати дослідження: Аналіз індивідуального тромботичного ризику у пацієнток зі звичною втратою плоду показав, що у 34,5% він був високий. У пацієнток зі звичною втратою плоду відсоток виявлення патологічних поліморфізмів (гетерозиготних і гомозиготних) генів спадкових тромбофілій значимо перевищував популяційні значення: F2 20210 (G/A і A/A) – 4%, F5 1691(G/A і A/A) – 15,4%, FGB -455 (G/A і A/A) – 50%, PAI-1 -675 (5G/4G і 4G/4G) – 92,3%, ITGA2 807 (C/T і T/T) – 65,4%, ITGB3 1565 (C/T і T/T) – 26,9%. При цьому у більшості пацієнток (73,3%) були виявлені

мультигенні мутації, що може потенціювати їх тромбогенний ефект. У той же час F7 10976 (G / A і A / A) виявлено у 25% і F13A1 103 (G / T і T / T) у 50%, що при наявності тромбогенних поліморфізмів може мати протекторне значення. Аналіз гемостазіограм показав, що найдинамічніше при вагітності змінюється рівень фібриногену і рівень D-димерів, які зростають під час вагітності. У більшості (76%) пацієнток з виявленими патологічними поліморфізмами генів ITGA2 807 і ITGB3 1565 відзначалося патологічне підвищення агрегаційної активності тромбоцитів і у 26% з них відзначалася аспіринорезистентність.

Висновки: Тромбофілії можуть бути причиною до 34,5% втрат плода. Виявлення спадкових тромбофілій високого тромботического ризику і патогенетично обґрунтований вибір препаратів антитромботичної профілактики є перспективним напрямком у зниженні втрат плода.

## ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ІЗ ЗОНИ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ ІЗ УРАХУВАННЯМ ПЕРЕНЕСЕНОГО СТРЕСУ

Рубанова О. О., Лебець І. С., Толмачова С. Р.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Лебець І. С., д.мед.н., професор кафедри педіатрії

Найбільший психотравмуючий вплив на здоров'я людини, якість життя та психологічне благополуччя здійснюють бойові дії, терористичні акти, насилля проти особистості, вимушена зміна місця мешкання.

Мета – вивчити стан здоров'я дітей із зони антитерористичної операції (АТО) із урахуванням перенесеного стресу.

Обстежено 225 дітей у віці від 7 до 17 років, які мешкали на території Донецької та Луганської областей. Усі вони надішли до клініки ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» з приводу різних соматичних захворювань. Для виявлення емоційних особливостей особистості використовувався тест вибору кольору Макса Люшера (використовується неповний набір з 8 кольорових стимулів). Статистична обробка отриманих даних проводилася за допомогою пакету прикладних програм SPSS-17.

Встановлено, що у більшості (59,5%) школярів із зони АТО як у хлопців, так і в дівчат реєструється підвищений рівень емоційної напруги. Виявлено, що в структурі соматичної патології провідне місце займали захворювання органів травлення (52,7%), далі за частотою йшли хвороби органів кровообігу (29,8%), ревматичні хвороби (18,3%), захворювання сечостатевої системи (8,0%). За частотою соматичної патології, її загострень в

залежності від перенесеного стресу, або його рівня достовірні розбіжності були відсутні. Разом з тим, при відсутності стресу, більш часто ( $p < 0,001$ ) зустрічалися скарги на біль у животі, печію, зниження апетиту, головний біль.

Отримані дані вказують на необхідність формування програм медичного супроводу дітей в пубертаті із розладами, що виникли внаслідок перенесених стресових подій.

## СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ РОЗУМІННЯ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ МЕХАНІЗМІВ РЕПЕРФУЗІЙНОГО УШКОДЖЕННЯ МІОКАРДА

Рудик Д. Ю.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Козлова Т. В., к.мед.н.,  
асистент кафедри загальної та клінічної патології

Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) сьогодні є однією з найрозповсюдженіших причин смертності серед населення в усьому світі. Головна терапевтична мета під час лікування хворих ГІМ – це швидке та ефективне відновлення кровотоку в ішемізованих тканинах міокарда за допомогою черезшкірного коронарного втручання або тромболітичної терапії. Проте, реперфузія сама по собі здатна призвести до пошкодження серцевої тканини, викликаючи ще більшу загибель кардіоміоцитів. Цей процес називається реперфузійним ушкодженням міокарда.

Метою даної публікації є висвітлення патогенетичних механізмів, які призводять до порушення функції міокарда під час реперфузії.

Головними формами реперфузійного ушкодження міокарда є: оглушення міокарда, мікрovasкулярна обструкція, реперфузія-асоційовані аритмії та поширення зони некрозу міокарда.

На сьогоднішній день одним із головних механізмів даної патології є оксидативний стрес за рахунок дії вільних радикалів, що утворюються у реvasкуляризованих клітинах. Іншим механізмом можна вважати накопичення в клітинах іонів кальцію, що призводить до активації кальцій-залежних ферментів та подальшої деструкції структур клітини. Крім того, спостерігається набряк клітин через коливання внутрішньоклітинного та позаклітинного рН, а також ендотеліальна дисфункція, викликана порушенням балансу між факторами вазоконстрикції та вазодилатації.

Таким чином, розуміння механізмів розвитку реперфузійного ушкодження міокарда є важливим для покращення сучасних терапевтичних підходів до лікування хворих ГІМ.



## КОГНИТИВНИЙ ДЕФИЦИТ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Руппель Е. А.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

медицинский факультет, Харьков, Украина

Научные руководители: Пономарёв В. И., д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой;

Суворова-Григорович А. А., к.мед.н., доцент

Проблема последствий повреждения центральной нервной системы в послеоперационном периоде является актуальной для больных нейрохирургического профиля. В этом периоде выявляются различные психические расстройства, одним из самых тяжелых является когнитивная дисфункция, которая возникает вследствие воздействия комплекса факторов: соматического заболевания, собственно хирургического вмешательства, а также влияния общей анестезии. Когнитивная дисфункция клинически проявляется в виде нарушений памяти, трудности сосредоточения (концентрации) внимания и нарушений других когнитивных функций (мышления, речи, интеллекта). По степени тяжести её делят на легкую, средней тяжести и тяжелую. Тяжелая когнитивная дисфункция является состоянием, инвалидизирующим больных, умеренная снижает качество жизни и ухудшает социальное функционирование. Существуют данные, что при последствиях ЧМТ когнитивная дисфункция выражена сильнее, чем при последствиях ишемического инсульта. Выделяет обратимую и необратимую когнитивную дисфункцию. По данным Бойко А.В. (Consilium Medicum 2007) после нейрохирургического заболевания у больных с тяжелой ЧМТ восстановление социального функционирования наступает лишь у 20-40% пациентов (через 3-12 месяцев после оперативного вмешательства).

Известно, что каждый отдел мозга в соответствии со структурно-функциональной организацией вносит специфический вклад в формирование когнитивной функции. Следовательно, повреждение любого из трех церебральных блоков описанных А.Р. Лурия, будет сопровождаться когнитивной симптоматикой. При поражении первого функционального блока (лимбическая система, восходящая часть ретикулярной формации, ядра таламуса, а также другие подкорковые структуры) могут наблюдаться расстройства внимания, концентрации, мотивационно-эмоционального компонента. При поражении второго функционального блока (теменные, височные, затылочные доли коры) возможны нарушения функций восприятия, распознавания и хранения информации. При поражении третьего функционального блока (кора лобных долей головного мозга) нарушения будут обретать дизрегулятивный характер, что будет проявляться в трудности определения цели, и как следствие снижение мотивации и инициативы.

В зависимости от стойкости и объема повреждения у различных пациентов выраженность очаговых нейропсихологических синдромов (афазия, агнозия, апраксия и др.) будет различной. При незначительных повреждениях на первый план становятся жалобы астенического характера (снижение работоспособности, быстрая утомляемость, дефицит внимания, трудности концентрации и др.). По данным литературы среди факторов риска развития когнитивного дефицита выделяют: возраст пациента, низкий образовательный (интеллектуальный) уровень, депрессивные нарушения в дооперационном периоде, а также отягощенный неврологический и соматический анамнез, вид анестезии.

Но данные литературы фрагментарны, а в чем-то и противоречивы. Необходимо уточнить распространенность когнитивной дисфункции в послеоперационном периоде у нейрохирургических больных, выявить факторы риска развития этого состояния, разработать меры его профилактики.

## ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ НЕПОСТОЯННЫХ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА ЧЕЛОВЕКА

Рябина А. А.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина,  
медицинский факультет, Харьков, Украина  
Научный руководитель: Полстяной А. А.,  
ассистент кафедры анатомии человека

Актуальность. Непостоянные кости черепа - добавочные кости, располагающиеся между типичными костями черепа. Согласно современным анатомическим представлениям они рассматриваются как дискретно-варьирующие признаки. Ранее в работах анатомов они считались аномалиями. Непостоянные кости черепа разделяют на шовные, родничковые и островковые. Актуальность работы определяется получением данных по вариантной анатомии и частоты встречаемости различных непостоянных костей черепа человека, которые в дальнейшем могут быть использованы в клинической и судебно-медицинской практике, например, при необходимости дифференцировать непостоянные кости черепа с костными отломками при травмах черепа.

Цель исследования. Изучить вариантную анатомию непостоянных костей черепа человека.

Материалы и методы. Исследования проводились на основе 78 препаратов черепов взрослых людей различной степени сохранности из остеологической коллекции кафедры анатомии человека Харьковского

национального университета имени В. Н. Каразина. Полученные данные были обработаны вариационно-статистическими методами.

Результаты. На исследуемых препаратах шовные кости были обнаружены на 37 черепах (47,5%), родничковые кости – на 10 черепах (13%). На 4 черепах (5%) присутствовала межтеменная кость (кость инков), на 2 черепах (2,5%) – предмежтеменная кость. Нередко непостоянные кости на исследуемых черепах располагались сразу в нескольких швах или сочетались с родничковыми и межтеменными костям. Наиболее часто среди шовных костей встречались кости ламбдовидного шва. Они были обнаружены на 30 черепах (38%). В большинстве случаев в ламбдовидном шве содержалось от 1 до 3 костей, которые имели вытянутую, округлую, гребневидную или неправильную форму. Кости теменно-сосцевидного шва обнаружены на 15 черепах (12%). Кости сагиттального шва были обнаружены на 2 черепах (2,5%). Во всех случаях это были одиночные кости вытянутой или неправильной формы размером. Кости венечного шва были обнаружены на 2 черепах (2,5%). Кости чешуйчатого шва не были обнаружены среди исследованных черепов. Кость затылочно-сосцевидного шва обнаружена на 1 черепе (1,25%) и имела неправильную вытянутую форму. Среди родничковых костей наиболее часто встречались кости сосцевидного родничка - на 6 черепах (7,7%). Кости сосцевидного родничка - единичные, характеризовались округлой, вытянутой или неправильной формой. Кости клиновидного родничка обнаружены на 5 черепах (6,5%) – одиночные, имели треугольную, вытянутую или четырехугольную форму. Кости затылочного родничка обнаружены на 5 черепах (6,5%), были единичными, имели треугольную или неправильную форму. Кости лобного родничка на исследованных образцах не были выявлены. Межтеменная кость (кость инков) имела на 3 черепах (3,8%), в одном из которых она была двойной, а на другом – не полной. Предмежтеменная кость идентифицирована на 2 черепах (2,5%). Островковые кости на исследуемых образцах не были выявлены.

Выводы. Таким образом, непостоянные кости черепа являются достаточно часто встречающимся вариантом строения. Как правило, непостоянные кости имеют небольшие размеры и располагаются преимущественно в задних отделах черепа (в ламбдовидном и теменно-сосцевидном швах).

## ЕНДОФЕНОТИПІЧНА ВІЗУАЛІЗАЦІЯ ПРИ РОЗЛАДАХ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ

Савво В. В., Стоказ К. М.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна  
кафедра психіатрії, наркології, неврології та медичної психології  
Науковий керівник: Денисенко Д. М., асистент

Розлади аутичного спектру (РАС) - це група нейropsychічних розладів, яка характеризується проблемами соціального спілкування, а також наявністю обмежених інтересів та стереотипних і повторюваних форм поведінки. У нових версіях міжнародних класифікаторів хвороб (DSM-V та МКХ-11) передбачено відмовитися від таких діагнозів, як: дитячий аутизм, атиповий аутизм і синдром Аспергера, залишивши тільки один – розлади аутичного спектра, при цьому наголошуючи на двох (а не трьох, як у DSM-IV та МКХ-10) групах діагностичних критеріїв: 1) якісні розлади соціальної взаємодії та комунікації, 2) обмежувальні, повторювані і стереотипні поведінка, інтереси й активність. Згідно з епідеміологічними дослідженнями, більш ніж 1% дітей світу у віці від 1 до 16 років можуть отримати діагноз РАС. За останні 10 років кількість випадків аутизму зросла у 10 разів (за даними таких країн, як США, Канада, Данія, Фінляндія, Швеція, Японія, Австралія, Ісландія).

В Україні, як і в інших країнах світу, надзвичайно актуальною проблемою, пов'язаною з цим порушенням розвитку, є питання діагностики, своєчасного виявлення, долучення таких дітей до ефективних корекційно-розвивальних та освітніх програм.

Незважаючи на довгий час вивчення захворювання, достеменно невідомі нейробиологічні та етіопатогенетичні механізми виникнення РАС. Оскільки діагностика РАС ґрунтується переважно на поведінкових змінах та труднощах побудови соціальних взаємовідносин, це призводить до доволі високого рівня гетерогенності пацієнтів даної групи, яку можна пояснити тим, що аутизм є первазивним порушенням розвитку та позначається практично на всіх рівнях психіки і супроводжується багатьма коморбідними станами. Останні наукові досягнення призвели до виявлення генетичних аномалій, які можуть частково або повністю пояснити етіопатогенез РАС та їх нейробиологічний механізм.

Одним з найбільш перспективних напрямів дослідження РАС у сьогоденні можна назвати ендотипічну візуалізацію при розладах аутичного спектру. Ендотипи – це внутрішні біомаркери або ознаки, які представляють ген або набір генів. Ідентифікація ендотипів, специфічних таким складним генетично обумовленим розладам як РАС, допоможе подальшому вивченню та розумінню їх етіології і патогенезу. Широкий спектр структурних і функціональних результатів нейровізуалізації

може являти собою нейронні ендотипи, що імовірно унікальні для РАС, в поєднанні з дослідженнями в області генетики розладів аутичного спектру. Дослідження нейровізуалізації потенційно допоможуть у визначенні специфічних підгруп. Вони можуть бути корисними у розумінні коморбідних порушень, моніторингу відповідей на лікування РАС, або для персоналізації втручань під час проведення клінічних випробувань.

Ідентифікація ендотипів також може стати вагомим вкладом у кращому розумінні РАС, враховуючи генетичні основи, аніж поведінковий підхід до постанови клінічного діагнозу. Цілковито імовірно, цей метод дослідження, дозволить спростити діагностичний процес і своєчасно почати коригувальну терапію, що дасть змогу таким дітям простіше інтегруватися в соціум.

#### ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІЇ ОРГАНІВ ДИХАННЯ ПРИ ЮВЕНІЛЬНОМУ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ У ДІТЕЙ Савво В. В.<sup>1</sup>, Стоказ К. М.<sup>1</sup>, Дем'яненко М. В.<sup>2</sup>, Зябліна А. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> – Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна медичний факультет, кафедра педіатрії, Харків, Україна;

<sup>2</sup> – ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків

НАМН України», Харків, Україна

Науковий керівник: Савво І. Д., к.мед.н., доцент

Мета роботи – встановити характер порушення функції зовнішнього дихання (вентиляційних порушень) за даними спірометрії у дітей і підлітків з ювенільним ревматоїдним артритом (ЮРА).

Проведено аналіз комплексного дослідження 52 дітей і підлітків у віці 8-18 років (23% особи чоловічої статі, 77% - жіночої) з ЮРА. Всім урахували сімейний анамнез, тривалість захворювання, активність за результатами клінічних, біохімічних, імунологічних досліджень, а також даних спірометрії з використанням апарату «Spirolab-III» (Roma Italia) для визначення типу порушень функції зовнішнього дихання (рестриктивний, обструктивний, змішаний) та ступеню їх проявлення (1,2,3), які характеризуються показниками форсованої життєвої ємності легень – ФЖЄЛ (%), об'єму форсованого видиху за першу секунду - ОФВ1 (л) та відношення ОФВ1 / ФЖЄЛ (%). Усі хворі були розподілені на дві групи в залежності від тривалості захворювання: 1-у (1-3 роки) склали 38,5% хворих, 2-у (> 3х років) - 61,5% хворих.

При проведенні аналізу даних спірометрії було встановлено: понад 1/3 хворих (37%) мають ознаки порушення функції зовнішнього дихання (ФЗД), переважна більшість з яких (35%) відповідають рестриктивним змінам (ФЖЄЛ нижче 80% від належного рівня, ОФВ1 / ФЖЄЛ вище 70%

належного) та 2% - з рестриктивно-обструктивними змінами. Частота їх виявлення зростала відповідно тривалості захворювання: у 2-ій групі достовірно частіше, ніж в 1-ій (68% проти 32%,  $p < 0,05$ ). При оцінці ступеню рестриктивності встановлено: рестриктивний тип порушення ФЗД 1 ступеню (R- 1ст.) мав місце у значної більшості хворих - 27% з 35% ( $p < 0,05$ ) і лише з тривалістю захворювання до 3-х років, а рестриктивний тип другого та третього ступеню (R-2ст. та R-3ст.) – вперше зафіксовано у групі хворих, що мають тривалість захворювання більше 3-х років. Ймовірність залежності ступеню рестриктивності від ступеню активності ЮРА не встановлено.

Таким чином, в результаті проведеного аналізу встановлено: ознаки порушення ФЗД за даними спірометрії (без клінічних проявів ураження органів дихання) мають більш третини хворих на ЮРА (37%), серед яких значну більшість складає рестриктивний тип, а частота його проявлення зростає відповідно тривалості захворювання. Також із збільшенням тривалості захворювання (> 3х років) вперше реєструються випадки з більш вираженим ступенем рестриктивності (R-2 та R3) і рестриктивно-обструктивний тип порушень ФЗД.

#### ОСОБЛИВОСТІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Савельєва Л. М.<sup>1</sup>, Летяго Г. В.<sup>1</sup>, Чернуський В. Г.<sup>1</sup>, Говаленкова О. Л.<sup>1</sup>, Кашіна-Ярмак В. Л.<sup>1,2</sup>, Носова О. М.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>- Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Харків, Україна

<sup>2</sup>- ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», Харків, Україна

Наукові керівники: Ченуський В. Г., д.мед.н., професор;

Летяго Г. В., к.мед.н., доцент

Актуальність. Стан здоров'я студентів як значущої соціальної групи нашого суспільства – це не тільки показник існуючого соціально-економічного та суспільного розвитку країни, а й важливий індикатор майбутнього трудового, економічного, культурного, оборонного потенціалу суспільства. Тому, надзвичайно важливим державним завданням є розуміння того, як формується здоров'я молодих людей, від яких чинників залежить і як на ці фактори впливати з метою отримання позитивних результатів.

Мета дослідження – визначити особливості здоров'язберігаючих поведінок студентів-медиків.

Матеріали та методи дослідження. Робота виконувалась в рамках НДР Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна «Розробити медико-соціальні заходи з профілактики виробничо-обумовлених захворювань та професійної непридатності учнівської молоді».

Для реалізації встановленої мети використовували анкетування за допомогою опитувальника, розробленого ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України». Анкета включала як альтернативні, так і ранжовані за ступенем проявів питання відносно навчальної діяльності, вільного часу, стосунків в родині підлітків, характеру ризикової поведінки, харчування та самооцінку здоров'я. Проаналізовано 348 анонімних відповідей студентів 5-6 курсу медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна.

Результати дослідження. Встановлено, що студенти інтерпретують здоров'я швидше як фізичну дієздатність, можливість виконувати свої звичні обов'язки, а не як наявність або відсутність конкретних симптомів хвороби. Так, 47,8% опитаних показали, що вони повністю здорові і 44,6% відповіли, що скоріше здорові. У зв'язку з цим слід зазначити, що питання про те, чи піклується опитуваний про своє здоров'я, по суті скоріше відображає знання їм соціальних норм в цій галузі. Тому позитивна відповідь в анкеті означає швидше за все не наявність реальної турботи, а лише те, що вони знайомі з цією нормою. Великий обсяг інформації, як аудиторної, так і позааудиторної, прагнення до високих оцінок (48,5%), обмеження часу для відпочинку і занять фізичною культурою (68,3%) знижують адаптаційні механізми організму. Це зумовлює емоційну нестійкість, перевтому, зниження засвоєваності навчального матеріалу, погіршення самопочуття. Таким чином, в процесі навчання у вищому навчальному закладі основними чинниками, що впливають на здоров'язберігаючу поведінку є: стрес, нестача часу, в тому числі на відпочинок і сон, що призводить до зриву адаптаційних механізмів і розвитку психосоматичних станів. Крім того, у студентів-медиків має місце ряд чинників, що також знижують адаптаційні механізми. В першу чергу, це недостатня організація харчування, що багато в чому визначає виникнення в подальшому захворювань шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної та ендокринної систем, опорно-рухового апарату та інших органів і систем. По-друге, це шкідливі звички (алкоголь, куріння), присутні в тій чи іншій мірі у більшості опитуваних, формування яких у достатнього відсотка респондентів пов'язано з емоційною напруженістю. По-третє - гіподинамія - тільки 36% регулярно займаються спортом.

Тому, з огляду на перераховані вище негативні тенденції, які складаються в даний час в студентському середовищі відносно свого здоров'я, існує необхідність розробки цільових заходів, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я учнівської молоді, профілактику зриву адаптаційних механізмів і зниження факторів промотації, що негативно впливають на здоров'язберігаючих поведінку студентів.

## ИЗУЧЕНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПОДРОСТКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫМИ ВИДАМИ СПОРТА

Савченко Д.В.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина  
медицинский факультет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Сукачева О. Н., к.псих.н., доцент кафедры психиатрии,  
наркологии, неврологии и медицинской психологии

**Актуальность.** Экстремальные виды спорта притягивают к себе подростков для получения острых ощущений. Психология экстрима как раз и обращает внимание на то, что способствует стремлению подростков к данному виду спорта.

**Цель исследования.** Изучение мотивации к успеху и взаимосвязь ее с личностной готовностью к риску, уровнем самооценки и типом темперамента у подростков, занимающихся экстримом.

**Материал и методы.** В исследовании принимала участие группа подростков – экстрималов из 18 человек (парни- 83%, девушки - 17%), средний возраст  $16 \pm 0,53$ . Занятия экстримом варьируют от двух месяцев до семи лет.

Мотивация к успеху была исследована при помощи методики диагностики мотивации к достижению успеха Т. Элерса. Методика диагностики степени готовности к риску (PSK) Шуберта позволила оценить степень готовности к риску. Для выявления типологических особенностей личности использовался Опросник Юнга, для определения уровня самооценки - Тест «Самооценка». Обработка результатов проводилась с помощью программного обеспечения Microsoft Office XL 2010 с использованием метода корреляционного анализа Спирмена (коэффициент корреляции  $r$ ).

**Выводы.** Исследование показало, что большинство подростков данной группы имеют умеренно выраженную мотивацию к успеху и готовности к риску. Обладают в основном высокой и неадекватно высокой самооценкой. На этой основе возникает у них идеализированный образ себя как личности. Практически все являются амбивертными, хотя, многие исследования доказали, что экстраверты являются наиболее склонными к риску, чем амбиверты и интроверты.



## ОБТЯЖЕНІСТЬ СПАДКОВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ РАЙОНІВ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

<sup>1,2</sup>Садовниченко Ю. О., <sup>3</sup>Федота Н. М., <sup>1,4</sup>Мовчан Н. В., <sup>5</sup>Рощенко Л. В.,  
<sup>1</sup>Тижненко Т. В.

<sup>1</sup>Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна;

<sup>2</sup>Харківський національний медичний університет, Харків, Україна;

<sup>4</sup>КЗОЗ «Красноградська центральна районна лікарня», Красноград, Україна;

<sup>4</sup>КЗОЗ «Зміївська центральна районна лікарня», Зміїв, Україна;

<sup>5</sup>Обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер №1, Харків, Україна  
Науковий керівник: Федота О. М., д.біол.н., професор, професор кафедри  
акушерства та гінекології

Серед чинників інвалідизації дітей та смертності новонароджених значне місце посідають генетичні захворювання, дослідження поширеності яких є важливими для їхньої профілактики. Метою роботи було вивчення генетичного тягаря та спектру спадкової патології серед дитячого населення районів Харківської області — Зміївського (ЗР) та Красноградського (КР).

Збір первинної інформації проводили у 2016–2017 роках у медичних установах Харківського області. Проаналізовано дані про 388 пацієнтів у віці 0-17 років. Статистичний аналіз проводили за допомогою критерію  $\chi^2$ .

Обтяженість спадковою патологією склала 0,36% у ЗР та 0,44% у КР. Моногенна спадкова патологія була представлена 23 типовими для європейських популяцій нозологічними формами. Найбільш поширеним захворюванням виявилася нейросенсорна втрата слуху (1:797 у ЗР та 1:1295 у КР). У ЗР виявлено вищу, ніж у європейських популяціях поширеність хвороби Коновалова-Вільсона (1:11957) та пароксизмальної міоплегії (1:5979), а у КР — атрофії зорового нерва (1:7767), вродженої глаукоми (1:3884) та ектодермальної дисплазії (1:7767) ( $p < 0,05$ ).

Хромосомні хвороби були представлені синдромом Дауна (8 випадків у ЗР та 10 — у КР) та синдромом Прадера-Віллі (1 випадок у КР).

## ВИВЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ СЛУХУ СЕРЕД УЧНІВ МІСТА ХАРКОВА

Сазонова Т. М.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Ніколенко Є. Я., д.мед.н., професор, завідувач кафедри  
загальної практики-сімейної медицини

Вступ. Сон - невід'ємна частина людського життя. Це один з найважливіших факторів здоров'я. Сон в достатній якості та кількості може

допомогти захистити фізичне та психічне здоров'я, якість життя та безпеку. З іншого боку, порушення сну можуть призвести до інфаркту міокарда, інсульту, тривоги та депресивні симптомів, ослабленого імунітету. Саме тому дуже важливо спати достатньо кількість годин.

**Мета.** Визначити порушення сну серед учнів міста Харкова, використовуючи Pittsburg Sleep Quality Index як інструмент вивчення якості сну.

**Матеріали та методи.** Було опитано 463 особи, студенти шкіл та університетів міста Харкова (жінки - 63,25%, чоловіки - 36,75%), переважно у віці від 10 до 25 років. Дослідження проводилося протягом 2016-2017 рр. Інтерв'ю було проведено у формі онлайн-опитування за допомогою анкети та бланків Google. Статистичний аналіз матеріалів дослідження виконувався програмним забезпеченням Microsoft Excel 2017.

**Результати.** Було встановлено, що 21,25% студентів сплять менше 7 годин на добу, у 39% - проблеми з засипанням. 91% опитаних регулярно використовують цифрові гаджети перед сном. Виявлено залежність між часом останньої їжі та станом пробудження, відповідністю спальної зони стандартами гігієни сну та станом пробудження, часом лягання в ліжку і пробудженням та емоційною стійкістю протягом дня.

**Висновки.** В ході дослідження було встановлено, що час між останньою їжею і часом засинання, відповідністю спальної зони нормам гігієни сну, використання цифрових пристосувань та впливу різних емоційних підйомів перед сном впливає на якість сну та стан після пробудження.

## ЕМБРІОГЕНЕЗ ТА АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ КІНЦІВОК

Сазонова Т. М., Жадан Ю. Г.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Проценко О. С., д.мед.н., професор, завідувач кафедри  
загальної та клінічної патології;

Шаповал О. В., к.мед.н., доцент кафедри загальної та клінічної патології

**Актуальність.** Вроджені аномалії опорно-рухового апарату є важливою медико-соціальною проблемою. За статистикою, аномалії ембріогенезу кінцівок складають 55% всіх вроджених вад розвитку опорно-рухової системи.

**Мета дослідження.** Вивчити процес ембріогенезу та можливі аномалії розвитку кінцівок.

**Задачі дослідження.** Дослідити джерела та основні етапи внутрішньоутробного розвитку кінцівок, визначити можливі чинники порушень ембріогенезу та основні види аномалій розвитку кінцівок.

Матеріали та методи. Процес ембріогенезу та аномалії розвитку кінцівок було вивчено за даними літературних джерел.

Отримані результати. Скелетна система розвивається з пріосьової мезодерми, мезодерми бічної пластинки та нервового гребня. Бруньки кінцівок з'являються наприкінці 4-го тижня розвитку, у формі виступів вентролатеральних відділів тіла ембріона. Вони утворені мезенхімою, що походить із соматомезодерми, та вкриті шаром кубічних клітин ектодерми. На 6-му тижні ембріонального розвитку кінцеві відділи бруньок кінцівок сплющуються, утворюючи примітивні кисть та стопу. Розвиток верхньої та нижньої кінцівок відбувається подібно, проте морфогенез нижньої кінцівки триває приблизно на 1-2 тижні довше за верхню. Мезенхіма бруньок кінцівок конденсується, на 6-му тижні можна виявити перші гіалінові хрящові моделі кінцівок, що розвиваються.

Більшість порушень розвитку кінцівок формується з 4-го по 9-й тиждень розвитку плода, у період закладки кінцівок. Деякі вади формуються на більш пізніх етапах розвитку та є фетопатіями. Пороки розвитку кінцівок виникають в результаті генних мутацій; хромосомних і геномних мутацій; комбінованого впливу генних мутацій і факторів зовнішнього по відношенню до зародка середовища; тератогенних факторів.

Аномалії кінцівок дуже різноманітні та їх поділяють на редуційні, мультиплікаційні та інші. Серед редуційних вад розвитку вирізняють: амелію, аплазію, гіпоплазію, фокомелію, перомелію, адактилію, афалангію, монодактилію, ахейрію. До мультиплікаційних аномалій відносяться поліміелія, полідактилія, поліподія, поліхейрія. Також виділяють сиреномелію, макродактилію, гігантизм кінцівок, амніотичні перетяжки, міелодисплазію, камптодактилію. Перераховані вище аномалії можуть бути самостійними вадами чи входити до складу спадково обумовлених синдромів (комплекс Грубера, синдром Аперта, синдром Холта-Орама, синдром Мейера та інші).

Висновки. Було встановлено, що вади розвитку кінцівок характеризуються високим різноманіттям. Найуразливіший період розвитку кінцівок – з 4-го по 9-й тижні ембріогенезу. Головними чинниками у формуванні аномалій кінцівок є зміни в спадковому матеріалі, екзогенні та тератогенні фактори.

## НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО СЕРЕДНЬОГО ОТИТУ У ДІТЕЙ, УСКЛАДНЕНОГО ПЕРИФЕРИЧНИМ ПАРЕЗОМ ЛИЦЕВОГО НЕРВУ

Самусенко С. О., Головка Н. А., Лозова Ю. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Гострий середній отит є найпоширенішим захворюванням ЛОР-органів у дитячому віці. Найбільш відомі дослідження в цій галузі встановили, що гострий середній отит зустрічається на першому році життя у 47% дітей, до 3х років – 73%, до 7 років у 90% дітей.

Мета дослідження: проаналізувати результати лікування дітей з гострим середнім отитом, ускладненим периферичним парезом лицевого нерву.

Результати досліджень та їх обговорення: За останні 2,5 роки в дитячому відділенні ХМКЛ №30 проліковано 1443 дитини у віці з 2х місяців до 18 років, з діагнозом : гострий середній отит, ускладнений периферичним парезом лицевого нерву було 12 дітей. Хлопчиків було 2, дівчаток -10. Усі діти з парезом лицевого нерву були з гострим неперфоративним середнім отитом, що потребувало негайного проведення парацентезу барабанної перетинки на момент госпіталізації до відділення. Усі діти були госпіталізовані на лікування у березні- квітні місяці, що пов'язано з сезонним зниженням імунітету.

Усім пацієнтам проведено обстеження: клінічний аналіз крові, клінічний аналіз сечі, коагулограма, аудіометрія, імпедансометрія, СКТ скроневих кісток, МРТ головного мозку, консультовані невропатологом, педіатром, окулістом.

На СКТ скроневих кісток деструкції кісткових структур не виявлено, тому дітям було проведено консервативне лікування.

Супутня патологія: гіпертрофія аденоїдів II-III ст. – 8 дітей, інфекційно-токсична енцефалопатія з лікворно-гіпертензійним синдромом -8 дітей, гострий двобічний етмоїдальний синусит – 3 дітей. Із анамнеза захворювання відомо, що всі діти до госпіталізації лікувалися за місцем проживання з приводу гострого риносинуситу.

Лікування цих дітей складалося з антибіотикотерапії парентерально цефоласпоринами третього покоління, дезінтоксикаційна терапія, місцева терапія., також деякі діти отримували противірусну терапію. Застосовувалась також фізіотерапія місцева. Особливе значення в лікуванні цих дітей займає масаж та мімічна гімнастика.

11 з 12 дітей виписані на 10 добу лікування в задовільному стані. Одна дитина була переведена на лікування до неврологічного стаціонару. Ця дитина з народження спостерігалася у психоневролога з приводу мозкової дисфункції.

Висновки: до схеми лікування цих дітей були долучені обов'язкове СКТ обстеження пірамід скроневих кісток та МРТ обстеження головного мозку. Були долучені сучасні антибактеріальні препарати, ноотропи, протівірусні препарати, що дозволило провести успішне консервативне лікування з повністю відновленою функцією лицевого нерву та відновлення слуху без хірургічного втручання (антромастоїдектомії).

## БИОМАРКЕР ST2, ТА ЙОГО ВПЛИВ НА КАРДІОРЕНАЛЬНИЙ СИНДРОМ

Севідова К. О.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна  
кафедра загальної та клінічної патології

Наукові керівники: Проценко О. С., д.мед.н., професор, завідувач кафедри загальної та клінічної патології; Козлова Т. В., к.мед.н., асистент

Актуальність: Кардіоренальний синдром — одна з найбільш актуальних медико-соціальних проблем. Патологія серцево-судинної системи ускладнює течію практично всіх захворювань, у тому числі й нирок, в зв'язку з чим вона займає лідируючі позиції в структурі захворюваності та смертності населення. Важливим при цьому вважається визначення рівню біомаркера ST2 в плазмі крові. Цей новий маркер, використовується для стратифікації та прогнозування ризику розвитку серцевої недостатності, виявлення ймовірності несприятливих результатів у хворих з патологією нирок, виникнення серцево-судинних захворювань в майбутньому, а також для моніторингу та підбору найбільш ефективної терапії.

Мета: Аналізувати наявні дані для виявлення можливості використання біомаркери ST2 для діагностики та ефективного лікування у пацієнтів з кардіоренальним синдромом.

Матеріали: Проведено аналіз літератури з проблеми кардіоренального синдрому з 2010 по 2018 рр. У 2012 р були опубліковані вдосконалені рекомендації з діагностики, класифікації та лікування хронічної хвороби нирок (ХХН) в залежності від швидкості клубочкової фільтрації (СКФ) і рівня альбумінурії. За останні 5 років з моменту публікації рекомендацій з'явилися надійніші біомаркери, в тому числі sST2, дослідження якого активно почалося при патології серцево-судинної системи, а в даний час досліджується й при кардіоренальному синдромі.

Результати: У проведених багатоцентрових дослідженнях виявили ідентичні фактори ризику та патофізіологічні шляхи розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) і ХХН. Серед цих факторів запалення відіграє значну роль, залучаючи до процесу різноманітні хемокіни і цитокіни. Прозапальні й протизапальні цитокіни виконують важливу функцію в

процесах пошкодження і загоєння тканин. Останнім часом приділяється пильна увага комплексу інтерлейкін-33 / розчинний фактор росту 2 (IL-33 / sST2), який займає ключове значення в розвитку серцевої недостатності після ГІМ і в пошкодженні нирок при гострій нирковій недостатності та ХХН. IL-33 експресується при пошкодженні клітин і призводить до активації запальних і ранозаживляючих процесів. sST2, пов'язуючи IL-33, зменшує його позитивну дію, що призводить до подальшого пошкодження тканин. Ця роль sST2 досить добре вивчена при ССЗ. Ряд досліджень, присвячених вивченню sST2 при патології нирок, прийшли до висновку, що рівень sST2 при кардіоренальному синдромі аналогічний рівню sST2 при ССЗ.

Висновки: Для підтвердження прогностичної ролі sST2 при кардіоренальному синдромі, а також при гострому та хронічному пошкодженні нирок, пов'язаному з іншими етіологічними факторами, необхідно проведення подальших досліджень.

УДК 617.58-002.44-089.87

## ПОСТОЯННАЯ ВАКУУМЭКСТРАКЦИЯ, КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Сероштанов А. И., Трушин А. С., Боев В. М., Шептуха А. А.

Харьковская академия последпломного образования

кафедра торако-абдоминальной хирургии

(зав. каф. проф. Н. Н. Велигоцкий)

Харьков, Украина

Несмотря на прилагаемые усилия, распространенность трофических язв венозного генеза остается постоянной (1-2% взрослого населения). Декомпенсированные формы заболевания представляют собой реальную угрозу многим аспектам качества жизни пациентов, характеризуются малой тенденцией к заживлению и длительным рецидивирующим течением, приводящим к стойкой инвалидизации больных. Решающее значение в развитии трофической язвы как при варикозной, так и при посттромботической болезни принадлежит венозной гипертензии, приводящей к реализации целого каскада патологических процессов на микроциркуляторном уровне, итогом которой является тканевая деструкция. Одним из наиболее существенных повреждающих механизмов является отек, который усугубляет микроциркуляторные нарушения.

Нами проведен анализ результатов лечения 66 пациентов с ХВН нижних конечностей, которая развилась вследствие варикозной болезни. Возраст пациентов варьировал от 35 до 74 лет. Средняя площадь язвенного

дефекта составила 2240 мм2. Длительность существования тромботических язв колебалась от 2 мес. до 10 лет.

Консервативная терапия включала: 1. Антибиотикотерапию. 2. Нестероидные противовоспалительные и десенсибилизирующие средства, антигистаминные препараты. 3. Препараты для местного лечения. Всем больным применили эластическую компрессию. В качестве средств системной фармакотерапии на этом этапе были применены венотоники (детралекс, гинкор-форт, рутозид, цикло-3-форт), способствующие увеличению венозного оттока.

Метод ПВЭ применен для лечения 40 пациентов с трофическими язвами, которые развились в результате варикозной и посттромботической болезни. В контрольную группу вошли 26 больных. Вакуумизацию проводили круглосуточно, перевязка с промывкой раны осуществлялась ежедневно. Для создания вакуума использовалось устройство УЗР 1.

Проведенное исследование показало, что под влиянием лечения площадь трофических язв уменьшилась у всех пациентов. Однако ПВЭ оказало более эффективное влияние на раневой процесс. При его использовании к 20-м суткам трофические язвы полностью эпителизировались у 14 (35%) из 40 пациентов, в то время как при лечении традиционными методами у 3 (11,5%) из 26. Кроме того, среди незаживших язв площадь последних уменьшилась более чем на половину у 20 (50%) больных при использовании ПВЭ и у 8 (30,7%) больных при применении традиционного лечения.

## ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ НЕСПРОМОЖНОСТІ АНАСТОМОЗІВ ПРІ ОПЕРАЦІЯХ НА КИШЕЧНИКУ

Серашова І. С.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна  
кафедра загальної та клінічної патології

Науковий керівник: Проценко О. С., д.мед.н., професор, завідувач кафедри загальної та клінічної патології; Козлова Т.В., к.мед.н., асистент

Актуальність: Згідно зі статистикою, неспроможність швів анастомозів виникає в 7,5-8,2% оперативних втручань. Основою цього патологічного процесу можуть бути безліч причин, таких як: активне запалення тканин; технічні похибки у вигляді надмірної мобілізації стінки органу і грубого накладення швів; підвищення внутрикшкового тиску; гіпопротеїнемія; локальне інфікування. Однак провідна роль належить ішемії, наслідком якої є ендотеліальна дисфункція у місці анастомозу.

**Мета:** Провести аналіз ускладнень у вигляді неспроможності анастомозів у пацієнтів після операцій на кишечнику з урахуванням дослідження показників пошкодження ендотелію, зокрема показника кількості С-реактивного білка.

**Об'єкти та методи дослідження:** Досліджено 59 пацієнтів у віці 33-91 року, які були оперовані в ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії Національної Академії медичних наук України імені В.Т.Зайцева» ( «ІЗНХ НАМН України імені В.Т.Зайцева») протягом 2016-2017 рр. з приводу різної патології кишечника, у яких в післяопераційному періоді розвинулася неспроможність анастомозу. Патологія, з приводу якої зроблені оперативні втручання: тонкокишкова непрохідність (спайкова хвороба) - 14 пацієнтів; рак кишечника різної локалізації - 24 пацієнта; проникаючі поранення черевної порожнини - 9 пацієнтів; гострі виразки шлунка - 6 пацієнтів, тонкокишкові свищі - 6 пацієнтів.

**Результати:** У досліджених пацієнтів в терміни від 2 до 5 діб післяопераційного періоду розвинулася неспроможність анастомозу. Клінічні ознаки неспроможності включали розвиток гострої запальної реакції, що проявлялася підвищенням температури, різного ступеня розладом гемодинаміки, ознаками дихальної недостатності. Також фіксувалися лабораторні ознаки, що підтверджують наявність запального процесу: виражений лейкоцитоз із зсувом вліво, гіперкоагуляція, підвищення рівня С-реактивного білка до 135 мг / л.

**Висновки:** З огляду на те, що дані дослідження проводилися в післяопераційному періоді, коли підвищення рівня С-реактивного білка очікувалося як реакція на пошкодження тканин (операція), звертає на себе увагу необхідність дослідження С-реактивного білка в динаміці. Саме відсутність зниження рівня С-реактивного білка до третьої післяопераційної доби і, навпаки, прогресуюче його підвищення свідчать про наявність запальних ускладнень з великою мірою ймовірності саме в зоні оперативного втручання. Наявність запального процесу, обумовленого в першу чергу порушенням ендотелію безпосередньо в зоні накладання анастомозу, призведе до його неспроможності.

## МЕДИКАМЕНТОЗНИЙ ГІПЕРКОРТИЦИЗМ У ПІДЛІТКА

Сініченко О. С., Косовцова Г. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Косовцова Г. В., к.мед.н.

**Актуальність.** При лікуванні різних захворювань часто використовують глюкокортикоїди, завдяки їх протизапальним,



імунорегулюючим і антиалергічним ефектам. Проте тривалий прийом таких препаратів призводить до формування ознак гіперкортицизму та пригнічення функціонування власної гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозної системи пацієнта, особливо чутливі до цього діти і підлітки.

Мета роботи - показати особливості проявів медикаментозного гіперкортицизму у підлітка, що виник на тлі офтальмологічного лікування.

Клінічний випадок. Хвора С., 15 років, поступила із скаргами на надмірну масу тіла, появу червоних смуг розтягування, надмірне зростання волосся, головні болі, підвищення артеріального тиску (АТ). Вважає себе хворою з 2017 року, коли за рік вага збільшилася на 10 кг. З дитинства страждає алергічним кон'юнктивітом, у зв'язку з частими загостреннями протягом року застосовувала очні краплі з 0,1 % розчином дексаметазону (4-5 разів на день), з короткочасним ефектом. Звернулася в ДУ "ІОЗДП НАМН" 25 вересня 2017 року, де був поставлений попередній діагноз: синдром Кушинга? Гіперкортицизм невизначеної етіології. З анамнезу відомо, що спадковість по материнській лінії обтяжена щодо ожиріння та цукрового діабету 2.

Результати дослідження. Об'єктивно: Загальний стан відносно задовільний, положення активне. Нижче середнього зросту, помірно надлишкового живлення. ІМТ 24,1кг/м<sup>2</sup> підвищений і відповідає проміжку 85-97 перцентиль (надмірна маса тіла). Розподіл жирівідкладення диспластичного характеру і нагадує "кушингоїдне". Обличчя "місяцеподібне", шкірні покриви сухі на дотик, виражена помірна гіперпигментація ліктів, множина яскравих багрових стрий на тулубі, блідих під колінами. Видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожевого забарвлення, ціанозу немає, набряків нижніх кінцівок немає. Над легеньми везикулярне дихання. Серцева діяльність ритмічна, тони не змінені, ЧСС=Ps=92 АТ на обох руках 110/80 мм рт.ст. Печінка збільшена - на 2 см нижче ребрового краю. Щитоподібна залоза пальпується у вигляді безболісного еластичного перешийка. Статевий розвиток за Таннером Ма4 А4 Р4 Ме4, менархе з 12,5 років.

Дані обстеження: АКТГ знижений до 3,94 пг/мл (N - 7,2-63,3), кортизол різко знижений до 1,72 ммоль/л (N - 171,0-536,0), інсулін підвищений помірно до 24,41 мкМЕ/мл (N - 2,6-24,9), пролактин помірно підвищений до 25,95 нг/мл (N - 4,79-23,3), глюкоза 4,32 ммоль/л (N - 4,2-6,4). ЕКГ: ритм нерегулярний, ознаки порушення реполяризації, ЧСС 81 хв, нормальне положення ЕОС. РЕГ: дифузно знижено кровонаповнення, гіпертонус судин дрібного калібру. УЗІ щитоподібної залози : Дифузно-осередкова патологія щитоподібної залози. УЗІ органів черевної порожнини : надниркові залози не візуалізуються, печінка +3см, жовчний міхур - зміни за гипомоторним типом. РО черепа: турецьке сідло не збільшене. Офтальмологічний огляд: ОУ - різка гіперемія кон'юнктиви, доходить до лімба.

Клінічний діагноз: Медикаментозний гіперкортицизм. Надмірна маса тіла, інсулінорезистентність. Дифузно-осередкова патологія щитоподібної

залози, еутиреоз. Алергічний кон'юнктивіт обох очей. Синдром внутрішньочерепної гіпертензії. Функціональний розлад жовчного міхура за гіпотонічним типом на тлі його перегиу.

Проведено лікування в стаціонарі: ОУ - краплі натрій кромогликат (Лекролин), краплі "Опатанол".

Рекомендовано: дотримання дієти з обмеженням легкозасвоюваних вуглеводів, виключити використання препаратів, що містять глюкокортикоїди, вживання внутрішньо: альфа-ліпоєву кислоту, триамтерен+гідрохлоротіазид, цинаризин, спостереження у ендокринолога за місцем проживання.

Висновки. У повсякденній практиці лікаря-педіатра досить рідко зустрічаються пацієнти з медикаментозним гіперкортицизмом, обумовленим місцевим застосуванням глюкокортикоїдів. У даному клінічному випадку відображені особливості перебігу, методи діагностики і лікування цього захворювання у підлітків.

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ДІАГНОСТИКИ ПСЕВДОІНСУЛЬТНОГО ПЕРЕБІГУ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Сітбаталов А. І.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Савицька І. Б., к.мед.н., доцент кафедри психіатрії,  
наркології, неврології та медичної психології; Лебединець Д. В., к.мед.н., доцент  
кафедри клінічної неврології, психіатрії, наркології та медичної психології

Актуальність. Останнім часом на Україні відзначено зростання чисельності пухлин головного мозку (ПГМ) до 4,6 на 100 тис. населення. Розташовуючись в обмеженій порожнині черепа, зростаюча ПГМ залежно від локалізації, її розмірів, частіше проявляється превалюванням загальномозкових симптомів над вогнищевими. Але у 35-47% випадків ПГМ може мати псевдоінсультний перебіг, з превалюванням вогнищевої симптоматики. Діагностика нетипових випадків перебігу ПГМ складна, що призводить до значного запізнення надання нейрохірургічної допомоги.

Мета роботи: вивчення особливостей клініки та діагностики псевдоінсультного перебігу ПГМ.

Матеріали та методи. Досліджено 46 хворих віком від 21 до 76 років з ПГМ. Більшість хворих (76%) мало превалювання осередкової симптоматики над загальномозковою, що призвело до помилкового діагнозу ГПМК. Тільки співзставлення клініко-анамнестичних даних з нейровізуалізацією (МРТ головного мозку (ГМ)) дозволило поставити

правильний діагноз. З гліомами головного мозку (ГМ) було 10 хворих, 16 хворих з метастазами в ГМ, 15 хворих з менингіомами та 5 хворих з невстановленою структурою ПГМ. Крововиливи в пухлину спостерігалися, як правило, у разі злоякісної їх природи (гліоми або метастази), при цьому виникали значні труднощі під час диференціальної діагностики з геморагічною або змішаною формою інсульту.

Висновки: своєчасна діагностика ПГМ можлива тільки при комплексному врахуванні та ретельному аналізі даних анамнезу, клінічного огляду та перебігу захворювання з обов'язковою нейровізуалізацією (МРТ головного мозку).

## МЕТАФОРИЧНІ АСОЦІАТИВНІ КАРТИ В РОБОТІ ПСИХОТЕРАПЕВТА

Сляднева К. Ю.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Вовк В. І.; Черненко М.Е.

Метафоричні асоціативні карти - це набір картинок завбільшки з гральну карту або листівку, що зображують людей, їх взаємодії, життєві ситуації, пейзажі, тварин, предмети побуту, абстрактні картини. Метафоричним асоціативним картками майже 40 років - в 1975 році канадський мистецтвознавець і художник Елі Раман, бажаючи винести мистецтво з галерей і наближити його до людей, створив першу колоду карт під назвою «О» або «ОН» (англ. «Здивування»). У 1983 році психотерапевт Морітц Егетмейер, з яким познайомився Елі Раман, розгледів в картах «О» настільки довго шуканий інструмент, за допомогою якого можливо підштовхнути клієнта до відвертої розмови про себе і свої проблеми - так виникли метафоричні асоціативні карти.

Спочатку метафоричні асоціативні карти є проективною методикою: важливий не закладений спочатку психотерапевтом в цю картинку сенс, а душевний відгук кожного клієнта на ліпшу йому картинку.

В одному і тому же зображенні різні люди побачать абсолютно різні образи, або феномени, і у відповідь на цей стимул (візуальний образ) кожен винесе свій внутрішній зміст актуальних переживань.

Більш того, в різні періоди життя і в контексті різних тем асоціації і тлумачення того, що відбувається на зображенні будуть відрізнятися навіть у одної і тої ж людини. З цієї точки зору колода асоціативних карт невичерпна: кількість комбінацій тем роботи і картинок нескінченно. Метафоричні асоціативні карти дозволяють швидко і наочно отримати необхідний обсяг інформації для якісної роботи з клієнтом, діагностувати його проблему,

прояснити і усвідомити актуальні переживання і потреби клієнта, його незавершені внутрішні процеси.

Карти наочно демонструють картину будь-яких міжособистісних відносин або картину взаємин людини з будь-якими ідеями і образами з його зовнішньої або внутрішньої реальності. Використання карт для звернення до психотравмуючої ситуації через метафору дозволяє уникнути додаткової ретравматизації і створює безпечний контекст для пошуку і моделювання рішення своєї проблеми. Карты запускають внутрішні процеси самозцілення і пошуку свого унікального шляху виходу з кризи, робота з картами вражає глибиною діагностики і швидкістю терапії.

Метафоричні асоціативні карти дозволяють здійснити обхід раціонального мислення, зняти захист і внутрішній опір, створити умови для діалогу між зовнішнім і внутрішнім світом людини, допомагають реконструювати травматичну подію, сформулювати і висловити його словами, або - вербалізувати, що саме по собі тягне терапевтичний ефект.

## ГІГІЄНИЧНІ АСПЕКТИ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТАМИ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

Солодовидченко С. С.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Авдієвська О. Г., асистент кафедри гігієни та соціальної  
медицини

**Актуальність:** У більшості економічно розвинених країн світу спостерігається чітка тенденція до збільшення числа хворих з порушенням харчового статусу, що супроводжується важкими соматоендокринними розладами і викликає стійку психосоціальну дезадаптацію. Про актуальність проблеми порушень харчової поведінки переконливо свідчить той факт, що нерациональне харчування істотно збільшує ризик розвитку захворювань серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, виникнення злоякісних новоутворень, гормонального дисбалансу та цукрового діабету 2 типу. У той же час на фоні надлишку калорій виявляється дефіцит необхідних нутрієнтів, що негативно позначається на показниках фізичного розвитку та успішності, викликає поступовий розвиток хронічних захворювань, порушень обміну речовин, зниження імунітету.

Метою дослідження було проведення медико-гігієнічної оцінки харчової поведінки студентів третього курсу медичного факультету із подальшим обґрунтуванням корекції харчування. Завданням роботи було визначити

студентами індекс маси тіла та на власному прикладі обґрунтувати відповідність між енергетичними витратами та енергетичною цінністю раціону.

Матеріали та методи дослідження. Проведено одноразове медико-статистичне дослідження серед студентів третього курсу медичного факультету шляхом спрямованого відбору юнаків і дівчат. Джерелом інформації була розрахункова робота студентів за оцінкою індивідуального харчового статусу, що розроблена кафедрою гігієни та соціальної медицини та затверджена науково-методичною радою ХНУ, яку студенти самостійно заповнювали під час вивчення елективного курсу «Нутриціологія» під керівництвом викладача. У дослідженні приймало участь 60 студентів української національності, православного віросповідання, у тому числі 29 дівчат та 31 хлопець у віці від 19 до 21 року.

Результати дослідження. Згідно з рекомендаціями ВООЗ гігієнічне обстеження з визначенням харчового статусу базується на 3х критеріях: розрахунку антропометричних показників, клінічних особливостей нутрієнтної недостатності або надлишку, та особливостей білкового, жирового та вуглеводного обмінів. Для оцінки антропометричних показників було обрано міжнародний індекс маси тіла (ІМТ) Кетле, який обчислювався студентами у індивідуальній роботі самостійно за формулою  $ІМТ = МТ : З^2$ , де МТ – маса тіла (кг), З – зріст (м). Для жінок оптимальним вважається харчовий статус при ІМТ 22,00 у діапазоні 20,10–24,99, а для чоловіків ІМТ 20,80 у діапазоні 18,50–23,8. За індексом маси тіла чоловіки та жінки поділяються на: 1. гіпотрофіків; 2. нормотрофіків; 3. гіпертрофіків. Усього було проаналізовано 60 індивідуальних робіт і виявлено, що гіпертрофічний харчовий статус мають 20 студентів (33%,  $p \leq 0,35$ ), нормальний харчовий статус - 22 студенти (37%,  $p \leq 0,4$ ), а гіпотрофічний харчовий статус мають 18 чоловік (20%,  $p \leq 0,28$ ). Звертає на себе увагу наявність студентів з надмірною та недостатньою вагою, що може в перспективі негативно позначитися на стані їх здоров'я і вказує на необхідність корегування меню, а в певних випадках застосування для них оздоровчого харчування. Це пояснюється тим, що студенти мають різний ступінь фізичної активності та різну культуру харчової поведінки.

Висновки: Для досягнення оптимального харчового статусу та підтримання повноцінного функціонування організму необхідна корекція харчової поведінки з дотриманням правил раціонального харчування.

## АКТИВАЦІЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНИХ МАКРОФАГІВ ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ 6-ОНДА-ІНДУКОВАНИМ ПАРКІНСОНІЗМОМ

Степаненко С. В., Гурмач Є. В., Шуляк А., Присяжнюк А. І.

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Навчально-науковий центр "Інститут біології та медицини", Київ, Україна

Науковий керівник: Рудик М. П., к.біол.н,  
асистент кафедри мікробіології та імунології

Актуальність. Хвороба Паркінсона є одним з найпоширеніших нейродегенеративних захворювань у світі. У перспективі прогресуючого старіння населення хвороба, будучи віковою, набуває дедалі швидкого поширення. Згідно з даними Global Burden of Disease Study, лише у 2015 було виявлено понад 6,2 мільйона випадків хвороби, 117 тисяч з яких виявилися летальними. Така тенденція до зростання посилює відношення до даної проблеми і робить її актуальною для всього світу.

Метою роботи було дослідження активації перитонеальних макрофагів щурів з індукованим 6-гідроксидофаміном (6-OHDA) паркінсонізмом.

Однобічне руйнування дофамінергічних нейронів компактної частини чорної субстанції було модельовано шляхом введення мікроін'єкціями 12 мкг селективного нейротоксину 6-гідроксидофаміну у лівий латеральний висхідний передньомозковий пучок. Відсоток руйнування дофамінергічних нейронів визначали у апоморфіновому тесті, за кількістю колових обертів з відведенням убік. У тварин з низькою інтенсивністю циркуляторних обертів відсоток руйнування DA-ергічних нейронів дорівнював 44%, з інтенсивністю менше 180 обертів за 30 хвилин становив 86%, а з більшою інтенсивністю – майже 100%. Функціональну активність макрофагів було визначено шляхом аналізу утворення реактивних форм кисню у НСТ-тесті та визначення рівня продукції реактивних форм азоту і аргіназої активності колориметричним методом. Фагоцитарну активність було проаналізовано за допомогою проточного цитофлюориметра.

В результаті роботи було виявлено, що рівень оксидативного метаболізму у перитонеальних макрофагах щурів з індукованим паркінсонізмом значно перевищував значення у інтактних тварин, при чому продукція реактивних форм кисню була значною вже на початкових стадіях хвороби. Також у тварин з паркінсонізмом спостерігався високий рівень утворення реактивних форм азоту макрофагами: він був утричі вищим за значення у інтактних щурів. Визначення активності аргінази макрофагів показало, що у хворих тварин був дещо зниженим. Фагоцитарна активність макрофагів на термінальних етапах хвороби зменшувалася, проте їх ендочитарна активність у ході хвороби, навпаки, збільшувалася.

Таким чином, можна стверджувати, що у тварин з 6-ОНДА-індукованим паркінсонізмом має місце прозапальна активація перитонеальних макрофагів, яка супроводжується підвищенням продукції реактивних форм азоту та кисню, а також зниженням фагоцитарної функції.

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Стець Т. В., Турок А. В., Феєр О. В.

Ужгородський національний університет медичний факультет, Ужгород, Україна  
Науковий керівник: Тернушак Т. М., к.мед.н., доцент

Вступ. Поєднання хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та артеріальної гіпертензії (АГ) — проблема, актуальність якої зростає у всьому світі. Ризик смертності зростає в 2-3 рази і становить приблизно 50% від загальної кількості смертей, з іншого боку – наявність ХОЗЛ негативно впливає на перебіг серцево-судинних захворювань (ССЗ). Частота їх поєднання коливається в діапазоні 20-25 %. Один з механізмів розвитку АГ у хворих на ХОЗЛ є гіпоксія, яка сприяє підвищенню рівня артеріального тиску. У міру посилення бронхіальної обструкції та прогресування АГ підвищується альфа-адренергічна та дофамінергічна активність. При бронхіальній обструкції у випадку поєднання ХОЗЛ та АГ спостерігаються також висока активність ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, порушення газового складу крові та інші зміни, які призводять до взаємообтяжуючого впливу при цих патологічних станах.

Мета. Вивчити особливості клінічного перебігу ХОЗЛ у поєднанні з АГ.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети було обстежено 87 пацієнтів: 25 чоловіків середнього віку ( $54,8 \pm 2,6$  років) та 20 жінок середнього віку ( $55,7 \pm 2,4$  років) з поєднанням ХОЗЛ та АГ і 20 чоловіків середнього віку ( $56,8 \pm 3,0$  років) та 18 жінок середнього віку ( $56,2 \pm 1,9$  років) з ХОЗЛ без супутньої АГ, проведено загально клінічне обстеження, дослідження функції зовнішнього дихання, загальноприйняті опитувальники (Assessment test та mMRC).

Результати. Дослідження функції зовнішнього дихання показало, що хворі з АГ мали нижчі поазники ОФВ1 ( $46,4 \pm 3,05$ ), порівняно із такими у пацієнтів із ізольованим ХОЗЛ ( $53,7 \pm 2,4$ ) ( $p < 0,05$ ).

Проаналізувавши дані опитувальників за САТ та mMRC, пацієнти з поєднаною патологією мали вищий бал та, відповідно, і вищий рівень задишки ( $2,8 \pm 0,2$  балів), мали гіршу якість життя, ніж хворі з ХОЗЛ без супутньої АГ ( $1,2 \pm 0,15$  балів)  $p < 0,05$ .

Висновки. Наявність АГ у пацієнтів із ХОЗЛ вірогідно спричиняє негативний вплив захворювання на виразність клінічних ознак, ступінь обмеження функціональної активності і погіршує якість життя. Взаємообтяжуючий вплив цих захворювань на їх перебіг зумовлюють спільні механізми патогенезу, які потребують подальшого вивчення для покращення діагностичних та лікувальних підходів.

## ПІДХОДИ ДО ІМУНОКОРИГУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Стецюра К. Ю.<sup>1</sup>, Попова А. М.<sup>1</sup>, Чернуський В. Г.<sup>1</sup>,  
Летяго Г. В.<sup>1</sup>, Говаленкова О. Л.<sup>1</sup>, Кашіна-Ярмак В. Л.<sup>1,2</sup>, Носова О. М.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>- Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна;

<sup>2</sup>- ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», Харків, Україна  
Науковий керівник: Чернуський В. Г., д.мед.н., професор

Відповідно до сучасних уявлень бронхіальна астма (БА) розглядається з позицій хронічного алергійного запалення, основу якого визначають прогресуючі аутоімунні реакції в бронхолегеневих структурах.

Метою цієї роботи є вивчення впливу імунокорекції на аутоімунні реакції при БА у дітей.

Матеріал та методи. Проведено імунокоригуюча терапія і обстеження 69 дітей, хворих на БА, з тривалістю захворювання від 6 до 14 років, аутоімунні порушення у яких виявилися найбільш вираженими зі зростанням тривалості перебігу БА. Імунокоригуюча терапія проведена за розробленою нами схемою аутологічними аутоантителами, виділеними за допомогою Н1-блокаторів гістаміну 0,1% розчину тавегілу і 2% розчину супрастину.

Результати дослідження. Проведені дослідження показали, що у дітей, хворих на БА незалежно від форми і тяжкості перебігу мають місце аутоімунні реакції в клітинно-тканинних структурах трахеї, бронхів і легеневої тканини. Нами в якості відправної позиції для виділення агресивних аутоантитіл і реактивів з плазми крові використані знову відкриті властивості застосовуваних для гіпосенсибілізації антигістамінні препарати першого покоління, що блокують Н1-рецептори гістаміну. При застосуванні антигістамінних препаратів для виділення суми агресивних аутоантитіл ми виходили з даних їх хімічної структури, в яку входять кінцеві елементи, що володіють комплексацией з білками на поверхні клітин-мішеней. Встановлено, що тавегіл і супрастин мають здатність до виборчого осадження з плазми крові антитіл, що визначають імунопатологічний статус



у даного контингенту дітей. Посхемна аутоімунізація дітей, хворих на БА виділеними комплексами аутоантитіл виступаючих в ролі аутоантигенів, забезпечує зняття аутоімунних реакцій в бронхолегеневій системі, шляхом інгібуючої дії виробляються на них антиідіотипічні антитіла.

Пропонована іммунокоригуюча терапія є високоефективною, індивідуалізованою до конкретного хворого, виключає розвиток побічних реакцій і може бути використана в комплексній терапії БА у дітей.

### ПСИХІЧНІ АСПЕКТИ ГЕПАТОЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ДИСТРОФІЇ

Стоказ К. М., Савво В. В., Клепікова О. В.,  
Волошин-Гапонов І. К.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
Медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Денисенко Д. М., асистент кафедри психіатрії, наркології,  
неврології та медичної психології

Хвороба Вільсона-Коновалова (ХВК) або гепатоцеребральна дистрофія (ГЦД) є генетично обумовленим дегенеративним захворюванням з тяжким та хронічним перебігом. ХВК характеризується більше, аніж 400 мутаціями гена АТР7В, розташованого на 13-й хромосомі. Цей генетичний дефект призводить до порушень метаболізму міді різного ступеня вираженості. Провідну роль у патогенезі захворювання відіграє порушення балансу між надходженням і екскрецією міді. Для клінічної картини ГЦД характерний виражений поліморфізм. Загальноновизнаними стандартами діагностики ХВК є зниження рівня ЦП в плазмі крові, зниження вмісту міді в плазмі крові, збільшення екскреції міді з сечею, наявність кілець Кайзера – Флейшера, визначення вмісту міді в печінці або генетичне дослідження. На сьогодні, незважаючи на стрімкий розвиток медичної науки, актуальним залишається питання несвочасної діагностики захворювання, що призводить до незворотнього прогресування ХВК, з подальшим неминучим летальним наслідком. За літературними даними, у більше ніж 33% випадків, первинно маніфестними проявами ГЦД, є різноманітні психічні розлади, які зазвичай групують у чотири основні види: поведінкові, афективні, когнітивні та шизофреноподібні. Вираженість психічних розладів залежить від віку, початку захворювання і прогресивності процесу. Різноманітні психічні розлади можуть симптоматично з'являтися на різних стадіях захворювання та помилково розцінюватися лікарями загальної практики, неврологами, психіатрами як прояви психічних хвороб або не прийматися до уваги взагалі. Згідно літературних даних, першими психічними проявами даної соматичної патології є емоційно гіперестетична слабкість з вираженою виснажуваністю і

звуженням кола інтересів. Поширеність психічних розладів у хворих на ХВК дуже різніться (основний депресивний розлад, 4-47%, психози, 1,4-11,3%). Деякі генні мутації АТР7В можуть корелювати з певними ознаками особистості. Хворі мають схильність до дисимуляції і непорозуміння своїх психічних порушень. Цю особливість можна пов'язати з органічною афективною патологією, а саме піднесеністю настрою, а також поліпшенням соматичного стану пацієнтів, на тлі чого пацієнти можуть не помічати змін свого психічного стану. Астено-невротична та тривожно-депресивна симптоматика також може проявлятися на різних стадіях захворювання. Екстрапірамідні розлади частіше супроводжуються зниженням короточасної пам'яті, концентрації уваги, уповільненням та погіршенням мислення, збідненням мови. Симптоматика мінлива. За статистичними даними, ХВК зустрічається частіше, ніж діагностується, а своєчасна діагностика захворювання може запізнюватися на декілька років. До проведення психіатричного обстеження психічним проявам хвороби Вільсона, в протигагу неврологічним, не приділяється достатньо уваги і пацієнти не отримують медикаментозної корекції вторинної психічної патології. Таким чином, незважаючи на довгу історію вивчення ХВК, на сьогодні існують великі складності, що обумовлені пізньою діагностикою захворювання, несвоєчасної та недостатньо обґрунтованою терапією, що призводить до інвалідизації і загибелі хворих у молодому віці. Несвоєчасна діагностика ХВК призводить до прогресування дегенеративного процесу, обумовленого токсичним впливом вільної міді на головний мозок і печінку. Психіатричні прояви є вагомою частиною клінічної картини ХВК і можуть маніфестувати у будь-який момент хвороби. Вивчення, а також покращення розуміння особливостей психіатричних проявів ГЦД може розширити уявлення про основні механізми психічних розладів, а також допомогти своєчасно діагностувати наявну патологію.

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ХВОРОБИ ВІЛЬСОНА- КОНОВАЛОВА

Стоказ К. М., Савво В. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Волошин-Гапонов І. К., д.мед.н., ведучий науковий співробітник у ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України»

Хвороба Вільсона – Коновалова (ХВК), або гепатоцеребральна дистрофія (ГЦД), - це спадкове аутосомно-рецесивне, орфанне захворювання, для якого є характерним надмірне накопичення в організмі міді з відповідними токсичними ефектами. Для ХВК характерним є виражений

клінічний поліморфізм, який значно ускладнює своєчасну постановку вірного діагнозу. Порушення метаболізму міді сприяє розвитку гіпоцерулоплазміємії, підвищенню концентрації вільної, токсичної міді, яка не пов'язана з церулоплазміном (ЦП), в плазмі крові, накопичення її в різних тканинах і органах - перш за все в печінці, структурах головного мозку, нирках і рогівці ока.

На сьогодні, загальновизнаним стандартом встановлення діагнозу хвороби Вільсона - Коновалова є зниження рівня ЦП в плазмі крові, зниження вмісту міді в плазмі крові, збільшення екскреції міді з сечею, наявність кілець Кайзера - Флейшера. «Золотим стандартом» діагностики хвороби Вільсона – Коновалова прийнято вважати визначення вмісту міді в печінці або генетичне дослідження.

Останнім часом, незважаючи на високу вартість та проблеми проведення (внаслідок високої кількості мутацій гену АТР7В, на даний час їх відомо більше 400), в клінічній практиці значно частіше стали застосовувати молекулярно-генетичні методи дослідження. ГЦД є аутосомно-рецесивним спадковим розладом метаболізму міді, викликаним різноманітними мутаціями в гені, розташованому на хромосомі 13, який кодує аденозінтрифосфатаза (АТР7В), що бере участь в перенесенні міді через мембрани клітини. На даний момент, переваги віддаються на користь прямого аналізу мутацій. Оскільки більшість пацієнтів є гетерозиготними особами з різними мутаціями в кожній алелі, інтерпретація результатів залишається досить важким завданням. Найбільш інформативний даний метод у популяціях з обмеженим спектром мутацій АТР7В.

Отже, незважаючи на тривалий час вивчення ХВК, у сьогоднішній залишаються значні труднощі у діагностиці ГЦД. Наведені складнощі стають головною причиною несвоєчасної діагностики захворювання і як наслідок, запізненого початку проведення етіопатогенетичної терапії хворих, а це призводить до незворотнього прогресування захворювання з неминучим летальним наслідком.

## МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

Стрижак А. В., Волошин-Гапонов І. К., Стрижак Т. А.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Ніколенко Є. Я., д.мед.н., професор, завідувач кафедри загальної практики - сімейної медицини

Одне із самих актуальних питань сучасної ангіоневрології є реабілітація хворих церебральним ішемічним інсультом, що обумовлено великою частотою цієї патології та високою летальністю й інвалідизації

хворих і різних підходів до лікувальних дій. По матеріалам ВООЗ частота інсультів коливається від 1,5 до 7,4 випадків на 1 тис. населення.

Метою роботи стала характеристика різних методів до реабілітації хворих на ішемічний інсульт. При реабілітації хворих ішемічним інсультом були поставлені наступні задачі: поновлення фізичної активності, покращення кровообігу в уражених кінцівках, зменшення набряку, розслаблення напружених м'язів, досягнення адекватного рухового і дихального стереотипу.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходилось 12 хворих на ішемічний інсульт, яким проводилася відновлювальна терапія на протязі 6 місяців. Переважними були скарги на слабкість у кінцівках, відчуття оніміння або парестезії в них. В неврологічному статусі мав місце нижній парапарез з акцентом на одній стороні тіла зі зниженим або нормальним м'язовим тонусом, періостальних рефлексів і випадінні колінних й ахілових рефлексів. Хворі знаходилися вдома, після лікування в стаціонарі. Проводилося послідовне лікування зі застосуванням комплексу методів реабілітації. Загальноновизнана (В. М. Мошков, Д. М. Вайсфельд, А. Ф. Каптелін, Л. А. Завалі, Л. С. Дроздовський) медична тактика включає до комплексу реабілітаційної терапії: пасивні спеціальні вправи, лікувальну фізкультуру, дихальну гімнастику, масаж й ароматерапію.

Результати досліджень. Проводились пасивні вправи, які визивають подразнювання пропріорецепторів і сприяють відновленню інервації тканин, також робили дихальні вправи для нормалізації функції дихання, попередження застійних явищ, покращення вентиляції легень, збільшення рухливості грудної клітини. Лікувальну гімнастику виконували для профілактики атрофії м'язів і покращення трофічних процесів у паралізованих м'язах. Проводили сегментарно-рефлекторний масаж відповідних паравертебральних спино-мозкових сегментів саме у ранній термін. При перших трьох процедурах у ранні строки після інсульту зони застосування були невеликі, масировали тільки проксимальні відділи кінцівок, не повертали хворого на живіт; на 4-5 процедурі додавали масаж грудей, дистальних відділів кінцівок з поворотом хворого на здоровий бік. В подальшому з 6-8 –ї процедури, масажували також спину, поперекову й комірну зону. За терміном 2 місяці та більше після перенесеного інсульту на перших 3 процедурах масажу, застосовували масаж тільки кінцівок в положенні хворого на спині і на боці, після 3-ї процедури задіювали спину і інші зони. Попередженні випадки м'язових атрофій, усунуто біль, або зменшена інтенсивність її, покращена збудливість і провідність, застосування комплексу заходів сприяло покращенню кровообігу і трофіки тканин, відбулося укріплення паретичних м'язів та стале розтягнення м'язів, які знаходилися в стані контрактури, що спостерігалось у 75 % випадків. Це перевищувало показники відновлення постраждалих функцій при проведенні

реабілітаційних заходів тільки в продовж госпітального періоду. Реабілітаційні заходи, які проведені з перших днів інсульту (якщо дозволяє загальний стан хворого, настало стихання термінальних симптомів), дозволяють більш ефективно відновити порушенні функції, попередити розвиток вторинних ускладнень.

Висновки: комплексна терапія, яка проводиться в ранні строки захворювання попереджує розвиток вторинних ускладнень; для поновлення рухових функцій необхідні більш тривалі строки відновного лікування.

## ПРОФЕСІЙНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ВИКЛАДАЧІВ В ПРОЦЕСЕ ЇХ ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Сукачова О. М.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна

кафедра психіатрії, наркології, неврології та медичної психології

Професійне знання педагога складається з основ педагогіки і психології. Здатність викладачів залежить від педагогічних здібностей, таких як комунікативна, перцептивна, творча, емоційна стабільність (здатність контролювати свій емоційний стан), динамізм особистості (здатність контролювати педагогічну ситуацію) і т.п.

Разом з наукової та методичної роботою, заснованої на саморозвитку та самореалізації, розвивається професійна компетентність викладача. Існують різні способи підвищення педагогічних навичок: дослідницька робота; відвідування спеціальних психолого-педагогічних семінарів; прийняття участі в науково-практичних конференціях різного профілю; проведення відкритих занять; підвищення кваліфікації в педагогіці в окремих програмах підвищення педагогічної майстерності.

Крім того, необхідно реалізовувати окрему програму професійного розвитку, яка безпосередньо впливає на формування і вдосконалення педагогічних навичок, в рамках яких можна виділити наступні розділи: психологічні і педагогічні основи навчального процесу; систему вдосконалення педагогічних навичок; методи підвищення ефективності лекційного курсу, практичних і лабораторних занять; технологію викладання діяльності викладача; дидактичне обґрунтування використання технічних засобів навчання; педагогічні засади та шляхи вдосконалення.

Аналіз питань структури, функцій загальних і спеціальних здібностей, вимог до викладача дозволив перейти до вивчення однієї з найважливіших характеристик педагогічних працівників - їх професійної компетентності.

Основними елементами цієї компетентності є:

1. Методична компетентність в області способів формування знань, умінь і навичок у студентів.
2. Психолого-педагогічна компетентність у сфері навчання.
3. Диференційно-психологічна компетентність у сфері мотивів, здібностей, спрямованості студентів.
4. Рефлексія педагогічної діяльності або аутопсихологічна компетентність.

Спеціальна компетентність включає глибокі знання, кваліфікацію і досвід діяльності в галузі предмета, з якого реалізується навчання; знання способів вирішення технічних, творчих завдань.

Психолого-педагогічна компетентність передбачає володіння педагогічною діагностикою, умінням будувати педагогічно доцільні відносини з учнями, здійснювати індивідуальну роботу на основі результатів педагогічної діагностики; знання вікової психології, психології міжособистісного та педагогічного спілкування; вміння пробуджувати і розвивати у студентів стійкий інтерес до обраної спеціальності.

Диференційно-психологічна компетентність орієнтує студентів на безпосереднє вирішення питань, що стосуються саморозвитку і самовиховання, формування адекватної самооцінки, підвищення рівня соціального інтелекту.

Аутопсихологічна компетентність має на увазі вміння усвідомлювати рівень власної діяльності, своїх здібностей; знання про способи професійного самовдосконалення; вміння бачити причини недоліків у своїй роботі, в собі; бажання самовдосконалення.

Таким чином, професійна компетенція доступна кожному педагогу за умовами цілеспрямованої роботи над собою. Вона формується на основі практичного досвіду. Але не будь-який досвід стає джерелом професійної майстерності. Таким джерелом є тільки праця, яка виражається в досконалому володінні педагогом всім арсеналом педагогічних умінь і навичок, що забезпечують практичне втілення педагогічного мистецтва в процесі формування особистості.

## ДОСЛІДЖЕННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ У СТУДЕНТІВ

Тесленко А. О.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Ніколенко Є. Я., д.мед.н., професор, завідувач кафедри  
загальної практики – сімейної медицини

Вступ. Цукровий діабет (ЦД) – це група метаболічних захворювань, які впливають на прогноз та якість життя та можуть призвести до серйозних

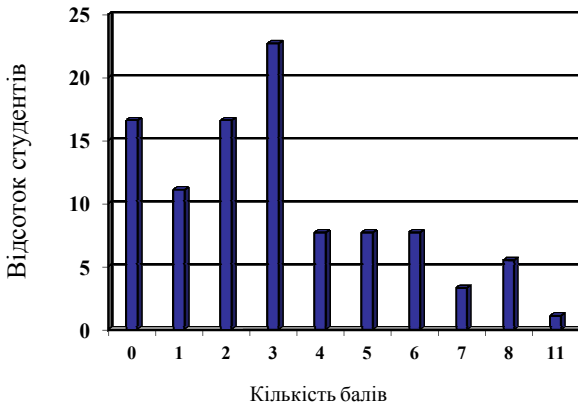
ускладненнь. Клінічно ЦД характеризуються гіперглікемією, яка викликана інсулярною недостатністю або несприятливістю клітин до інсуліну (інсулінорезистентність). Інсулінорезистентність характерна для ЦД 2 типу. В 21 столітті ЦД є однією з найсерйозніших загроз для здоров'я загальносвітового масштабу. Незважаючи на високий рівень поінформованості та новітні досягнення в лікуванні, число людей з ЦД в світі неухильно зростає. У світі мешкає до 208 млн осіб із недіагнованим цукровим діабетом, що становить 50 % від діагнованих випадків. За останні декілька років поширеність цукрового діабету в Україні збільшилася в півтори рази, і за станом на 1 січня 2015 року в країні зареєстровано 1 млн 199 тис. хворих, що становить близько 2,9% від усього населення. Якщо дана тенденція збережеться, кількість хворих збільшиться на 40% до 2040 року.

Мета: оцінити ризик розвитку ЦД 2 типу серед студентів 1 курсу медичного факультету Харківського національного університету.

Матеріали та методи дослідження: анкетування 90 студентів віком 17-19 років 1 курсу медичного факультету Харківського національного університету ім. В.Н.Каразіна, опитування проводилось у формі заповнення таблиці за шкалою FINDRISK (The Finnish Diabetes Risk Score). Ця шкала дозволяє оцінити 10-тирічний ризик ЦД 2 типу з точністю 85%.

Результати: аналіз результатів опитування, яке включало інформацію щодо віку, індексу маси тіла, окружності талії, долі овочей та фруктів в раціоні, рівня фізичної активності, діабету у родичів, вживання препаратів для зниження артеріального тиску. У результаті дослідження ми виявили, що найбільша кількість студентів (90,1%) має бали нижче 7, що становить низький ризик захворюваності (ймовірність ЦД 2 типу приблизно 0,01). Та лише 9,9% (рис.1) мають підвищений ризик (ймовірність ЦД 2 типу приблизно 0,04).

Рис. 1 Результати дослідження



Висновки: 9,9% обстежених мали підвищений ризик захворюваності, тоді як 90,1% - низький ризик. Це є невисокими показниками. Результати пов'язані з тим, що більшість студентів дотримуються активного способу життя, здорового харчування, перевіряють рівень глюкози в крові та їх родичі не хворіли на ЦД.

## РОЛЬ ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА В ТЯЖКОМУ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ НА ТЛІ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ДИСПЛАЗІЇ У ДІТЕЙ

Тимошук М. В., Кулешова А. А.

Харківський національний медичний університет, кафедра педіатрії № 1 та  
неонатології, Харків, Україна

Науковий керівник: Логвінова О. Л., д.мед.н., доцент

Бронхолегенева дисплазія (БЛД) – дифузне паренхіматозне захворювання легень, що є характерним для недоношених дітей, які потребували штучної вентиляції легень і кисневої терапії гострої дихальної недостатності в неонатальному періоді. БЛД може формуватися у дітей і з менш значущою респіраторною підтримкою.

Система легеневого кровообігу при БЛД характеризується аномальним (дисморфічним) зростанням, який включає скорочені малі легеневі артерії і перерозподіл судин всередині інтерстицію легень. Зменшення площі альвеолярно-капілярної поверхні погіршує газообмін, що збільшує чутливість до гіпоксемії при гострих респіраторних інфекціях. Виникає ризик розвитку важкої легеневої гіпертензії. Сприяття високому тиску в легеневій артерії у немовлят з БЛД можуть не тільки дисфункція легеневих судин, а й стан лівого шлуночка. За результатами попередніх досліджень проведених на кафедрі педіатрії №1 та неонатології ХНМУ (2009-2016 рр.), 25% немовлят з бронхолегеневою дисплазією і легеневою гіпертензією, які були обстежені шляхом доплерокардіографії, мали гемодинамічні ознаки діастолічної дисфункції лівого шлуночка під час ремісії бронхолегеневої дисплазії. Поряд з цим, за результатами наших спостереженнями та даними літератури перебіг пневмонії у дітей з БЛД атипичний, тяжкий, потребує діуретичної терапії. Тому була висунута гіпотеза про можливість ролі діастолічної дисфункції лівого шлуночка в тяжкому перебігу пневмонії на тлі бронхолегеневої дисплазії.

Мета роботи: дослідити діастолічну функцію лівого шлуночка та визначити її роль в тяжкому перебігу пневмонії на тлі бронхолегеневої дисплазії у дітей.



Матеріали і методи: на базі педіатричного відділення для дітей з множинними аномаліями розвитку і рідкісними (орфанними) захворюваннями Обласної дитячої клінічної лікарні обстежено 39 дітей в віці від 1 до 12 місяців з пневмонією, із них 24 ( $61,1 \pm 4,5\%$ ) хворих на бронхолегеневу дисплазію (основна група) та 15 ( $39,9 \pm 5,3\%$ ) пацієнтів без БЛД (група порівняння). Оцінка лівих камер серця та вимірювання тиску в легеневій артерії проводилось всім обстеженим за допомогою доплерокардіографії ультразвуковим апаратом «AU 3 Partner» фірми « Esaote Biomedica» (Італія). Для визначення діастолічної функції лівого шлуночка проведений аналіз максимальної швидкості раннього піку (E), максимальної швидкості передсердної систоли (A), співвідношення (E/A), час затримання піку E та час ізоволюметричного скорочення (IVRT). Тяжкість пневмонії визначалась за класифікацією Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America -2011. На момент огляду вад серця у обстежених виявлено не було.

Результати. Сistolічний та діастолічний діаметри лівого шлуночка в центильному розподілі в групах достовірно не відрізнялися. Діаметр лівого передсердя мав середні показники у 18 ( $75 \pm 4,8\%$ ) хворих на БЛД та у всіх пацієнтів групи порівняння. У 6 ( $25 \pm 4,7\%$ ) обстежених основної групи діаметр лівого передсердя  $\geq 90$  перцентилів корелював з середнім тиском у легеневій артерії, більшим за 30 мм рт. ст. ( $r = 0,786$ ;  $p < 0,05$ ). Фракція вигнання лівого шлуночка у дітей основної групи складала

$71,2 \pm 4,9\%$ , у дітей групи порівняння –  $68,8 \pm 3,2\%$ , що не відрізнялось ( $p > 0,05$ ). У 15 ( $51,7 \pm 4,7\%$ ) дітей з БЛД виявлявся псевдонормальний тип трансмітрального діастолічного спектра (порівняно з 2 пацієнтами групи порівняння  $13,3 \pm 5,6\%$ ;  $p = 0,001$ ), який можна розглядати як діастолічну дисфункцію за рахунок зниження податливості міокарда лівого шлуночка. У 9 пацієнтів ( $48,3 \pm 4,3\%$ ) основної групи мав місце спектр з порушеним розслабленням лівого шлуночка (порівняно з 5 пацієнтами групи порівняння  $33,3 \pm 5,4\%$ ;  $p = 0,05$ ). Нормального типу діастолічної функції у дітей з пневмонією на тлі БЛД виявлено не було.

Доведена кореляція псевдонормального типу діастолічної дисфункції ( $r = 0,643$ ;  $p < 0,05$ ) та порушення релаксації міокарда лівого шлуночка ( $r = 0,786$ ;  $p < 0,05$ ) з дифузною крепітацією / дихальною недостатністю асоційованих з тяжким перебігом пневмонії на тлі бронхолегеневої дисплазії.

Висновки: 1. Для дітей з тяжким перебігом пневмонії на тлі бронхолегеневої дисплазії характерна дилатація лівого передсердя як наслідок гіперволемії малого кола кровообігу, псевдонормальний тип діастолічної дисфункції та порушення релаксації міокарда лівого шлуночка. Оскільки акцент заповнення лівого шлуночка приходився на фазу раннього заповнення, то кров у результаті порушень релаксації у цієї категорії дітей поступала до лівого шлуночка в обмеженому обсязі. Це було фактором

ризиком до скупчення надлишкової кількості крові в лівому передсерді до моменту систоли передсердя на тлі перевантаження малого кола кровообігу об'ємом, що сприяло затримці рідини в інтерстиції. 2. Пацієнти з пневмонією з легеневою гіпертензією на тлі бронхолегеневої дисплазії потребують діуретичної терапії для лікування затримки рідини в інтерстиції, обумовленого перевантаженням об'ємом малого кола кровообігу та діастолічною дисфункцією лівого шлуночка.

## ЮВЕНІЛЬНИЙ ІДІОПАТИЧНИЙ АРТРИТ У ДІТЕЙ: АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ДАНИХ

Трендовацька Н. І.

ДВНЗ Тернопільський державний медичний університет імені І. Я.

Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, Україна

Науковий керівник: Боярчук О. Р., д.мед.н., професор

Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) – це гетерогенна група захворювань, що об'єднує різні форми артритів невідомої етіології з дебютом у дітей віком до 16 років і тривалістю понад 6 тижнів.

Метою нашої роботи було дослідити особливості клінічного перебігу ювенільного ідіопатичного артрититу у дітей Тернопільської області.

Ретроспективно проведено аналіз 34 історій хвороб дітей з ЮІА, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Тернопільській обласній дитячій клінічній лікарні.

ЮІА з однаковою частотою зустрічався, як у обстежених хлопчиків, так і у дівчаток (по 50,0 %). Вік дітей становив від 2 до 17 років, найчастіше хворіли підлітки (14 – 17 років) – 14 (41,2%). Серед клінічних форм персистуючий олігоартрит спостерігали у 19 (55,9%), поширений олігоартрит відмітили у 2 (5,9%), поліартрит з негативним РФ – у 5 (14,7%), ентезит-асоційований артрит – у 6 (17,6%), псоріатичний артрит – у 1 (2,9%) та недиференційований артрит – у 1 (2,9%) дитини. Тривалість захворювання коливалася від 6 місяців до 10 років (в середньому – 5,3 роки).

Ураження колінних суглобів виявлено у 25 (73,5%), гомілково-ступневих – у 11 (32,3%), проксимальних міжфалангових – у 8 (23,5%), кульшових та п'ястно-фалангових – по 4 (11,8%), променево-зап'ястних – у 3 (8,8%), ліктьових – у 2 (5,9%), шийного відділу хребта - у 1 (2,9%). Гострий уевіт спостерігали у 1 (2,9%) дитини. Серед обстежених позитивний антинуклеарний фактор (ANA) виявлено у 15 (44,1%), HLA-B27 – у 2 (5,9%) дітей. Метотрексат отримували 27 (79,4%) дітей, 17 (50%) – нестероїдні протизапальні засоби, 3 (9,4%) - біологічні препарати (адалімумаб чи тоцилізумаб).

Висновок. Нами не виявлено статевих відмінностей ЮІА. Серед клінічних форм найчастіше виявляли олігоартрит, здебільшого з ураженням колінних суглобів.

## СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Умудова Н. А.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна.

Науковий керівник: Міщенко Т. С., д.мед.н., професор, завідувач кафедри  
клінічної неврології, психіатрії та наркології

Актуальність: Фібриляція передсердь (ФП) є одним з найбільш частих і небезпечних видів порушень серцевого ритму. Поширеність ФП в загальній популяції населення становить від 2% до 3%. Дані проведених досліджень показали, що ФП підвищує ризик розвитку інфаркту міокарда, мозкового інсульту. Однак, ще недостатньо даних про роль ФП у розвитку когнітивних порушень до деменції. Тому представляло інтерес дослідити особливості структурно-функціональних змін головного мозку у хворих з ФП.

Мета дослідження: Вивчити особливості клінічного перебігу та структурних змін головного мозку у хворих ФП.

Завдання: 1) вивчити клінічні особливості перебігу хронічної ішемії мозку у хворих з ФП;

2) дослідити структурні зміни головного мозку.

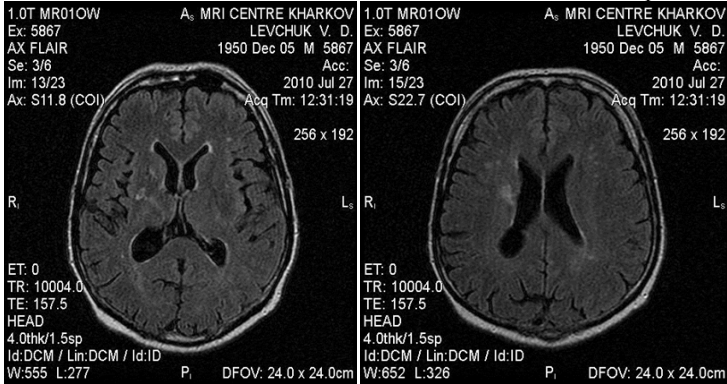
Методи дослідження: клініко-неврологічний, нейровізуалізація (КТ, МРТ), статистичний.

Результати: В дослідження було включено 16 хворих з постійною і пароксизмальною формами ФП у віці від 52-70 років. Хворі скаржилися на головний біль, запаморочення, хиткість при ходьбі, болі в серці, зниження пам'яті, уваги, швидку стомлюваність. При проведенні клініко-неврологічного обстеження виявлялися неврологічні симптоми і синдроми, які свідчать про наявність у них хронічної ішемії мозку - дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ) II стадії.

КТ і МРТ дослідження головного мозку дозволили визначити особливості структурних змін речовини головного мозку. У 56,2% хворих були виявлені множинні лакунарні «німі» осередки, які розташовувалися базально в корі лобової частки головного мозку. Ці осередки клінічно не виявлялися ознаками гострого мозкового інсульту, тому вони були позначені як «німі» інфаркти мозку. У 8 хворих (50%) обстежених спостерігалися зміни перивентрикулярного білої речовини - явища «лейкоареоза». У більшості

хворих виявлялися ознаки церебральної атрофії головного мозку. Наводимо приклад КТ, хворий В. 70 років, яка страждає ДЕ II ст. і ФП (малюнок 1).

Малюнок 1 - Хвора В., 70 років.



Візуалізуються множинні «німі» інфаркти мозку в базальних гангліях перивентрикулярно, «лейкоареоз».

Висновки: 1. ДЕ на тлі ФП часто супроводжується структурними змінами головного мозку у вигляді «німих» інфарктів мозку, «лейкоареоза», церебральної атрофії.

2. Виявлені структурні зміни є морфологічною основою для розвитку когнітивних порушень у хворих з ФП, що свідчить про необхідність проведення лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на запобігання розвитку інсульту і деменції у таких хворих.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПЛЕВРИТУ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Халімов Є. Г., Остапенко Д. М., Бутов Д. О.

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Актуальність: Нині епідемічна обстановка з туберкульозу в Україні залишається напруженою. Основною особливістю перебігу туберкульозного плевриту в людей літнього віку є різноманіття клініко – рентгенологічної картини. Тому метою нашого дослідження є вивчення туберкульозного плевриту в осіб похилого віку.

Матеріали та методи дослідження: Нами було проаналізовано 42 історії хвороби пацієнтів з туберкульозним плевритом, котрі знаходилися на лікуванні КЗОЗ ОПТД№1. Пацієнти були розділені на дві групи. У першу

групу входили пацієнти з туберкульозним плевритом після 60 років, у другу групу 23 пацієнти з туберкульозним плевритом до 60 років. В усіх хворих туберкульозний плеврит діагностовано без легеневої локалізації. Обстеження хворих включало об'єктивний статус, мікробіологічний та рентгенологічний методи дослідження, та дослідження ексудату з плевральної порожнини.

Результати: Було з'ясовано, що пацієнти з першої групи поступали в стаціонар в більш пізніші терміни, ніж пацієнти з другої групи в зв'язку з малосимптомним перебігом захворювання. Так, протягом першого місяця захворювання тільки 37% пацієнтів з першої групи поступили до стаціонару, в той час як з другої групи в цей термін поступило 67% пацієнтів. У хворих з першої групи синдром туберкульозної інтоксикації був менше виражений. У них рідше відмічалися такі симптоми як підвищення температури, нічна пітливість, зменшення маси тіла, менш виражений біль в грудній клітині на стороні плевриту, кашель часто супроводжується виділенням мокроти. Установлена часто присутня задишка. Менш інформативна в хворих з першої групи ІФА для виявлення АТ к МБТ. Позитивний результат дослідження сироватки крові в них складає 43%, ексудату – 39,7% в той час як у пацієнтів з другої групи 55,3% та 55,3% відповідно. Це свідчить про пригнічення імунної функції в організмі хворих. Рентгенологічний метод дослідження показав в 86% випадків наявність пневмосклерозу і пневмофіброзу, в 43% випадків наявність емфіземи, в 23% випадків застійні явища в легенях, менш виражену ексудацію в плевральну порожнину, ніж у пацієнтів з другої групи (47,4% и 63% відповідно)

Висновок: В результаті нашого дослідження ми зв'язували, що туберкульозний плеврит без легеневої локалізації в пацієнтів літнього віку (старше 60 років) характеризується нечіткістю клінічних, мікробіологічних та рентгенологічних проявів, що пояснюється зниженням імунної відповіді в організмі літньої людини.

### ЗАЛЕЖНІСТЬ XXI СТОЛІТТЯ

Харченко Л. В.<sup>1</sup>, Семеніхін В. С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна

<sup>2</sup>Харківський національний університет радіоелектроніки  
факультет Інфокомунікацій, Харків, Україна

Науковий керівник: Ніколенко Є. Я.<sup>1</sup>, д.мед.н., професор

Ігроманія, гемблінг, лудоманія, інтернет-залежність - терміни, які все частіше зустрічаються в сучасному житті, фіксуючи феномен хворобливого потягу до гри, нав'язливого бажання підключитися до Інтернету, за допомогою

яких відбувається заміщення життя віртуальною реальністю, в той час як дійсність стає обмежена лише задоволенням фізіологічних потреб, а в особливо важких випадках навіть відсутністю цих сигналів.

Актуальність теми дослідження обумовлена зростаючим різноманіттям комп'ютерних, азартних онлайн ігор і соціальних мереж, які залучають сучасних підлітків своєю зручністю і легкодоступністю. Високий рівень стимуляції і низький рівень фізичного навантаження є закликком для молодих людей.

За всесвітньою статистикою більше 90% осіб, які мають ігрову залежність, починають грати в підлітковому віці. Близько 50% населення зареєстровано в яких небудь соціальних мережах, а деяка частка навіть в декількох.

Метою дослідження було виявлення схильності до залежності молодих людей від комп'ютерних ігор і соціальних мереж для усунення залежностей і подальшої їх профілактики.

Методологічною основою дослідження була статистична обробка отриманих результатів анкетування 375 осіб, незалежно від статі, студентів I, II, IV курсів Харківського університету імені В.Н. Каразіна, середній вік яких склав 20 років. Дослідженням було запропоновано дати відповіді на питання, що відображають їх залежність від соціальних мереж і комп'ютерних ігор.

Результати дослідження. Виявлена процентна залежність від частоти і тривалості використання інтернет-ресурсів. Серед опитаних студентів 40% молодих людей присвячують комп'ютерним іграм більше 1 години свого часу щодня, 10,5% студентів грають більше 3 (від 3-7) годин на добу, що свідчить про наявність ігрової залежності.

Що стосується статистики залежності від соціальних мереж, отримано наступні дані: максимальна кількість людей, а саме - 62%, витрачають щодня від 3 до 5 годин на соціальні мережі, більше 5 годин в інтернеті проводять близько 20% студентів.

Таким чином, отримані результати виявляють схильність у 40% студентів до залежності від комп'ютерних ігор, а у 62% - від соціальних мереж, що вимагає аналізу причин даних залежностей з метою їх профілактики.

## ТРИХОТИЛОМАНІЯ. КЛІНІЧНА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ

Харченко Л. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна  
кафедра загальної та клінічної імунології та алергології  
Науковий керівник: Овчаренко Ю. С., к.мед.н., професор

Трихотиломанія (ТТМ) - є досить цікавою, недостатньо вивченою і мало знайомою лікарям багатьох спеціальностей нозологічною одиницею серед первинно обумовлених психічною патологією дерматозів. Дане захворювання уявляє собою нав'язливу звичку усвідомленого або неусвідомленого висмикування волосся, що призводить до появи невеликих або масштабних ділянок нерівномірного облісіння без характерного типового малюнка розподілу. ТТМ включається більшістю психіатрів у групу розладів контролю за потягами, що імпульсивно виникають, проте деякі автори відносять це захворювання до спектру obsесивно-компульсивних розладів. Коморбідність і феноменологія трихотиломанії розширює концепцію obsесивно-компульсивного розладу до спектру неадекватних, надмірних маніпуляцій зі своєю зовнішністю.

Актуальність теми. Проведені епідеміологічні дослідження показали, що ТТМ страждають 1-3,5% населення планети, серед пацієнтів переважають особи жіночої статі у віці від 11 до 16 років. Нерідко трихотиломанія поєднується з трихофагією (з'їданням вирваного волосся), оніхофагією (нав'язливим обкушуванням нігтів і прилеглих до них м'яких тканин), самоушкодженням шкіри.

Шкіра та її придатки добре іннервовані густою мережею аферентних сенсорних і еферентних автономних нервових волокон. Цей фактор важливий в патогенезі самоіндукованих дерматозів, тому що шкірний покрив часто стає фокусом зниження напруги і емоційно-регульованої поведінки, особливо під час стану збудження.

Мета дослідження: продемонструвати на реальних клінічних випадках актуальність даної проблеми, необхідність обстеження пацієнтів не тільки дерматологом, а й психіатром, виявити особливості, причини та передумови трихотиломанічних реакцій. Первинно хворі ТТМ звертаються до дерматолога, тому що не хочуть визнати у себе психічне захворювання і шукають інші причини втрати волосся.

Матеріали та методи. Протягом виконання роботи було проаналізовано клінічні випадки хворих трихотиломанією в рамках неврозу нав'язливих станів (obsесивно-компульсивного розладу), груп розладів контролю за потягами, що імпульсивно виникають, а також самостійного психоневрологічного розладу. Для уточнення діагнозу використовувався метод трихоскопії.

Отримані результати. Позначені два підходи до вирішення цієї проблеми: з боку ліквідації хронічної травматичної алопеції, яка розвивається в результаті нав'язливого стану, що зустрічається в дерматологічній практиці і з боку первинного психічного порушення, що вимагає обов'язкового психіатричного лікування.

Висновки. Трихотиломанія - таємниче і інтригуюче захворювання, яке мотивує до подальшого вивчення та ідентифікації ключових факторів розвитку даного патологічного процесу. Це буде сприяти розумінню потенційних механізмів хвороби і стане ключем до розробки ефективних методів лікування. З огляду на психодерматологічний профіль захворювання, ведення хворих ТТМ вимагає великих зусиль, досвіду і знань, терпіння і мультидисциплінарного діагностичного підходу.

## ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ КРОВООБІГУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЕРАПІЇ

Харченко Л. В., Толмачова С. Р.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Толмачова С. Р., к.мед.н., доцент кафедри педіатрії

Дослідження якості життя (ЯЖ) в педіатрії - унікальний підхід, що дозволяє принципово змінити традиційний погляд на проблему хвороби і хворого. Показники ЯЖ оцінюють не тяжкість перебігу процесу, а то, як пацієнт переносить своє захворювання.

Мета - вивчити параметри ЯЖ у дітей з патологією серцево-судинної системи в залежності від проведеної терапії.

У 71 пацієнта віком 15-18 років із захворюваннями органів кровообігу (диспластичні та вторинні кардіоміопатії, порушення ритму і провідності), що знаходилися в клініці ДУ «Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», вивчені показники ЯЖ за даними анкети SF-36, яка містить 36 пунктів, згрупованих у 8 шкал: фізичне функціонування, рольове фізичне функціонування, інтенсивність болю, життєва активність, соціальне функціонування, рольове емоційне функціонування, психічне здоров'я і загальний стан здоров'я. Показники за кожною шкалою мають значення від 0 до 100 балів. Групу контролю склали 75 підлітків того ж віку без соматичної патології. Статистична обробка даних проведена з використанням пакету прикладних програм SPSS 17.0. Підлітки поділялися на дві групи (у першу групу увійшли хворі, у яких фракція викиду була менш 50% та їм надавалася патогенетична терапія інгібіторами



ангіотензинперетворюючого ферменту, в другу - пацієнти, яким призначалася метаболічна терапія).

Середні параметри ЯЖ у обстежених основної групи коливалися від  $49,1 \pm 1,2$  бала до  $85,1 \pm 2,3$  бала, а в групі контролю - від  $64,6 \pm 1,3$  бала до  $87,6 \pm 1,8$  бала. У дітей із захворюваннями органів кровообігу виявлено зниження середніх показників психічного здоров'я ( $p < 0,001$ ) і збільшення показника ЯЖ за шкалою соціального функціонування ( $p < 0,02$ ), ніж у їхніх здорових однолітків. У хворих, у яких фракція викиду лівого шлуночка була нижче 50%, спостерігалася незначне зниження середніх параметрів рольового функціонування, що було обумовлено фізичним і емоційним станом, соціального функціонування і психічного здоров'я. Встановлено, що у дітей, які отримували патогенетичну терапію, значно вище середні параметри психічного здоров'я ( $p < 0,05$ ), соціального функціонування ( $p < 0,01$ ) і рольового функціонування, обумовленого емоційним станом ( $p < 0,05$ ), ніж у пацієнтів другої групи. У результаті проведеної терапії виявлено достовірне збільшення середніх показників психічного здоров'я в обох групах (до лікування -  $52,2 \pm 1,7$  бала, після призначення патогенетичної терапії -  $57,5 \pm 1,5$  бала, а метаболічної терапії - відповідно  $50,3 \pm 2,7$  бала і  $58,7 \pm 2,4$  бала). У динаміці спостереження (через 6 місяців) тільки у 20,0% підлітків з патологією серцево-судинної системи відзначалося достовірне ( $p < 0,01$ ) суб'єктивне поліпшення за двома показниками ЯЖ: психічному здоров'ю ( $53,7 \pm 1,3$  бала проти  $49,1 \pm 1,2$  бала) і загальним станом здоров'я ( $74,7 \pm 2,4$  бала проти  $65,4 \pm 2,7$  бала). Зниження показників якості життя у дітей через півроку не зареєстровано.

Таким чином, у дітей із захворюваннями органів кровообігу відзначається зниження окремих показників якості життя, найбільш значущими для них є психічний і загальний стан здоров'я. Унаслідок проведеної терапії у пацієнтів відзначається позитивна динаміка в поліпшенні показників психічного здоров'я.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КУРЕНИЯ С УРОВНЕМ НОВЫХ МАРКЕРОВ  
ВОСПАЛЕНИЯ ГАЛЕКТИНА-3 И  
P-СЕЛЕКТИНА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Хвисьок М. А.

Харьковская академия последипломного образования кафедра терапии и нефрологии, Харьков, Украина

Научный руководитель: Бильченко А. В., д.мед.н., профессор, ESC Professional Member, NFA Member, заведующий кафедрой терапии, нефрологии и общей практики – семейной медицины

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в течение многих лет является одной из ведущих причин смертности населения во многих экономически развитых странах. Многочисленные исследования программы и исследования направлены на уменьшение сердечно-сосудистой смертности. Что становится возможным за счет снижения «остаточного» сердечно-сосудистого риска, который в значительной мере определяется наличием системного воспаления – пускового механизма развития глобальной эндотелиальной дисфункции и атеротромбоза и может быть связана с повышенным риском развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с ИБС. В связи с чем ведется активный поиск новых биомаркеров воспаления, обладающих высокой прогностической ценностью у больных ишемической болезнью сердца и оценка возможных факторов риска, влияющих на активацию различных механизмов воспаления. По данным многочисленных рандомизированных исследований очень перспективным направлением является изучение новых биомаркеров воспаления для выявления пациентов высокого риска в популяции. Особое внимание требуют такие биомаркеры воспаления как P-селектин и галектин-3.

Цель работы изучить влияние курения (как фактора риска, влияющего на развитие глобальной эндотелиальной дисфункции) на уровни биомаркеров воспаления в плазме больных с ИБС.

Материалы и методы исследования. На базе Харьковской городской клинической больницы № 8 и Харьковской городской клинической больницы № 7 обследовано 72 больных. Большинство обследованных составляли мужчины — 58,9 % (42 человека), 41,1 % (30 человек) составили женщины. Возраст больных находился в диапазоне от 38 до 89 лет и в среднем составил ( $62 \pm 7$ ) лет. Группу контроля составили 30 человек с ИБС без сопутствующего сахарного диабета. Для постановки диагноза ИБС использовалась классификация Украинской ассоциации кардиологов. Всем больным проводили измерение артериального давления, УЗИ сердца, ЭКГ, а также изучались уровни новых биомаркеров воспаления в плазме: Галектина-3 и P-селектина у больных с ИБС в сочетании с сахарным диабетом 2 типа на базе Центральной научно-исследовательской лаборатории ХМАПО. Для

количественного определения Р-селектина был использован набор реагентов Humans P-selectin Platinum Elisa. Минимальная определяемая концентрация Р-селектина составляла 0,2 нг/мл. Для количественного определения человеческого Г-3 был использован набор «Человеческий галектин-3 Elisa» (eBioscience, США). Минимальная определяемая концентрация Г-3 составляла 0,12 нг/мл. Срок хранения образцов составлял не более 48 ч при t 2–8оС, замороженные образцы допускалось хранить в течение 6 мес. при t – 20оС. Статистический анализ данных проводился при помощи компьютерной программы Microsoft Excel 2013. Данные в таблицах представлены в виде  $M \pm m$ . Проведен корреляционный анализ полученных данных.

В группе курящих больных с ИБС выявлен недостоверно выше уровень Р-селектина по сравнению с некурящими больными (99,2±23,5 нг/мл, 88,2±37,1 нг/мл соответственно,  $p > 0.05$ ). Также отмечалось достоверное и значительное увеличение уровня hs-СРБ у курящих больных по сравнению с некурящими больными ИБС (7,2±2,9 мг/мл и 5,96±2,1 мг/мл соответственно,  $p < 0.05$ ). Изменения уровня Галектина-3 у курящих и некурящих пациентов не достигли достоверности.

Таблица 1.

Уровни биомаркеров воспаления в плазме курящих и некурящих больных с ИБС (M±m)

	<b>Р-селектин</b> (нг/мл)	<b>Галектин-3</b> (нг/мл)	<b>hs-СРБ</b> (мг/л)
Курящие (n=18)	99,2±23,5	11,06±3,7	7,2±2,9*
Некурящие (n=55)	88,2±37,1	12,4±3,93	5,96±2,1
Всего (n=73)	90,0±46,5	12,2±5,4	6,18±4,23

\* -  $p < 0.05$  достоверность различий в сравнении с группой некурящих больных ИБС.

Можно сделать вывод, что курение приводило к достоверному повышению уровня СРБ в плазме, что свидетельствовало о негативном влиянии никотина на системное воспаление в целом, существенного влияния на изменения уровней Галектина-3 и Р-селектина курение не оказывало.

ЛОКАЛЬНІ ЗМІНИ В ТКАНИНАХ І ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ  
РЕПАРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ ПРИ ОПЕРАЦІЯХ НА ШЛУНКУ І  
КИШЕЧНИКУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЕЛЕКТРОХІРУРГІЧНОЇ І  
УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДИСЕКЦІЇ І КОАГУЛЯЦІЇ

Хворостов Є. Д., Цівенко О. І., Бичков С. О., Гриньов Р. М., Олефіренко О. О.  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна

Дослідження присвячене проблемі зменшення інтра- та післяопераційних ускладнень у хворих з хірургічною патологією органів шлунково-кишкового тракту.

Мета дослідження - попередження інтра- та післяопераційних ускладнень, поліпшення результатів лікування хворих з хірургічною патологією органів шлунково-кишкового тракту на підставі комплексного вивчення особливостей електрохірургічного і ультразвукового впливу на тканини з метою дисекції і коагуляції.

Проведене дослідження включало експериментальну та клінічну частини. Експеримент проведено на 133 кроликах породи Шиншила. Залежно від обраного методу фізичної дисекції і коагуляції тварини були розділені на дві групи. У I - групу включені тварини, яким гастро, ентеро-і колотомії виконувалися монополярним електроскальпелем (МЕС), в II - групу тварини, у яких в якості інтраопераційного диссектора використовувався ультразвуковий скальпель (УЗС). Окремо виконувалася коагуляція судин електрохірургічною та ультразвуковою установками.

В експерименті вивчалися зміни, що відбуваються в результаті впливу різних дисекторів на тканини органів шлунково-кишкового тракту. Перш за все, проводилася макроскопічна оцінка, визначалася довжина деструктивних змін по лінії дисекції, комплексний патоморфологічний та імуногістохімічний аналіз. Відповідно термінів дослідження (3, 7, 14 і 30 добу), вивчали протяжність зони пошкодження, динаміку і умови перебігу репаративних процесів в області післяопераційних ран шлунка, тонкої і ободової кишки, завданих МЕМ або УЗС. В експерименті було встановлено, що ультразвукова дисекція і коагуляція характеризується контрольованим, щадним впливом на тканини, строго локальним ефектом, наявністю "біологічного зварювання" шарів органу, що розсікається і надійним гемостазом, зона латерального некрозу в 2,5 - 4 рази менше, ніж після застосування височастотних електрогенераторів. Електрохірургічний вплив призводив до великих некротичних і некробіотичних змін тканин, які прогресували ще протягом трьох днів після припинення впливу, до різкого збільшення прозапальних цитокінів, з переважанням протягом тривалого часу після операції. Крім цього репаративні процеси в зоні гастро-, ентеро-

колотомних ран протікали в умовах ішемії, зумовленої, в тому числі і високою інтенсивністю продукції ендотеліну - 1.

Клінічна частина робота виконана на підставі комплексного клініко-лабораторного та інструментального обстеження 701 хворих з різними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, які вимагали оперативного лікування. Пацієнти були оперовані з приводу виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, доброякісних і злоякісних пухлин II - III стадії шлунка, тонкої, ободової і прямої кишки.

Пацієнти були розподілені на дві групи. В основній групі (n = 194) використовувався УЗС, в контрольній групі (n = 507) виконувалися операції з МЕС, порівнювані групи були репрезентативні. Застосування УЗС в основній групі хворих виявило значні переваги даного методу перед використанням МЕС. Даний апарат дозволяв виконувати не тільки розсічення органів шлунково-кишкового тракту, а й їх мобілізацію, тим самим спрощуючи і прискорюючи операцію. Проведене дослідження показало, що завдяки застосуванню УЗС вдалося знизити кількість всіх післяопераційних ускладнень з 13,61% до 4,6%, в тому числі таких важких, як кровотеча із зони анастомозу (з 0,59% до 0) і неспроможність швів анастомозу (з 2,17% до 0). При цьому післяопераційна летальність знизилася з 6,11% до 1,55%, а післяопераційний ліжко-день, в середньому з 17,5 + 3,75 до 12,5 + 2,58.

## КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ СИНДРОМА ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Цибульський О., Душик А., Борзов В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Морозов С. О., к.мед.н., доцент

Одним із тяжких ускладнень цукрового діабету є формування синдрому діабетичної стопи (СДС), ускладненого інфекційним процесом.

Метою роботи є поліпшення результатів лікування пацієнтів з СДС шляхом використання комплексного лікування з включенням у програму терапії фізичних методів лікування – ультразвукова кавітація (УК) в поєднанні з антисептиками широкого спектра.

Матеріал і методи: У дослідження було включено 35 пацієнтів жіночої та чоловічої статі у віці від 48 до 75 років з нейрон-ішемічною формою СДС ускладненою гнійно-некротичним процесом (основна група) і 15 хворих контрольної групи. Лікування проводилось за наступною схемою: дробова інсулінотерапія, метаболічна, антикоагулянтна, ангіо-,нейротропна та антибактеріальна терапія, активна хірургічна обробка гнійного вогнища,

ранні відновлювальні операції. Хворим основної групи терапію доповнювали УК гнійного вогнища у поєднанні з антисептиком Октенісепт, що дозволило в 1,5 рази пришвидшити появу «здорових» грануляцій. Показанням до призначення ультразвуку вважали результати бактеріологічного дослідження, які виявили мікробну полірезистентність до основних класів антибактеріальних препаратів, гнійно-некротичне виділення.

Висновки: В процесі проведення комплексного лікування інфекційних раньових ускладнень у хворих з СДС основної групи загоєння проходило більш якісно та в коротші терміни. Пропонована методика дозволяє підвищити ефективність лікування, зменшити терміни перебування хворих у стаціонарі, а також знизити кількість ампутацій.

## МОРФОЛОГИЯ И ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ОТВЕРСТИЙ ПОПЕРЕЧНЫХ ОТРОСТКОВ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ.

Цикало Д. Ю.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина,  
медицинский факультет, Харьков, Украина  
кафедра анатомии человека

Научный руководитель: Полстяной А. А., ассистент

Актуальность. Костную основу канала позвоночных артерий, играющих одну из важных ролей в кровоснабжении головного мозга, формируют поперечные отверстия шейных позвонков. Они обуславливают морфологические и физиологические предпосылки развития поражения вертебрально-базилярного бассейна. При этом, всё ещё недостаточно изученными остаются вопросы морфометрических характеристиках отверстий поперечных отростков шейных позвонков и их вариантная анатомия. Необходимость их изучения диктуется высоким уровнем смертности, вызванного нарушением кровообращения в системе позвоночных артерий.

Цель исследования. Изучить морфологию, вариантную анатомию, билатеральную асимметрию отверстий поперечных отростков шейных позвонков.

Материалы и методы. Исследования проводились на препаратах непаспортизированных шейных позвонков (n=224) взрослых людей из остеологической коллекции кафедры анатомии человека Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина. Позвонки с заметными патологическими изменениями были исключены из рассмотрения. Выполнялось определение фронтального и сагиттального размера правых и левых отверстий поперечных отростков, их формы, ориентации,

билатеральной асимметрии. Полученные данные были обработаны вариационно-статистическими методами.

Результаты. Изучение костных препаратов показало, что равные значения размеров правых и левых отверстий одного и того же позвонка, как правило, встречаются редко. Фронтальный диаметр отверстий преобладает над сагиттальным. Наибольшие размеры отверстий характерны для атланта и шестого шейного позвонка. Выявлено уменьшение размеров поперечных отверстий в каудальном направлении. Размеры отверстий в кранио-сакральном направлении изменяются неравномерно.

Форма и ориентация отверстий изменяется от овальной, вытянутой в косом направлении, под углом 35–50°, к овальной поперечно вытянутой. Затем форма отверстий приближается к округлой и изменяется до овальной, вытянутой в косом направлении, под углом 60–80°.

Продольный диаметр отверстий преобладает слева (39 % случаев), несколько реже (36%) – справа, и в 25% случаев билатеральная асимметрия не была выявлена. Для поперечного диаметра отверстий выявлено преобладание левого размера в 43 %, правого в 35 % и отсутствие асимметрии в 22 % случаев.

Одним из показателей вариантной анатомии шейных позвонков является удвоение поперечных отверстий. В ходе исследования удвоение было выявлено в 33% случаев: из них - в 21% случаев оно было односторонним, а в 12% двусторонним. Удвоение справа и слева отмечено соответственно в 61% и 39% случаев. Наиболее частое удвоение поперечных отверстий выявлено для шестого шейного позвонка.

Выводы. Таким образом, форма и ориентация отверстий поперечных шейных позвонков человека зависит от топографического расположения и изменяется в зависимости от уровня расположения позвонка в шейном отделе позвоночного столба. В строении отверстий наблюдается билатеральная асимметрия, чаще преобладают левые размеры над правыми. Удвоение отверстий отмечено в 31 % случаев, среди которых оно чаще носило односторонний характер.

## КЛІНІКО-ГЕНЕАЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕКЗОСТОЗНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ КІСТОК

Цьоміна А. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Федота О. М., д.біол.н.,  
професор кафедри акушерства і гінекології

Актуальність проблеми. В даний час в усьому світі відзначається стабільне зростання пухлинних і диспластичних захворювань скелета, етіологія яка заснована на мутації генів. Серед зазначених патологічних станів поширена екзостозна хондродисплазія в середньому спостерігається у 30 з 1000 осіб (Зоткін, А.В., 2009). Екзостозне захворювання кісток – спадкова патологія, яка пов'язана з аномалією розвитку кістково-хрящової тканини, в результаті якої на кістках формуються відростки різних розмірів і форм [МКБ 10 (Q78); ОМІМ 133700]. Захворювання в перше відзначається у дітей у віці 5-16 років. У 31% випадків екзостоз призводять до виникнення вторинних деформацій опорно-рухової системи. За даними літератури, тип спадкування патології аутосомно-домінантний. Пенетрантність близько 96% у жінок і 100% у чоловіків. Як кандидати описані гени екзостоксін - 1 (EXT1, ОМІМ 608177) локалізованого на хромосомі 8 і екзотоксін - 2 (EXT2, ОМІМ 608210) на хромосомі 11. EXT1 або EXT2 викликають цитоскелетних аномії в результаті накопичення актину і надмірного зв'язування альфа-актініна.

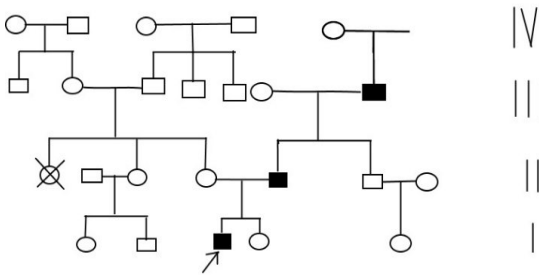
Мета і дослідження. Вивчити генетичні основи екзостозної хвороби кісток.

Матеріал і методи дослідження: Проаналізувати генеалогічну інформацію і історію хвороби, результати рентгенологічного, лабораторного досліджень чоловіка у віці 22 років з діагнозом «множинна екзостозна хвороба»

Результати та їх обговорення. З історії хвороби у пробанда множинна екзостозна хвороба з деформацією верхніх і нижніх кінцівок, кісток грудної клітини, обох лопаток і порушення функції колінних суглобів. При об'єктивному огляді екзостоз при пальпації визначаються як щільні утворення різної форми, безболісні, нерухомі, шкіра над ними не змінена. Рентгенологічна картина характеризується чіткістю меж кістково-хрящового утворення, округлої форми з наявністю «капелюшки».

Генеалогічний аналіз: Вивчена інформація про родичів I-III ступеня споріднення пробанда. Всі близькі проживали в одному селі. Спадковість пробанда обтяжена.





Прогноз для нащадків пробанда становитиме 50%.

Висновки. Імовірність розвитку патології у дітей 50%, при своєчасній діагностиці та адекватному лікуванні можливе запобігання ускладнень.

## КОМБІНОВАНІ ЛІКАРСЬКІ КОМПОЗИЦІЇ СИНТЕТИЧНОГО ТА ПРИРОДНОГО ПОХОДЖЕННЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ

Чакрам А. П.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Казмірчук В. В., к.мед.н., доцент кафедри педіатрії

Актуальність. Гострі кишкові інфекції (ГКІ) є найбільш розповсюдженими після респіраторних інфекцій та займають провідне місце в структурі дитячої захворюваності і смертності. Летальність від ГКІ входить в десятку основних причин смертності в світі і щорічно сягає майже 1,5 млн. випадків. ГКІ до цього часу представляють велику небезпеку для здоров'я дітей, особливо раннього віку, в яких часто виникають тяжкі форми перебігу хвороби з ускладненнями. В Україні, згідно із офіційною статистичною звітністю МОЗ, в структурі загальної інфекційної захворюваності ГКІ посідають друге місце (після грипу і ГРВІ) із щорічною кількістю зареєстрованих випадків від 96 до 107 тис. Серед хворих цієї групи діти становлять більше 70 %.

Мета роботи. Мікробіологічне обґрунтування розробки протимікробного засобу на основі синтетичних та природних сполук для лікування ГКІ у дітей.

Матеріали та методи дослідження. Використовувались фармако-технологічні (технології виготовлення нових протимікробних композицій з

антибіотиками, хіміопрепаратами та допоміжними речовинами у формі гранул), мікробіологічні (дослідження протимікробної активності зразків розроблених композицій щодо музейних та клінічних штамів збудників найбільш поширених захворювань шлунково-кишкового тракту бактерійного генезу, вивчення швидкості формування резистентності у *H. pylori*, *S. enterica*, *S. sonnei*, *E. coli* до найбільш перспективних протимікробних композицій) та математико-статистичні методи. У роботі використовувались штами мікроорганізмів лабораторії медичної мікробіології з музеєм мікроорганізмів ДУ «ІМІ НАМН». При проведенні досліджень використовували добові культури мікроорганізмів, які вирощували на відповідних поживних середовищах, зазначених в Державній фармакопеї України 1.

Результати дослідження. Нами було розроблено 15 зразків нових протимікробних композицій із напівсинтетичними, синтетичними антибіотиками і хіміопрепаратами (пеніцилінами, цефалоспаринами, макролідами, фторхінолонами, декамтоксином, нітазолом) та допоміжними речовинами природного походження (кислота сорбінова, натрія хлорид, гліцерин, пектин, целюлоза мікрокришталева, крохмаль, цукор) у формі водорозчинних гранул з високою біодоступністю.

Доведено повільне формування резистентності до цих композицій у клінічних штамів сальмонел, шигел та ешеріхій.

Для ерадикації збудників найбільш поширених захворювань шлунково-кишкового тракту бактерійного генезу запропоновано дві нові композиції, які характеризуються високою протимікробною активністю з повільним формуванням резистентності у патогенів та забезпечують захист слизової оболонки завдяки присутності допоміжних речовин природного походження.

Висновок. Зазначені композиції з протимікробною дією пропонуються для проведення наступних етапів випробувань, промислового виготовлення лікарських препаратів з подальшим застосуванням їх в педіатричній практиці.

## ПЕРФУЗИОННЫЙ ИНДЕКС КАК ИНДИКАТОР КОМПЕНСАЦИИ ГИПОВОЛЕМИИ И ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Чепелюк А. А.

Харьковский национальный медицинский университет  
Научный руководитель: Матвеевко М. С., ассистент кафедры хирургических болезней, оперативной хирургии и топографической анатомии ХНУ имени В. Н. Каразина

**Актуальность.** Проблема оценки волемического статуса у больных с сочетанной травмой, перенесших оперативное вмешательство, является крайне актуальной и отражает количество благоприятных исходов от лечения.

**Задачи и цели работы.** Авторами было предложено оценивать перфузионный индекс (ПИ) для определения степени наполнения периферического микроциркуляторного русла и результативности реанимационной терапии при компенсации гиповолемии, шока у больных с сочетанной травмой.

**Материалы и методы.** Рассмотрено 28 случаев поступления больных в крайне тяжелом состоянии (шок, ISS>18), при этом оценивалось состояние гемодинамики и перфузионный индекс с помощью пульс-СО-оксиметра (технология Massimo Set) на фоне проводимых лечебных мероприятий.

**Результаты.** При поступлении средние показатели гемодинамики составляли: САД =  $50 \pm 11$  рт.ст., ЦВД =  $10 \pm 5$  вод.ст., ЧСС =  $118 \pm 12$ . При этом ПИ составлял  $<0.25\%$ . На 6 часу после оперативного вмешательства на фоне агрессивной объемной терапии показатели гемодинамики составляли: САД =  $112 \pm 18$  рт.ст., ЦВД =  $45 \pm 15$  вод.ст., ЧСС =  $92 \pm 15$ . При этом ПИ составлял уже  $1.25 \pm 0.25\%$ .

**Выводы.** С помощью ПИ целесообразно оценивать степень компенсации волемического статуса у больных с сочетанной травмой. Рост перфузионного индекса соответствует улучшению гемодинамических показателей.

## ОСОБЛИВОСТІ МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ШЛУНКУ В ПІДЛІТКІВ ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Черногребель А. О.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Кашіна-Ярмак В. Л., к.мед.н., доцент кафедри педіатрії;  
Камарчук Л. В., к.мед.н., доцент кафедри педіатрії

Питання порушень моторно-евакуаторної функції (МЕФ) верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) на сьогодні є актуальними в дитячій гастроентерології, оскільки їм належить значна роль у розвитку захворювань системи травлення різного генезу. Навіть при наявності функціональних розладів вони значно погіршують якість життя пацієнтів, що потребує своєчасної діагностики та корекції. Золотим стандартом визначення МЕФ верхніх відділів ШКТ вважається радіоізотопне дослідження цієї області. Але в теперішній час воно мало доступне, тому ультразвукове обстеження завдяки своїм високим роздільним властивостям і швидкості дозволяє з високою точністю оцінити ці параметри, навіть при загостренні патологічного процесу. Ультразвукова візуалізація проводиться натще із дослідженням наявності та кількості вмісту. Після прийому контрастної рідини (500 мл кип'яченої води кімнатної температури) оцінюється характер заповнення шлунку рідиною, товщина стінок шлунку й їх пошарова диференціація, первинна евакуація, період напіввиведення, характер і частота перистальтичних хвиль, наявність або відсутність рефлюкса.

Проведено ультразвукове дослідження верхніх відділів ШКТ 54 підліткам 12-18 років, які проходили обстеження у зв'язку із наявністю диспепсичних скарг. За даними клінічних та інструментальних методів дослідження в 70,4 % із них було встановлено наявність гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРБ), в 29,6 % – функціональної диспепсії (ФД).

При оцінці об'єму шлунку натще в 42,6 % хворих відзначено його збільшення більше 40 см<sup>3</sup>, яке реєструвалося в 1,5 рази частіше в пацієнтів із ГЕРБ (47,4 %), ніж із ФД (31,3 %). За наявності ГЕРБ це збільшення в 58,8 % випадків співпадало із підвищенням кислотоутворюючої функції шлунку (тобто його можна вважати ознакою гіперсекреції). За ФД подібна ситуація відзначалася лише в 20,0 %, в інших випадках збільшення об'єму шлунку натще імовірно вказує на наявність базальної гіпотонії шлунку. Оцінка МЕФ шлунку проводилася за показником періоду напіввиведення рідини на 20-й хвилині дослідження, в середньому серед обстежених до цього часу відзначалася евакуація 36,9 % рідинного навантаження, за наявності ГЕРБ цей показник склав 35,7 %, за ФД – 39,7 %. Так звана «нормальна евакуація» 45-55 % випитої рідини визначалася не

більше ніж в чверті пацієнтів. Найбільш характерним (в 2/3 випадків) було сповільнення евакуації, яке реєструвалося практично з однаковою частотою незалежно від характеру патології, віку хворих і було притаманне дівчатам. У хлопців із ФД середнє значення періоду напіввиведення склало 43,0 %, що наближається до нормативних показників. Прискорення МЕФ шлунку відзначалося значно рідше, практично лише в інфікованих пацієнтів (24,0 % порівняно із 3,5 % у негативних хворих) як загалом по всій групі обстежених, так і за наявності різної патології. При аналізі характеру евакуації рідини із шлунку на 30-40-й хвилини дослідження встановлено, що її фізіологічна спрямованість зберігається лише в поодиноких випадках, а у більшості хворих реєструються різноманітні порушення, найчастіше – пролонговане сповільнення МЕФ.

Таким чином, результати дослідження підтверджують високу інформативність ультразвукового метода для оцінки моторно-евакуаторних здібностей ШКТ. Функціональна патологія гастродуоденальної зони в підлітків розвивається на фоні порушення МЕФ шлунку, частіше із сповільненням евакуації вмісту незалежно від форми патологічного процесу та віку пацієнтів, при цьому в частини хворих має пролонгований характер. Прискорення евакуації відзначається значно рідше, є більш характерним для пацієнтів молодшої вікової групи, інфікованих *Helicobacter pylori*.

## ВИВЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Чопей А. В., Феєр О. В., Стець Т. В.

Ужгородський національний університет медичний факультет, Ужгород, Україна  
Наукові керівники: Рогач І. М., професор, завідувач кафедри соціальної  
медицини та гігієни; Палко А. І., доцент

Вступ. Злоякісні новоутворення – одна з найважливіших медико-біологічних та соціально-економічних проблем охорони здоров'я в Україні. Злоякісні новоутворення (ЗН) призводять до інвалідизації населення у 21–25% випадків. Статистика говорить про те, що за останні 100 років за рівнем захворюваності та смертності в світі онкопатологія перемістилася з десятого місця на друге, поступаючись лише хворобам серцево-судинної системи. За даними ВООЗ, щороку знову хворіють 10 млн чоловік. Як стверджує ВООЗ, смертність від раку до 2030 року зросте на 45%, в порівнянні з рівнем 2007 року. Україна на другому місці в Європі за темпами поширення раку. Онкологічна захворюваність стабільно зростає на 2,6-3% на рік, і рак продовжує «молодіти». Далеко не кожен українець доживає до «свого раку», вмираючи від інших причин.

Мета роботи. Вивчити фактори ризику виникнення онкозахворювань та розробити наукове обґрунтування профілактичних заходів для зменшення поширеності даної патології.

Матеріали та методи дослідження. Нами був проведений порівняльний аналіз онкологічної захворюваності за 2015-2017 років по Україні та по Закарпатській області ([www.unci.org.ua](http://www.unci.org.ua)). Анкетно-опитувальним методом провели вивчення способу життя та інших факторів ризику в онкологічно хворих на базі Обласного онкологічного диспансеру. Кількість респондентів складала 115 осіб, віком від 35 до 73 років. Статистична обробка матеріальних досліджень проводилась з використанням програми Excel.

Результати. Результати дослідження свідчать про поступовий зріст онкозахворювання в Закарпатській області. Структура захворюваності та смертності від раку в 2015-2017 рр. не зазнала суттєвих змін порівняно з попередніми роками. Найбільшу питому вагу в структурі онкологічної захворюваності чоловічого населення України мали ЗН легені, передміхурової залози, шкіри, шлунка та товстої кишки, у жінок – ЗН молочної залози, шкіри, тіла та шийки матки і колоректальний рак. Виявлено, що 72% респондентів веде не здоровий спосіб життя: 67% - курить, 91% - не раціонально харчується, 5% систематично вживають алкоголь. Встановлено, що у 28% респондентів в анамнезі присутній спадковий фактор, ожиріння спостерігається у 18% проанкетованих.

Висновки. На основі результатів проведених досліджень, можна зробити наступний висновок:

1) Онкологічна захворюваність в Закарпатській області за 2015-2017 роки незначно виросла.

2) В нозологічній структурі онкозахворювань населення Закарпатської області перше місце посідає легені, молочна залоза, друге – передміхурова залоза, шлунок, ободова кишка, третє – товста кишка, коло ректальний рак.

3) Основні фактори ризику виникнення онкозахворювань населення Закарпатської області: спадковість, паління, систематичне вживання алкоголю, вплив на організм канцерогенів, ожиріння, нерациональне харчування, стресові ситуації, забруднене навколишнє середовище.

4) Необхідно розробити профілактичні заходи для зниження рівня онкозахворювань населення серед яких основне місце посідає пропаганда здорового способу життя, покращення стресостійкості людей та екологічної ситуації в області.

ПОРУШЕННЯ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ СИСТОЛІЧНОГО  
АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З  
АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Чугасва В. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Яблучанський Н. І., д. мед. н., професор, завідувач кафедри  
внутрішньої медицини

Артеріальна гіпертензія (АГ) є однією з серйозних проблем охорони здоров'я і найважливішим фактором ризику серцево-судинних захворювань. Це одне з найпоширеніших у світі людських хронічних недуг, з яким після 40 років стикається кожен 10-й, після 50 років - кожен 5-й, а після 60 років - кожна третя людина. За оцінкою фахівців різних країн світу, 20-25% дорослого населення індустріально розвинених країн страждає на АГ. Щорічно виявляється до 500 тис. хворих, 30- 40% яких не знають про своє захворювання. Якість життя (ЯЖ) - термін, який передає загальне почуття благополуччя, включаючи аспекти щастя і задоволеність життям в цілому і широко використовується в сучасній медицині. Проведені дослідження показали негативний вплив АГ на якість життя. У літературі, однак, є мізерні дані про вплив порушень добового профілю артеріальний тиск (АТ) на якість життя.

Метою дослідження було оцінити вплив порушення добового профілю систолічного артеріального тиску (САТ) на ЯЖ пацієнтів з АГ.

На базі Харківської міської поліклініки № 24 обстежено 75 пацієнтів з артеріальною гіпертензією у віці від 25 років до 76 років. У дослідження увійшли 26 (35%) чоловіків і 49 (65%) жінок. АГ 1 ступеня встановлена у 34 (45%) осіб, 2-го - у 18 (24%), 3-го - у 4 (5%), контрольована АГ - у 19 (25%); нічна АГ у 47 (63%). Вивчали ЯЖ пацієнтів за допомогою опитувальника SF-36. Методика дозволяє оцінити ЯЖ за допомогою 8 шкал, що характеризують фізичний, психологічний і соціальний функціонування, при цьому більш високі значення шкал відповідають більш високому рівню ЯЖ. Всім пацієнтам проводилося добуве моніторування артеріального тиску (ДМАТ) з використанням комп'ютерної системи «Кардіосенс» (ХАІ Медика, Україна) з осцилометричним методом вимірювання АТ. Всі учасники дослідження були розділені на 4 групи, в залежності від типу добового профілю САТ: група 1 - пацієнти з типом добового профілю САТ діппер - 33 (44%) особи; група 2 - нондіппер - 19 (33%) осіб; група 3 - найтпікер - 6 (8%) осіб; група 4 - овердіппер - 6 (8%) осіб. Оцінювали середні значення САТ і ДАТ в різні періоди моніторування та показники ЯЖ по 8 шкалах і порівнювали між собою в досліджуваних групах. Визначали середнє арифметичне (М), стандартне відхилення (Sd), медіану (Me) і довірчий інтервал (CI) для середнього.

Результати показали, що середні значення показників ЯЖ значно відрізнялися від 100% рівня «ідеального» здоров'я у всіх пацієнтів з АГ. Загальні показники психічного і фізичного здоров'я і усереднена оцінка ЯЖ у дїпперів, нондїпперів і овердїпперів були низькими і не перевищували 60-ти балів. У овердїпперів ці показники були дещо вище, але все ж набагато нижче 100 балів. ЯЖ за шкалами фізичного функціонування, соціального функціонування і шкалою болю найнижчим виявилось у нондїпперів і найтїкерів, а найвищим - у овердїпперів. Також у овердїпперів відзначалися найвищі серед досліджуваних груп показники за шкалами загального здоров'я, життєздатності та психічного здоров'я. У той же час ЯЖ за шкалою рольового фізичного функціонування у пацієнтів з цим типом добового профілю САТ виявилось найнижчим - трохи більше 30 балів. Методом багатьох порівнянь встановлені відмінності між групами нондїппер-овердїппер за шкалою соціального функціонування. Подальший аналіз показав слабкий прямий зв'язок (коефіцієнт кореляції Спірмена = 0,23) між ДНС САТ і ЯЖ за шкалою соціального функціонування на рівні статистичної значущості  $p = 0,04$ .

Зроблено висновки, що АГ негативно впливає на ЯЖ пацієнтів, причому ступінь нічного зниження САТ має прямий вплив на соціальну активність пацієнтів.

## ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА ЗМІНИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Шевченко В. О.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Бутова Т. С., асистент кафедри внутрішньої медицини

Актуальність. Тютюнопаління та ішемічну хворобу серця (ІХС) відносять до чинників ризику розвитку ускладнень серцево-судинних захворювань.

Мета роботи. З'ясувати вплив тютюнопаління на зміни ліпідного спектру (ЛС) у хворих на ІХС.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 42 пацієнта. До 1-ої групи входило 24 хворих на ІХС, які палили; до 2-ої – 18 хворих на ІХС, які заперечували тютюнопаління. Середній вік хворих у 1-ій групі  $53,5 \pm 1,4$  років, у другій –  $54,8 \pm 1,5$  років ( $p > 0,05$ ). Індекс пачко-років (ІПР) розраховували за формулою:

$$\text{ІПР} = \frac{\text{кількість цигарок, що випалюються в день} \times \text{стаж паління (роки)}}{20}$$



У 1-й групі ІПР дорівнював  $16,9 \pm 5,3$ . Ензиматичним методом визначали показники ЛС (ммоль/л): рівень загального холестерину (ЗХ), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) та холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ). Визначали середнє (М) та його відхилення (m) з використанням t-критерія Ст'юдента. Різницю вважали статистично достовірною за  $p < 0,05$ .

Отримані результати. З'ясовано, що у 1-й групі достовірно в більшій мірі спостерігались порушення ЛС: підвищення ЗХ, ТГ, ЛПНЩ та зниження ЛПВЩ. Так, у 1-й групі рівень ЗХ -  $7,01 \pm 0,16$ , ТГ -  $3,59 \pm 0,15$ , ЛПВЩ -  $0,71 \pm 0,04$ , ЛПНЩ -  $5,95 \pm 0,13$ ; у 2-й групі рівень ЗХ -  $5,05 \pm 0,17$ , ТГ -  $2,33 \pm 0,11$ , ЛПВЩ -  $1,09 \pm 0,02$ , ЛПНЩ -  $4,68 \pm 0,15$  ( $p < 0,05$ ).

Висновки. Таким чином, тютюнопаління за ішемічної хвороби серця викликає суттєві порушення ліпідного спектру, що сприяє прогресуванню вищезазначеної патології. Тому велика увага має приділятися роботі з профілактики шкідливого впливу тютюнопаління на перебіг ішемічної хвороби серця у осіб з цією патологією.

## ЖОВЧОВИТІКАННЯ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЙ ПЕЧІНКИ

Шевченко В. О.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Актуальність. Незважаючи на досягнуті успіхи у техніці оперативних втручань на печінці, ускладнення після резекцій печінки діагностують у 21 – 65,5 % прооперованих, а летальність коливається від 0,4 % до 32 %.

Мета роботи. З'ясувати основні причини та шляхи попередження жовчовитікання після резекцій печінки.

Матеріали та методи дослідження. Було виконано 44 резекції печінки з приводу різних об'ємних утворень. Обсяг операцій можна розподілити на 2 головних типи – економні та великі резекції. У групу економних резекцій – 28 (63,6 %) – було включено сегментектомію, бісегментектомію, трисегментектомію, а також неанатомічні резекції печінки. До великих резекцій – 16 (36,4 %) – віднесено операції з видаленням чотирьох та більше сегментів печінки.

Отримані результати. За результатами дослідження встановлено лише один статистично достовірний прогностичний фактор розвитку біліарних ускладнень – обширні правобічні резекції печінки.

Біліостаз після завершення дисекції контролювали прикладаючи марлеву серветку до зрізу печінки та прошиваючи виявлені ділянки підтікання жовчі. Потім проводили пробу (Whitetest) на герметичність

(ліпофундин 5 %). Емульсію (20,0 – 30,0 мл) вводили з вимірюванням тиску через куксу міхурової протоки або куксу пайової протоки. Виявлені ділянки підтікання емульсії додатково прошивали. В деяких випадках застосовували пластини «Тахокомб», які приклеювали тільки після досягнення остаточного біліостазу.

Зовнішнє дренування жовчних проток виконано у 23 (52,3 %) пацієнтів, черевну порожнину дренували у всіх хворих.

До біліарних ускладнень було зараховано скупчення або виділення жовчі по дренажу черевної порожнини, що трапилось у 9 (20,5 %) випадках.

Клінічна картина післяопераційних жовчовитікань була яскраво вираженою, а в її основі лежало масивне надходження жовчі назовні по контрольним дренажам у 6 (13,6 %) випадках, в 1 (2,3 %) випадку визначено внутрішньочеревне жовчовитікання (білома) і в 2 (4,6 %) – жовчовитікання було у вигляді жовчних норичь.

Спостерігається пряма залежність між частотою післяопераційних ускладнень та обсягом резекції печінки: при обширних резекціях частота післяопераційних жовчовитікань зростає втричі.

Висновки. Основними причинами жовчовитікань після резекцій печінки є жовчна гіпертензія та позапечінкове ушкодження правої пайової протоки, що при виконанні правобічних «великих» резекцій печінки є незалежним фактором ризику біліарних ускладнень.

Модифікована проба на герметичність жовчних шляхів з використанням жирової емульсії дозволяє знизити частоту жовчотечі.

Хірургічна тактика при жовчовитіканнях повинна бути диференційованою і залежати від причин та їх тяжкості. При жовчовитіканнях легкої та середньої тяжкості доцільним є комплексне консервативне лікування, а при жовчовитіканнях тяжкого ступеня необхідне виконання ендоскопічного та хірургічного біліостазу.

## ІНГІБІТОРНА КОАГУЛОПАТІЯ: ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ТА ЛІКУВАННЯ

Шевченко Н. І.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,

медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Козлова Т. В., к.мед.н., асистент кафедри загальної та клінічної патології

Актуальність: Набута інгібіторна коагулопатія – рідке автоімунне захворювання, що викликане утворенням імуноглобулінів (Ig) класа G, які зв'язуються з певними доменами на молекулі VIII фактора (VIII F) згортання

крові і частково або повністю пригнічують її коагуляційні властивості. Внаслідок цього порушується активація X фактора з подальшим розладом у системі коагуляції.

Мета: на прикладі клінічного випадку продемонструвати особливості диференційної діагностики та терапії інгібіторної коагулопатії.

Клінічне спостереження: Хвора Б. 33 роки, 05.11.2017 була госпіталізована до клініки ДУ «ІЗНХ НАМНУ імені В.Т. Зайцева» в тяжкому стані, з ознаками внутрішньочеревної кровотечі. Супутня патологія: післяродова інгібіторна коагулопатія. Хвора була оперована в ургентному порядку, однак післяопераційний період ускладнився коагулопатичною кровотечею, в зв'язку з чим була повторно оперована. Масивні гемотрансфузії та трансфузії СЗП виявилися малоефективними. Після лабораторного підтвердження наявності інгібіторної коагулопатії по подовженню в 2 рази АЧТВ і виявленню антитіл до VIII F призначена терапія у вигляді обхідного шляху активації коагуляції з використанням активованого рекомбінантного фактора VII, на фоні введення якого припинилась кровотеча та досягнута позитивна динаміка у лікуванні. 06.02.2018 р. хвора була виписна в задовільному стані.

Висновки: Своєчасна діагностика ланки пошкодження у системі гемостазу та використання обхідних шляхів активації згортання крові можуть бути ефективними у рятуванні пацієнтів із кровотечами, що загрожують життю.

## РЕЖИМ ХАРЧОВОГО РАЦІОНУ ТА ШКІДЛИВИХ ЧИННИКІВ – ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ СЕРЕД МОЛОДІ

Шепель В. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Ніколенко С. Я., д.мед.н.,  
професор, завідувачий кафедрою загальної практики - сімейної медицини

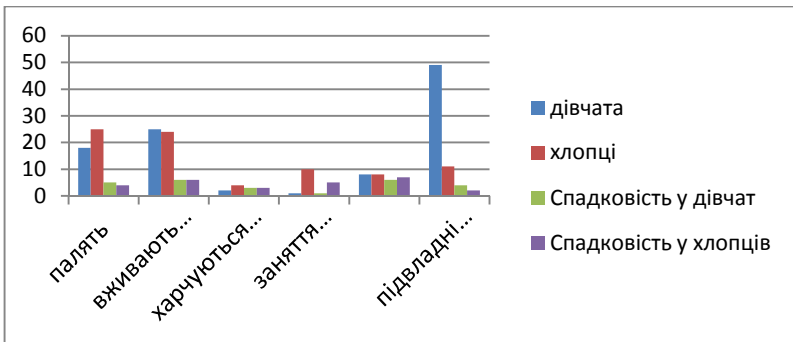
Актуальність: З кожним роком число хворих на цукровий діабет збільшується на 5-7% переважно середмолоді. Сьогодні стиль життя сучасної людини призводить до того, що одними з чинників ризику цього захворюванняєзначне вживання продуктів з підвищеним вмістом вуглеводів та жирів, обмежена фізична активність, зайва вага, психоемоційне та фізичнеперевантаження.

Мета дослідження. Вивчення режиму харчового раціону та виявлення чинників, що сприяють виникненню цукрового діабету у студентів медичних навчальних закладів.

Матеріал і методи. У дослідженні брала участь група осіб-107 чоловік (79- дівчат, 28- хлопців), віком від 17 до 20 років студентів. Результати були отримані за допомогою анкетування та оцінки антропометричних даних з особистих медичних карток. Обробка результатів проводилася за допомогою програмного забезпечення Microsoft Office XL 2011. Анкетування проводилося серед студентів медичного факультету ХНУ ім. Каразіна та ХОМК.

Результати: У дівчат вага коливалася від 60 до 85 кг, зріст від 150 до 170см, у хлопців від 50 до 65 кг та від 170 до 185см відповідно. Дівчата займаються спортом на тиждень 0-2 години, хлопці 5-7 годин. На протязі дня приблизно 8-9годин присвячують соціальним мережам та відеоіграм.

Дослідження показало, що більшість студентів веде малорухомий образ життя, особливо дівчата. Часто відвідують заклади швидкого харчування, наїдаються на ніч, «заїдають» поганий настрій або якісь проблеми. Значна кількість студентів відзначила, що за останній рік їх вага збільшилась та вони почали себе гірше почувати. 57 % студентів палять, 48 % вживають алкоголь.



13 респондентів (12%) відмітило, що їх близькі страждають на цукровий діабет. Багато часу проводять в Інтернеті, мало сплять та нерідко знаходяться у стані стресу. Більшість факторів, що викликають негативні емоції, пов'язані з подіями, які відбуваються в соціальних мережах.

Висновки. Таким чином, у групі ризику виникнення цукрового діабету значну роль серед дівчат відіграють спадковість, зайва вага та психічний стрес, серед хлопців – паління та вживання алкоголю.

## МІСЦЕВИЙ ІМУНІТЕТ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ НА ТЛІ СУПУТНЬОЇ ЛЕГЕНЕВОЇ ПАТОЛОГІЇ

Шило М. М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
стоматологічний факультет, Львів, Україна  
Науковий керівник: Смоляр Н. І., д.мед.н.,  
професор кафедри терапевтичної стоматології

Стан місцевого імунітету порожнини рота відображає загальну імунологічну реактивність організму на рівні слизових оболонок і проявляється місцевою продукцією антитіл. При виникненні запальних процесів в тканинах пародонта виникають імунологічні зсуви у показниках ротової рідини, що може свідчити про безпосередній вплив системних захворювань на стан органів ротової порожнини. Система цитокінів здорового пародонта знаходиться в рівновазі прозапальних  $\square$  протизапальних цитокінів.

Враховуючи, що цитокіни володіють прозапальною та катаболічною активністю, яка сприяє пошкодженню тканин пародонта, нами проведено вивчення основних факторів місцевого імунітету при запальних захворюваннях пародонта у дітей на тлі супутньої легеневої патології.

Проведено вивчення прозапального інтерлейкіну 1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ ), протизапального IL-4, а також таких місцевих факторів захисту ротової рідини, як секреторного IgA (sIgA), IgA, IgG та лізоциму (Lz), враховуючи, що стан місцевого імунітету порожнини рота відображає загальну імунологічну реактивність організму на рівні слизових оболонок і проявляється місцевою продукцією антитіл.

Обстежено дві групи дітей, у яких виявлено патологію пародонта, серед яких основну групу склали 76 дітей з патологією пародонта на тлі запальних захворювань легень (пневмонії) та 62 дітей з патологією пародонта на тлі алергічних захворювань легень (bronхіальна астма), які склали групу порівняння. Встановлено зростання рівня прозапального IL-1 $\beta$  у ротовій рідині при запальних захворюваннях пародонта у дітей як основної, так і групи порівняння з віком (від  $72,6 \pm 2,2$  пг/мл у 7-річних до  $156,3 \pm 1,63$  пг/мл у 15-річних; у дітей групи порівняння це зростання було менш вираженим (від  $66,4 \pm 1,8$  пг/мл у 7-річних до  $136,8 \pm 1,32$  пг/мл у 15-річних дітей, ( $p < 0,05$ ).

Вміст IL-4 у ротовій рідині обстежуваних обох груп зазнав зниження, але більш виражено у дітей основної групи, ніж групи порівняння – відповідно від  $26,3 \pm 0,5$  пг/мл у 7-річних дітей до  $14,8 \pm 0,2$  пг/мл у 15-річних дітей основної групи, та від  $28,8 \pm 0,8$  пг/мл у 7-річних до  $16,2 \pm 0,4$  пг/мл у 15-річних дітей групи порівняння, ( $p < 0,05$ ).

Вміст секреторного sIgA був вірогідно підвищений у дітей основної групи, порівняно з даними у дітей групи порівняння (від  $0,330 \pm 0,035$  г/л у 7-річних до  $0,480 \pm 0,049$  г/л у 15-річних дітей основної групи та від  $0,270 \pm 0,0168$  г/л у 7-річних до  $0,326 \pm 0,032$  г/л у 15-річних дітей групи порівняння, ( $p < 0,05$ ). Визначення рівня IgA у ротовій рідині виявило аналогічну тенденцію. Встановлене підвищення рівня IgG у дітей основної групи можна розглядати як фактор пролонгування запалення імунними механізмами. Визначення вмісту лізоциму (Lz) в ротовій рідині виявило, що як у основній, так і групі порівняння він знижувався залежно від віку і більш виражено у дітей основної групи.

Таким чином, отримані нами дані зростання рівня IL-1 $\beta$ , зниження рівня IL-4, збільшення вмісту sIgA, IgA, IgG та зниження рівня Lz в ротовій рідині у дітей з запальними захворюваннями пародонта на тлі запальних захворювань легень свідчать про більш виражене напруження секреторного імунітету, ніж при запальних захворюваннях пародонта у дітей на тлі алергічних захворювань легень.

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ФІБРОМІАЛГІЇ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВІКУ

Шмагун Д. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна.

Науковий керівник: Міщенко Т. С., д.мед.н., професор, завідувач кафедри клінічної неврології, психіатрії та наркології

Актуальність: Фіброміалгія (ФМ) в останні роки зайняла стабільне місце в ряду найбільш актуальних і складних проблем медицини. ФМ є однією з найпоширеніших форм хронічних больових синдромів, різко погіршують якість життя: 30% хворих втрачають працездатність, 5% стають дезадаптованими до повсякденного життя. Незважаючи на наявні дані в проблемі ФМ, багато питань клінічного перебігу захворювання, залишаються мало вивченими або дискусійними.

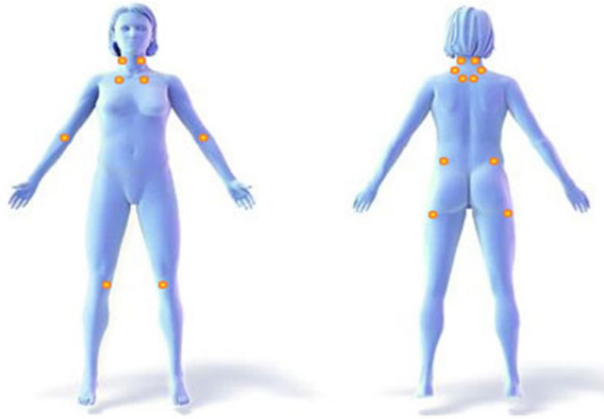
Мета: Вивчити особливості клінічної діагностики та перебігу ФМ у людей молодого віку.

Завдання: 1) визначити клініко-неврологічні особливості перебігу ФМ; 2) вивчити психоемоційні розлади у обстежених пацієнтів.

Методи дослідження: Клініко-неврологічний, психодіагностичний (шкала Спілбергера-Ханіна, шкала Гамільтона), статистичний.

Результати: Серед пацієнтів молодого віку з хронічним больовим синдромом в області спини було відібрано 15 хворих у віці від 20-32 років,

які відповідали критеріям американської асоціації ревматологів з діагностики ФМ і опитувальником FIRST. Серед обстежених було 10 жінок і 5 чоловіків. Наші дослідження показали, найбільш частою скаргою обстежених пацієнтів були дифузні болі в різних відділах шиї, грудного і попереково-крижових відділах хребта. 86,7% хворих скаржилися на швидку стомлюваність, зниження працездатності. Порушення нічного сну, тривожність спостерігалася у 73,3% хворих. Часті головні болі по мігренозному типу відзначалися у 5 жінок (33,3%) з ФМ. Рівень тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна коливався від 32 до 45 балів, що відповідало помірному. Депресія легкого ступеня відзначалася у 40%. У всіх пацієнтів при проведенні клініко-неврологічного обстеження виявлялися больові точки в кількості від 12 до 18 (малюнок 1), розташовані в різних відділах тулуба і кінцівок.



Малюнок 1 - Локалізація больових точок у обстежених хворих.

Висновки: 1. Найбільш характерними скаргами пацієнтів молодого віку з ФМ є хронічний біль в спині, швидка стомлюваність, тривога, порушення сну, депресія, головний біль. 2. Вирішальним в постановці діагнозу ФМ є наявність множинних больових точок від 12 до 18 в області тулуба і кінцівок.

## ФІБРИЛЯЦІЯ ПЕРЕДСЕРДЬ ЯК НАСЛІДОК ЗМІШАНОГО ТОКСИЧНОГО ЗОБУ: ЯК СЛІД ЧИНИТИ?

Шмагун Д. В., Рибчинський С. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
медичний факультет, Харків, Україна.

Науковий керівник: Яблчанський Н. І., д.мед.н., професор, завідувач кафедри  
внутрішньої медицини

**Актуальність:** Фібриляція передсердь (ФП) є однією з найбільш поширених форм порушень серцевого ритму. При вперше виявленій ФП низький рівень тиреотропного гормону (ТТГ) визначається у 18% пацієнтів. У пацієнтів зі змішаним токсичним зобом (ЗТЗ) ФП виявляється в 10-15% в порівнянні з 4% в загальній популяції.

**Мета роботи:** Показати особливості ведення пацієнта з ФП, викликаній ЗТЗ.

**Клінічний випадок:** Хвора Н., поступила зі скаргами на серцебиття, що триває годинами, рідко знімається прийомом метопрололу; перебої в роботі серця; задишку при незначному фізичному навантаженні, іноді в спокої; тяжкість за грудиною при ходьбі до декількох метрів, зникаюча мимовільно; підвищення артеріального тиску (АТ), екзофтальм; набряки голюк; пітливість; тремор рук; погану переносимість спеки; емоційну лабільність; швидку стомлюваність. Вважає себе хворою з 2009 року, коли з'явилася тахікардія, екзофтальм, було виявлено тиреотоксикоз, лікувалася за місцем проживання. Амбулаторно приймала метопролол, мерказоліл. Після 2014 лікувалася ситуаційно. З 2016 з'явилися напади серцебиття, посилилася задишка. З весни 2017 відзначає підйоми АТ до 200/90 мм рт. ст. Стан погіршився в останні 2 місяці - почастило серцебиття, посилилася задишка. У серпні 2017 з'явилася тяжкість за грудиною. З 08.09 по 19.09.17 була на стаціонарному лікуванні з приводу ЗТЗ за місцем проживання. Стан не покращився, в поліклініці знята електрокардіограма (ЕКГ) (21.09.17), зафіксована ФП, госпіталізована в 1 кардіологічне відділення ХКБ №1 на ЖД транспорті.

**Результат дослідження:** Загальний стан задовільний, положення активне; свідомість ясна; нормостенік. Зріст: 168 см, вага: 65 кг. ІМТ = 23,03 кг / м<sup>2</sup>; екзофтальм, широке розширення очних щілин, вкрай рідкісне моргання, порушення слезовиділення, запізнювання верхньої повіки при русі очі; щитовидна залоза (ЩЗ) збільшена, зоб І ступеня, виявляються вузлові утворення, м'якої консистенції; шкірні покриви чисті, звичайного кольору, тургор збережений, видимі слизові - блідо-рожеві, підшкірна жирова клітковина розподілена рівномірно; периферичні лімфовузли не пальпуються; кістково-м'язова система без особливостей. Перкуторно над легенями легеневий звук. Аускультативно дихання везикулярне, ослаблене в нижніх відділах; межі серця розширені вліво. Діяльність серця аритмічна,



тони серця приглушені. ЧСС = 139, Р = 128 уд / хв, дефіцит пульсу 11, АТ 140/90 мм рт. ст. ; живіт м'який, безболісний; Печінка у краю реберної дуги; фізіологічні відправлення без особливостей (зі слів пацієнта); набряки до нижньої третини гомілок. Лабораторні дослідження: тиреотропин <0,05 мкМО / мл. ЕКГ при надходженні: ФП, тахісістоія, ЧСС 139 уд / хв. ЕКГ на другий день в стаціонарі: ритм синусовий, правильний. ЧСС 78 уд / хв. Ультразвукове дослідження (УЗД): Гіперплазія ЩЗ з дифузно-вузлуватими змінами. Зміна ехоструктури тканини по типу аутоімунного тиреоїдиту. Клінічний діагноз: ЗТЗ, III ст, важкий перебіг, стадія декомпенсації. Тиреотоксическая кардіоміопатія. Ендокринна офтальмопатія, I ступінь. Артеріальна гіпертензія III стадії, 3 ступеня. Неускладнений гіпертонічний криз (17.03.2017). Вперше виявлена ФП, пароксизмальна форма, тахісistolічний варіант (Пароксизми ФП 21.09.2017, 09.10.2017) на фоні тиреотоксикозу. EHRA II, CHA2DS2-VASc-3, HAS-BLED-1. СН II А ст. із збереженою систолічною ФВ ЛШ, NYHA III. Високий ризик.

Висновки: У хворих ЗТЗ ФП виявляється в 3 рази частіше, ніж у загальній популяції. Даний клінічний випадок демонструє, що недотримання лікарських приписів і відкладене лікування призводить до ускладнень, які можна було уникнути.

## КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ ОРГАНІВ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ

Шнейдерман С. І.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Проценко О. С., д.мед.н., професор, завідувач кафедри  
загальної та клінічної патології;

Шаповал О. В., к.мед.н., доцент кафедри загальної та клінічної патології

Актуальність. Частота народження дітей з вадами розвитку травної системи, за статистичними даними різних джерел, коливається від 3 до 20 на 1000 пологів. Проявами порушень ембріонального розвитку травної системи є стани, що становлять загрозу здоров'ю та життю.

Мета дослідження. Вивчити основні види аномалій розвитку травної системи.

Задачі дослідження. Визначити можливі чинники та клінічне значення порушень внутрішньоутробного розвитку структур травної системи.

Матеріали та методи. Аномалії розвитку травної системи було вивчено за даними літературних джерел.

Отримані результати. Згідно з класифікацією, в основу якої покладено анатомо-фізіологічний принцип поділу тіла людини на системи органів, серед вроджених вад органів та систем вирізняють вади органів травлення. Часто аномалії внутрішньоутробного розвитку є складовою множинних вроджених вад (хромосомних та генетичних синдромів).

Вроджені вади травної системи підрозділяються на вроджені вади кишкової трубки; вроджені вади, пов'язані з порушенням повороту кишечника; вроджені вади похідних кишкової трубки; вроджені вади судинної системи шлунково-кишкового тракту; вроджені аномалії іннервації шлунково-кишкового тракту.

Порушення розвитку травної системи можуть викликати несприятливі екзогенні фактори чи комбінація спадкових та тератогенних впливів.

Проявами аномалій кишкової трубки можуть бути агенезія, гіпоплазія, гіперплазія, подвоєння, атрезія та стеноз її ділянок, персистування ембріональних структур та гетеротопія. З передньої кишки розвиваються стравохід, трахея, шлунок та частина дванадцятипалої кишки. У верхній частині передньої кишки виникає перегородка між примітивним стравоходом і трахесою. Внаслідок порушення процесу закладки цієї перегородки виникають аномальні сполучення між трахесою та стравоходом. Середня кишка є джерелом утворення відділів кишкового тракту, що лежать нижче впадіння загальної жовткової протоки. Залишки цієї протоки, стеноз чи подвоєння сегментів кишки є поширеними вадами розвитку цього відділу травної системи. У результаті порушень розвитку структур, що є похідними задньої кишки, може зберігатися задньопрохідна мембрана, що зумовлює анальну атрезію. Атрезії та стенози шлунково-кишкового тракту у 52,1% випадків ізольовані, у 47,9% є компонентами множинних вроджених вад розвитку. За наявності синдромів Патау, Едвардса, де Ланге можуть спостерігатися гетеротопії різних тканин, клінічними проявами яких можуть бути розвиток виразок та кровотечі.

У загальній структурі вродженої патології органів травної системи переважають різні види кишкової непрохідності та виразково-некротичний коліт, для якого характерні високі цифри летальності.

Висновки. Чинники, що викликають порушення внутрішньоутробного розвитку травної системи, характеризуються різноманітністю. Також різноманітними є види вад та аномалій розвитку органів травної системи. Серед клінічних проявів порушень ембріогенезу вирізняють симптоми порушення функції органів травної системи, а також інших систем організму за наявності поєднаної патології.

**МАЛОІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ КІСТ ПЕЧІНКИ**

Щепанський С. О., Рябущенко Д. Д.  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
медичний факультет, Харків, Україна  
Науковий керівник: Бичков С. О., д.мед.н., професор

Ціль дослідження: розробка нових малоінвазивних методів лікування кіст печінки (КП)

Матеріали та методи: У 29 хворих виконані малоінвазивні методи лікування з приводу непаразитарних КП.

Діаметр КП складав від 5 до 14 см, 19 кіст локалізувалися в правій (V, VI сегменти) і 10 – в лівій долях печінки (III, IV сегменти). На діафрагмальній поверхні кісти знаходилися у 19 хворих і на вісцеральній – у 10. Всі КП були солітарні та мали неускладнений характер клінічного перебігу. У 24 хворих кісти поєднувалися з жовчокам'яною хворобою (ЖКХ).

При поєднанні КП з ЖКХ фенестрація кісти проводилася спільно з лапароскопічною холецистектомією. Лапароскопічна методика лікування КП заключалася в висіченні вільних оболонок з деепітелізацією частини кісти, що залишилася діатермокоагуляційним гудзиком (6 хворих) та кріоаплікатором. Після електрохірургічної обробки частина кісти, що залишилася представляла собою суцільний учаток коагуляційного некроза, при використанні кріогенної обробки відмічався лише незначний набряк тканин з признаками запалення та відсутністю опікових ушкоджень.

Для виключення несприятливих наслідків високотемпературного впливу на тканину печінки, нами у 19 хворих була застосована кріогенна обробка частини кісти, що залишилася. В порожнину кісти встановлювали кріоаплікатор власної конструкції. Кріовплив проводили протягом 5-7 хвилин при температурі  $-89^{\circ}\text{C}$  зі швидким подальшим відтаванням. Ні в одного з хворих, яким була проведена кріогенна обробка порожнини кісти, в післяопераційному періоді ускладнень не спостерігалось.

При виконанні пункційно-дренажних втручань під контролем УЗД використовували - катетери типу Pig tail, перевагою яких є те, що дистальний кінець їх закручується у вигляді «поросячого хвостика», що не дає дренажу випасти з органа-мішені. Терміни видалення дренажів визначається при контрольних клінічних та сонографічних дослідженнях.

Результати лікування простежені в терміни від 8 місяців до 2 років під контролем УЗД. Рецидивів та залишених порожнин не виявлено.

Висновок: Лапароскопічна фенестрація КП з подальшою кріообробкою частиною, що залишилася і пункція з дренажуванням кісти під контролем УЗД являються ефективними методами лікування КП.

## АНАЛІЗ СУЧАСНОГО МЕТОДУ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЦИСТЕКТОМІЇ

Щолок Т. С., Онікова А. О.

Харківський національний медичний університет,  
кафедра хірургії № 2, Харків, Україна

Науковий керівник: Лесний В. В., к.мед.н., асистент

Актуальність. Серед сучасних методів ендоскопічної хірургії набирає популярність холцистектомія з єдиного лапароскопічного доступу (ХЄЛД).

Мета: проаналізувати особливості ХЄЛД на основі сучасних відкритих джерел літератури (PubMed, Google Scholar)

Матеріали та методи. Бібліографічний та аналітико-синтетичний методи.

Результати: ХЄЛД широко впроваджується у клінічну практику. Згідно з даними О.Ю. Іоффе (2015) ХЄЛД у період з 2010 по 2014 рік була проведена 88 хворим: середня тривалість операції складала (73,09±3,57) хв., з метою покращення візуалізації структур трикутника Кало та мінімізації ускладнень використовували додатковий 2-мм порт у 9 (7,63%) пацієнтів, ультразвукові ножиці. Ускладнення діагностовано у 2 (1,69%) хворих у вигляді сероми післяопераційної рани.

За даними В.І. Клименко (2015) виконано 102 операції: середній час операцій склав (40,6±4,8) хв., інтраабдомінальних ускладнень не було, виконана 1 конверсія через перифокальний злуковий процес. Низький відсоток ускладнень обумовлений строгими критеріями відбору: індекс маси тіла <30 кг/м<sup>2</sup>, відсутність холедохолітіазу, раніше перенесених операцій на органах черевної порожнини.

Р. Vemulapalli (2011) за допомогою Multiple Instrument Access Port прооперував 205 пацієнтів, з них 6,8% з холедохолітіазом. Ускладнення виявлені у 8 (4%) пацієнтів: інфекція в рані (2 хворих), портова кила (6 хворих).

Висновок. Більшість дослідників повідомляють про переваги ХЄЛД (невиражений больовий синдром, відсутність інтраабдомінальних ускладнень, задовільний косметичний ефект), труднощі, які виникають під час візуалізації біліарних структур усуваються удосконаленими комерційними системами для єдиного лапароскопічного доступу, використанням трансабдомінальних підтримуючих швів жовчного міхура.

## SUICIDAL IDEATION AND PHARMACOLOGICAL METHODS OF CONTROL OF BEHAVIORAL REACTIONS

Andreev I. German

Mental Health Center "Maale Carmel", Tirat Carmel, Israel

Research adviser - Frankfurt Ora, MD

Treatment-related suicidal ideation and behavior (SIB) adverse events are under increasing public, legal and regulatory scrutiny. Prospective assessment of SIB is emerging as a challenging safety requirement by health authorities for the development of drugs but the underlying risk factors remain ill defined. To help with the understanding of risk factors that trigger a prospective assessment of SIB in clinical trials, we present an industry consensus framework for risk assessment and decision making of SIB during drug development. Application of this strategy is based on chemical and pharmacological similarities of compounds with clinical evidence of suicidal intent, target or indication classes associated with high incidence of SIB, in vitro neuropharmacological activity profile, in vivo ADME properties, patient population of the underlying indication and regulatory precedents.

**Methods:** The literature regarding SI/SB in persons with cognitive impairment or dementia was reviewed by an Israel Psychiatric Association Taskforce with emphasis on epidemiology, classification, assessment, and regulatory requirements.

**Results:** Gaps in our knowledge were identified, challenges discussed and recommendations for future work provided.

**Discussion:** Currently available SI/SB data do not provide adequate understanding of its epidemiology, identification, assessment, or management. The growing interest of this issue requires greater attention from clinicians and researchers on tactics and assessment tools to meet these needs.

## CINICAL CASE: ATRIAL FIBRILLATION AS A CONSEQUENCE OF AN ATRIAL SEPTAL DEFECT

Ali Fadel Al Mahafzah

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisors: M. I. Shevchuk, candidate of medicine, associate professor;

S. V. Rybchynskiy, assistant

**Introduction:** Atrial Septal Defect is a congenital heart disease similar to the passage between the upper heart of the atrium (atrial). Its etiology is unknown, whereby females are generally more frequently affected than males. Treatment in this case is surgical closure of this defect. This defect leads to dilatation of both atrial cavities and the absence of a complete electrical transfer coming out of the

atrial node to the ventricular node causing the arrhythmia at the upper chambers of the heart.

Presentation Status: This patient was chosen as we found him to be a good, exciting and rare example of presenting this condition as a clinic case.

The study involved a 69-year-old man with a headache mainly associated with hypertension (blood pressure destabilization), chest pain (pressing pain) around left rib cage (at changing of body position), dyspnea (shortness of breath during everyday activities), palpitations, heart failure and emotional stress.

In 2005, the patient was taken to the hospital in the City of Kharkov with the following complaints (dyspnea, fatigue, chest pain, palpitations); the tests showed that the patient suffers from congenital defects and was transferred to the clinic of Kyiv to undergo surgery. Plastic surgery to repair the defect with pulmonary Cardiopulmonary bypass (CPB) on 05.10.05 was successfully carried out. Subsequently treated as an outpatient. In July 2013, the first atrial fibrillation was recorded. After the examination, it was made a decision on preparing the patient to electrical cardioversion. It was noted for 3 times in the anamnesis; the 1st time on 08.08.13 it was successfully performed to restore sinus rhythm; the 2nd time was in May 2014, with a regular hospitalization, the atrial fibrillation in patient was noted again and after the examination it was made a decision to carry out cardioversion in December 2014 and the 3rd time was in January 2015; in both last two times the sinus rhythm was successfully restored. However, after 4 months the arrhythmia recurred, the disease was diagnosed and treated (in order to prepare the patient, it was necessary to use the medicine Dabigatran 150 mg for electrical cardioversion. On 12.07.17, the patient again suffered from symptoms of high blood pressure 160/100 (headache, dizziness, dyspnea) and was hospitalized, treated and diagnosed uncomplicated hypertensive crisis.

Physical examination showed a state of moderate severity. Active position. The skin is normal. Peripheral lymph nodes are not enlarged. The thyroid gland is not clearly defined. Musculoskeletal system without symptoms. Percussion above the lungs is a pulmonary sound. Auscultatory breathing is a vesicle, but a weakness has been observed in the lower part of the lung. The border of the heart shifted to the left. Cardiac activity irregular, cardiac tones are muffled. Accent II on the aorta. Pulse (68), HR (96) in (min), difference between them is 28. BP 140/100(mm Hg). Abdomen was soft, painless. The liver extends from the edge of the costal arch to 3-4 cm. Physiological functions without features.

In clinic was made a different tests (laboratory and instrumental): complete blood count (CBC), biochemical analysis, electrocardiography (ECG), echocardiography. The results were as follows: CBC showed decreased hemoglobin (123), Ht (34.6). increased ESR (20 mm / h) and total bilirubin (50.2). ECG showed Atrial fibrillation (tachysystole). Deviation from axis to the left. Incomplete blockade of the right leg of the fascia or Bundle branch. Echocardiography showed sclerotic changes in the walls of the aorta, valves of the

aortic and mitral valves. Myocardial hypertrophy of the left ventricle by concentric type. Dilatation of both atrial cavities. Signs of increasing pressure in the pulmonary artery PH (WHO Group I). Mitral regurgitation of the 1st degree. Tricuspid regurgitation of the 2nd degree.

Diagnosis: Stage II hypertension. Uncomplicated hypertensive crisis (12.07.17.) Hypertensive heart. Congenital heart defect. Atrial septal defect. plastic of the interatrial septum (05/10/2005). Constant form of atrial fibrillation, (electrical cardioversion 08/08/2013, 10/10/14, 16/01/2015), CHA2DS2-VASc-1 HAS-BLED 3. CH 11 A-B degree NYHA II FC with preserved systolic function of the left ventricle (EF-73%).

Treatment: The treatment was completed using the following medicines (anticoagulant: Rivaroxaban 20 mg. For hypertension: Valsartan 40 mg, Nebivolol 5 mg and Rosuvastatin 20 mg) to reduce the risk of atrial fibrillation and try to control the sinus rhythm.

Discussion: Unfortunately, this defect was detected after the dilatation of both atrial cavities, but the surgery was able to reduce the risk of atrial septal defect.

## ASSESSMENT OF THE POSSIBILITIES OF B-MODE ULTRASONOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF CERVICAL INTERVERTEBRAL DISCS HERNIA IN ADOLESCENTS

Roman R. Abdullaiev, Konul N. Ibragimova  
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education  
Department of Ultrasound Diagnostics, Kharkiv, Ukraine

Objective: To improve the efficiency of cervical intervertebral discs hernia by determining the ultrasound biomarkers.

Materials and methods: The study included 38 healthy adolescents with normal intervertebral discs and neurologic status and 21 person with the disc hernia. Ultrasonography (USG) was performed at the level of disks C2-C3, C3-C4, C4-C5, C5-C6, C6-C7, C7-Th1 in longitudinal and transverse projections. In axial section was performed the sagittal intervertebral disc and spinal canal sizes, the anterior dural space size, the width of spinal nerve canals.

Results: In 9 (42,9±10,8%) cases, the hernia was localized at the level of C5-C6, in 7 (33,3±10,3%) - C4-C5, in 2 (9,5±6,4%) - at the level of C2-C3 and C6-C7 C7, in 1 (4,8±4,7%) – at the level of C3-C4 respectively. In 13 (61,9±10,6%) cases the hernia had paramedian, in 5 (23,8±9,3%) cases – median, in 3 (14,3±7,6) cases – posterolateral localization. The paramedian hernia was significantly more frequently recorded than the posterolateral ( $P<0,05$ ) and median hernia ( $p<0.001$ ).

Conclusions: In adolescents in the cervical spine, paramedian hernia are most commonly found, which are most often localized at the level of both C5-C6 and C4-C5. The greatest narrowing and deformation of the spinal nerve canal is

observed by posterolateral and paramedian hernia, dural space – by median hernia respectively.

## CLINICAL CASE OF ULCERATIVE COLITIS IN A 7-YEAR OLD CHILD

A. O. Abebefe, H. K. Boateng

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Department of Pediatrics

Scientific supervisor: K. Voloshyn, associate professor

Inflammatory Bowel Diseases today are found more and more often in patients of young age. Ulcerative colitis, (UC) one of the inflammatory bowel disease, is characterized by remitting and relapsing episodes of inflammation and sores (ulcers) of large intestine mucosal layer and occasionally submucosal layer. Exact etiology still remains unknown but people with HLA-B27 are at a higher risk. The inflammation affects the colon in a retrograde and continuous fashion starting from the rectum and extending proximally.

Ulcerative colitis has been thought to have a low incidence Nigeria, due to few cases reported in comparison with Ukraine, but this condition may be commoner than hitherto thought. Late diagnosis, misdiagnosis and insufficient diagnostic instruments are some factors that lead to the rarity of this condition in Nigeria. Similarly, Inflammatory Bowel Disease is rare in Ghana. There have been scanty reports in the Ghana medical literature, but cases have been previously reported. Most common causes of diarrhoea in Tropical Africa are infections hence IBD cases in the community are probably missed. The prevalence of IBD in Ghana and Nigeria is not exactly known but IBD can affect physical growth, delay sexual development and retard education.

Few case reports of Ulcerative colitis in children is published in medical journals hence making this case a very interesting one. In this case report, we present findings in a 7 year old boy with complaints of pain in abdomen, defecations up to 4 times a day with bloody stools, weakness and lethargy. These symptoms started about 3 years ago. His general state was moderate, physical examination showed pale skin, pain during palpation in region of descending colon and sigmoid colon. Enlargement of the liver was up to 2 cm during palpation.

Laboratory findings were: Hb-118 g/l, ERS-32 mm/h, Leucocytes-10.000, level of transaminases (ALT and AST) was increased more than 3 times. Fecal markers of intestine inflammation – Calprotectin=727 (N= <50). Colonoscopy showed signs of inflammation in all observed parts of large intestine (such as edema and hyperemia of a mucosa), erosions in rectum with capillary bleeding, lack of glare. Ultrasound of an abdomen showed signs of hepatomegaly and changed structure of a liver.



The Montreal classification of Ulcerative colitis is by extent: E1 - Ulcerative proctitis, E2 - Left sided UC (distal UC) and E3 - Extensive UC (pan colitis) and by severity: S0 - Clinical remission, S1 - Mild, S2 - Moderate, S3 - Severe. According to all these results, the following diagnosis was made: Ulcerative colitis (proctosigmoiditis), moderate severity, activity II, exacerbation period.

Diagnostic procedures in IBD cases range from simple blood tests to barium x-rays and colonoscopy. Mostly, the diagnosis of active ulcerative colitis is established by finding characteristic endoscopic appearance of superficial ulceration as seen in this case report. Newer approaches like capsule Enteroscopy may be better suited in pediatric cases. Currently, no specific blood test to diagnose Ulcerative Colitis exist however research work has been reported on the development of two antibodies, perinuclear anti-neutrophil antibodies (pANCA) and anti-Sacchomyces Cerevisiae antibody (ASCA) as specific biomarkers. Calprotein biomarkers measured in stool could be a predictor for relapse and inexpensive screening.

This patient was given pathogenetic therapy with mesalazine and during the treatment period of 20 months his general condition improved. Last endoscopy showed no destruction of colon mucosa. Prognosis in UC is adverse and there can be more relapse in future.

## ALCOHOL CONSUMPTION AND TOBACCO USE AMONG UNIVERSITY STUDENTS IN KHARKOV, UKRAINE

Adelugba Taiwo Olorunfoba

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Scientific supervisor: V. Nesterenko

Introduction: Alcohol is a psychoactive substance with dependence-producing properties, widely known for its scientific, medical and industrial uses. Adults and young people consume alcoholic beverages for their psychoactive effects. This has made many to be addicted to its consumption. Consequently, the addictive effect of alcohol has culminated in a lot of mental and personality disorders that have posed serious threats to the society. The hazardous and harmful use of alcohol and tobacco use are the major global contributing factor to high mortality rates. According to the 2015 National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), 86.4 percent of people ages 18 or older reported that they drank alcohol at some point in their lifetime; 70.1 percent reported that they drank in the past year; 56.0 percent reported that they drank in the past month. An estimated 88,0009 people (approximately 62,000 men and 26,000 women<sup>9</sup>) die from alcohol-related causes annually, making alcohol the fourth leading preventable cause of

death in the United States. In 2014, alcohol-impaired driving fatalities accounted for 9,967 deaths (31 percent of overall driving fatalities).

The vulnerability of females to alcohol-related harm is a major public health concern because alcohol use among women has been increasing steadily in line with economic development and changing gender roles (Grucza et al., 2008; Wilsnack, 2013) and because it can have severe health and social consequences for newborns (Abel & Sokol, 1987; Lupton et al., 2004; Popova et al., 2013).

**Aim and objectives:** To know the prevalence of alcohol consumption and tobacco use among students in Karazin University, Ukraine.

**Materials and methods:** Data was collected through the use of questionnaire that was distributed to willing students at random. Questions were asked on whether one consumed alcohol or not, and if yes how many times they drank per week.

**Results and discussion:** Characteristics of participants

Options	absolute values	%
male	33	33
female	67	67
age (mean $\pm$ SD)	(20.48 $\pm$ 2.717)	
Ukrainian students	59	59
International students	41	41

Options	Male %	Female %
Consume alcohol alone	24.24	46.27
Smoke alone	0.00	2.99
Consume alcohol and smoke	3.03	19.40
Neither consume alcohol nor smoke	72.72	31.34

From this survey, it's quite obvious that the female subjects highly consume alcohol and use tobacco than their male counterparts. This is so, partly because many of the female subjects came from a background where they are use to smoking and drinking alcohol. Most of the males have foreign origin where smoking and drinking are not the norm. Consequently, the percentage of subjects that neither smoke nor consume alcohol was higher and even doubled among the male than their female counterparts. Perhaps, other reasons that could be responsible for high alcohol consumption and tobacco use among the female students are peer pressure from friends, bad examples from parents and other family members as they also consume alcohol and the absence of parents and guardians to caution their children (for international students as they are far from

home). Also we can infer that a greater percentage took alcohol as compared to smoking tobacco which makes alcohol a more common vice among students.

Conclusion: Cigarette smoking and alcohol consumption is becoming a public health concern. The combined rather than single use of alcohol and tobacco may produce a multiplicative or synergistic increase in, for instance cancer rates (esophageal cancer, oropharyngeal cancer, gastric cancer) and thereby add to the risk of negative health outcomes (De Leon et al 2007) The results suggest that consumption of alcohol was higher than that of tobacco. However the use of alcohol products and tobacco use was high among the females which suggested the traditional background and different environment that the ladies came from, compared to their male counterparts.

### CONSIDERATIONS IN USING BODY MASS INDEX (BMI) AS A MARKER FOR DETERMINING HEALTHY BODY WEIGHT

Adeola Tomilade Kayode

N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Introduction: The Body Mass Index (BMI), a majority of cases, is the primary indicator in assessing health when it comes to body weight. It is simply the measurement of the body weight in kilogram divided by the square of the body height, (kg/m<sup>2</sup>). However, it can be quite misleading since this index does not distinguish between weight resulting from muscle mass, body fat or bone.

Concept: In a comparison research, it was found that women have higher levels of body fat than men with similar BMI. The same can be said of older adults who are also more likely to have greater amounts of body fat than younger adults of the same BMI. In addition, highly-trained athletes usually present with a high BMI because of increased muscle mass. A subject's weight loss profile was derived in July and December using a more comprehensive

Dual-Energy X-ray Absorptiometry (DEXA) and the results were intriguing;

#### Result of Weight Loss in Subject A

	July	December	Results
Fat	33 kg	17 kg	-16 kg

Muscle	49 kg	52 kg	+3 kg
Overall Weight	82 kg	69 kg	-13 kg

From the above results, it is inferred that Subject A lost 16 kg of body fat but gained 3 kg of muscle mass leading to the overall weight loss of 13 kg. However, using BMI as a marker in determining body fat, it would be impossible to detect or measure muscle mass gained or even ascertain whether it was body fat or muscle mass that was gained or lost.

Conclusion: Although it can be an easy and useful tool for studying the overall weight of a given population, it is very important to consider the limitations of BMI. Other reliable and more accurate measures such as underwater weighing, skinfold thickness and waist circumference should be readily adopted as gold-standard for determining a healthy body weight.

#### LEFT VENTRICLE MURAL THROMBUS IN PATIENT WITH ANEURYSM AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

Adu Albert Asare

V. N. Karazin Kharkiv National University  
School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisor: M. I. Yabluchansky, Doctor of Medicine, PhD, Full Professor, Head of the Department of Internal Medicine;

O. S. Makharynska, candidate of medicine, associate professor; I. I. Oktiabrova, assistant

Cardiovascular morbidities remain one of the main leading causes of death in western society. One of the most feared complications is the occurrence of thromboembolic events (mostly cerebrovascular accidents) due to left ventricular (LV) mural thrombus formation. Risk factors for the development of LV thrombus are consistently irrespective of infarct treatment and include large infarct size, severe apical asynergy (ie, akinesis or dyskinesis), LV aneurysm, and anterior MI. (Weinsaft JW et al, 2011). Thrombus formation is not exclusively located apically; approximately 11% occurs at the septal wall and 3% at the inferoposterior wall. Several studies have reported a higher frequency of thrombus development in patients treated with  $\beta$ -blockers which could be related to the negative inotropic action of these drugs and thus increased blood stasis (Turpie et al, 1997).

The clinical case report focuses on a 72year old pensioner with a medical history of coronary arteries disease, myocardial infarction in 1993 and 20-years long

standing hypertension 170/90-100 mm Hg. In anamnesis: the patient denies smoking, alcohol abuse, sexually transmitted disease, familial history of cardiovascular disease. Patient is allergic to penicillin. The general condition of the patient is satisfactory and conscious. Percussion shows enlarged cardiac borders by 2cm to the left of the midclavicular line. Auscultation of the lungs revealed hard breathing and the heart showed diastolic murmur at the apex. Pulse is arrhythmic, 76bpm and blood pressure is 145 /80 mm Hg. Lipid profile shows dyslipidaemia with total cholesterol, VLDL and LDL markedly raised. Electrocardiography reveals postinfarction cardiosclerosis, ventricular extrasystolic arrhythmia and ST elevation in inferior and lateral wall leads. Complete blood count and biochemical profiles are unremarkable. Ultrasonography shows sclerotic changes of aorta, aortic regurgitation I degree, mitral regurgitation II degree, akinesia of LV apical segments and intraventricular septum with diastolic dysfunction of LV, moderate dilation of left atrium, chronic heart aneurism of LV with parietal thrombus. Also diffuse changes and fibrosis of pancreas parenchyma with calculous kidney disease and left sided pyeloectasia was seen on abdominal ultrasound. Final diagnosis was Coronary Artery Disease: stable angina III functional class, postinfarction cardiosclerosis (1993), chronic heart aneurism with mural thrombus. Mitral regurgitation II degree, aortic regurgitation I degree. Arterial Hypertension III degree, III stage, very high risk. Ventricular extrasystolic arrhythmia. Chronic Heart Failure IIIC stage with systolic left ventricle dysfunction (EF – 36%), III functional class by NYHA. The patient was subsequently managed and well treated which yielded a satisfactory results.

LV thrombus after MI is related to worse prognosis and increased thromboembolic risk (Erkan Yildirim et al, 2016). How these patients should be treated to prevent embolisation? Time of initiation and duration of dual-triple antithrombotic therapy should be adjusted according to the atherothrombotic, cardioembolic and bleeding risk of the patients. Our patient had dual therapy (fondaparinux and aspirin) due to HAS-BLED score result - 2-3 point.

Early assessment therefore plays vital role to diagnose the onset of LV thrombus formation and aneurysm because risk of thromboembolism and its life-threatening complications occurs early and increases progressively with a time.

---

**WEGENER'S GRANULOMATOSIS: TREAT A PATIENT NOT SYMPTOMS**

Aroyewun, Opeyemi Taofeek Ajewole Olamide Michael

V. N. Karazin Kharkiv National University

School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisor: O. S. Makharynska, candidate of medicine, associate professor;

M. M. Lebedinska, ass. Prof.

Granulomatosis with polyangiitis (GPA), previously known as Wegener granulomatosis, is a serious disease, mean survival time of untreated generalized GPA is 5 months due to renal or lung failure. GPA typically affects upper and lower respiratory tract with coexisting glomerulonephritis. Modern immunosuppressive treatments methods greatly improved patient outcomes and estimated median survival time to 21.7 years after diagnosis (J. Wojciechowska, 2016).

The clinical case report focuses on a 29 year old High school teacher that presented with sub-febrile fever (38OC), arthralgia (hands, ankle and feet), dyspnea and productive cough (viscous) and periodic palpitations. First time she was observed by otorhinolaryngologist because of complains on high temperature 38°C and nasal stuffiness and diagnosed with allergic rhinitis. Then our patient was treated several times in different hospitals without success with multidagnosed conditions as community-acquired pneumonia, reactive oligoarthritis, acute antritis, rhino-pharyngitis, polyneuropathy etc. Anamnesis morbi was unremarkable. This time she was admitted with complains on body temperature 38°C, ankles, hands, feet joints arthralgia, breathlessness, palpitation periodically, and periodical cough with viscous sputum. She was in a severe state. Pulse 140 beats/min. BR 26-30 /min, BP 120/70 mm Hg, SpO2 -94%. She had saddle shape nose deformity, pale and cyanotic skin and mucosae; swollen ankles joins with functional limitations. Chest examination: remarkable involvement of accessory breathing muscles. Lung auscultation: wheezing and rales in lower lung lobes. Cardiac examination revealed systolic soft murmur over all points of auscultation. Complete blood count showed anemia, leukocytosis, elevation of ESR. In urine analysis remarkable were leukocyturia, protein and hematuria. On Chest X-ray was defined emphysema, diffuse pneumosclerosis, in the right lower lobe- a focus of infiltration without clear contours. Currently in clinical practice diagnosis is usually based on presence of distinctive ANCA and possible biopsy of affected organ (Holle J.U., 2011). In our patient case ANCA titer was -1,05 U/l (N till 1,0). Also were high . CRP - 60 mg/l (N 0-5); rheumatoid factor -120 mU/l levels. Ultrasound reviled mitral regurgitation II degree. Pulmonary hypertension II degree. Chronic cholecystitis. Chronic pyelonephritis. Diagnosis of Wegener's granulomatosis with involvement of upper and lower respiratory ways, kidneys was made. After prescription of methotrexate with glucocorticosteroids

combination as initial immunosuppressive treatment patient's state significantly improved.

Otorhinolaryngologist is the first physician to contact for the majority of patients with GPA. This diagnosis must always be taken into consideration in patients with recurrent upper respiratory tract infections, otitis, mucosal ulcers and laryngitis. Proper and early diagnosis is crucial for imminent therapy implementation and allows avoiding irreversible organ damage.

## NEUROLOGICAL COMPLICATIONS OF SICKLE CELL DISEASE IN AFRICA

Akinpelu Olusewa Abigail

V. N. Karazin Kharkiv National University

School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Department of Clinical Neurology, Psychiatry and Narcology

Scientific supervisor: O. Merkulova, Doctor of Medicine, associate professor

**Actuality:** Sickle cell disease (SCD) is one of the most important single gene disorders of populations. In the United States, SCD affects about 72 000 people and 2 million are carriers. In Africa, more than 200 000 infants are born yearly with SCD. SCD and its variants are genetic disorders resulting from the presence of a mutated form of hemoglobin, hemoglobin S (HbS). SCD is believed to affect up to 3% of birth rate in some parts of Africa and is responsible for 50-80% of child mortality.

**The aim:** The aim of this abstract is to summarize the main neurological complications of Sickle cell disease in Africa.

**Materials and methods:** Clinical cases of SCD were collected and studied from Journal of Medical Case Reports. The information obtained were analyzed and certified with various medical articles on the subject from reliable sources like PubMed. Epidemiological data and facts on SCD in Africa were collected from African medical journals and checked with African Medical Medicus and PubMed.

**Results:** The most commonly reported complication of SCD in Africa is overt stroke. The vasculopathy of intracranial internal carotid arteries and proximal middle cerebral arteries leading to ischemia of brain tissues hence stroke. Other neurological complications of SCD include silent infarcts, intracranial bleeding, leukoencephalopathy, cerebral atrophy and impaired cognition.

**Conclusion:** Although the frequency of this complications cannot be properly determined in Africa because there is a rarity of prevalence studies. The studies available however proof that these complications begin early in life. These neurological complications though preventable and manageable are still a major cause of concern because of lack of proper study and diagnostic equipment in

hospitals. It is estimated that in Africa, 50-80% of children born with SCD die before the age of 5. So, mortality can decrease dramatically with newborn screening and better comprehensive care.

## DIAGNOSIS OF FETAL ECTOPY INTRA-UTERO USING NON-INVASIVE FETAL ELECTROCARDIOGRAPHY

Awobode Janet O., David Nsikak-Abasi M.

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Department of Obstetrics and Gynecology

Scientific supervisor: I. V. Lakhno, MD, PhD, associate professor

**Background:** Fetal arrhythmia (FA) is a term that suggests irregular abnormalities of the heart rate of a fetus. FA is benign in most cases and usually spontaneously re-establishes in utero or after birth. It can be responsible for fetal demise as it is often associated with fetal deterioration intra-utero. Fetal ectopy, a broad category of FA is defined as irregular rhythm due to early contraction. It has been associated with a number of cardiac diseases such as first and second degree atrioventricular (AV) block and long QT syndrome which are associated with poor prognosis for the fetus.

Prevailing diagnostic methods such as echocardiography and cardiocography while clinically useful are limited either due to their specificity or availability to identify FA. The non-invasive fetal electrocardiography (NI-FECG) is a promising method for the diagnosis of fetal ectopy.

The study was aimed to investigate the feasibility of the NI-FECG application for the diagnosing of FA.

**Materials and methods:** We present three retrospective case reports. Case reports comprise of a 22 year old gravida with gestational age of 31 weeks, a 29 year old gravida with gestational age of 23 weeks, and a 30 year old gravida with gestational age of 37 weeks respectively. NI –ECG tracing was obtained using the Cardiolab Babycard equipment (Scientific and research center “KhAI Medica”, Ukraine) in Kharkiv Municipal Perinatal Center.

**Results:** Conventional fetal monitoring methods based on ultrasonic mechanical mapping as well as the NI-FECG were used to detect FA. It was observed that the NI-FECG could support the detection of ectopic beats and the determination of their origin using the morphology of PQRST complex. NI-FECG was superior comparatively to ultrasonic methods because it reflected the primary bioelectrical processes in fetal myocardium.

In our case studies the absence of p-wave on the NI-FECG tracings in all ectopic complexes was a sign for ectopic contractions. Thus, NI-FECG could provide information on the origin of the ectopy thus allowing to distinguish



between premature ventricular, junctional and atrial contractions. In one reported case atrial flutter and second-degree AV block with conduction 2:1 were determined was diagnosed.

NI-FECG could enable morphological analysis of the tracing and, thus, provide additional information on the nature of cardiac anomalies. Therefore, monitoring of FA and fetal distress could be combined using NI-FECG. Especially, we showed how the study of the NI-FECG morphology could support the characterization of the origin of ectopy.

Conclusion: The study demonstrates, for the first time, the feasibility for the NI-FECG to support the detection of fetal ectopy and fetal AV block. In combination with current fetal monitoring techniques (cardiotocography and ultrasound imaging), NI-FECG could support clinical decisions.

## FLOW DIVERTING STENTS IN THE SETTING OF SUBARACHNOID HAEMORRHAGE

Szymon Baluszek

Clinical Department of Neurosurgery

Central Clinical Hospital of the MSWiA, Warsaw, Poland

Scientific supervisor: Michał Zawadzki, MD, PhD

Ruptured intracranial aneurysms are the leading cause of atraumatic subarachnoid haemorrhage (SAH). Aneurysmal SAH has a grim prognosis with 40 % mortality, 30% morbidity and 10% of patients dying before reaching hospital. Clinical grade scales - World Federation of Neurological Surgeons Grading System for SAH (WFNS) or Hunt Hess classification – are the most powerful prognostic tools. The current guidelines support treating all patients with aneurysmal SAH as soon as it is technically feasible by either clipping or coiling.

Flow diverting stents (FDS) have been initially used to treat complex, unruptured internal carotid artery aneurysms. Recently, FDSs were studied in other anatomical locations and had best results in small (<10 mm), unruptured, anterior circulation aneurysms. Implantation of FDS aims at causing immediate or delayed thrombosis of the aneurysm lumen and epithelialization of the stent surface, usually with preservation of perforating vessels. Unfortunately, the use of FDS can be associated with serious complications. Those include immediate and delayed aneurysm rupture, stent thrombosis and perforators infarcts. The concomitant use of dual antiplatelet therapy (DAT) is associated with haemorrhagic complications.

SAH causes significant change in the physiology of intracranial circulation, which is relevant to use of the FDS, increasing the bleeding risk and intraluminal pressure during vasospasm phase. Therefore, FDS implantation is considered only in specific clinical scenarios of aneurysmal SAH, mainly small, uncoilable lesions.

Blister-like aneurysms (BLAs) are example of such lesions. BLAs account for 0,5 to 2 % of intracranial aneurysms and cause significant morbidity and mortality. BLAs lack full arterial wall and are essentially blood clots covered solely by adventitia. Due to their fragility, numerous strategies, both endovascular and surgical, were applied in their treatment and the recent use of FDS is regarded acceptable in terms of complication rate and effectiveness.

Clinical records since 2013 to 2018 were screened for patients who underwent FDS implantation as treatment of bleeding aneurysm. Thirteen such patients with 15 aneurysms were identified. The majority of patients had Fisher Grade 3 SAH and median WFNS score was 2 with 4 patients were in groups 4 and 5. The mean age was 57 (range of 44-70) and all aneurysms were located on the internal carotid artery (9 in C6/C7 segment, 3 in C5 and 2 in C4), except one arising at origin of posterior inferior cerebellar artery.

All the ICA cases were primarily treated with FDS implantation without coiling and one patient required reintervention with coils. The case of the dissection at the origin of PICA was treated with FDS implantation with coils. The patients were pre-treated with DAP and the therapy was continued for 6 months. In the clinical follow-up 10 patients had modified Rankin score (mRS) 0-2, two had mRS 3 (primarily WFNS 5 and 3) and one, despite of initial neurological improvement, died due to the sepsis in the intensive care unit. The angiographic follow-up was available for 11 patients / 13 aneurysms. Eleven aneurysms were secluded from circulation and 2 were still filling but have decreased in size.

We present series of clinical cases associated with good outcomes in challenging cases of BLAs. The aim of this study is to share illustrative cases, including those of aneurysm growth and morphological evolution. Hopefully, this will lead to the improvement in care and outcomes in those challenging cases.

## MOLECULAR LANDSCAPE OF DIFFUSE GLIOMAS ASSOCIATED WITH SEIZURES

Szymon Baluszek

Laboratory of Molecular Neurobiology,  
Nencki Institute of Experimental Biology PAS, Warsaw, Poland;

Clinical Department of Neurosurgery,  
Central Clinical Hospital of the MSWiA, Warsaw, Poland

Scientific supervisor: Jakub Mieczkowski, PhD

Gliomas are the most common intra-axial brain tumours in most countries and age populations. Seizures associated with low grade gliomas (LGG) are common (70-80%) often constitute a presenting symptom and decrease life quality. Unfortunately, glioma associated epilepsy (GAE) is pharmaco-resistant in up to

70% of cases. Interestingly, existence of a distinct entity called isotypic astrocytoma was proposed in the past. It was associated with epilepsy and particularly long survival. Furthermore, oligodendroglioma and WHO grade II tumours correlate with both seizures and favourable prognosis.

To date, genetic polymorphisms in the genes responsible for interleukins and neurotransmitters signalling were associated with focal seizures. Nonetheless, genetic and molecular features of epilepsy associated with diffuse gliomas remain largely unstudied. This study aims at identifying genetic, epigenetic and immunological factors associated with seizures in those tumours.

Data analysis was performed with R programming language. The next generation sequencing (NGS), methylation, copy number alteration (CNA), mRNA and protein expression data of 493 patients with WHO grade II and III diffuse gliomas were downloaded from The Cancer Genome Atlas. The differently expressed genes were identified using Bayesian, Monte Carlo and edgeR quasi-likelihood pipeline methods. The biological entities (downloaded from Kyoto Encyclopedia of Genes and Genomes, Gene Ontology, Reactome, National Cancer Institute) affected in GAE were identified using FGSEA and ESEA packages. The identified targets were correlated with NGS, CNA and methylation data. Furthermore, cell subpopulations in the samples were assessed using xCell – a novel bioinformatic tool based on mRNA expression in cells sorted by flow cytometry.

The GAE tumours were less infiltrated by CD4<sup>+</sup> lymphocytes ( $p=5E-4$ ) and clustering based on Th lymphocytes, macrophages and neuronal populations yielded groups strongly associated with seizure history, survival, tumour grade and histopathological diagnosis (all  $p<.001$ ). Genes affected by transcription factors associated with MHC II expression (LCP2, RFXANK, RFXAP) were negatively correlated with seizure (all  $p<.05$ ). Differentially affected entities included interleukin, neurotransmitter signalling, extracellular matrix proteins, axon guidance, T lymphocytes kinases, protein kinase C and bone morphogenic protein (all  $p<.001$ ). Interestingly, genes targeted by neuron-restrictive silencer factor were differentially expressed in GAE. Furthermore, seizure-free cases were more often associated with hallmarks of malignancy like tumour necrosis factor  $\alpha$ , TP53 and hypoxia signalling. No single mutation or CNA was clearly correlated with seizures which illustrates complex immunological and biological landscape of GAE.

This study identified molecular and immunological features characteristic for GAE. It supports the notion that the favourable prognosis in the cause of GAE can be explained by biological differences in addition to the prompt diagnosis and treatment. We hope that molecular and immunological factors identified here will aid both symptomatic and causative treatment of GAE in the future.

---

## THE IMPORTANCE OF PINP IN BONE METABOLISM IN CHILDREN WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

Bamidele Abiola, Omonijo Blessing, N. N. Panko

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisor: N. O. Panko, PhD, assistant professor of Department of Pediatrics N 2

**Introduction.** Type I collagen with N-terminal propeptides (PINP) is used to investigate bone formation in adult especially due to cancer disorders, but a lack of appropriate reference data has hampered use of PINP in pediatrics.

**Aim.** Our aim was to determine the importance of PINP for patients with Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA).

**Materials and methods.** The study included 10 patients with JIA within 9 – 18 years old, there were 60% of female and 40 % of male. Assessment of children was based on physical, laboratory examination and instrumental tests. ECLIA method was used for the measurement of PINP. For statistic processing of the material Stagraphics 3.0 and Student-Fischer test were done.

**Results.** Investigated patients had JIA, there were 50% of children with poliartthritis and negative rheumatoid factor (RF); 20 % of patients had poliartthritis with positive RF; another 20 % of kids are classified as oligoarticular form and 10 % - enthesitis-associated arthritis. Disease duration ranged within 8 to 96 months. All patients are treated with “basic” therapy, such as NSAID, its average duration of taking was (56.00±39.19) months; average duration of Methotrexate taking was (21.00±35.94) months. Some patients were treated with immunobiological preparation during (1.67±2.25) months. Despite treatment radiological changes III degree by Steinbrocker score in 50 % of cases and IV degree in 30 % of kids were determined. The rate of PINP depends on age and gender. The level of PINP was ((378.78±370.80) µg/ml), serum calcium - (2.34±0.07) mmol/L and phosphorus (1.58±0.36) mmol/L, which were within normal range.

**Conclusion.** Patients with JIA had osteoporosis and radiological changes due to inflammation despite treatment. Measurement of PINP is not sensitive for determination of osteoporosis in children with JIA.

## CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION – WHEN IS IT TIME TO START?

Benyah Samuel

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Department of Internal Medicine

Scientific supervisors: O. V. Kanishcheva, ass. prof.; N. V. Zhuravka, ass. prof.;  
M. I. Yabluchansky, Doctor of Medicine, PhD, Full Professor,  
Head of the Department of Internal Medicine

Cardiovascular disease (CVD) prevention asks for a personalized approach, taking into account biological age, ethnicity, vitality and personal preferences. In a new guideline on CVD prevention, issued by the European Society of Cardiology (update 2016) the accessible and simple to use risk chart to estimate the short-term (10 years) risk of cardiovascular death remains the basis for the total CV risk approach for prevention.

The case centers on a 34 year old male patient who presents with a one month history of discomfort and pain in the left chest, with radiation to the left scapula and left arm, associated with nausea. Pain and discomfort occur both at rest and on exertion, relieved by 1-2 tablets of nitroglycerin. Review of systems discovered dyspnea at walking in ordinary pace, attacks of palpitations, increased fatigability, decreased tolerance to physical load, headache in right temporal area. Patient used to smoke for about 20 years, 20 cigarettes daily and has stopped smoking since February 2017. Current medication – Ticagrelor 90 mg BID, Acetylsalicylic acid 75 mg OD, Rosuvastatin 20 mg OD, Eplerenone 25 mg OD.

Complete and thorough investigations were done using instrumental diagnosis of ECG, EcoCG and Coronarography. Final diagnosis showed Coronary heart disease. Unstable angina, progressing. Postinfarction (13/02/17 posterior wall of left ventricle, Q-positive) cardiosclerosis. Atherosclerosis of coronary arteries. Balloon angioplasty and right coronary artery stenting (2 stents DES, 14/02/17). Direct DES right coronary artery stenting (14/12/17). HF II FC, stage C.

Further study of patients past medical history revealed dyslipidemia, type III by Fredrickson, with total cholesterol level of 9,2 mmol/l.

In conclusion, organizing broad CVD prevention is still a huge challenge in which the general practice plays an important role. Healthy people of all ages should be encouraged to adopt a healthy lifestyle. Patients with adverse lifestyle factors should regularly be counseled. CV risk is a continuum and requires an individual approach because atherosclerosis in everyone's own and can manifest quite early.

---

## MENINGITIS IN AFRICA

Blessings Charungwa

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Department of Clinical neurology, psychiatry and narcology

Scientific supervisors: O. Merkulova, PhD, associate professor

**Actuality.** Meningitis is one of the most common and dangerous forms of inflammatory neurological diseases. Especially it is important for African countries due to the humid weather, poor medical funding and little awareness of the severity of the disease. Other regions of the world experience lower overall rates of the disease than in Africa.

**Aim:** In our work we try show the peculiarities of meningitis in African countries. According to a study by WHO carried out in 2016, it was shown that an average person living in Africa is at a higher risk than most people due to the humid climate and sometime poor health care and living conditions.

**Materials and methods:** Meningitis is an acute infection primary affecting the arachnoids' and soft membranes that surrounds the brain and spinal code caused by viruses, bacteria and or fungi. It is amongst the leading causes of death in the sub Saharan Africa. The symptoms of the disease like nuchal rigidity, fever and petechial rash on the trunk and face appear and within 24 to 48 hours untreated or unattended is very dangerous and can kill. Africa is in need of help to eradicate this infectious disease.

**Results and conclusion:** According to Paediatric Bacterial Meningitis Surveillance Network, 2002, a total of 74 515 suspected cases of meningitis were recorded. Amongst them 72111 (97%) had a lumbar puncture performed, 4 674 (7%) samples were culture positive for bacterial infections, under surveillance 2192 (47%) positive for pneumonia, 1575(34%) positive for haemophilus influenza and 907(19%) for Neisseria Meningitis. Vaccines such as Meningococcal conjugate vaccines (Menactra® and Menveo) were used in the treatment of meningococcal meningitis were given to people aged 1 to 29 year olds and after the vaccination introduction, epidemics due the disease greatly reduced. This gives us hope for a decrease in the incidence rate on the African continent.

---

## A CASE REPORT OF OVERLAP SYNDROME

H. K. Boateng

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisors: O. G. Babiy, assistant professor;

M. I. Yabluchansky, Doctor of Medicine, Full Professor,

Head of Internal Medicine Department

The overlap syndrome describes a heterogeneous group of conditions that manifests with clinical features of and meet more than 1 of the classification criteria for a defined rheumatic condition. Clinical symptoms of this connective tissue disorders coupled with the variable course of the disease prognosis makes it interesting for medical scientists and researchers.

Herein we report a case of antisynthetase syndrome complicated by pulmonary thromboembolism.

The patient is 71 year old Caucasian female, who suffered from severe dyspnea, dry cough, intermittent wheezing. Additionally she had dry eyes, dry mouth, muscle weakness and intermittent joint pains, low grade fever. Physical examination revealed a characteristic heliotrope eye rash, face and neck erythema (V or Shawl Sign), dry hyperkeratosis of hand ("mechanic's hand"), peripheral muscles atrophy, dry eyes and mouth, fine crackles to auscultation in basal parts of both lungs, soft S1 and S2 heart sounds. Her CBC and urinalysis were normal. But the biochemical profile showed increased creatine kinase. Her immunology results showed elevated levels of ANA, anti-DNA, anti-ss-A, anti-ss-B and anti-Jo-1 autoantibodies. It was detected that progressive dyspnea had been caused by pulmonary thromboembolism, confirmed by chest CT-scan and pulmonary angiography. Treatment in this case is mainly symptomatic. She was prescribed glucocorticoids, immunosuppressants, and anticoagulants.

This case will illustrate the heterogeneity of presentation in the overlap syndrome and the value of some clinical findings that help inform prognosis and disease association.

## THE MAIN CONTRACEPTION ISSUES IN UKRAINE (STUDENT'S VIEW)

V. V. Bobrytska, O. O. Shakirova

Kharkiv National Medical University, Kharkov, Ukraine

Introduction. Nowadays, great attention is paid to reproductive health issues. The main issue is the timely birth of healthy children, a healthy, appropriate to the characteristics of reproductive plans, contraception. According to the Ministry of Health of Ukraine, 46% of the pregnancies come to an end with

artificial abortions, which is also 84% of the total number of births in Ukraine. A little more respondents interviewed after artificial abortion decided to use contraception, and decided exactly what method they would use. Many methods of contraception are not known to a wide range of young people, or they do not have a clear idea of the method of administration, for example, combined oral contraceptives (COCs) and believe in side effect myths (COCs).

The aim of this work was to find out the level of knowledge of students of Kharkiv National Medical University about methods of contraception, modern contraceptive techniques

**Materials and methods.** 95 students of KhNMU aged 17-25 took part in the study. The questionnaire was presented in the form of an anonymous questionnaire. The main questions are gender, age, attitude to the problem of contraception, whether it is necessary to use contraception in marriage, and who is responsible for contraception in general 85% of respondents answered that both men and women should engage in contraception, 9% consider women to be responsible, and 6% - men.

Interesting were also the results of the need to use contraceptive methods in marriage: 79.5% of respondents answered that contraception in marriage is necessary, 20.5% of respondents answered that contraceptive methods in marriage are not relevant. The frequency of using a particular method was also not divided in accordance with the recognized effectiveness of the contraceptive method. Condoms were the first - 53%, the remaining 47% were: combined oral contraception 23.5%, calendar method 6%, interrupted sexual intercourse 6%, intrauterine contraception 3%, lactational amenorrhea (MLA) 3%, barrier methods 3%, mini-pili 3%, other natural methods of contraception were 3%. None of the polled respondents have been named a hormonal patch as a method of contraception, which may indicate a lack of knowledge of the students about the existence of this medication.

**Conclusion.** Despite the fact that the students of the KhNMU are students of a medical university with a special biological and primary medical education, the level of knowledge on contraceptive issues among students leaves much to be desired, and requires seminars, information blocks, and training on these issues. Electronic questionnaires can be used to determine the basic level of knowledge on contraception, including in the educational process.



## ROLE OF CARDIOLIPIN IN THE PATHOGENESIS OF PARKINSON'S DISEASE

H. Y. Bodnaruk

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Scientific supervisor: I. K. Voloshin-Gaponov, Doctor of medicine, leading researcher

in the State Institution

"Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology" of the National Academy of  
Sciences of Ukraine

For nowadays, Parkinson's disease (PD) is the second most common among neurodegenerative diseases, identified in old age. According to the official statistics of the Ministry of Health of Ukraine from 2015 it accounts 42,7 patients per 100 thousand population and their number is increasing with age. Recently there has been a significant "rejuvenation" of this disease. In many cases, PD is diagnosed at in 30-year-old and even 20-year-old age.

PD is a multifactorial disorder, but the main role in the etiology is given to genetic mutations and the influence of environmental factors. In the first place, the relatives of the patient are got under risk. The disease is transmitted from father to daughter and from mother to son (by autosomal-dominant type). If there is a genetic disposition, stress, vascular pathology and head trauma can trigger the onset of the disease.

PD is a chronic progressive disease of the central nervous system (CNS) which is based on neurodegenerative changes from dopaminergic neurons in the nigra substance, basal ganglia and the midbrain. On the background of various structural and functional disorders of the brain in PD, the most characteristic signs of the disease are: changes in speech and swallowing, slowness of movement, impaired coordination (shuffling gait), depressed mood, insomnia, hand tremor. Since the time of the first "trembling paralysis" described by James Parkinson, scientists have actively advanced in understanding the genetic and molecular mechanisms of this disease. Over the past year, most of the researches were aimed at studying the relationship between the genetic mutation of alpha-synuclein and the mitochondrial impairment in the pathogenesis of PD. The greatest breakthrough was the discovery of the intramembranous mitochondrial lipid-cardiolipin (biphosphatidylglycerol), where it accounts for about 20% of the total lipid content. Cardiolipin is usually present in the metabolically active cells of the heart and skeletal muscles, functioning as an insulator in them and stabilizing the activity of protein complexes important for the electron transport chain. Tammy Ryan, Vladimir V. Bamm, Morgan G. Stykel, Carla L. Coackley, reported that in cells carrying the mutation of alpha-sinuclein, cardiolipin that provides a long-lasting effect on the outer surface of the mitochondria which leads to the death of neurons in the future.

The evaluation of this neurodegenerative mechanism has significant implication for the creation of the disease model, which contributes to an in-depth

study of the molecular causes of Parkinson's disease and other synucleinopathies, and also makes it possible to develop a concept for a more effective treatment which will be aimed at improving the quality and life expectancy.

ADENOCARCINOMA OF THE AMPULLA OF VATER TREATED BY  
LAPAROSCOPIC SURGERY OF CEPHALIC  
PANCREATICODUODENECTOMY PROCEDURE –  
CASE REPORT

M. Kacamakovic, R. Drnda, A. Sljivo

Faculty of Medicine, University of Sarajevo, Sarajevo, Bosnia and Herzegovina

Scientific supervisors: Dr S. Glavas<sup>1</sup>, Doc. dr I. Rasic<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clinic for Gastroenterohepatology, University Clinical Center of Sarajevo, Sarajevo,  
Bosnia and Herzegovina

<sup>2</sup>Clinic for General and Abdominal Surgery, University Clinical Center of Sarajevo,  
Sarajevo, Bosnia and Herzegovina

**Introduction:** Carcinoma of the ampulla of Vater (hepatopancreatic ampulla) is a rare malignant tumor, accounting for 0.2% of gastrointestinal cancers. Laparoscopic surgery of cephalic pancreaticoduodenectomy has been performed in high valued institutions around the world.

**Case Report:** A 63-year-old female who suffered episodes of vomiting, diarrhea and intermittent abdominal pain was admitted to Clinic for Gastroenterohepatology, University Clinical Center of Sarajevo. After an extensive diagnostic workout, the diagnosis of carcinoma of the ampulla of Vater was established. Laparoscopic cephalic pancreaticoduodenectomy with radical lymphadenectomy was successfully performed and no further episodes of vomiting, diarrhea and abdominal pain occurred in the ensuing period.

**Conclusion:** Laparoscopic surgery of cephalic pancreaticoduodenectomy can be performed to successfully treat carcinoma of the ampulla of Vater. To our knowledge, this complicated and technically challenging surgical procedure is the first operation of this kind in our country and the region.

SCREENING DIAGNOSTICS IN CHILDREN WITH BOWEL DISEASES

Augustine Borbor Conteh, K. Voloshyn

V. N. Karazin Kharkiv National University,

School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

**Background:** The improvement of screening diagnostic of inflammatory bowel diseases (IBD) by determination of fecal inflammation markers in children.

Materials and methods. We have studied and analyzed the results of fecal calprotectin and lactoferrin determination by cito-test in 40 patients 9-15 years old with complaints and clinical presentations typical to IBD including episodes of blood in stool during last 30 days. Colonoscopy has been carried out for all the children. All patients were divided into 2 groups. First group - patients with negative fecal calprotectin and lactoferrin (n=15; 37,5%), second group - children with positive fecal calprotectin and lactoferrin (n=25; 62,5%).

The results of the research. The average age of the patients was 13,6 years. In first group endoscopy show bowel mucosa without any destructive changes in 14 patients (93,3%); 1 patient had erosions in rectum. Patients of the second group had erosions or ulcers of bowel mucosa in 25 cases (100%).

Conclusions: determination of fecal calprotectin and lactoferrin as a screening in children with clinical picture of IBD is informative and can be used as noninvasive method to select patients to colonoscopy.

#### TREATMENT OF SPLENIC ARTERY ANEURYSM – CASE SERIES

Czajka Kazimierz, Wrona Filip, Dąbała Mateusz,  
Zygadło Jakub, Kaczmarski Mateusz

Student Research Group at Department of General, Vascular and Oncological Surgery  
in Multidisciplinary Hospital Warsaw-Międzylesie  
Scientific supervisor: Kowalewski Radosław, MD, PhD

Splenic Artery Aneurysms (SAA) are the third most common true aneurysm occurring in the abdomen (Visceral Artery Aneurysm - VAA) after aortic and iliac artery aneurysms. It occurs four times more often in female population and in over 80% in patients >50 years of age. Splenic artery aneurysms are usually solitary, saccular in shape, and frequently localized to the distal third of the artery, the bifurcation region, and the splenic hilum. The true SAA is commonly associated with situations of increased flow, such as pregnancy, arterial venous fistulas and malformations, and portal hypertension. The symptoms are not characteristic and may contain nausea and vague abdominal discomfort in the midepigastric or left upper quadrant. Rupture is a presenting syndrome in 5 percent of patients.

Treatment can be either open surgical intervention, or endovascular procedure. Surgery has low mortality rate (0,5 percent) and is usually a better choice in emergency situation, such as rupture, but various comorbidities in patient can be contraindication. Due to that, in hemodynamically stable patients endovascular procedure is more often preferred. This choice gives an operator few options: coil embolization, stent-graft deployment, or fluid modulating (bare) stent.

The case series consist of case reports describing treatment of three patients with SAA who were treated in Multidisciplinary Hospital Warsaw-Międzylesie using three different methods: open procedure, stent-graft deployment and coil embolization.

#### NEUROMYELITIS OPTICA: A CASE REPORT

<sup>1</sup>Delich O. B., <sup>1</sup>Abdel Wahhab O. GH., <sup>1</sup>Merkulova O.Yu., <sup>2</sup>Pasyura I. N.,  
<sup>2</sup>Shevchenko L. M.

<sup>1</sup>V. N. Karazin Kharkiv National University,

<sup>2</sup>Kharkiv Railway Clinical Hospital №1 of Branch "Health Center" of the Public joint stock company "Ukrainian Railway"

A 54-year-old woman was treated initially with neuritis of right optic nerve in 2013 that resolved completely. Two years later, she presented with relapse and partial visual functions recovery of right optic nerve. Ophthalmoscopy analysis showed atrophic changes of the disc optic nerve. After undercooling on March 2016, a patient complained of interscapular pain, weakness of the right limbs and urinary retention. MRI of thoracic part of spinal cord showed high T2 signal spread at least more than three vertebral segments, osteochondrosis. CT-angiography of spinal cord showed an absence of vascular malformations. A patient was treated with dexamethasone, ceftriaxone, vascular and metabolic therapy and was discharged with partial recovery, but interscapular pain was still present, sensory impairments from Th6 level down, urinary retention and constipation was revealed. From June 2016 she developed the lower spastic paraplegia. MRI of the brain (2015) didn't revealed any local change of the brain tissues, besides asymmetric hydrocephalus of the lateral ventricles. Biochemical analysis serum antibodies IgG, the specific markers of neuromyelitis optica (NMO), connected with aquaporin -4- (AQP4) and usually led to increase of AQP4 concentration, which was 1:320 in our case. Course treatment included solumedrol, aciclovir, ceraxon, actovegin, cytostatic drugs. The patient was discharged with certain improvements and diagnosed with NMO, partial atrophy of the disc right optic nerve, lower paraplegia, reduced sensitivity in trunk and right lower limb, pelvic sphincter disturbances. From September 2016, a patient started to use copaxone (40 mg/ml 3 times a week s.c. for a 4 months). Pain in upper thoracic, cervical parts of vertebra with irradiation to the occipital region increased after respiratory infection in December 2016. The numbness spread to Th4-Th5 segments, appear the clinic of lower paraplegia. She got plasmapheresis as an out-patient one time. Every month from September 2016 to March 2017 infusion of methylprednisolone was performed (1000 mg), rituximab (375 mg/kg i.v. infusion every 10 days №4 from February to March). So, clinical diagnosis now is Neuromyelitis optica (Devic's disease), remitting course, exacerbation, lower spastic paraplegia, pelvic sphincter

disturbances by type of urinary retention and constipation, of the right disc optic nerve atrophy.

## ACUTE POSTSTREPTOCOCCAL GLOMERULONEPHRITIS. MODERN MEDICAL APPROACH ON AN EXAMPLE OF A CLINICAL CASE

T. Dlamini

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Department of Internal Medicine

Scientific advisers: E. A. Aydinova, assistant; A.S. Litvin, assistant;  
M. I. Yabluchansky, Doctor of Medicine, Full Professor,  
Head of Internal Medicine Department

Relevance: Acute glomerulonephritis (AGN) is a representative disease of acute nephritic syndrome characterized by the sudden appearance of edema, hematuria, proteinuria, and hypertension. Acute poststreptococcal glomerulonephritis (APSGN) is the prototype of post-infectious glomerulonephritis and is associated with a previous skin or throat infection by group A streptococcus. Possible complications include acute kidney injury and chronisation with development of chronic kidney disease. APSGN strongly correlates with high mortality level and disability caused by organic failure. In developing countries, the annual burden of APSGN remains at a level of least 9 cases per 100,000 inhabitants. Streptococcal infection (acute and chronic tonsillitis, pharyngitis) is a very common healthcare issue all over the world with morbidity of about 11 million people per year only in USA. The role of in time diagnostic and treatment of acute and chronic strep throat along with sanitation of other chronic infection sources in prophylaxis of streptococcus associated diseases (including APSGN) is significant. Due to APSGN relation to remarkable morbidity and mortality, it is very important to know the modern principles of diagnostic, treatment and prophylaxis of this pathological condition for healthcare units' staff.

Goal: Demonstrate the features and principles of diagnostics, treatment and prophylaxis of APSGN on an example of a real clinical case; underline the role of strep throat in development of APSGN on the example of a clinical case; show the importance of streptococcal infection sanitation in prophylaxis of streptococci associated diseases.

Our patient: A 34 y.o. male, townsman, was hospitalized to Kharkiv Emergency Hospital with complaints on facial edema, brownish color of urine, pain in lumbar region, headache, vomiting and general weakness. Three weeks prior to the presentation the patient had throat infection. According to clinical manifestation, results of laboratory and instrumental tests the diagnosis of APSGN

with renal function decline was revealed. Received appropriate treatment. Discharged with improvement and normalization of laboratory and instrumental signs.

Conclusions: APSGN makes about 10% in total nephrological morbidity statistics and strongly correlates with increased mortality and quality of life worsening. The correct and timely treatment leads to significant decrease in the complications frequency and improves patient's prognosis. Such prophylaxis measures as sanitation of chronic sources of inflammation and in time and appropriate treatment of strep throat noticeably decrease the risk of APSGN development. Our presentation describes the features of clinical picture, diagnostics, treatment and prophylaxis of APSGN on an example of a real clinical case.

## DRUG MANAGEMENT OF PATIENT WITH HEART FAILURE AND CARDIAC PACEMAKER

Dwayat Yazan

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Department of Internal Medicine

Scientific supervisors: N. V. Zhuravka, assistant; O. V. Petrenko, assistant;  
M. I. Yabluchansky, Doctor of Medicine, Full Professor,  
Head of Internal Medicine Department

Topicality: Heart failure (HF) remains one of the most important problem areas of modern medicine and has a huge social significance due to the widespread, steadily progressing, prognostically unfavorable course and high economic losses. The prevalence of HF is approximately 1–2% of the adult population in developed countries, rising to  $\geq 10\%$  among people  $>70$  years of age. Among people  $>65$  years of age presenting to primary care with breathlessness on exertion, one in six will have unrecognized HF. The lifetime risk of HF at age 55 years is 33% for men and 28% for women. Treatment of HF includes interventions in lifestyle, drug therapy and one of the modern methods is cardiac resynchronization therapy (CRT). Pacemakers are well-established therapies of severe bradyarrhythmias, and one of them is complete atrioventricular (AV) block.

Goal: To determine the drug management of patient with HF and cardiac pacemaker on the example of the case history.

Our patient: The woman, 78 years old, with complaints of oedema of the shins, cough and dyspnea at minimal exertion, absent at rest. Anamnesis is remarkable significant for arterial hypertension (AH) (max 200/100 mm Hg, adapted to 130-140/80 mm Hg), patient took enalapril + hydrochlorothiazide 10mg/12.5 mg once a day, myocardial infarction (MI) (2011, 214), AV block of III degree with Adams-Stokes Syndrome. Summer, 2017 is worsening of the

disease, with complaints of dry cough and shortness of breath, worsened by exertion, legs oedema, frequent fainting. 23.08.17 the cardiac pacemaker was implanted, in the DDDR pacing mode, pacing threshold, the first electrode was set in the interventricular septum, the second – in the anterolateral wall of the right atrium. After implantation of cardiac pacemaker the symptoms were not completely controlled, and patient was hospitalized to the cardiology department to correct the treatment, EF = 48%. Anamnesis vitae is unremarkable. Physical examination: BMI = 29 kg / m<sup>2</sup>. Oedema of lower third of both shins. HR =78 bpm, heart sounds are muted, accent of the II tone above the aorta. The rest of physical examination is unremarkable. Complete blood count (27.09.17) shows increase of hemoglobin level, erythrocytosis. Blood lipid spectrum (27.09.17): hypercholesterolemia, type I. Echocardiography (27.09.17): atherosclerotic cardiosclerosis, aorta atherosclerosis, LV hypertrophy. Electrocardiography (ECG) (23.08.17): AV block of 3d degree. ECG (27.09.17): Pacemaker rhythm, bipolar stimulation of the ventricles HR 89 bpm. Chest X-Ray (27.09.17): no pathological changes in the lungs. Pacemaker is in the left subcostal area, visible electrode in the right heart chambers. Clinical diagnosis: Ischemic heart disease. Atherosclerotic and post infarction (2011, 2014) cardiosclerosis. Aorta atherosclerosis. Heart failure with reduced ejection fraction (48%), III FC, stage C.

Arterial hypertension, III stage, hypertensive heart (LVH), 3 degree. CVD risk very high. Permanent pacemaker (23.08.17) due to AV-block III degree with Adams-Stokes syndrome. Hypercholesterolemia, type I. Overweight. Pharmacological treatment: torasemide 2,5 mg in the morning (ones in 3 days), bisoprolol 2,5 mg in the morning, rosuvastatin 5 mg in the evening, valsartan 40mg twice a day, Acetylsalicylic acid 75 mg once a day in the evening.

Conclusion: Precept “festina lente” is important in all medical practice, and in interventional cardiology - in the first place. Cardiac pacemaker in the presence of possible solutions to the problem of arrhythmias and HF it does not cancel, but modifies the medical support of patients. To prolong patient's life, it's very important to establish a timely diagnosis and prescribe appropriate therapy.

## THE STRESS AND THE SUICIDES

Emeje Ojoma Glory

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

The patients, who survive the hard stress are vulnerable to suicidal behavior.

Nock M.K. and others (2008) believes that essential part of the theoretical models of suicidal behavior builds on the principle of stress – diathesis. That is means biological, psychological, psychiatric factors form sensitivity of personality

to realization of auto aggression. Everyday life factors interact with that factors and rise probability of suicide. It is well known that suicidal acts often connect with familiar quarrels, problems in romantic relations, conflicts with law. The life in constant stress situation can propose an explanation why doctors, military men, policemen have high risk of suicide. We can also connect the inclination to suicide with demographic and personal characteristics of people, who choose this fate.

Milner and others (2013) analyze 32 investigations to realize what occupations are more dangerous for suicide. Death because of suicide more often happen with doctors and farmers. The high risk of suicide has also low skilled workers – cleaners and physical workers, operators of machines, deck sailors and agriculture workers.

Chen and others (2010) believes the high level of education associated with a low probability of suicide because they have better work, more good payment and can enjoy the life. In the same time the high level of education can be a factor of risk for suicide, because that persons often are atheists, individualists, they orient to get the financial success. It can lower the level of their social support. This people often suffer because of high frustration and stress because of professional competition with a colleagues and collaborators.

Reeves and others (2014) studied an effect of economic crisis to suicidality. According to their conclusions in 2008 – 2010 years in Europe and North America number of suicides rise for 10 000 cases to compare with previous period. The unemployment and lose of deposit made suicide more frequent.

Haw and others (2014) demonstrate that in Greece during the last financial cataclysm number of suicides rise for 60%. Men became more affected to compare to the women. The group of risk consists of youth, managers and workers of service sphere who has graduated not long ago. Long lasting unemployment stimulated suicidal behavior much more than short lasting. In 2007 in USA rising of unemployment for 1 % rise level of suicide for 0,99 %.

Investigation of Stein D.J. and others (2010) demonstrate that 2,1 – 30,5% respondents in different countries informed about traumatic events in their life. The most frequent were a death of loved one (30,5 %); survive of violence (21,8 %); interpersonal violence (18,8 %); an accidents (17,7 %); war experience (16,2 %); trauma of loved one (12,5 %). The thoughts about suicide have 9,6 % respondents, 2,8 % of questioned make suicidal attempt during the life. About 21 % of the people, who make a suicidal attempt, lose a loved person and 16 % suffer because of personal violence.



---

**RESPIRATORY DISORDERS AT CHILDREN WITH DIABETES MELLITUS  
TYPE 1**

Emeka Izuwa Uchenna

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Scientific supervisor: O. N. Tsyura, PhD, assistant of Department of Pediatric N 2

Type 1 diabetes mellitus (T1DM) is the most common metabolic disease of childhood. About 1 in every 400-600 children and adolescents has type 1 DM. Large epidemiologic studies have indicated that the incidence of T1DM has been increasing by 3% per year worldwide. T1DM is characterized by a chronic inflammatory reaction mediated by T helper type 1 (Th1)-dominant cells. Another common chronic childhood-immune disease, asthma, is Th2-dominant, in which Th1 and Th 2 cells reciprocally counteract each other. The 'balance' between Th1 and Th2 cells appears to be vitally important. Hence, it is a plausible hypothesis that the prevalence in Th2-mediated disease would be lower in patients with Th1-mediated disease. But in several studies have also demonstrated a revealed asthma to be associated with an increased risk of DM. A progressive increase in the prevalence of T1DM and asthma has been noted in populations in developed countries. The hygiene hypothesis suggests that lower microbial exposure in early life may contribute to increased prevalence of immune-mediated diseases, such as asthma and T1DM. The Th1 and Th2 secretory pattern of patients with T1DM and asthma combines features of both diseases, suggesting a unique Th1/Th2 balance, including a lower Th1/Th2 ratio compared with patients with T1DM only. The association between impaired lung function and diabetes is thought to be the result of biochemical changes in the structures of the lung tissue and airways that involves a series of mechanisms likely due to systemic inflammation, oxidative stress, hypoxemia or ultimately to the direct damage caused by chronic hyperglycemia. The association between type 1 diabetes mellitus (T1DM) and asthma remains controversial and has led to new interest in these 2 disorders.

The aim of this study was to examine the associations between T1DM and respiratory disorders at children.

**Material and methods.** The 24 children from 3-17 years who had T1DM were observed. The group of comparison include 12 children without chronic pathology. All children were examined with the aim of finding any respiratory disorders by questionnaire-based study. Statistical analyses were performed with a statistic package "Exel".

**Results and discussion.** All patients from main group have severe form of T1DM, and 95% of them having suboptimal and high risk glycemic control. The allergic history was burdened with 37,5 % of the patients in the main group(MG), and 16,6% of the children in the comparison group (CG) had manifestations of food allergy. The past illnesses was: child infectious diseases (chicken pox, measles) – 45,8% of MG and 41,6 % of CG; pneumonia - 15% of patient MG and

8,3 % of CG; just children from MG had obstructive bronchitis - 37,5%; acute respiratory viral infections or bronchitis had 91,6% patients from MG and 66,6 % from CG. 20,8 % children with T1DM had chronic bronchopulmonary pathology in the family anamnesis; 45,8 % children of MG and 83,3% of CG had at least one family member who smoked. 45% children with T1DM had periodically complains of cough, and 2 patient had bronchial asthma. From our findings, patients with diabetes mellitus and asthma had more labile course of diabetes with swinging in blood glucose levels during a day with a tendency to frequent hypoglycemia. Swinging of the level of glucose were dependent on the course of bronchial asthma and were significantly pronounced during attacks of bronchial obstruction.

In conclusion, our study is small in number and can not argue the hypothesis of the characteristic mutual inhibition of the Th1/Th2 immune system. However, our findings imply that our patients with T1DM had a higher tendency of developing respiratory disorders than the control group did. Patients with diabetes mellitus and bronchial asthma had a more labile course of both diseases. A further study is required to clarify the pathophysiological mechanisms of T1DM and asthma.

## HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION AND CERVICAL CANCER

Ezekwu Prince-Precious Kemkanma

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

**Introduction:** According to world health organisation (WHO), HPV infection causes cervical cancer, which is the most common cancer in women worldwide by age-standard rate (ASR). In 2008, there were estimated 529,000 new cases & 274,000 deaths due to cervical cancer. Statistics estimates 85% of cervical cancer deaths are in developing countries, where it accounts for 13% of all female cancers. According to "Health e-News" (a news service from advocate health care) estimates that more than 79 million people are currently living with some strains of HPV.

Human papilloma infection is a kind of infection caused by human papillomavirus (HPV). A human papillomavirus (HPV), a member of the papillomavirus, is a double-stranded DNA virus and produces cytopathic effect in epithelium. Most HPV cause no symptoms and resolve spontaneously, in some people persistence of the infection leads to warts or precancerous lesions.

More than 100 types of HPV are said to be known, with more than 40 types being transmitted through sexual contact, also affecting the Angus and genitals. Some can also cause plantar warts, including some occurring in the face and neck.

Risk factors of the HPV includes: sexual practice; early age of first sexual intercourse, number of sex partners [the greater the number the higher the risk of

infection], skin-to-skin contact with vaginal and anal sex being the most common methods.

Age; “common warts” occurs most often in children, while plantar warts may occur in adults, they're more likely to initially surface on adolescents or young adults.

Weakened immune system; people who have weakened immune system are at greater risk of HPV infections. HIV/AIDS and immune-suppressing drugs has been one of the factors leading to low immune system amongst others.

Damaged skin; Areas of skin that has been punctured or opened are more prone to develop warts.

Personal contacts; Touching someone's warts or without wearing protection before contacting surfaces that have been exposed to HPV, public showers, swimming pools may increase the risk of HPV.

The aim of this project is to provide a full sensitization awareness of the infection, the needs of alertness for the combat against this virus that has been crippling the health of people, especially affecting our females and children and how to limit the ignorance level that has been attributed to HPV.

Methodology: Different methods are being used for the detection of this virus, such methods includes the following;

Colposcopy and acetic acid test; Colposcopy is the examination of the cervix, vagina, and in some instances the vulva after the application of acetic acid solution; coupled with obtaining colposcopically directed biopsies of all lesions suspected of representing neoplasia, Biopsy, DNA test (PCR, Southern Blot, Hybridization, In Situ Hybridization), Pap smear

The prevention of HPV entails the following;

Hpv vaccines; most effectively before the infection occurs and not recommended for ages of 9-13yrs., of age.

Cervical cancer screening; According to HPV screening recommendations from the American college of obstetrics & gynaecologists and the US preventive task force; women over age 21yrs. should have a PAP smear every 3yrs. until 65yrs. PAP smear or looking at the cervix after using acetic acid can detect early cancer or abnormal cells that may develop into cancer.

Conclusion: There's no specific treatment for HPV, though it has been proven that about 90% of HPV tends to disappear after 2yrs in people who had it due to their immune system. It should be noted that the virus cannot be transmitted through sharing of toilet seats and utensils as seen in the case of mouth warts caused by HPV affecting the oral cavity. It's advisable for both male and female to always go for medical check-ups with the latter more prone to the infection.

---

## CORRELATION OF BONE METABOLISM MARKERS IN CHILDREN WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

Fadire Abisola, Bamidele Abiola, N. Shevchenko

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisor: N. S. Shevchenko, Full-professor,

Head of Department of Pediatrics N 2

**Introduction.** Development of Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA) leads to remodeling of bone tissue and changes in bone metabolism due to inflammation. However, the analytical approaches to testing for bone biomarkers are still the challenge for further clinical trials.

**Aim.** Our aim was to determine the correlation between parameters of bone metabolism in patients with JIA.

**Materials and methods.** The study included 10 patients diagnosed with JIA with ages ranging 9 – 18 years; there were 60% of female and 40% of male. Assessment of children was based on physical, laboratory examination and instrumental tests. Electrochemiluminescence immunoassay (ECLIA) was used for the measurement of procollagen type 1 N-terminal propeptide (P1NP), bone tartrate-resistant acid phosphatase 5b (TRAP 5b) was determined by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA), colorimetric analysis was used for the measurement of serum calcium and spectrophotometric analysis for the level of serum phosphorus. Stagraphics 3.0 was used for the statistical processing of the data.

**Results.** Investigated children included 50% of cases polyarthritis with negative rheumatoid factor (RF), 20% of the patients had polyarthritis with positive RF, another 20% of these kids were classified as manifesting the oligoarticular form and 10% with enthesitis-associated arthritis. Disease duration ranged from 8 to 96 months. All patients were treated with “basic” therapy, such as Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) and Methotrexate. 40% of the patients were treated with immunobiological preparations (IBP) in their history. Patients with JIA showed positive correlation between the level of P1NP and TRAP 5b ( $r = 0.76$ ;  $p = 0.01$ ); rate of TRAP 5b and duration of IBP ( $r = 0.74$ ;  $p = 0.02$ ); total level of Ig G and serum phosphorus ( $r = 0.77$ ;  $p = 0.01$ ); level of serum phosphorus and calcium ( $r = 0.71$ ;  $p = 0.02$ ). Negative correlations were found: between bone TRAP 5b and patient’s age ( $r = 0.68$ ;  $p = 0.03$ ); total level of Ig M and P1NP ( $r = 0.65$ ;  $p = 0.02$ ); activity of inflammatory process and bone TRAP 5b ( $r = 0.55$ ;  $p = 0.01$ ).

**Conclusion.** The most part of correlations were indicative of physiological processes. Correlation between the level of bone TRAP 5b and degree of inflammatory activity, and between duration of IBP proved the importance of this marker as an indicator of osteoclast activation due to autoimmune inflammation.

---

**ATRIAL FIBRILLATION IN PATIENT WITH TYPE-2 DIABETES MELLITUS**

Fagbemi Oluwatoyin O.

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Scientific supervisor: O. S. Makharynska, candidate of medicine, associate professor;

I. I. Oktiabrova, assistant

Atrial fibrillation (AF) is one of the most important risk factors for stroke, heart failure and other cardiac disturbances. However, little is known about its association with metabolic diseases such as diabetes mellitus (DM). The aim of this study is to highlight current knowledge of mechanisms that connect atrial fibrillation and diabetes mellitus based on published studies, and to discuss a clinical case of a diabetic patient diagnosed with persistent atrial fibrillation. The 78 year old patient who has a history of uncontrolled arterial hypertension (AH) presented to the hospital with complaints of palpitations, episodic pain on left part of chest unconnected to provoking factors, dyspnea on mild physical exertion. Clinical investigations revealed the presence of risk factors for cardiovascular diseases and diabetes mellitus such as: obesity II degree, atherosclerosis, uncontrolled arterial hypertension (AH). Diagnosis of persistent atrial fibrillation was made, together with comorbid conditions such as: DM 2 type; coronary arteries disease: stable angina, III functional class; AH II stage; chronic heart failure, III functional class, stage 2B. Management of the patient involved a complex pharmacologic therapy aimed at rate and dyslipidemia control, anticoagulation, and treatment of comorbid conditions. The link between AF and DM is bidirectional: not only patients with DM are more vulnerable to develop AF but also patients with new-onset AF have an increased risk of DM. Reasonable seems a routine where diabetic patients should take electrocardiography (ECG) and 24-hour ECG monitoring regularly to assess for thromboembolic risk, early AF diagnostic and consequent early medical intervention.

**DIABETIC PATTERN OF PREGNANT WOMEN IN NIGERIA**

Fakolade Olayemi Success, E. Avdievskaya

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Introduction: In Nigeria, the current prevalence of Diabetic Mellitus is not specifically known but can be estimated. Many scientific articles estimates a range of 8%-10% of the population. Of the four classes of DM, three types are frequently recognized in the Nigerian setting and these are type 1 DM (T1DM), T2DM and gestational diabetes. Of the three types of DM, T2DM is the commonly documented form of DM and in most endocrine clinics, it accounts for about 90%-95% of all cases of DM.

Concept: Gestational diabetes refers to any degree of glucose intolerance first detected in pregnancy. Patients diagnosed with diabetes in the first trimester of pregnancy are however more likely to have pre-gestational diabetes. One Nigerian study found that gestational diabetes to occur in 2.98 per 1000 pregnancies, while another study, showed that the prevalence increased with maternal age; 3.3% in the age group of 15 to 24 years, 4.2% in those aged 25 to 34 years with a spike to 17.6% in the age group of 34 to 44 years and an average prevalence of 4.2%. In Nigeria, Gestational diabetes is usually first tested for in persons at risk between 24 and 28 wk gestational age. Gestational diabetes can be diagnosed using fasting plasma glucose, 75 gram oral glucose tolerance test (OGTT) or 100 g OGTT. Gestational diabetes is diagnosed based on the finding of fasting blood glucose  $\geq 5.1$  mmol/L–6.9 mmol/L (92–125 mg/dL) or plasma glucose 2 h post 75 g OGTT of  $\geq 7.8$  mmol/L. Where 100 g OGTT is performed, gestational diabetes is diagnosed when at least 2 results of blood samples taken at fasting, 1, 2 or 3 h post OGTT meets the following threshold values; fasting plasma glucose  $\geq 5.3$  mmol/L, 1 h post OGTT  $\geq 10$  mmol/L, 2 h post OGTT  $\geq 8.6$  mmol/L and 3 h post OGTT  $\geq 7.8$  mmol/L. In pregnancy, DM can either be pre-existing (type 1 or 2) or gestational diabetes mellitus (GDM). Like everywhere else, In Nigeria a diabetic pregnant woman and her unborn child are at increased risk of pregnancy complications such as pre-eclampsia, infections, obstructed labor, postpartum hemorrhage, preterm births, stillbirths, macrosomia, miscarriage, intrauterine growth retardation, congenital anomalies, etc.

Beyond the 42-day postpartum period, consequent effects of DM in pregnancy can also be seen. An estimated 30–50% of women with a previous history of GDM develop it again in subsequent pregnancies, and within 5–10 years, 50% of these women will develop type 2 DM. In addition, babies born from diabetic pregnancies have an increased risk of developing obesity in childhood, metabolic disturbances in adolescence and type 2 DM in adulthood, linked to the metabolic imbalance experienced in utero.

Conclusion: In Nigeria, difficulties in accessing and receiving both maternity and general medical care increase the risks pregnant women face from the complications of diabetes in pregnancy. It is estimated that women with type 1 DM face a 5–20% risk of dying in pregnancy compared to non-diabetic pregnant women if adequate care is not provided.

Little is known about undetected DM in pregnancy. The current focus on GDM needs to be extended to also capture diabetes in women of reproductive age especially just before pregnancy and in the months after delivery, as these are the times when interventions can optimise the health of women and maximise the likelihood of a healthy foetus.

---

## INFLUENCE OF PARENTAL EDUCATION AND INCOME ON CHILD'S HEALTH IN KHARKOV CHILDREN SCHOOLS

Fakolade Olayemi Success

V. N. Karazin Kharkiv National University

Karazin Business School, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisor: I.Dudnik, assistant of the Department of Hygiene and Social Medicine

**Introduction.** There is a vast literature documenting the relationship between socioeconomic status (SES) and health (Wilkinson and Marmot, 1999). Specifically the relationship between the health of children and the income of their parents has been the focus of much research. This relationship is important because it has been shown that the effects are long-lasting - poor health in childhood is associated with lower educational attainment, inferior labor market outcomes and worse health in adulthood (Adams, 2003). Case et al. (2002) showed the existence of a significant and positive effect of income, with children in poorer families having significantly worse health than children from richer families. They also showed that the income gradient in child health increased with child age in the US, with the protective effect of income accumulating over the childhood years. Unlike the US, where private health insurance is the norm, the Ukraine health care being free. Currie et al. (2004) show that an income effect exists for objective measures of child health, derived from anthropometrical measurements and blood samples, but not for a variety of subjective child health indicators.

**Goal and tasks.** Our research was able to assess the effect of parental education level on a wide range of child health variables. These variables included health measured at the time this survey was carried out.

**Method.** Our analysis, based on the sample of over 505 children drawn from the Kharkov school, Ukraine using same set of questionnaires and comparing data after careful analysis. The stochastic method of analysis was carefully applied in analyzing the answers of respondents. The research is a longitudinal study randomly selected children. In the questionnaire, we asked information on the mother's working status and on whether the family experienced financial difficulties in the basic way possible. We choose not to use information on wages given the low response rate for this variable. In addition, questions such as topics parents often discussed with child were asked among a list of selected options, this helps us access whether parents had enough knowledge of health education or whether this education was being passed on to the child.

**Results.** The estimates showed some significant associations between parental education and indicators for their offspring's health. Better health and increased academic performance is related to more parental education (either father 32,4% or mother 32,2% depending on the sample). The coefficient is also higher when focusing on the restricted sample with less educated parents. At least 343 (68.05%) children who responded claimed better health as a result of having

constant health talks from parents. Such children 77,4% also report abstinence from drug and alcohol abuse. The other respondents however were not too keen on the effect of their parents' health education on their own health. Some saw no link at all. Our data showed a strong positive association between parental socioeconomic status and child health. Our results provide evidence of a strong causal effect of parental education on child health.

Discussion. Health of a child could be improved through improved parental education, for instance because better educated parents have more knowledge of the adverse effects of various health behaviors and are able to advise the child accordingly. Whether measured by nutritional status or infant and child mortality, this analysis has indicated that maternal education is closely related to child health. The evidence on the significance of the relationship is unequivocal, but the magnitude is more difficult to determine. Bivariate analysis of infant and child mortality indicates that, on the average, an additional year of education for a mother results in a reduction of 9/1000 in the mortality of her children. Multivariate analysis suggests that part of this effect results from the fact that better educated women tend to be married to better educated men. The exact mechanism through which education acts to affect child health is unclear. Better nutrition among the children of the more educated leads to improved survival, but it is unclear to what extent these effects result from improved knowledge or from higher income.

Conclusions. We discovered that parental education might affect child health in significant ways. Our data reviewed indicate that maternal education is closely related to child health measured either by nutritional status or by infant and child mortality, or by parents holding health discussions with the child. The effect of father's education on infant and child mortality appears to be about one half that of mother's education. The exact mechanisms through which education acts to affect child health are unclear. Better nutrition among the children of the more educated has been well-documented here, but it is unclear to what extent these effects result from improved knowledge and to what extent from higher income. We therefore concluded that the effects of parental education, which also affects Parent's income on child health are quite significant.

## LANGERHANS CELL HISTOCYTOSIS CAN MIMIC BONE MALIGNANCY

G. M. Sakthi Saravanan

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Langerhans cell histiocytosis is a disease primarily affects the bone. More than 50 percent of the disease occurs between the age of 1 and 15.it has a tendency to mimic the bone malignancy (osteosarcoma)



Aim: Medical professionals should know how to properly diagnose between Langerhans cell histiocytosis and osteosarcoma. Doctor's may misdiagnose it and sometimes we cannot save a life at time.

Osteosarcoma is a primary malignant tumour of the skeleton characterised by the direct formation of immature bone or osteoid tissue by the tumour cells. More rarely osteosarcoma may arise in the soft tissue. Symptoms of osteosarcoma may be present for weeks or months (occasionally longer) before patients are diagnosed. The most common presenting symptom is pain, particularly pain with activity. Patients may be concerned that their child has a sprain, arthritis, or growing pains. Often, there is a history of trauma, but the precise role of trauma in the development of osteosarcoma is unclear. Pathologic fractures are not particularly common. The exception is the telangiectatic type of osteosarcoma, which is more commonly associated with pathologic fractures. The pain in an extremity may result in a limp. There may or may not be a history of swelling, depending on the size of the lesion and its location. Systemic symptoms, such as fever and night sweats, are rare.

Langerhans cell histiocytosis: It can include Symptoms like: Persistent pain and swelling on a bone, especially in an arm or leg

A bone fracture, especially one that happens without any apparent trauma or after only a minor injury  
Looseteeth, if Langerhans' cell histiocytosis affects the jaw bones  
Ear infection or a discharge from the ear, if Langerhans' cell histiocytosis affects skull bones near the ear

Skin rash, usually on the buttocks or scalp  
Swollen glands (enlarged lymph nodes)  
Enlarged liver, with or without signs of liver malfunction, such as yellowing of the skin and eyes (jaundice) and abnormal accumulation of fluid in the abdomen (ascites)

Bulging eyes, caused by Langerhans' cell histiocytosis behind the eye  
Shortness of breath and cough, if the lungs are involved  
Stunt growth and excessive urination caused by hormone abnormalities  
Less common symptoms include fever, weight loss, irritability and inability to maintain weight and fitness ("failure to thrive").

Method of investigation: Osteosarcoma: An MRI of the entire bone where the primary tumour is located. This test can rule out "skip metastases" (spread of the tumour to other areas of the bone).

A chest X-ray and CT scan of the chest to detect lung metastases

A bone scan of the body to rule out distant spread of the disease.

A biopsy of the tumour.

Langerhans cell histiocytosis: Testing for Langerhans cell histiocytosis (LCH) may include bronchoscopy with biopsy, X-ray, skin biopsy, bone marrow biopsy, complete blood count, skeletal X-rays survey, pulmonary function tests and liver function tests, as well as MRI and CT scanning of the head to evaluate possible abnormalities of the hypothalamus and the pituitary gland.

A fludeoxyglucose (FDG) positron-emission tomography (PET) scanning may also be used when evaluating patients for LCH, especially bone lesions.

Conclusion: By looking the above symptoms we are sure that both will mimic one another. Medical professionals should do biopsy of tumour and also a bone marrow biopsy to find the exact diagnose of the disease because some time we may have medical errors in biopsy report.

## ANALYZING OF PHENYLKETONURIA IN SOCIETY

Farhan Ghanem

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Scientific supervisor: O. Fedota, Doctor of Biology, Full Professor of Department of  
Obstetrics and Gynecology

Introduction. Phenylketonuria (PKU; OMIM 261600) is an inborn error of metabolism caused predominantly by mutations in the phenylalanine hydroxylase (PAH) gene. Mutations in the PAH gene result in decreased catalytic activity affecting the catabolic pathway of phenylalanine (Phe). PAH is a hepatic enzyme that requires the cofactor tetrahydrobiopterin (BH<sub>4</sub>) to convert Phe to tyrosine (Tyr). A deficiency in PAH or its cofactor BH<sub>4</sub>, results in the accumulation of excess phenylalanine, whose toxic effects can cause severe and irreversible intellectual disability if untreated. Other clinical features associated with untreated PKU may include autistic behaviours, motor deficits, eczematous rash and seizures. Behavioural impairment as well as psychiatric disturbances can become apparent with age.

Diagnosis. Is initially undertaken through newborn screening programs in the first weeks of life and all cases are further screened for BH<sub>4</sub> responsiveness (Packman, 2003).

PKU has been described in all ethnic groups and its incidence varies widely around the world, affecting of one in every 10,000 births in Caucasians, and with the highest incidence being in Northern Europe. Finland has the lowest incidence in Europe with one case in every 100,000 live births, while Turkey has the highest incidence with one in every 4000 births, due to high consanguinity within the population. In Australia, approximately 25 babies are diagnosed with PKU each year (based on the recorded incidence of new cases).

Treatment. Currently, there is no cure for PKU; however, the prevailing treatment is predominantly through dietary restriction of Phe to the minimum required for normal growth, supplemented with specifically designed medical foods. The establishment of newborn screening programs along with the prompt institution of dietary treatment has prevented intellectual disability; however, neurophysiological and neuropsychological impairments may persist in treated PKU

patients. Furthermore, there are often problems associated with dietary therapy, including nutritional deficiencies as well as non-compliance due to poor palatability.

More advanced medical foods, formulas, improved palatability, including large neutral amino acids (LNAA), and glycomacropeptides (GMP), have been explored, however, long term studies are still needed to understand the full impact of these treatments. BH4 therapy has been successful in BH4-responsive patients; however, only about 30% of all PKU patients can benefit from this treatment. Enzyme replacement therapy through viral delivery of protein fusions targeting the liver has been promising in recent years as well as enzyme substitution therapy where phenylalanine ammonia lyase is used as a substitute to PAH.

**Summary.** The maturation of newborn screening programs along with the prompt institution of a low-Phe diet successfully prevents intellectual disability in early treated PKU patients. Dietary compliance remains to be the main issue as patients approach adolescence and adulthood resulting in poor blood Phe level control and leading to suboptimal outcomes in psychosocial and cognitive assessments. BH4 therapy has been successful, however only a minor proportion of PKU patients benefit from this treatment. Contrasting data has been generated from studies using LNAA as an alternative to dietary therapy and it has been only recommended for adult PKU patients who do not adhere to the diet.

#### NEUROPHYSIOLOGICAL ASSESSMENT OF DIABETIC POLYNEUROPATHY AND IMPORTANCE OF THE CUTANEOUS PERIOD OF SILENCE IN PATIENTS DIAGNOSED WITH DIABETES MELLITUS

Rijad Drnda, Harun Grabo, Majda Kačamaković, Imana Sokolović, Armin Šljivo,  
Adem Žutić

University in Sarajevo, Faculty of Medicine, University of Sarajevo  
Scientific supervisor: prof.dr Enra Suljić

**Introduction:** Diabetes is the most common cause of all neuropathy, 66% type 1 diabetics and 59% type 2 diabetics will develop symptomatic polyneuropathy throughout their life. Neurophysiological tests provide a precise evaluation of the function of the peripheral nervous system. The methods allow us to recognize peripheral gaps in a timely manner and are the only objective indicator and proof of nerve damage. The discovery of neurophysiological changes allows us to understand neurological symptoms and signs in patients with type 1 and type 2 diabetes and their symptomatic treatment.

**Materials and methods:** The study included 90 examinees of diabetes who were divided into three groups of 30, depending on the duration of the disease, and a control group of 60 non-diabetic subjects or other polyneuropathy patients. The investigated groups comprise patients who are referred to the EMNG analysis in the

EMG cabinet Neurological Clinic KCU Sarajevo, in the period from 01.07.2011. to 01.05.2016. All patients were examined neurologically (grade of motor defeat, grade of sensitivity, reflex reflection at lower extremities) electron-graphic analysis.

Results: a statistically significant difference in gender distribution in relation to the study group,  $\chi^2 = 7.151$ ;  $p = 0.007$ . From total number of respondents who had been diagnosed with diabetes mellitus 28.9% used the therapy per os, while the insulin was 71.1% of respondents. There was a significant difference in the average value L1 KPT in group 1 and group 2 compared to group 3 subjects and the control group,  $F = 7.617$ ;  $p = 0.001$ . The average value of L1 in group 1 was  $101.93 \pm 13:55$  (68.7 to 130), while in group 2 amounted to  $100.93 \pm 11.13$  (66.2 to 122.5). Significantly lower latency first had respondents group 3 and was  $93.33 \pm 8.95$  (73-111) and the subjects of the control group  $92.36 \pm 9.35$  (70-109). There was a significant difference in the average value L2 KPT in group 1 and group 2 compared to group 3 subjects and the control group,  $F = 7.244$ ;  $p = 0.001$ . The average value L2 in group 1 was  $154.36 \pm 22:41$  (123-225), while in group 2 amounted to  $165.11 \pm 22:17$  (134-225). Significantly lower second latency had respondents group 3 and was  $147.75 \pm 12.53$  (124-179) and the subjects of the control group  $146.75 \pm 17.03$  (113-183).

Conclusion: this study established a statistically significant difference in the incidence of pathological findings cutaneous period of silence in relation to the test group. The pathological cutaneous period of silence was more frequent in group 1 and group 2, in relation to the treatment group and the control group 3.

#### DISTRIBUTION OF CHILDREN'S RESPONSE TO FEELING SAFE ON THEIR WAY TO SCHOOL IN URBAN AND RURAL AREAS IN UKRAINE

Imoni Eloho R., Iyiola Adeyemi O.

V. N. Karazin Kharkiv National University, Karazin Business School, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisor: I. Dudnic, assistant of the Department of Hygiene and Social Medicine

Introduction: Safety within and outside school contributes to a good learning environment for Children. Children need to feel safe on their way to and from school in order to be interested in going to school. There is information hinting at factors worthy of study. Feeling "attached and contained" (Haigh, 1996) is observed to be related to a person's experience of belonging and feeling safe. The quality of the child's early attachment relationship with the primary caregiver has a vital role in personality development (Bowlby) through influencing the capacity of a person to modulate affect (Fonagy,2001) and to rely on internal representations of the caregiver (object constancy) to feel safe and soothed (Sroufe,1996; Main,1995). Children can be playful and can easily harm

themselves. Children learn better in an environment where they feel more safe and welcomed. Also, some differences exist between the level of personal safety experienced by children of different age grades as well as children in urban and rural areas. Winter and Sweeney (1994) stated that “school climate is a little like the weather. It is difficult to get a handle on, but it is felt everywhere”. Safe study environment is like a good weather everyone is at their best performance.

Goal and tasks: propose a definition of what makes children feel safe both in schools, at home and the communities they live in, to make the fundamental point that feeling safe is an internal decision

Method: The investigation was conducted through questionnaire given to children with the consent and permission of their parents. The following indices were requested as part of their response to feeling safe in their School. Always, Almost always, sometimes, rarely and never. Responses were gotten from a total of 313 children (156- Boys and 150- Girls) in rural areas and 192 children in urban area (81- Boys and 106- Girls). The percentage of the responses were then collated and presented in an excel table. For statistical processing of the result, Microsoft Excel was used.

Results: Children felt safer in school in rural areas  $71\pm 6,5\%$  than in urban area  $48,7\pm 13\%$ . On a general note, girls  $69,4\pm 1,1\%$  felt safer in school in urban areas than their male  $48\pm 1,3\%$  counterparts. There was a closer association with the response at each index measured in the urban area. There were medium to wide variations in the response of children in the rural area. In general, more children felt safe in school and few children  $1,3\pm 0,4\%$  in rural areas and  $0,5\pm 0,2\%$  never felt safe. Children in 11th grade in both the urban  $60,7\%$  and rural  $76,2\%$  areas felt safer in school than their 9th grade counterparts  $43,1\%$  and  $66,3\%$ .

Conclusion: There is a presence of favorable, convenient and safe passage way for children on their way to School. Children schooling in the urban area were more in number and felt safer in school than children in the rural area. The 11th grade children felt safer than the younger school children in the 9th grade. Safety of children in school affects their ability to learn, as such a good environment should be provided in children schools, especially in the rural areas. Reese, et al. (2001) and Wilson, et al. (2000) in separate studies identified the role of drugs and alcohol in the prediction of violence. Feeling safe is related to how much drug and alcohol abuse exists. The more drugs and alcohol in a community, the greater the risk of violence. It could be inferred that feeling safe is related to the absence of drugs and alcohol.

---

## DISTRIBUTION OF CHILDREN'S RESPONSE TO SPORTS IN SCHOOL IN URBAN AND RURAL AREAS IN UKRAINE

Iyiola Adeyemi O., Imoni Eloho R.

V. N. Karazin Kharkiv National University, Karazin Business School, Kharkiv, Ukraine  
Scientific supervisor: O. G. Avdiievskaya, assistant of the Department of Hygiene and Social Medicine

**Introduction:** Sports play a significant role in advancing children's health education and in enhancing their knowledge about healthy lifestyle. In many ways, sports have become a modern art form which is accessible, understandable, and cherished by people around the world (Siergel D, 2001). Regular physical activity benefits health in many ways, including helping build and maintaining healthy bones, muscles, and joints; helping control weight and reduce fat; and preventing or delaying the development of high blood pressure (GAO, 2012). On the other hand, according to British Journal of Medicine, "exercise is one of the least expensive ways to stay healthy", with one study finding that exercise can prevent chronic diseases as effectively as medicine. Children grow and develop better physically and mentally by engaging in sporting activities. Also, some disparities exist between the level of sports participation by children of different age grades as well as children in urban and rural areas. However, little has been done to establish the relationship between sports and performance at school but by participating in sports children develop physical skills; learn how to exercise; make new friends, have fun; learn to be team players; and improve their self - esteem.

**Goal and tasks:** propose a definition of what makes children participate in sports, at school and the communities they live in, to make the fundamental point that engaging in sports is an internal decision.

**Method:** The investigation was conducted through questionnaire given to children with the consent and permission of their parents. The following indices were requested as part of their response to the frequency of sports participation in their School. Almost every day, 4-5 days a week, 2-3 days a week, and Not engaged. Responses were gotten from a total of 313 children (156- Boys and 150- Girls) in rural areas(R) and 192 children in urban area (U) (81- Boys and 106- Girls). The percentage of the responses were then collated and presented in an excel table. For statistical processing of the result, Microsoft Excel was used.

**Results:** Children took part in sports in school U  $69,4 \pm 11,1\%$  and R  $78,8 \pm 5,3\%$ . On a general note, boys  $81,5 \pm 2,9\%$  took part in sports in school in urban areas than their females  $85,8 \pm 2,4\%$  counterparts. There was a closer association with the response at each index measured in the urban area. There were medium to wide variations in the response of children in the rural area. In general, more children took part in sports in school and few children  $1,3 \pm 0,4\%$  in rural areas and  $0,5 \pm 0,2\%$  never took part in sports. We did not find a large gender and

age difference in U and R Children. Children in 11th grade and 9th grade in both the urban and rural areas took part in sports in school 2-3 days a week.

Conclusion: There is a presence of favorable, convenient and safe sport environment in children school. Children schooling in the urban area were more in number and took part in sports in school than children in the rural area. Children's participation in sports in school affects their ability to learn and grow healthily as such a good sporting environment should be provided in children schools, especially in the rural areas. Adolescents who exercise likely have higher general self-esteem and a higher physical ability self-concept (Jackson & Marsh, 1986) than adolescents who do not exercise. Sporting activities occupy children and lowers their exposure to drug and alcohol abuse exists. The more drugs and alcohol exist in a community, the greater the risk of violence (Reyna VF, Farley F, 2006). It could be inferred that engaging in sports is related to the absence of drugs and alcohol.

#### ENDOVASCULAR MANAGEMENT OF NECK SKIN CANCER LESION BLEEDING

Kaczmarek Mateusz, Głóg Wojciech

Student Research Group at Department of General, Vascular and Oncological Surgery  
in Multidisciplinary Hospital, Warsaw-Międzylesie  
Scientific supervisor: Kowalewski Radosław, MD, PhD

Background: Skin cancer progression during palliative treatment can lead to arteries infiltration and uncontrolled hemorrhage from skin cancer lesion, that can be fatal to the patient.

Case report: A 80 years patient with skin cancer of neck and right supraclavicular region after palliative radiotherapy was admitted to hospital because of bleeding from one of cancerous ulceration in neck region. After initial haemostasis and stabilizing the patient arteriography of aortic arch was performed. It visualized branching of right subclavian artery which were supplying cancerous lesions and caused bleeding. Covered stent was implanted in right subclavian artery occluding its branches with preserved patency of vertebral artery. Patient was discharged from hospital 3 days after procedure, postoperative recovery was uneventful.

Conclusions: Hemorrhage caused by cancerous skin lesions can be treated using endovascular approach. Implanting endovascular prosthesis occluding pathological vessels can minimize risk of recurrence of bleeding. Further studies are needed to evaluate long term effects of such approach.

INFLUENCE OF 2-ETHYL-6-METHYL-3-HYDROXYPYRIDINE  
SUCCINATE ON BLOOD  
C-REACTIVE PROTEIN LEVEL IN PATIENTS WITH ACUTE  
MYOCARDIAL INFARCTION AND COGNITIVE DISORDERS WITHIN THE  
FIRST 24 HOURS AND TREATMENT OVER TIME

A. Khyzhniak, K. Stroienko

Kharkiv National Medical University, Critical Care Medicine, Anesthesiology and  
Intensive Therapy Department, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisor: A. Khyzhniak, doctor of medical sciences, professor of the  
Critical Care Medicine

**Introduction.** According to the World Health Organisation data provided in January 2017, cardiovascular diseases are considered to be in the list of 10 main mortality factors. Annually about 50 thousand cases of acute myocardial infarction are recorded in Ukraine. One of causes leading to unfavourable course of acute myocardial infarction are cognitive disorders which in half of cases are found of people under 60.

**Purpose.** To study the influence of 2-ethyl-6-methyl-3-hydroxypyridine succinate on blood C-reactive protein level in patients with acute myocardial infarction and cognitive disorders.

**Materials and methods.** The study enrolled 70 patients with acute myocardial infarction and cognitive dysfunction under 60 years of age. In order to make an assessment of course and prognosis of the disease, additionally the blood C-reactive protein levels were estimated - before quercetinum and 2-ethyl-6-methyl-3-hydroxypyridine succinate were included into compulsory treatment and on the 10th day of the disease. Cognitive disorders were revealed by means of cognitive dysfunction tests.

Depending on the kind of treatment the patients were divided into 2 groups: Group 1 (n=35) made up by patients provided with standard treatment scheme in case of acute myocardial infarction and quercetinum, Group 2 (n=35) - 2-ethyl-6-methyl-3-hydroxypyridine succinate was applied along with standard treatment and quercetinum.

**Outcomes.** The study showed increased blood C-reactive protein on the first day of the disease. In Group 1 C-reactive protein was increased in 31 patients (88,6%), that on average was  $20,35 \pm 4,85$  mg/dL. In Group 2 C-reactive protein was increased in 29 patients (82,9%), that on average was  $26,48 \pm 6,37$  mg/dL. In the setting of the provided treatment, in Group 1 the C-reactive protein levels were elevated in 18 patients (51,4%), that on average was  $11,52 \pm 2,39$  mg/dL, when in patients of Group 2 C-reactive protein levels were elevated in 8 patients (22,9%), that on average was  $18,64 \pm 5,15$  mg/dL. The findings showed that cognitive dysfunction came out in all patients on the first day of the disease, however there was a distinct tendency of 2-ethyl-6-methyl-3-hydroxypyridine succinate, added to



the standard treatment scheme, to dramatically decrease cognitive dysfunction in the patients of Group 2.

Conclusions. The study has made it possible to prove that 2-ethyl-6-methyl-3-hydroxypyridine succinate applied along with standard treatment leads to significant decrease of blood serum C-reactive protein levels and cognitive disorders in patients under 60 with acute myocardial infarction. 2-ethyl-6-methyl-3-hydroxypyridine succinate used together with quercetinum for correction of cognitive insufficiency in patients with acute myocardial infarction is a promising approach and should be studied further.

### SCHIZOAFFECTIVE DISORDER: DIAGNOSTICAL PROBLEMS

Moad Kaiyal

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Scientific supervisor: O. V. Skrynnyk, Doctor of Medicine, assistant of Department of Clinical Neurology, Psychiatry and Narcology

Today the definition schizoaffective disorder (SAD) is not absolutely clear. It has features of both schizophrenia and affective disorder. In current diagnostic systems, patients can receive the diagnosis of schizoaffective disorder if they have schizophrenia with mood symptoms, or mood disorder with symptoms of schizophrenia, or their disorder is on a continuum between schizophrenia and mood disorder.

Generally, SAD has been differentiated in several ways. In 1933 Jacob Kasanin introduced the term schizoaffective disorder as a group of schizophrenia and affective (mood) disorder symptoms. It is clinically presented with affective and schizophrenic symptoms that coexist in the same episode. Ever since, the diagnosis of SAD became more and more popular within clinicians. Later – in 1978 Research Diagnostic Criteria (RDC) defines it as the acute occurrence of a full mood syndrome (depression and/or mania) and one of a set of main symptoms of schizophrenia such as bizarre delusions, first-rank symptoms or nearly continuous hallucinations at the same time. Only two types – depressive and manic were described.

According to International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems (ICD-10) (1998) SAD is a separate unit and can be used to patients who have co-occurring mood symptoms and some criteria of schizophrenia like echo-thoughts, delusional ideas, incongruent speech, hallucinations, catatonic behavior and so on. These symptoms should be concurrently for at least part of the episode. In ICD-10 three types of SAD due to main affective syndrome are described – manic, depressive and mixed. But a lot of question about interaction of mood and schizophrenic symptoms still left.

In the last Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V, 2013) SAD's criteria are more clear. They require a continuous period of illness during which mood episode concurrent with hallucinations, delusions, disorganized verbal communication, grossly disorganized or catatonic behavior, or negative symptoms such as mild emotional affect. Throughout this period, hallucinations or delusions must be present for a minimum of 2 weeks in absence mood episode. There are two subtypes of SAD - bipolar type (symptoms consist of manic episodes or manic and depressive episodes) and depressive type (symptoms are merely depressive episodes).

But despite of a big evolution from Kazanin's definition to DSM-V the differentiating diagnosis of SAD, schizophrenia and mood disorders can be difficult and confusing and still needs more clear criteria and directions.

#### YOUNG DOCTORS' AND MEDICAL FACULTIES STUDENTS' ATTITUDES TOWARDS THE PROFESSIONAL ROLE OF DOCTOR. POLAND – UKRAINE COMPARATIVE STUDY

Maciej Kokociński<sup>1</sup>, Piotr Kordel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institute of Sociology, Adam Mickiewicz University, Poznań

<sup>2</sup>Department of Social Sciences,

Poznań University of Medical Sciences

The aim of the study is to determine the factors influencing young doctors' and medical students' definitions of the professional role of doctor. It includes the status of rural doctors and professional problems that doctors face in general. Knowing them and understanding the vision of future careers of young medical staff can be vital for providing comprehensive healthcare to Polish and Ukrainian populations both in terms of prevention, territoriality and within medical specialties.

The research material used in this study are the effects of two on-line focused group interviews conducted in Poland and Ukraine in 2016. The interviews' participants were medical students and young doctors from Kharkiv and Poznań.

The results of the study show that young doctors and medical students in both countries share similar views on their professional career. A general conclusion that can be drawn from the research is that medical studies, both in Poland and Ukraine, have a declining role in shaping the adequate image of the doctor's profession among young medical professionals and students.

## A 'FORGOTTEN' BRIDGE: GET BACK TO PAST

Lambi Jervis Somo, Oshodi Opeyemi Esther

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisors: M. Shevchuk, candidate of medicine, associate professor;

N.Skokova, assistant;

M. I. Yabluchansky, Doctor of Medicine, Full Professor,

Head of Internal Medicine Department

**Relevance:** Systolic compression of a coronary artery by overlying myocardial tissue is termed myocardial bridging. Atherosclerosis occurring in the intramyocardial segment is a rare occurrence, and combined with systolic narrowing by the myocardial bridge can lead to ischemia of the cardiac musculature. Percutaneous intervention (stenting) or surgical treatment (myotomy or myocardial revascularization surgery) is indicated only for a minority of patients with symptoms or positive functional tests who are under optimized clinical treatment. So, How stenting of coronary artery in this case influence to clinical presentation of patient?

**Goal.** We are reporting a case of myocardial bridging which was complicated with unstable angina and arterial hypertension. The goal of this abstract is to present the management and follow up of a patient with myocardial bridge after surgical treatment.

**Our patient:** The patient is a 41 year old male businessman. He was admitted to the hospital on the 21st of January 2018. He developed unstable angina at a young age, due to the myocardial bridge.

**Anamnesis morbi:** Main complaints of the patient related to the disease started about ten years ago. He had arterial hypertension for more than ten years and he also complained. The main complaints of the patient were chest pain lasting about 10 - 15 minutes after physical activity, accompanied by dyspnea. There was also periodic palpitations and heartburn.

The following studies were performed: CBC, echocardiography, ECG, coronary angiography, blood lipid spectrum, thyroid function tests. The results of the angiography showed a 40% narrowing of the Left anterior descending artery and a myocardial bridge with systolic compression up to 70%.

**The diagnosis:** Based on the physical exam and the studies that were performed, the patient was diagnosed with a myocardial bridge of the Left coronary artery and arterial hypertension of the second grade.

**Treatment involved:** stenting in the left anterior descending coronary artery, beta blockers (Nebivolol 5 mg daily), ACE inhibitors plus thiazides (lisinopril 10 mg plus chlorothiazide), aspirin (75 mg daily), clopidogrel (75 mg daily) and omeprazole(40 mg daily). After stenting patient's condition is much better: no chest pain, no palpitation, exercise tolerance increased.

Discharged with recommendation of having adequate bedrest to prevent overworking of the heart. Also the patient should avoid fatty foods to prevent heartburn.

Conclusion: The patient diagnosed with unstable angina, myocardial bridge and hypertension appears to be healthy and satisfied with his treatment. Considering the epidemiological prevalence of these conditions, clinical suspicion of a myocardial bridge should be considered in all cases of typical or atypical chest pain particularly in younger patients with a low probability of atherosclerosis.

### CERVICAL CANCER INCEDENCE RATE IN NIGERIA

Lat Tapchin Mathew, Akinpelu Olusewa Abigail

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Scientific supervisors: M. O. Kindruk, assistant professor, Department of Hygiene and Social Medicine

Introduction: Cervical cancer is the third most frequent cancer in women of reproductive age worldwide preceded by breast cancer as the first and colorectal cancer as second. It is the leading cause of cancer-related death for women in developing countries. According to GLOBOCAN, There was an estimated 528 000 new cases of cervical cancer and 266 000 deaths worldwide in 2012, accounting for 7.5% of all female cancer deaths. Almost nine out of ten (87%) cervical cancer deaths occur in the less developed regions. Mortality varies 18-fold between the different regions of the world, with rates ranging from less than 2 per 100,000 in Western Asia, Western Europe and Australia and New Zealand to more than 20 per 100,000 in Melanesia (20.6), Middle (22.2) and Eastern (27.6) Africa. As at 2014, according to WHO, the rate of cervical cancer death in Nigeria is 20.61 per 100,000. Comparatively low rates in the developed countries is due to using a perfect screening system of early diagnostics cervical cancer.

Aim: The purpose of this article is to study the level and causes of incidence in Nigeria, as well as a comparison with the prevalence of cervical cancer in developed countries.

Materials and methods: Information and statistic data were gathered from GLOBACAN and other medical journals cited below. Also a research conducted by Saad Aliyu Ahmed, et al titled 'Knowledge, attitude and practice of cervical cancer screening among market women in Zaria, Nigeria was studied.

Results: About 14,089 new cervical cancer cases are diagnosed annually in Nigeria (estimations for 2012)<sup>2</sup>. Cervical cancer ranks as the 2nd leading cause of cancer in women aged 15 to 44 years in Nigeria, meanwhile in developed countries it is not even in the top ten. This is due to the fact that the health system in developed countries are better than that of developing countries. Malignant cells are quickly discovered in developed countries and measures are taken before it is too late.

Risk factors of cervical cancer in Nigeria are as follows: sexual behavior (first intercourse before 15 years of age, high number of live births, high HIV prevalence, STIs). The number of 15-year-old who have had sexual intercourse is 15.6%; range of median age at first sexual intercourse is 16.7-17.9 years of age; total fertility rate (live births per women) is 5.6; high rates of HIV infection and other STIs. Another contributing factor is that child marriage is still observed in some parts of the country. Only about 8.7% of all women in Nigeria 18 years and above have ever been screened which indicates the low level of awareness, of untimely request for medical assistance and untimely diagnostics measures.

Currently awareness programs are conducted and sponsored all over the country to educate women about cervical cancer the need for screening regularly. Women are becoming more aware as the level of women who are educated is on the rise in the country.

Conclusion: Cervical cancer is the second cause of cancer death in women of reproductive age in Nigeria. This is aided by the poor standard of living, education and health services. Private organizations and volunteers are raising up awareness among the female population of Nigeria.

## USEFUL ART OF PHYSICAL EXAMINATION

W. F. Lawal

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Department of Internal Medicine

Scientific supervisors: M. I. Yabluchansky, Doctor of Medicine, Full Professor, Head of Internal Medicine Department; L. V. Bogun, PhD, assoc. prof.

Introduction. Coronary artery disease (CAD) is the single most common cause of death globally, responsible for about 1 in every 5 deaths. The diagonal earlobe crease (DELCC) runs from the lower pole of the external meatus, diagonally backward to the edge of the lobe at approximately 45 degrees. This eponymous sign is named after Dr Sanders T. Frank, who in 1973 reported the association of DELCC with CAD as observed in a cohort of patients with angina. It has been hypothesized to be a peripheral marker of likely underlying coronary artery disease and thus useful for being a possible predictor of an unforeseen major cardiac event in otherwise asymptomatic individuals. However, a consensus for the routine use of DELCC in CAD patients is yet to be formed.

Objective. The aim is to emphasize the necessity of meticulous physical examination of patients in the modern clinical practice citing an example of Frank's sign in coronary artery disease.

Methods and results. Two clinical examples of Frank's sign are given. Both cases describe patients with ischemic heart disease proven by

coronaroangiography or myocardial infarction, however, age of patients and severity of Frank's sign differ.

**Conclusion.** The clinical cases demonstrate an association between Frank's sign and proven atherosclerosis of the coronary arteries regardless of patients' age. The identification of simple clinical signs associated with an increased risk of cardiovascular disease cannot be overestimated. Thus, appropriate integration of patient symptoms, demographics, clinical characteristics, and examination findings remains essential for the clinician to accurately determine the likelihood of atherosclerotic cardiovascular diseases to distinguish those patients who need further meticulous investigation.

### PEDIATRIC CLINICAL CASE OF SCLEREDEMA BUSCHKE

Lawal Wuraola F., Mhlophe Mqele S., I. Khadjynova

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisor: I. V. Khadjynova, assistant professor of department of Pediatrics N 2

**Introduction.** Scleredema is an uncommon fibromucinous connective-tissue disease. It is characterized clinically by woody induration and hardening of the skin that results from excessive mucin deposition between thickened collagen bundles in the skin's dermis. Scleredema occurs in individuals of all ages, ranging from infancy to adulthood. The majority of childhood cases are postinfectious and self-resolving.

**Objective.** This report aims to limit the spectrum of differential diagnosis and aid early diagnosis of rare rheumatic disease; Scleredema Buschke.

**Results.** An 8-year-old male patient was admitted to the hospital of SI "Institute of children's and adolescent's health care of NAMS" with the following complaints: tightness and hardness of the skin, pinched, forced position in the bed with flexion of legs. On admission, the condition of the child was severe, his skin was pale, and well-being was satisfactory. It was noticed from anamnesis that on November 2017, he was diagnosed with acute streptococcal infection (acute pharyngotonsillitis) after which a peculiar hardness of his skin developed. Initially the process was detected on the front side of the neck. A surgeon suggested that it was lymphadenopathy and the patient received Diklak-gel as treatment. During the following weeks, his symptoms gradually developed. Anamnesis vitae showed the child has a predisposition to allergic diseases; he had an allergy to milk formulas up to a year. When the patient was five years old, he had scarlet fever and he is sensitive to respiratory infections which usually occur 6-7 times per year. On systemic examination, prominent dense, non-pitting, non-tender edema of waxy consistency was determined on his face, neck, upper shoulder girdle and back; less expressed on his abdomen and thighs. Pinching skin into a crease in these areas

was impossible. There was restriction in opening the mouth. Decreased breath sound in the interblade and basal areas was found by auscultation. The restriction of flexion in the elbow joints was also determined. Most laboratory tests were within normal range, except positive ANA. The case was differentiated with Eosinophilia-Myalgia Syndrome, Eosinophilic Fasciitis, Primary Systemic Amyloidosis, Scleromyxedema, Systemic Sclerosis and Diabetes Mellitus. The patient was diagnosed with Scleredema Buschke, type 1 (postinfectious). Glucocorticoids, Methotrexate, and Amlodipine were prescribed.

Conclusion. The knowledge about rare rheumatic diseases is as important for rheumatologists as for general practitioners to prevent misdiagnosis and assist early addition of appropriate therapy.

#### FEATURES OF FORMATION OF HEALTH-SAVING BEHAVIOR OF SCHOOLCHILDREN IN DIFFERENT TYPES OF EDUCATIONAL INSTITUTIONS

Loai Ali Al-Hajaya

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Scientific supervisor: T. Merkulova, Ph.D., associate professor in Department of Hygiene and Social Medicine

Introduction. Health of children is a prime indicator of achieving the social objectives of the state. The school reflects the policy of the state in society. At the same time, health of school-age children is seen as the ability to fulfil effectively a social functions taught by the school.

Materials and methods. The research is based on the results of anonymous survey of 1399 schoolchildren in grades 9-11 in a large megalopolis, small town and village. The questionnaire included questions about the features of lifestyle and educational activity, bad habits, subjective assessment of their health.

Results. The 54% of children in megalopolis, 52% in a small town and 64% in rural areas consider themselves healthy. They were mostly boys, the gender difference is more pronounced in urban areas. The harmful habits prevalence depends on the place of residence. 14% of schoolchildren have the first experience of smoking in 7-9 years old, mostly boys. About 4% of high school students admit that they have already formed habit to drink alcohol. Smoking, drinking and drugs are more pronounced in urban areas, the use of wine - in the village. In a large city school physical activity level was also higher. The greatest number of students (29.3%) who goes to school with pleasure is in a small town, the smallest number (17.8%) is in the village.

Conclusions. School as the implementer of health-preserving behavior is less successful in the village. Despite the high prevalence of harmful habits among

schoolchildren strategy of countering this is more diverse and effective in a large metropolis.

## THE EFFECTS CUMULATIVE LIFE STRESS ON CARDIOVASCULAR STRESS REACTIVITY

Magapu Veera Venkata Akhil

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Department of Medical Psychology, Psychiatry and Narcology

Research advisor: S. Hmain, ass. prof.

**Background:** The theory of psychophysiological toughness suggests that experiencing a moderate amount of stressors in the past will improve the person's ability to cope with stressors in the present.

The greater cumulative life stress an individual experienced, the greater dysregulation of cardiovascular reactivity to current acute stressors.

Chronic negative life stress has been found to be associated with greater diastolic blood pressure and increased heart rate reactivity

**Purpose:** the purpose of this study is to examine how experiencing various amounts of cumulative life stress is associated with physiological stress responses to acute stress in young adulthood

**Hypothesis:** we hypothesized that cardiovascular reactivity to a social stress task would reflect the amount of cumulative life stress experienced by an individual. Specifically, we hypothesized a U – shaped relationship, such that a moderate amount of stressful life events would be associated with responses of lower change in heart rate and blood pressure, while experiencing no stressors or many stressors would be associated with a greater increase in heart rate and blood pressure.

**Methods:** Male and female (m=27%, f=73 %) undergraduate students (n=45) participated in the noisy neighbor task, in which the participant attempted to resolve social conflict with an uncompromising confederate. Before, during, and after this interaction, autonomic nervous system data was collected via blood pressure cuff, ECG, and cardio-impedance. Participants also completed life events checklists. A measure that assesses cumulative life stress. Responses to the life events checklists showed a mean response of 4.4 life events, a standard deviation of 3.6 and a range from 0 to 21.

**Conclusion and implications:** Through our study we found that cumulative life stress is indeed associated with hemodynamic responses to stress in adults. However, this response is represented by a negative linear correlation with cumulative life stress resulted in a decrease in heart rate reactivity, rather than a quadratic relationship.



A possibility as to why we did not find a U-shaped relationship between cumulative life stress and current cardiovascular responses could be due to the categorization of our high cumulative stress group as starting at only 4 life events. Future research which inclusion of participants who have experienced higher level off cumulative life stress would provide the statistical power necessary to properly examine the current hypothesis.

This linear relationship may suggest that stressful experiences may dampen future stress reactivity.

The association that we found between cumulative life stress and cardiovascular reactivity could help to illuminate how past stress exposure may modulate an individual's ability to handle current stressors. The variability in stress reactivity between individuals could potentially leads to difference in future physical health outcomes.

#### CLINICAL CASE STUDIES IN PATIENT WITH HEART FAILURE AND DIABETES MELLITUS

Ayoub S. M, Gakpo Jacob Owusu

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisors: M. Shevchuk, candidate of medicine, associate professor;

M. I. Yabluchansky, Doctor of Medicine, Full Professor,  
Head of Internal Medicine Department

Relevance: Diabetes mellitus is highly prevalent amongst patients with heart failure, especially those with heart failure and preserved ejection fraction, and patients with the two conditions have a higher risk of mortality compared with patients without diabetes or heart failure. When the two diseases are considered individually, heart failure has a much poorer prognosis than diabetes mellitus, therefore heart failure has to be a priority for treatment in patients presenting with the two conditions, and the diabetic patient with heart failure should be managed by the heart failure team. This clinical case will focus on the relationship between heart failure and type 2 diabetes mellitus.

Goal. We are reporting a case of patient with heart failure and diabetes mellitus. The goal of this abstract is to present the management and follow up of a patient with heart failure and diabetes mellitus.

Our patient: 71-years old female. She was admitted to the hospital on the 21st of January 2018. She has a medical problems during the past 3 years. She has been treated for two myocardial infarctions, arterial hypertension, diabetes mellitus.

Today she presents in the office with shortness of breath which has been progressive over the past five days. She has, however, experienced episodes of shortness of breath during the past four months, especially when exerting herself.

she fatigues easily and has lost "all my energy to do anything." She also complains of anorexia. Last night she awoke suddenly from sleep because "I couldn't catch my breath" and developed a dry cough. The breathing problem improved when she sat on the edge of her bed for an hour. she generally sleeps with two, sometimes three pillows. She has not experienced chest pain, leg pain or fainting spells.

Examination in the office reveals an undernourished female who appears depressed and older than his stated age. She is unkempt and unshaven. His shoes are untied. His breathing is labored and his lips have a blue tinge.

Vital Signs: Blood Pressure 160/95 mmHg in the right arm; Heart Rate 110/min; Respiratory Rate 26/min; Temperature 98F. Examination of the lungs reveals dullness to percussion in both bases with decreased excursion of the diaphragms. Course rhonchi and moist, inspiratory crackles are heard bilaterally in the lower lung fields.

Examination of the cardiovascular system: neck veins are prominent and distended to the mandible when the patient is sitting upright, pansystolic murmur at mitral area radiate to axilla.

Examination of the abdomen: The anterior wall is round and soft. The liver edge is palpable and tender. The spleen is not palpable. Examination of the extremities revealed diminished peripheral pulses. There is regular pulse. There is pitting edema of both lower extremities.

The following studies were performed: CBC, echocardiography, ECG, coronary angiography, blood lipid spectrum, thyroid function tests. The results of the ECG: left bundle branch block typical

The diagnosis: Systolic heart failure with reduced Ejection fraction (HFrEF), Stage C, NYHA Class: II-IV.

Treatment involved: The patient was symptomatically improved by initial intravenous diuretics and supplemental oxygen correction of the fluid imbalance (1.5 l fluid restriction; oral diuretics twice daily) resulted in a weight loss of 4.5 kg over 5 days. Although supine blood pressure remained low ( $\approx$ 100 mmHg), an ACE inhibitor (perindopril 2 mg daily) was introduced without difficulty and she experienced no postural symptoms. Renal function improved in response to the changes in therapy.

Discharged with recommendation of rest and 10-15 min walking daily, cardiac diet by avoiding fatty food and high fiber diet.

Conclusion: While remaining functionally limited at discharge, she was able to live independently.

---

**CASE REPORT: POLYTRAUMA – NEVER-ENDING TREATMENT**

Muhić Amila

University of Sarajevo

Faculty of Medicine, Sarajevo, Bosnia and Herzegovina

Scientific supervisor: Sluga Boštjan, Doctor of Medicine, Teaching Assistant, Clinical Department of Traumatology, University Medical Centre Ljubljana, Ljubljana, Slovenia

On the clinical case presentation of 27-years-old male injured in car accident we describe the treatment of polytrauma patient after the initial resuscitation and stabilization. Beside the injury of the abdomen and head, the patient suffered an open fracture of the left humerus, fracture dislocation of left elbow, fracture dislocation of his right talus and an open comminuted intraarticular fracture of his left distal femur. During the treatment of his arm heterotopic ossifications occurred and a radial palsy after the operation. The fracture of the talus was operated and healed well. According to the fracture type an aseptic necrosis was expected in the future. Femur fracture was treated with the use of Ilizarov frame and bone transport. After the removal of the frame, a fracture of the distraction callus occurred and the contracture of the knee joint was severe. Additional procedures were carried on and after two years of treatment the range of motion is blocked and the leg is shorter. Most of the polytraumatized patients suffer from high energy injuries that occur during traffic accidents, work machines accidents and falls from the height. In addition to the injuries that directly endanger life, these people also have bone and soft tissue damage that do not endanger life, but later, despite prolonged and demanding treatment, they cause a worsening of the function of the limb or an organ.

**COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF MORPHOFUNCTIONAL HEART PARAMETERS IN ADOLESCENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND RHYTHM AND CONDUCTION DISORDERS**

Nanfuka Catherine

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Department of Pediatrics

Scientific supervisor: T. O. Holovko, PhD, assistant professor

**Actuality:** Currently, the most common diseases of the cardiovascular system in adolescents are arterial hypertension (AH) and disorders of cardiac rhythm and conduction (CRCD)

**Aim:** The aim of the study was to compare the morphofunctional heart parameters in adolescents with AH and CRCD.

Materials and methods: 30 adolescents with AH were examined, the mean age of which was  $16.04 \pm 0.21$  years. The group with the CRCD included 32 adolescents, the average age of which was  $14.23 \pm 0.37$  years. The control group consisted of 41 adolescents at the age of  $14.63 \pm 0.35$  without disturbances of the heart rate and with normal blood pressure figures. Conducted: ultrasound of the heart in M- and B-modes on the SA-8000 Live device.

Results: In adolescents with AH revealed a significant increase in the output tract of the right ventricle as compared to the index of children in the control group ( $2.66 \pm 0.03$  cm against  $2.44 \pm 0.03$  cm,  $p < 0.001$ ). Also, the sizes of the left atrium (DLA) and the diameter of the aortic root (DAR) were both significantly increased compared to adolescents in the control group and in comparison with patients with CRCD (DLA in adolescents with AH  $2.62 \pm 0.04$  cm against DLA in the control group  $2.49 \pm 0.03$  cm,  $p < 0.05$ , and against DLA in teenagers with CRCD  $2.48 \pm 0.06$  cm,  $p < 0.05$ ; DAR in teenagers with AH  $2.94 \pm 0.06$  cm vs DAR in the control group  $2.55 \pm 0.03$  cm,  $p < 0.01$ , and against DAR in patients with CRCD  $2.52 \pm 0.05$  cm,  $p < 0.001$ ). The thickness of the posterior wall of the left ventricular myocardium (TPWLV), as well as the interventricular septum (TIVS) and the mass index of the myocardium (MIMLV) in patients with AH were significantly higher than in the control group and in adolescents with CRCD (TPWLV in teenagers with AH  $0.72 \pm 0.02$  cm vs TPWLV of the control group  $0.63 \pm 0.01$  cm,  $p < 0.001$ , and against TPWLV in teenagers with CRCD  $0.63 \pm 0.01$  cm,  $p < 0.001$ . TIVS in patients with AH  $0.75 \pm 0.02$  cm against TIVS in control group  $0.66 \pm 0.01$  cm,  $p < 0.001$ . MIMLV in patients with AH  $62.77 \pm 3.06$  cm against MIMLV in control group  $53.95 \pm 1.30$  cm,  $p < 0.001$ , and against MIMLV in teenagers with CRCD  $53.98 \pm 2.56$  cm,  $p < 0.01$ ). All these changes were accompanied by a significantly increased heart rate in patients with hypertension compared to adolescents in the control group ( $75.47 \pm 2.97$  b/min against  $66.10 \pm 1.69$  b/min,  $p < 0.05$ ).

In adolescents from the group of the CRCD, there was a significant increase in the indexes of end-systolic size (IESS) and volume (IESV) of the left ventricle compared to both those of the adolescents in the control group and those with AH (IESS in teenagers with CRCD  $1.79 \pm 0.06$  cm against IEES of the control group  $1.71 \pm 0.03$  cm,  $p < 0.05$ , and against IEES in teenagers with AH  $1.55 \pm 0.07$  cm,  $p < 0.05$ . IESV in patients with CRCD  $19.72 \pm 1.41$  cm against IESV of the control group  $16.38 \pm 0.53$  cm,  $p < 0.05$ ). At the same time, a significant decrease in LV functional parameters was revealed in comparison with the corresponding indicators of the adolescents of the control group and the AH (EFLV in teenagers with CRCD  $63.24 \pm 1.38$  against EFLV of the control group  $69.69 \pm 0.78$ ,  $p < 0.001$ , and against EFLV in teenagers with AH  $70.70 \pm 1.61$ ,  $p < 0.001$ . ISVLV of teenagers with CRCD  $33.79 \pm 1.76$  ml/ m<sup>2</sup> against ISVLV of the control group  $38.91 \pm 1.30$  ml/ m<sup>2</sup>,  $p < 0.05$ , against ISVLV in teenagers with AH  $39.71 \pm 2.27$  ml/ m<sup>2</sup>,  $p < 0.05$ . CO in teenagers with CRCD  $3.65 \pm 0.21$  ml against CO of the control group

3,90±0,21 ml,  $p<0,001$ , and against CO in teenagers with AH 5,45±0,31 ml,  $p<0,001$ ). In assessing the indices of diastolic function of the myocardium, there were no significant differences.

Conclusion: In adolescents with arterial hypertension (AH), at the early stages of the disease, left ventricular myocardial hypertrophy is observed with no alteration in systolic function. On the contrary, in adolescents with CRCD, there is a decrease in LV systolic function on the background of decline in contractility.

## HOW EASY IS THE DIAGNOSIS OF BRUGADA SYNDROME?

Nithin Varghese

V. N. Karazin Kharkiv National University,  
School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Brugada syndrome is a condition that causes a disruption of heart's normal rhythms. Specifically, this disorder can lead to irregular heartbeats in the heart's lower chambers (ventricles), which is an abnormality called ventricular arrhythmia. If untreated, the irregular heartbeats can cause fainting (syncope), seizures, difficulty breathing, or sudden death. These complications typically occur when an affected person is resting or asleep.

Aim: In Brugada syndrome it's extremely difficult to diagnose. Brugada syndrome is diagnosed mainly by ECG variations but it shows similar ECG patterns of certain electrolyte disturbances and ischemic heart diseases.

Brugada syndrome is characterized by cardiac conduction abnormalities (ST-segment abnormalities in leads V1-V3 on ECG and a high risk for ventricular arrhythmias) that can result in sudden death. Brugada syndrome presents primarily during adulthood although age at diagnosis may range from infancy to late adulthood. The mean age of sudden death is approximately 40 years. Clinical presentations may also include sudden infant death syndrome (SIDS; death of a child during the first year of life without an identifiable cause) and the sudden unexpected nocturnal death syndrome (SUNDS), a typical presentation in individuals from Southeast Asia. Other conduction defects can include first-degree AV block, intraventricular conduction delay, right bundle branch block, and sick sinus syndrome.

Diagnosis: The most common presentation is that of a person in his/her 40s with malignant arrhythmias and a previous history of syncopal episodes. Brugada syndrome is diagnosed by identifying characteristic patterns on an ECG. The pattern seen on the ECG includes ST elevation in leads V1-V3 with a right bundle branch block (RBBB) appearance. There may be evidence of a slowing of electrical conduction within the heart, as shown by a prolonged PR interval. These patterns may be present all the time, but may appear only in response to particular drugs, when the person has a fever, during exercise, or as a result of other triggers.

The ECG pattern may become more obvious by performing an ECG in which some of the electrodes are placed in different positions from usual.

Three forms of the Brugada ECG pattern have been described

Type 1 has a coved type ST elevation with at least 2 mm (0.2 mV) J-point elevation and a gradually descending ST segment followed by a negative T-wave.

Type 2 has a saddle-back pattern with a least 2 mm J-point elevation and at least 1 mm ST elevation with a positive or biphasic T-wave. Type 2 pattern can occasionally be seen in healthy subjects.

Type 3 has either a coved (type 1 like) or a saddle-back (type 2 like) pattern, with less than 2 mm J-point elevation and less than 1 mm ST elevation. Type 3 pattern is not rare in healthy subjects.

According to current recommendations, only a Type 1 ECG pattern, occurring either spontaneously or in response to medication, can be used to confirm the diagnosis of Brugada syndrome as Type 2 and 3 patterns are not infrequently seen in persons without the disease.

The identification of a heterozygous(or hemizygous in the case of KCNE5 in a male) pathogenic variant in one of 23 also confirms the diagnosis genes: ABCG9, CACNA1C, CACNA2D1, CACNB2, FGF12, GPD1L, HCN4, KCND2, KCND3, KCNE5, KCNE3, KCNH2, KCNJ8, PKP2, RANGRF, SCN1B, SCN2B, SCN3B, SCN5A, SCN10A, SEMA3A, SLMAP, and TRPM4.

Conclusion: If we properly analyses ECG, family history and patient clinical history then diagnosis of brugada syndrome is easy as any other diseases.

## THE HYGIENIC EVALUATION OF HEALTH OF INTERNATIONAL STUDENTS IN KHARKIV, UKRAINE

Nkwam-Uwaoma Chimnaza Chikwesiri

V. N. Karazin Kharkov National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific Supervisor: M. O. Kindruk, assistant of Hygiene and Social Medicine

Department

Studying the state of health of students is a topical issue. Over the past decades, there has been a deterioration in health of the general population especially students. According to the World Health Organization (WHO), health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity. Different factors affect health of the population and students in particular: external factors (exogenous) – regulated by human society, include upbringing, education, living conditions, which mainly determine the formation of way of life of an individual and internal factors (endogenous), which includes the socio-cultural environment, individual behavior of students, their individual health potential, inclinations and abilities, physio-biological habitat.

Most of the endogenous factors do not depend on the person, sex, age, heredity with their constitutional features, the structure and formation of individual organs, systems, their interaction.

The purpose of this research, is to study the state of health of International students and analyze the factors that affect their health.

Materials and methods of research: The study was conducted with the help of anonymous questionnaires filled by International students of V.N. Karazin Kharkov National University with their permission. There were 165 females and 135 males. Questions related to their way of life like «how often do you get 7-8 hours night sleep», «how often do you use the transport» or «how often do you carry out physical activity» were asked.

The results of research: A night-sleep is important for the regulation of the body's activity. While asleep, the basic metabolic and cellular processes are carried out. It was detected that only 15% of students always have a 7-8 hours night sleep, 70 % of students rarely have and 15% sometimes have. On the question how often students eat out or cook at home 45% of students sometimes eat out, 50% - rarely and 5% - always and 45% of students sometimes cook at home, 5% - rarely and 50% always cook at home. It suggested that students try to eat regularly and include in their diet various products, that are necessary for a balanced diet. On the question how often do students carry out physical activity (play football, go to the gym, jogging, go swimming) the answers were divided equally - 50% of students sometimes and 50% rarely do physical activity, which indicates a low physical activity while most students have negative attitude about drinking and smoking, so 90% of students never smoke and 80% never drink and 10% - sometimes smoke and 20% - sometimes drink.

Conclusions. Results of the research indicates that the health status of international students depends on different risk factors, such as night-sleep, physical activity, bad habits. Students do not get enough sleep, do not carry out enough physical activity, which affects negatively their way of life, but rejection of bad habits is a positive factor for their healthy lifestyle.

## PHYSICAL ACTIVITY DURING PREGNANCY

Nur Amer

V. N. Karazin Kharkiv National University,  
School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisor: I. V. Adamovych, assistant of the Department of General Practice  
– Family Medicine

Pregnancy is a physiological condition. Procreation is a natural and beautiful mission of woman.

Different changes occur in the organism of woman during pregnancy and they can be considered as a kind of challenge for pregnant woman and for her adaptive mechanisms.

Poor physical development and lack of physical activity can cause disorders of functions of cardiovascular and respiratory systems. This condition can lead to complications in the course of pregnancy and fetal development. Surely physical exercises plays an important role in a saving health and preparing for parurition of pregnant woman.

The purpose of this review is to rationale for the use of physical activity during pregnancy based on changes in the body of a pregnant woman. To explore which types of exercises have an advantage.

Conclusions: Nevertheless, the benefits of regular physical activity throughout pregnancy generally outweigh the risks. Studies have identified that women who keep fit during pregnancy are more relaxed and therefore cope better with the emotional and physiological strains of pregnancy, including the demands of labor. Women who exercise have a better sense of wellbeing due to a number of positive effects from exercise such as greater weight control, better body image and self-esteem, improved sleep and increased energy levels. It is believed that this positive effect on mental health continues after pregnancy and may decrease the incidence of postnatal depression.

#### INCIDENCE OF ESOPHAGOUS MUCOUS MEMBRANE DAMAGE IN CHILDREN WITH ASSOCIATED PATHOLOGY OF UPPER DIGESTIVE TRACT

Ogundipe Kehinde Ayomide, Oladipo Lois Damilola

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Department of Pediatrics N 2

Scientific supervisor: T. V. Zimnytska, PhD, associate of professor

Actuality: Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a common pathology among childhood. It is especially for children that GERD is associated with chronic gastroduodenitis. Its incidence in Ukraine is 38,8% (Shadrin O G, 2015).

The aim is incidence of esophagus mucus membrane damage in children with GERD associated with pathologies of stomach and duodenum.

Objective and Methods: 40 patients aged 10-18 y. o. with GERD were investigated. Endoscopy of esophagus, stomach and duodenum was done.

Results: 23 patients had gastroesophageal reflux on background of erythematic gastro-duodenopathy (group I). 7 children had gastroesophageal reflux associated with erythematic gastropathy with lymphatic hyperplasia and erythematic duodenopathy (group II). 10 children had gastroesophageal reflux only (group III).



Catarrhal esophagitis was observed in 5 patients (21,7±8,6%) from group I (n=23), in 4 patients (57,1±19,5%) from group II (n=7) and in 1 child (10,0±9,5%) from group III (n=10). Incidence of esophagus mucous membrane damage in patients from group II statistically differs from same indicator in patients group III ( $p<0,05$ ).

Conclusion: Incidence of esophagus mucous membrane damage is higher in patients having GERD on background of erythematic gastropathy with lymphatic hyperplasia and depends on excessiveness of inflammation in stomach.

### BEST MANAGEMENT APPROACH FOR PATIENTS WITH MULTIPLE CHRONIC CONDITIONS

Ogundipe Kehinde Ayomide

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Department of Internal Medicine

Scientific supervisors: M. S. Brynza, MD, PhD;

V. A. Shtelmakh, asst. prof.

Introduction: Multiple Chronic Conditions are concurrent chronic conditions. In other words, multiple chronic conditions are two or more chronic conditions that affect a person at the same time. Sometimes it is difficult for clinicians to choose the optimal treatment, because prescribing drugs for each disease, they collide with polypharmacy.

Aim: To access the best management approach of a patient with multiple chronic conditions.

Objective: A 56 years old man with complaints of chest pain on exertion, dyspnea, headache, frequent heart burn, recurrent abdominal pain was further investigated through, history taking, physical examinations, laboratory research, instrumental diagnostic methods and consultation of specialists. Also a theoretical research was done to know the incidence of multiple chronic conditions and burden of treatment in Ukraine and Europe at large.

Results: After a taking patient through thorough diagnostic methods, the patient was found to have the several syndromes and multiple chronic conditions.

Conclusion: The management of multiple chronic conditions require extra attention because of drug interactions of the multiple drugs to treat the multiple organs affected in the patient. Also, the financial state of the patient should be taken into consideration as patient might need to take some of the drugs for a long period of time.

---

## ASSESSMENT OF ADAPTIVE CAPACITY IN ADOLESCENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Okoronkwo Ugochukwu

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Department of Pediatrics N 2

Scientific supervisor: K. V. Shtrakh, assistant

The data of modern literature show that taking into account the adaptive capabilities of the child and adolescent organism is very important for determining the child's health status, normal growth and development. The indicator of adaptive reactions of the body is the state of the cardiovascular system, the activity of which is provided by adequate reactions of the autonomic nervous system. Adolescence is characterized by an increase in the sympathetic-adrenal system, which can contribute to the formation of functional disorders in adults and chronic pathology, cardiovascular system most often observed arterial hypertension, hypotension, arrhythmia, and secondary cardiomyopathy. The study of adaptation opportunities in children and adolescents will be the basis for improving the prevention of "adaptation diseases".

The task of the study was to determine the adaptive capacity of adolescents aged 14-17 with hypertension.

Materials and methods: Twelve boys with arterial hypertension aged 14-17 years were examined. The comparing group consisted of 12 adolescents of the same age without a cardiovascular pathology with similar weight-growth parameters. The evaluation of objective status, anthropometry, echocardiography, Rufius test, determination of vegetative maintenance of the organism's activity was carried out according to clintorstatic test (CPC) Children's scores were compared on a "copy-pair" basis using the non-parametric Wilcoxon-Mann-Whitney method.

Results of the study: In the group of children with arterial hypertension the Rouffier test showed good results - 8.33%, satisfactory - 33.33%, weak and unsatisfactory results- 58.33%. In the control group, the majority of children (75,0 %) showed good and satisfactory results. In CPC, a normal response to orthostasis was observed in only 16,6% of adolescents with hypertension, while in the control group- 25 % of adolescents. In 37,5 % of adolescents, the asymptotic variant of CPC is expressed, which is distributed equally in both groups and indicates a violation of the adaptive capacity of the organism. In 41,6 % of patients with hypertension, hyperdiastolic and hypersympathetic types of CPC were recorded, which indicates unsatisfactory adaptive reserves. Nonadaptive variants of CPC in children were combined with weak or unsatisfactory parameters of Rufius test in 80.0% of cases. Most of these children did not have sufficient recommended weekly exercise. Morphofunctional characteristics of the heart in children with hypertension and the control group did not differ significantly, but the initial signs of remodeling of the heart by the type of concentric hypertrophy were revealed in 3

patients. The minute volume of blood in patients with arterial hypertension was significantly higher ( $4.9 \pm 0.3$  L / min,  $p < 0.05$ ) than in practically healthy children. The parameters of the rate of transmittal blood flow in hypertension also significantly exceeded the parameters of the comparing group. But systolic or diastolic dysfunction of the left ventricle was not revealed.

Conclusion: Insufficient tolerance to exercise was observed in 58,3 % of adolescents with arterial hypertension. In most cases, it is caused both by inadequate vegetative maintenance of activity and by low motor activity of children. Most of these children are not involved in sports sections and need to optimize motor activity. 25,0 % of adolescents with arterial hypertension have signs of remodeling of the heart, which is the initial stage in the formation of myocardial dysfunction.

#### IMPLANTED PACEMAKER REGARDING TO COMPLETE ATRIOVENTRICULAR BLOCK: A CASE REPORT

Oladiipo Damilola Lois, Swanzy-Krah Jennifer

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Scientific supervisor: M. I. Yabluchansky, Doctor of Medicine, Full Professor, Head of  
Internal Medicine Department; M. V. Pochinskaya, assistant

Actuality: Complete atrioventricular (AV) block occurs in patients with comorbid cardiac pathology. Permanent pacemaker (PP) is sole method of treatment of the AV block, however, it is requiring the control of drug therapy in connection with the change in hemodynamics.

Objective: Methods and effectiveness of treatment of the patient with complete AV-block.

Materials and methods: Female 46 years complained of general weakness, dizziness, presyncope, shortness of breath during physical activity. Blood pressure 145/100 mm Hg on the background of antihypertensive therapy. On the electrocardiography (ECG): complete AV block, heart rate 35 bpm, sinus atrial rhythm, PR interval irregular. PP was implanted.

Results: 2 days after DDD PP on ECG: complete AV block, sinus atrial rhythm, PR interval regular,  $RR > PP$ , QRS complex follows each ventricular pacing spike; no atrial pacing spikes are seen; HR-65bpm, stimulation threshold-0,75 V, impedance-350 Om; on echocardiography: left ventricular hypertrophy. Lipid profile: IIa type of dyslipidemia. Established diagnosis: ischemic heart disease, condition after cardiac pacemaker implantation (DDDR) due to complete AV block essential arterial hypertension IIInd stage, 1st grade, hypertensive heart,

heart failure II B, II FC with preserved ejection fraction, dyslipidemia II a type, moderate added total CV risk.

Conclusions: Permanent pacemaker solved the problem of AV block, however, drug therapy due to arterial hypertension, heart failure and dyslipidemia is not canceled and requires modification.

## HEART RHYTHM DISORDERS IN CHILDREN WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASES

Oladipo Lois Damilola, Ogundipe Kehinde Ayomide

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Department of Pediatrics N 2

Scientific supervisor: T. V. Zimnytska, PhD, associate professor

Actuality: Prevalence of gastroesophageal reflux diseases (GERD) in children is ranged from 8,5 till 20% (Amy Wu, Pharm D, 2015). Diagnostics of GERD in children is difficult, because they do not always have traditional clinical symptoms like adults. Cardiovascular symptoms can be possible and mask clinical picture of GERD (Vakhrushev IaM, 2010)

The aim is to determine the frequency of heart rhythm disorders in patients with GERD

Objective and Methods: 41 patients with GERD within the age of 10-17 years were investigated. 13 patients (group I) had GERD with esophagitis and 28 patients (group II) – GERD without esophagitis. Diagnosis was verified by upper endoscopy. Every patient ECG was done.

Results: 18 children (43,9%) had short term sharp pain. ECG showed that 34,4% of all patients (14 children) had disorders of rhythm. Bradycardia was observed in 6 children (14%), tachycardia – in 3 children (7,3%), shorted PQ interval – in 5 patients (12,2%). Disorders of rhythm was found in 6 children (46,5±13,8%) of group I (n=13). It statistically exceeded ( $p<0,05$ ) incidence of arrhythmia in children (8 patients; 19,5±7,5%) group II (n=28)

Conclusion: frequency of disorders of rhythm are higher in children with GERD with esophagitis that in children with GERD without esophagitis and probably depend on acidic influence and degree of esophagus mucous membrane damage.

---

POTENTIAL RISKS OF HEALTH STATUS OF SCHOOL-AGE CHILDREN  
WHICH ASSOCIATE WITH THEIR BEHAVIOR

Omar Mohammad Alajoulen

V. N. Karazin Kharkiv National University

School of medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisor: T. Peresyphkina, Ph. D., Head of the department of scientific organization of medical care for school-age children and adolescents of the State Enterprise "Institute of health care of children and adolescents of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine"

**Introduction.** The health status of children around the world get worse, that require to provide immediate measure for improve their health status. The science community more than thirty years use method questionnaire for detected risk factors of health status of children. This data make ability for forming political of health in particular regions, communities and living conditions.

The aim of research is detected factors of behavior that impact to forming health status of children.

**Materials and methods.** The research is based on anonymous survey of adolescents aged 14-18 to study the impact of behavioral health risks. All adolescents was divided to two groups – healthy children and children which asses himself health status as bad.

**Results.** The children with bad health status more than healthy persons have physical activity less than one hour per week (11,3 % vs 3,2 %); 6,5 % adolescents think that smoking and drinking not impact on health; More unhealthy persons have like advertising of smoking and drinking (4,8 % vs 1,2 % among healthy children); Among unhealthy persons in family more spread smoking of all parents (3,8 % vs 0,9 % among healthy children); Adolescents with bad health status spend free-time in club or dance-club (9,9 % vs 4,4 %); The unhealthy children rare take part in community life (5,0 % vs 9,0 %), don't take help from teachers and parents (12,8 %).

**Conclusion.** The knowledge of behavioral risk factors can ability to provide of effectiveness preventive measures and improve health status of nowadays adolescents.

---

## THE IMPORTANCE OF STROKING AND PSYCHONEUROIMMUNOLOGY

Omid Talebloo

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of medicine, Kharkiv, Ukraine  
Department of General and Clinical Immunology and Allergology  
Scientific supervisor: S. H. Malanchuk, PhD, assistant professor

For a healthy body supply they are working a critical different system such as immune – nervous – mental and endocrine systems. An effective immunological system can detect pathogens including:

Microorganism – chemical materials and hemostatic changes.

Weakness in the immune system can lead to a variety of low risk infections of cancers and deadly autoimmune disease. To establish the homeostasis of body, immune system help with other systems such as nervous and endocrine is needed. So every defect to relation between these systems can lead to a disease or even endanger the life of human. On the other hand, the function of related systems such as nervous system and endocrine system can profound effects on immune system. The interaction and equilibrium of these two systems (nervous and immune) can be effective for psychological system, and psychological state can be effective to our health situation. Since anything which can affect each of these and eliminates balance, can affect other factors and weaken or strengthen it which will determine health or illness in physical and mental state. In this regard in recent decades close relationship between performance of immune system and psychological health or illness was specified. Somehow that mental disability from depression to mania, from neurosis to psychosis and other dangerous psychological diseases it has been accompanied by changes in the immune system. And on the other hand in a variety of inflammatory diseases, signs of depression by increasing cytokines such as interleukin-1B, and TNF- $\alpha$ , intensified. (TA) or transactional analysis. This theory is about personality and a neat method for psychotherapy. In order to grow up and personal changes. One of the important topics in TA, is “stroking”. Eric Berne, the originator of the TA theory, the stroking is defined as a unit of recognition and extended the meaning of physical contact to any other person.

After the world war, lots of orphan children were one of the worst results. Some of these children were kept in village with another people and another were kept in good condition in Nazi orphanages. The interesting point is that those kids that kept in village were very good in mental and physical health, because they were getting stroke and attention but another children in orphanage that had a good medical care suffered from multiple illness and even they were died. The only difference between the two groups, was existence or absence of intimacy, stroking and attention.

In another sample that exist in nature journal, scientists formed two groups of sick mice and so on they stroked in one of groups and not to another

group, they found out increase WBC- NK cell and increase in some anti inflammatory factors in the group that stroked.

Our article is about this issue and we want to know about relationship between stroking profile and physiological and psychological health and its influence in life.

### INFANT MORTALITY

Omoloye Esther Oluwadurotimi

Krok University

Department of Project Management

Background. Infant mortality or Infant death rate is the death rate during the first year of life. Infant mortality is on the rise in the world at present.

$$\text{Infant mortality} = \frac{\text{number of resident infant death}}{\text{number of resident live births}} \times 1000$$

Aim. To analyze the causes of infant mortality and how they can be reduced drastically.

Materials and methods. Taking Lagos state Nigeria as a case study, the Infant mortality rate in Lagos was estimated to be 75 per 1000 live births in 2008 and 45 per 1000 live birth in 2011. Death certificates and autopsy reports were taken from different hospitals in various Local Government areas in order to analyze the causes of death during the first year of life.

Results. Several diseases were found to be the leading causes of infant mortality. These included Malaria, pneumonia, diarrhea, measles, HIV/AIDS, birth asphyxia, severe infections. Also, some other causes included malnutrition, poor environmental hygiene and low access and utilization of quality health care services by women and children.

Conclusions. Infant mortality will reduce drastically if necessary measures are taken to eradicate and control the causes.

---

## SUICIDE AS A RESULT OF MENTAL DISORDERS

S. N. Onokwai

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of medicine, Kharkiv, Ukraine

Department of Clinical Neurology, Psychiatry and Narcology

Scientific supervisor: E. Semikina, PhD, MD

**Actuality:** Approximately 800,000 people commit suicide annually. As at 2015, it accounted for 1.4% of deaths worldwide making it the 17th leading cause of death. It is the 2nd leading cause of death among 15-29 year olds. Suicide rates are highest in Europe at 14.1 per 100,000 population and lowest in the Eastern Mediterranean region at 3.8 per 100,000 population. Ukraine occupies one of the leading places in Europe in quantity of suicides. According to the State Statistics Committee, there are 22 suicides per 100,000 people. Death from suicide takes the second place in Ukraine after natural death and death from external causes.

Studies have also shown that men are twice as likely as women to commit suicide.

**Purpose:** This is aimed at addressing and creating awareness about suicide caused by mental disorders especially major depressive disorder and bipolar disorder.

**Materials and methods:** Clinical-psychopathological method was used. Patients with mental disorders were assessed following a depressive episode. A 2-year follow up was carried out and factors that predict suicidal tendencies were identified.

**Results:** Pessimism and aggression were identified in these patients. The factors with the highest rate of occurrence in patients with suicidal tendencies were a history of suicide attempt, depression, substance abuse, pessimism, aggression and impulsive behaviour. One of the main psychological factors is inner feeling of loneliness. Also, it is very important to take into account the social disadaptation of persons who can commit suicide.

**Conclusion:** It may be useful to assess a patient's level of pessimism, aggression, impulsiveness and substance use, loneliness and social disadaptation in addition to history of suicide attempts in order to identify patients at risk of suicide.



## THE THYROID SECRET

O. A. Orotusin, I. T. Oyewo

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisors: T. V. Zolotarova, assistant professor;

M. I. Shevchuk, associate professor, T. V. Peresyphkina, associate professor;

M. I. Yabluchansky, Doctor of Medicine, PhD, Full Professor, Head of the Department of Internal Medicine

In areas of iodine sufficiency, such as Ukraine, the most common cause of hypothyroidism is chronic autoimmune thyroiditis (Hashimoto's thyroiditis).

The aim. To study a clinical case of a patient with Hashimoto's thyroiditis.

Materials and methods. Patient A is a 32 year old employed woman, admitted to the hospital with such complaints: hair loss, memory problems and general weakness. Different laboratory and instrumental tests were made in the clinic.

Results. Complete blood count initially showed leukocytosis with absolute monocytosis; biochemical and general urine tests were normal; thyroid function test showed manifested hypothyroidism and elevated autoantibody; ultrasound of thyroid gland showed normal volume of both lobes, heterogeneous echotexture of thyroid and diffuse increased blood flow. Patient was successfully treated with levothyroxine, selenium and 3 months after treatment the hair loss has stopped and hair started growing back, denies memory problems and feels more active every day.

Conclusion. Levothyroxine restores adequate thyroid hormone levels and reverses all symptoms of hypothyroidism. The most reliable therapeutic endpoint for the treatment of primary hypothyroidism is the serum TSH value. Selenium administration is associated with a reduction in autoimmune thyroid disease, postpartum thyroiditis, and hypothyroidism.

## DISTRIBUTION OF RESPONSES OF SCHOOLCHILDREN FOR OBTAINING INFORMATION ABOUT A HEALTHY LIFESTYLE

N. O. Osikoya

V. N. Karazin Kharkiv National University, Karazin Business School, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisor: O. G. Avdiievska, assistant of the Department of Hygiene and Social Medicine

Introduction: The adolescent period is characterized by its rapid physical and psychological changes in the individual, together with increasing demands from and influence of peers, school and wider society. It is well documented that behaviors developed during this period influence health in adulthood (Khan, 2000). Several health compromising behaviors (e.g. smoking, alcohol) as well as health

enhancing behaviors (e.g. physical exercise) are adopted in adolescence and they often persist into adulthood (Achenbach, 1983). The World Health Organization estimates that 70% of premature deaths among adults are due to behavior (smoking, illicit drug use, reckless driving) initiated during adolescence (DBS Ali, 2009). Therefore, helping adolescents establish healthy lifestyles and avoid developing health risk behaviors is crucial and should be started before these behaviors are firmly established. Adolescence is characterized by a strong tendency to experiment with risk behavior. The desire for novelty and the courage for experiment are much greater in adolescence than in later life (Miles, Bree, 2001). As easy as it is for adults to obtain information about sex, emphasis needs to be made on instructing and informing kids and teenagers about their health. The simple reason for this is, when you train a child at his young age, when he grows up it would be a part of him. This will ensure a well-informed about health generation. This research is to help understand the most common method kids get informed about their health.

**Method:** The method of data collection used was Questionnaire. Pupils of the 9th and 11th class were asked to complete the questionnaire after collecting permission from their parents. Students were asked about the sources of their information which included Parents, Teachers, Doctors, Medical Staff, Classmates, Radio, Television, Internet and others. The total number of students from the urban region was 313 (Boys 156 and Girls 150) and from the rural region is 192(Boys 81 and Girls 106). The data was then analyzed with an excel table and later a pivot chart.

**Result:** In general most pupils regardless of where they come from got knowledge about health from their parents ( $63 \pm 1,2\%$  from the urban region and  $69 \pm 0,6\%$  from the rural region), Teachers ( $38,5 \pm 1,2\%$  from the urban region and  $56,2 \pm 0,7\%$  from the rural region), Classmates ( $19,3 \pm 0,8\%$  from the urban region and  $16,6 \pm 0,4\%$  from the rural region) and of course the internet ( $51 \pm 1,3\%$  from the urban region and  $38 \pm 0,7\%$  from the rural region). The guys irrespective of their Class were mostly educated by their parents while it is safe to say that most girls from the urban region get their information from the internet  $20,8\%$  but girls from the rural region get their information from Teacher  $54,7\%$ . More pupils from the urban area obtained their health information from the Internet than the pupils from the rural area.

**Conclusion:** Judging from the number of pupils receiving information from the internet and parents, more emphasis should be placed on informing parents about their children's Health. Furthermore, information concerning health on the internet should be more children friendly. Moreover since Children spend most of their days in school, the school should also work on training teachers to teach their pupils about health. Parents should be an example for their children, because a systematic review showed that physically active parents were more likely to have physically active children, indicating parental influence (Edwardson, 2010). Adolescents need to be treated as a distinct segment of our population and we

suggest that the families of these children can prove to be a great source to help these children live a health life. The study has attempted to highlight various areas of concern with respect to adolescent lifestyle is suggested that the only method of meeting their needs and at the same time aiming to reduce morbidity in this age group is to foster an atmosphere of patient centeredness in dealings with adolescent patients and for further research in this important health gain area.

### BACTERIAL INVASION AS A KEY FACTOR IN PROGRESSION OF REACTIVE ARTHRITIS ON EXAMPLE OF CLINICAL CASE

Hamza A. Osman

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisors: E. O. Golubkina, ass. prof.; I.Y. Silenko, ass. prof.;

M. I. Yabluchansky, Doctor of Medicine, PhD, Full Professor, Head of the Department of Internal Medicine

Reactive arthritis in most of the cases is considered as a disease with an acute and self-limited course usually associated with full recovery, but rarely the course of the disease can be chronic with a persistent and aggressive joint damage that leads to impaired functional status of the musculo-skeletal system and limited quality of life of the patients.

Reactive arthritis is a condition associated with bacterial infections of the urogenital and gastrointestinal tract, which trigger the onset of the disease, and also play a role in the progression of inflammatory-destructive processes in the musculoskeletal system. It is frequently associated with the human leukocyte antigen (HLA)–B27 haplotype and is classified in the category of seronegative spondyloarthropathies. The classic triad for this disease includes nongonococcal urethritis, arthritis, and conjunctivitis, associated with autoimmune reaction to the self-body tissue.

In this work is presented a clinical case of middle age male diagnosed with reactive arthritis developed on the background of multiple bacterial invasions such as *Salmonella enterica*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Borrelia burgdorferi sensu lato* and characterized by chronic persistent course of the disease with the involvement of the hip joints, the absence of a long-term positive effect from NSAIDs therapy and a steady increase in the inflammatory markers and ESR. Progression of the disease correlated with episodes of repeated infections. Our clinical case contains data of clinical, laboratory and instrumental methods of examination of the patient and its assessment according to the recommendations of the Ukrainian Association of Rheumatology, as well as a systematic analysis of laboratory and instrumental surveys.

This clinical case is an illustration of the fact that infectious bacterial diseases play a key role in the pathogenesis of reactive arthritis, and repeated bacterial infections affect the course and progression of the disease, which leads to a significant disruption of the function of the musculoskeletal system.

## FEMALE GENITAL MUTILATION IN NIGERIA

Owoeye Samuel Oluwatimileyin, V. G. Nesterenko

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Department of Hygiene and Social Medicine

**Introduction:** Female genital mutilation (FGM) or circumcision is the partial or complete removal of female external genitalia or infliction of injury on female genital organs for the reasons that are not medical. It is usually carried out without anaesthesia on females from infancy to adulthood. FGM causes infertility, infections, genital bleeding, loss of sexual pleasure, urinary problems, lifelong pains, increased risks during childbirth, psychological trauma, and maternal death.

**Concept:** National prevalence rate of FGM among women in their reproductive years is 27%. The prevalence rates progressively decline with younger age groups. 57% of circumcised women do not want FGM to continue. 61% of women who do not want FGM said it was a bad harmful tradition and 22% said it was against religion. Other reasons cited were medical complications (22%), painful personal experience (10%), and the view that FGM is against the dignity of women (10%). However, there is still considerable support for the practice in areas where it is deeply rooted in local tradition. In another study, 56.8% of women reported FGM was not beneficial, 43.2% thought that uncircumcised girls will not be able to control their sexual desires. Nearly a third (30.5%) said FGM makes women more faithful to their husband. About a quarter (26.3%) reported that women who have undergone FGM are not at any risk of gynaecological complications. But most of these women were of older generation and lower educational background and also have been engraved in culture and tradition.

**Conclusion:** FGM is progressively declining in Nigeria as more women become aware of its bad effects and the misconception about its benefit. FGM has no benefit than to deride a woman of her sexual rights and damage to her natural body. There is significant proportionality between the level of education and FGM.

---

**CLINICAL CASE OF NEONATAL SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOUS**

Oyebade Funmilade Oyedunmade, Ofure Osage, M. A. Bugaevska

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Department of Pediatrics N 2

Scientific supervisor: M. A. Bugaevska, assistant

**Introduction.** Neonatal lupus erythematosus is a rare autoimmune disorder that is present at birth or develops during early infancy. The exact cause of neonatal lupus is unknown, although researchers speculate that specific antibodies that travel from a pregnant woman to her developing fetus via the placenta play a significant role.

**Objective.** To show the rarest type of clinical manifestations of systemic lupus erythematosus for timely diagnosis and proper treatment and prevention of complications of the disease.

**Case presentation.** A 14 month old female baby presented with retardation of psychomotor development, unreasonable rise in body temperature. MRI of the brain was performed, which revealed: MR-signs of abnormal changes in the MR signals of the subcortical white matter of hemispheres, liquor hypertension, and liquor microcysts of the left hemisphere. The patient was observed by neurologist and postnatal encephalopathy was determined. When she was 2 years old, due to developing of disease the cerebral palsy, tetraparesis of predominantly lower extremities, spastic paraparesis was diagnosed. At the same age the girl had acute gastroenteritis, pyelonephritis. After a while, the child was admitted with acute respiratory disease, acute tonsillitis. Laboratory examination revealed increased erythrocyte sedimentation rate level (ESR), leukocytosis, anemia. She was treated with antibiotics, antiviral drugs. During the following year, frequent respiratory diseases, periodic body temperature rises and constantly increased ESR were noted. When she was 3 years old, at the subsequent inpatient treatment in a neurological hospital, cerebral palsy was confirmed. On the MRI, the dynamics of changes was absent. The girl received physiotherapeutic treatment and Botox. A few months later, she entered the hospital with a fever of unknown etiology, was treated with antibiotics and infusion therapy. A week after discharging, she was admitted to the hospital again with a persistent fever and vasculitis. There was high laboratory activity of ESR, leukocytosis, anemia. Despite the combined antibiotic therapy, she continued to fever. She was examined on toxoplasmosis, herpes simplex virus type 1 and 2, cytomegalovirus, Epstein-Bar virus, herpes virus type 6, leukemia, but all results were negative. There was high laboratory activity of ESR (61-65 mm/hours), leukocytosis, anemia, thrombocytopenia. A urinalysis showed leukocyturia, proteinuria. In the blood LE cells were detected in large numbers, C- reactive protein (CRP) was increased (above 12 mg/L). In the immunological analysis of blood, an absolute decrease in CD 8 and components of complement C3 and C4 were determined. A two-time study on autoimmune

diseases revealed positive ANA, an increase in IgG to anti-double-stranded DNA (ds-DNA), to chromatin, ribosomal protein, SS-A 52/60, Sm antigen, Sm / RNP and RNP. Blood tests for markers for systemic vasculitis, hepatitis B and C, and HIV infection showed negative results. On the ultrasound of the joints, a bilateral synovitis of the knee joints was revealed. As a result of the examination lupus erythematosus was suspected. Therapy with glucocorticosteroids was started (Methylprednisolone 20mg/day).

**Management and outcome.** In a specialized rheumatological department, there was established clinical diagnosis: Systemic lupus erythematosus: arthritis and hematological changes in the debut, nephritis, trophic syndrome, decreased complement, positive ANA and dsDNA, subacute flow, SLEDAI activity of the 2nd degree. The current organic lesion of the CNS is autoimmune genesis: hypertensive-hydrocephalic syndrome, spastic tetraparesis, retardation of physical and psycho-speech development. The patient continued to receive Methylprednisolone, enalapril, azathioprine, hydroxychloroquine and calcium. Against the background of proper therapy, there was a decrease in laboratory activity, a decrease in the severity of clinical symptoms, and a positive dynamic of psychomotor development. The patient is still on basic therapy.

**Discussion.** This case shows that such a rare multisymptomatic disease as neonatal systemic lupus erythematosus, it is necessary to know to specialists of different profiles, for the timely diagnosis and the appointment of adequate therapy, which can prevent severe complications and improve the quality and life expectancy of patients with SLE.

## HARMFUL EFFECTS OF FOOD ADDITIVES ON THE HUMAN BODY

Philip Sedem Dankwah

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Department of Hygiene and Social Medicine

Scientific supervisor: G. V. Korobkova-Arzhannikova, assistant

**Relevance of the topic:** However, concerns over the chemical modification of food have not evaporated. For example, in the EU in 2010, ‘25% of people surveyed were “very worried” about food additives, and a further 41% were ‘fairly worried’<sup>11</sup>—data that are of undeniable ethical import. The use of food additives has been integral to developments in the global food industry over recent decades, which are characterized by terms such as ‘agribusiness’ and ‘food processing’. The traditional links between agricultural raw materials and food products have been progressively eroded in a process in which farm products are reduced to simple industrial inputs such as proteins, carbohydrates and fats. These inputs are then reconstituted in, so-called, manufactured foods, which possess

many commercial advantages, such as longer shelf-life, convenience in processing and standardized composition. As a result, food has become more heterogeneous, with specific products formulated by novel processing techniques that allegedly impart the products with 'added-value'.

**Objective:** To study the effect of food additives on human health, to study the relationship between the addition of various food additives and the emergence of dangerous diseases.

**Materials and methods:** Additives have been claimed directly responsible for a wide range of disease conditions (i.e. apart from those allegedly attributable to excessive consumption of junk food). Although some of the alleged associations are probably ill-founded, there seems to be strong *prima facie* evidence for certain claims. Several public interest groups have drawn up lists of additives they consider should generally be avoided or treated with caution, especially by sensitive individuals. A prominent example is the Center for Science in the Public Interest, whose directors include a former FDA commissioner.

In theory, safety assessments of food additives might be based on two types of evidence, viz. epidemiological data and results of toxicological tests. In practice, because of the complexity of people's diets, lifestyles and genetic predispositions, it is only rarely possible to derive useful data on the risks of consuming food additives from epidemiological studies. Exceptions to this generalization almost prove the rule. For example, acute adverse reactions to foods known to contain certain substances (as in the rapid onset of asthma attacks or other allergic reactions to certain colorants may be strongly suggestive of causal links. Some acute reactions suggest an allergic response, others may imply intolerance. Current estimates are that food allergies affect 3–7% of young children and about 2% of adults in European countries.

**Results and discussion:** Analysis of the literature has shown that the use of many food additives can lead to the development of dangerous diseases.

**Conclusion:** Food additives have extremely harmful effects on human health and should be added carefully with hygiene standards.

---

CLINICAL CASE OF GENERAL SOMATIC COMPLAINTS  
IN 47 Y.O. FEMALE

Reng Gloria John

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisors: O. V. Kanishcheva, ass. prof.; N. V. Zhuravka, ass. prof.;

M. I. Yabluchansky, Doctor of Medicine, PhD, Full Professor, Head of the Department  
of Internal Medicine

A clinical case of general somatic complaints in 47 y.o. female, presenting for several years as described: Patient F., presents with uncertain complaints of general character – tiredness, general weakness, loss of energy, diminished working capacity which has gradually increased over the course of 2 years. During this biennium she was examined and treated by a gynecologist, endocrinologist, cardiologist, gastroenterologist with no benefit or positive improvement. Her Anamnesis vitae was significantly positive for uterine fibroid. After thorough interview with the patient, it was discovered that the patient had undergone ECG, Echocardiogram, gastroscopy and thyroid tests but surprisingly the following investigations were not performed: CBC, urinalysis, general biochemical panel during this two year period. We performed a complete, detailed and thorough investigation on the patient and the results were remarkably stunning and gave answers to all her long standing medical mysteries. Based on the outcome of her test results, we arrived at the conclusion that the patient suffers from severe iron deficiency anemia, which is not rare in patients of middle age, especially in women with uterine fibroid. The complaints presented by this patient are typical for many diseases and the doctors who previously attended to her missed this diagnosis as a result of negligence and the widespread tendency among specialized doctors to focus only on their specialty. None of those specialized doctors recommended a CBC to our astonishment, thus the cause was not revealed and treatment was not effective, leading to worsening of the patients' state of health.

ATRIAL FIBRILLATION WITH PAST MYOCARDIAL INFARCTION:  
CLINICAL CASE

Yadav Omprakash, Sahoo Priya Ranjan

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisors: M. Shevchuk, assos. prof.;

M. I. Yabluchansky, Doctor of Medicine, PhD, Full Professor, Head of the Department  
of Internal Medicine

Relevance: Atrial fibrillation is characterized by a constellation of atherosclerotic risk factors including arterial hypertension, diabetes, metabolic syndrome, and dyslipidemia and by systemic signs of atherosclerosis such as aortic



plaque or peripheral artery disease, which can increase the risk of myocardium infarction and stroke.

Goal: we are representing and reporting a case of atrial fibrillation in elderly with history of myocardial infarction. The goal of this abstract is to present the management and follow up of a patient with atrial fibrillation in elderly with history of myocardial infarction previously.

Our Patient: The patient is 62 year old male, pensioner. He was admitted at hospital on 22/10/2017. On referral by emergency ambulance on call. He had myocardial infarction 10 years ago (2007 y.).

Anamnesis morbi: Main complaints of the patients currently sudden chest pain, dyspnea, palpitation, dizziness, and fatigue. He had history of anterior ST elevated myocardial infarction 10 year before, aneurysm, atherosclerotic defect in coronary artery, arterial hypertension 3rd stage, pulmonary hypertension 2nd stage.

The following studies were performed: complete blood count, electrocardiogram, coronary angiography, blood lipid spectrum, thyroid function test. Echocardiography. The results of the Echocardiography: ejection fraction 45%, mitral and tricuspid valve insufficiency (1-2 stages). Electrocardiogram (22.10.2017) shown atrial fibrillation, block of left bundle branch, Electrocardiogram (24.10.2017) shown normalized sinus rhythm, block of left bundle branch.

The diagnosis: Based on physical exam and performed studies, patient was diagnosed with atrial fibrillation, CHADS<sub>2</sub>, HAS-BLED 1.

Treatment: Cardioversion was performed (22.10.2017 y). Initial decrease of heart rate by Beta-blocker (Emolol) bolous of 500 mcg per kg over 1 minute. Then 50-300 mcg per kg per min by continous IV infusion as maintenance dosage. Anticoagulant medication (Dabigatran 110 mg) 2 times daily orally for 3 weeks before cardioversion and 3 weeks after cardioversion. After medication procedure patient's condition improved, no chest pain, no palpitation, no dyspnea, no sign of complication of atrial fibrillation found.

Discharged with recommendation of rest and 10-15 min walking daily, cardiac diet by avoiding fatty food and high fiber diet.

Conclusion: Myocardial infarction and atrial fibrillation are closely related. Myocardial infarction may precede or complicate the clinical course of atrial fibrillation. The presence of myocardial infarction in atrial fibrillation patients creates a challenge in clinical management, because of the complexity of using anticoagulants and antiplatelet drugs, with the ensuing high risk of bleeding.

---

## THE EFFECT OF USING DIGITAL GADGETS ON THE QUALITY OF SLEEP OF SCHOOLCHILDREN AND STUDENTS

T. Sazonova

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Department of General Practice-Family Medicine,  
Scientific supervisor: E. Y. Nikolenko, MD, Full Professor, Head of the Department of  
General Practice-Family Medicine

**Introduction.** Digital gadgets become a part of our life. According to National Sleep Foundation, 89 percent of adults and 75 percent of children have at least one electronic device in their bedroom. Also it was found that 95 percent of people used an electronic device within an hour of bedtime. Using digital gadgets before falling asleep can affect the quality of sleep. Sleep is an important process to our brain health, stress management and ability to learn. Regular lack of sleep can lead to myocardial infarction, stroke, anxiety and depressive symptoms, weakened immune system.

**Aim.** To identify sleep habits among university and school students across Kharkiv.

**Purpose.** To identify how many students use digital gadgets before going to bed and how using of gadgets affect the quality of students' sleep.

**Materials and Methods.** 463 people, students of schools and universities across Kharkiv (women-63,25%, men-36,75%), mainly aged between 10 and 25 years old, were interviewed. The study was carried out during 2016-2017. The interview was conducted in the form of an online survey by self-administrated questionnaire and Google forms. Statistical analysis of the research materials was performed by Microsoft Excel 2017 software.

**Results.** It was found that 91% of the pollees regularly use digital gadgets before bedtime. The pollees, who regularly use digital gadgets before bedtime (94%), in 40.7% of cases, have difficulty falling asleep. Students who do not use digital gadgets before bedtime (6%) – in 16.6% of cases.

**Conclusions.** The dependence between the using of digital gadgets (smartphone, TV-set, computer) and the speed of falling asleep was established. This field of research is relevant and needs more detailed study.

---

**SARCOIDOSIS OF LUNGS MORPHOLOGICAL DIAGNOSTIC CRITERIAS**

T. Simpson, N. A. Komaromi, V. V. Borozenetz

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Department of General and Clinical Pathology

Scientific supervisor: N. A. Komaromi, assistant

Relevance: Sarcoidosis is an immune-mediated disease which is characterised by the formation non-caseating granulomas which are widely distributed and are of unknown etiology. The clinical manifestations of sarcoidosis are highly diverse and primarily impacts lymphatic system and lungs but may impact other organs systems such as the heart, liver, skin, eyes and muscles.

The results of previously published clinical and morphological studies have shown that of the many possible granulomatous lung diseases, the main place belongs to tuberculosis and sarcoidosis, which often have similar clinical and morphological manifestations, which significantly complicates their differential diagnosis. These diseases continue to pose a serious public health problem in our time. Diagnostic errors in these patients are 75-80%. In addition, there are still no specific morphological equivalents corresponding to different clinical variants of sarcoidosis. Modern epidemiological studies show an increase in the incidence and prevalence of sarcoidosis worldwide.

Research objectives: learn morphological criterias for accurate diagnosis of sarcoidosis.

Methods: the study and analysis of lungs Sarcoidosis morphological diagnostic criterias were performed by review of the literature sources.

Results: The first stage with lymphadenopathy (granulomas are only present in lymph nodes). It is characterised by the formation of lymphoid-cell granulomas causes the greatest difficulty in morphological verification when it is necessary to carry out differential diagnosis of lung sarcoidosis with lymphoid-cell granuloma in tuberculosis and non-specific lymphoid pneumonia.

The second stage of sarcoidosis (granulomas are present in the lymph nodes and lung tissue), characterized by more typical changes with the emergence of clearly delineated granulomas, represented by lymphoid cells and macrophages, can reveal single giant cells like Pirogov-Langhans.

The third stage (granulomas are only present in the lung tissue) is characterized by the formation of mixed and multinucleated giant-cell granulomas, which are characterized by a peculiar arrangement of nuclei in the form of "placoid coins", granulomas are clearly delineated by a coarse-fibrous connective tissue or fibrosis zone. Characteristic is the formation of granulomas along the course of the bronchoconstriction bundle, pulmonary veins, and pulmonary arteries, in the interlobar, segmental and lobar pleura and along the lymphatic vessels.

In the final stage, Schauman calcifications are found that contain calcium and iron salts and Hamazaki-Vesberg's corpuscles, a yellow-brown colour with

lipofuscin properties. There is scarring in the tissues of the lungs, indicating irreversible damage.

Conclusions: Criteria for the morphological diagnosis of sarcoidosis can be considered histological changes in the form of the formation of mixed and multinucleated giant-cell granulomas. The sarcoid granulomas are characterized by a peculiar arrangement of the nuclei in the form of "placoid coins" that fill a considerable part of the cytoplasm. Granulomas are clearly delineated by a coarse-fibrous connective tissue or fibrosis zone. Morphological verification of the clinical diagnosis is of practical importance in the early arrest of the type of granulomatous process, the choice of adequate treatment and the evaluation of the prognosis of the disease.

## VIRUS THE CANCER FIGHTER IN IMMUNOLOGY, ALLERGOLOGY, INFECTIOUS DISEASES

Pavi Raj Singh

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisor: S. Malanchuk, Professor,

Head of department Immunology, Allergology, Infectious Diseases

We can refer Immuno-oncology as a base for educating the immune system to reinforce it and help it combat and kill abnormal cells like tumour cells.

Scientists have created artificial viruses that can be used to target cancer cells. The designer viruses alert the immune system and prevail it to send killer cells to fight against cancer cells thus making immuno-oncology more justifying than conventional treatment methods.

Application of oncolytic virus: The cancers that are being treated by use of oncolytic viral therapy includes

Melanoma, ovarian cancer, bladder cancer, colorectal cancer cervical cancer, brain cancer, neuroendocrine cancers, breast cancer. The viruses being used are Measles, HSV, Hepatitis B.

Till date only one oncolytic virus – a genetically modified form of herpes virus 1 for treating melanoma - has been approved by the food and drug administration and is known as talimogene laherparepvec or T-VEC, was engineered to produce a protein that stimulates the production of immune cells in the body and to reduce the risk of causing herpes. In a phase 3 clinical trial, T-VEC significantly increased the durable response rate in patients with metastatic melanoma compared with granulocyte-macrophage colony stimulating factor.

Other oncolytic viruses that are closing in on drug approval in North America and Europe include vaccinia virus JX-594 for hepatocellular carcinoma, GS-CSF expressing adenovirus CG0070 for bladder cancer, Reolysin

(pelaeroreoprep), wild type variant of reovirus, for head and neck cancer. One is Oncocrine (H101, The same construct as ONYX-015) E1B-deleted adenovirus, which was approved in china for head, neck and esophagus cancer in 2005.

G47Δ is currently the only third generation HSV-1 to be tested in humans. Following the phase I–IIa study in patients with recurrent glioblastoma that was conducted in Japan and successfully completed in 2014, a phase II study started in 2015 in patients with residual or recurrent glioblastoma (UMIN000015995). G47Δ ( $1 \times 10^9$  pfu) is injected stereotactically into the brain tumor twice within 2 weeks and then every 4 weeks, for a maximum six times. In February 2016, G47Δ was designated as a “Sakigake” breakthrough therapy drug by the Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan (MHLW). “Sakigake” is a Japanese word meaning “ahead of the world.”

Main leads of immuno-oncology: 1 - It is more efficient than conventional methods of treating cancer.

2 - It has less side effects than radiotherapy and chemotherapy.

3 - most important is that this procedure does not affect bone marrow.

4 - The tremendous approach of immuno-oncology is based on three main benefits that exploit body’s own immune system provides specificity, adaptability and memory. The immune system has ability to recognize difference between healthy and cancerous tissues and directly attacks the cancer tissue without damaging healthy tissue. The immune system can also adapt to changes in cancer cells.

## ANTI-PHOSPHOLIPID SYNDROME – DURING PREGNANCY

Sanu Sosamma Yohannan

Kharkov National Medical University

Kharkiv, Ukraine

Antiphospholipid antibody syndrome (APS) is an autoimmune disorder. In APS, the body makes antibodies that mistakenly attack phospholipids. When antibodies attack phospholipid cells are damaged. This damage causes blood clots to form in the body’s arteries and veins. Too much blood clotting can block blood flow and damage body organs.

APS can be primary (unknown cause) and secondary (occurs with autoimmune diseases).

Aim: APS affect people of any age. 33% of stroke under 50 yrs of age is due to APS. More common in females than males. Those who have APS antibody can have autoimmune infection and vice versa for those only after the formation of thrombosis or organ damage (catastrophic anti-phospholipid syndrome-CAPS OR Asherson syndrome) we get into conclusion of APS

Other cases like, if we found APS antibody he may not have APS, but he has a risk of developing APS so we should take precaution using medications especially if its pregnant lady (develops miscarriage, stillbirths, other complications like preeclampsia which progress to eclampsia)

So its important to consider APS as an important factor, especially for declining infant mortality rate and maternal mortality rate, which is indirectly affecting our population ratio.

During treatment blood thinners help baby from risk but it affects mother causing postpartum bleeding so studying about APS help saving the life of both mother and the baby

Diagnosis: Medical history is the most important factor. You must have APS antibodies and history of health problems including stroke, heart attack, kidney damage, deep vein thrombosis, pulmonary embolism and pregnancy related problems. But only having APS antibodies could never be called as APS. Blood test: 3 antibodies anticardiolipin, Beta 2 glycoprotein and lupus anticoagulant .after the first blood test do a second blood test after 12 weeks of first one .And it will be confirmed.

Conclusion: So lets call APS as a deadly disease which is rarely diagnosed, so if you ever find multiple clots keep APS as a differential diagnosis especially during pregnancy.

## DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF ACUTE MYOCARDITIS IN PATIENTS WITH INFLUENZA DURING THE EPIDEMIC IN 2016-2017

D. A. Volobuev

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Department of General and Clinical Immunology and Allergology

Scientific supervisor: K. A. Veclych, assistant

The object of research: to study the features of clinical course, diagnostic and treatment of acute myocarditis in patients with flu during the period of the epidemic in 2016-2017.

Material and methods. According to our observation, there were 320 patients with flu (180 men and 140 women) aged 17 – 75 years old, with a moderate (170 patients) and severe (150 patients) clinical course of the disease. All patients were hospitalized at the Kharkiv Regional Clinical Infectious Disease Hospital. General clinical and biochemical parameters (clinical analysis of blood, urine and sputum, blood ALAT and ASAT, creatine phosphokinase-MB, CRP, troponin-1), ECG registration, Echo-CG, chest X-ray examination, identification of the influenza virus by serological, immunofluorescence and molecular genetic methods were included in the complex study of the patients.

Results. In the process of examination of 320 patients the acute myocarditis has been diagnosed in 46 cases (14,3%), among which the myocarditis of moderate severity was detected in 32 patients, and severe – in 14 patients. In 40 patients the acute myocarditis developed in the first three days of the disease, and in 6 patients it developed on 10th-14th days of the disease. All patients have demonstrated involvement of bronchopulmonary system (bronchitis, pneumonia), intoxication syndrome, and hypoxemia. Pneumonia has significantly reduced the diagnostic informativity of the symptoms of myocarditis (tachycardia, shortness of breath) and basic diagnostic methods (ECG, Echo-CG, radiography of the chest), as well as clinical blood tests, CRP and sialic acids. The correct assessment of the correlation between cardiac and ventilation disorders in the genesis of shortness of breath significantly affects the diagnosis of acute myocarditis.

For the moderate course of myocarditis were typical such symptoms as cardialgies, increased shortness of breath under physical activity, tachycardia, increase in heart size, weakening of the I tone, systolic murmur on the apex, reduction of QRS complex voltage, atrioventricular blockage of the 1st degree, ventricular extrasystoles, negative T wave and depression of the ST segment.

In addition to the mentioned symptoms, severe clinical course of myocarditis was characterized by slow-down of atrioventricular or intra-ventricular conduction, ventricle and supraventricular extrasystoles, and in 4 patients there were paroxysms of atrial fibrillation, and puffiness of the feet. Markers of myocardial damage included increased activity of creatine phosphokinase-MB, ASAT, and troponin-1. Echo-CG allowed to detect a violation of myocardial function (violation of wall kinetics, increased cavity of the heart, dysfunction of the left ventricular, and the presence of blood clots in the cavity of the heart) in the early stages of the disease. Treatment of myocarditis has been carried out in a complex manner with the inclusion of antiviral, antibacterial, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, if necessary the antiarrhythmic drugs, diuretic and metabolic drugs have been prescribed.

---

CLINICAL CASE OF SPONTANEOUS DISSECTIONS OF CORONARY  
ARTERIES IN WOMEN

I. R. Vyshnevska<sup>2</sup>, Mohammad Kaaki<sup>1</sup>

<sup>1</sup>V. N. Karazin Kharkov National University  
School of Medicine, Kharkiv, Ukraine;

<sup>2</sup>Governmental Institution “L. T. Malaya Therapy National Institution of NAMS of  
Ukraine”

Scientific supervisor: O. S. Protsenko, Full Professor, M.D. Head of the general and clinical  
pathology department<sup>1</sup>;

M. P. Kopytsya, M.D., PhD, Merited Doctor of Ukraine,  
Head of prevention and treatment of emergency conditions department<sup>2</sup>

Spontaneous artery dissection (SCAD) is a rare cause of acute myocardial infarction (AMI). Being difficult to diagnose, it is usually followed by sudden death in 50% of cases. Nowadays, the widespread use of coronary angiography and percutaneous coronary interventions in acute coronary syndromes (ACS) reflects the increased frequency of diagnosing for SCAD. The incidence of SCAD is estimated to be between 0.1% and 0.28% of all ACS or sudden deaths upon evaluation by angiography or by anatomical examination, respectively. The most suitable therapeutic approach to SCAD is still controversial; hence decision making is often based on the clinical presentation, the extent of dissection and amount of ischemic myocardium.

The objective of this study is to understand the underlying causes behind the occurrence of SCAD in women.

We will demonstrate two clinical cases of women that were admitted to a hospital with acute chest pain and were then diagnosed with acute myocardial infarction. Due to the persistence of the chest pain after initially managing it, coronary angiography and optical tomography were performed. SCAD was observed and found to be the underlying cause. They performed percutaneous coronary interventions with stenting and were discharged, afterward, in a better condition.

Conclusions. Spontaneous coronary artery dissection may rarely be the reason behind acute myocardial infarction. Physicians, as well as cardiologists, should be familiar with the clinical presentation as well as the angiographic appearance of SCAD and be aware of the treatment options.



---

## EVOLUTION OF ENDOVASCULAR TREATMENT OF AORTOILIAC OCCLUSIVE DISEASE – CASE SERIES

Wrona Filip, Dąbala Mateusz, Czajka Kazimierz,

Zygadło Jakub, Kaczmarski Mateusz

Student Research Group at Department of General, Vascular and Oncological Surgery  
in Multidisciplinary Hospital, Warsaw-Międzylesie

Scientific supervisor: Kowalewski Radosław, MD, PhD

Aortoiliac occlusive disease (AIOD) is the blockage of the aorta and iliac arteries. It is caused by peripheral arteries disease (PAD) which is quite a common problem. The prevalence of this disease in the general population is 12–14%, affecting even 20 % of people over the age of 70. Most important risk factors contributing to PAD are smoking, high blood pressure and diabetes. There are few ways to treat this dysfunction including: risk factors modification, medication, surgical intervention or endovascular technique. Endovascular treatment is associated with lower both early and late morbidity and lower peri-operative mortality than surgical treatment. In 1991 kissing stent technique was introduced as alternative to surgical management. In 2009 Covered Endovascular Reconstruction of the Aortic Bifurcation (CERAB) technique was developed to improve results of endovascular treatment of AIOD.

The case series consist of case reports describing treatment of three patients with AOID caused by lesions located in aortic bifurcations treated in Multidisciplinary Hospital Warsaw-Międzylesie: 48-year-old women treated with two kissing balloon expandable iliac stents, 65-year-old women treated with two self-expanding iliac stents and 63-year-old men was operated using CERAB in order to demonstrate evolution of endovascular treatment of AIOD.

## RADIOFREQUENCY ABLATION AS AN EFFECTIVE TREATMENT METHOD OF RESISTANT ATRIAL FIBRILLATION. CLINICAL CASE

S. Yasser

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Department of Internal Medicine

Scientific supervisor: A. S. Litvin, assistant; E. A. Aydinova, ass. professor;

M. I. Yabluchansky, Doctor of Medicine, PhD, Full Professor, Head of the Department  
of Internal Medicine

Relevance: Atrial fibrillation (AF) is a common type of arrhythmias, characterized by rapid and irregular contractions (300-600 bpm) of the atria and dyssynchrony of ventricular rhythm. Nowadays AF has become one of the most important public health problems and a significant cause of increasing health care costs in western countries. The incidence of AF ranges between 0.21 and 0.41 per

1,000 person/years. AF is frequently associated with cardiac diseases (coronary artery disease, valvular heart disease, cardiomyopathy), comorbidities and an increased risk of heart failure, dementia, stroke and sudden cardiac death. Given that AF is related to significant morbidity and mortality, it is very important to know the modern principles of diagnostic and treatment of this pathological condition for healthcare units' staff.

Goal: Demonstrate the features and principles of diagnostics and treatment of resistant AF on an example of a real clinical case; present the role of radiofrequency ablation (RFA) as a modern and effective method in treatment of resistant AF on the example of a clinical case.

Our patient: A 68 y.o. male, townsman, was hospitalized with complaints on palpitation, accompanied with dizziness, general weakness, dyspnea on physical exertion. Has a long history of essential arterial hypertension, coronary artery disease and paroxysmal AF, which relieved with medications. Suffered a ST-elevation myocardial infarction (STEMI) in 2016. After that the frequency of AF-attacks has increased, effectiveness of medication has significantly decreased, paroxysmal AF turned to persistent AF. Several attempts of unsuccessful cardioversion were performed in 2017. Due to ineffectiveness of medication and cardioversion the patient was directed to Institute of General and Emergency Surgery NAMS of Ukraine, Kharkiv, for routine ablation. Discharged after RFA with improvement with regular heart rhythm.

Conclusions: AF is one of the most common types of heart rhythm disorders with strong correlation with increased mortality and quality of life worsening. Correct and timely treatment leads to significant decrease in complications frequency and improves patient's prognosis. The catheter ablation (including RFA) is a modern, effective and safe method of treatment in case of resistant AF. Our presentation describes principles and features of this method on an example of a real clinical case.

## PREVENTION OF THE PATHOLOGY OF THE CARDIO-VASCULAR SYSTEM AMONG SPORTS REPRESENTATIVES OF YOUTH

J. Zhadan, E. Kovtun, T. Maltseva

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Department of Physical Education and Sports,

Scientific supervisor: E. Nikolenko, Doctor of Medicine,

Full Professor, Head of Department of General Practice - Family Medicine

Introduction. Evaluation of the functional state of the organism, its adaptive reserves is one of the serious problems related to solving the most important tasks of the mass athletic movement and the training of athletes. The cardiovascular system, being the most important link that limits the development of

adaptive reactions of the organism, can simultaneously serve as an indicator of adaptive reactions in response to physical exertion.

**Purpose.** Identify the main measures for the prevention of cardiovascular pathologies and the prevalence among young sports representatives.

**Materials and methods.** The state of regulatory systems and their ability to provide adaptation to physical exertion are crucial in predicting training. Knowledge of the degree of tension of regulatory systems based on the analysis of heart rate variability allows solving the problems of medical control for the course and planning of the training process in professional sports and lovers of active lifestyles. The study was conducted by surveying of 180 young people (15-29 years old) (97 women, 83 - men).

**Results.** According to the results of the questionnaire, 92,1% of the respondents are positive about the sport. Over 25% have done professional sports for more than 2 years. The most preferable sports are football and track-and-field athletics. 64,8% of active youth spend their time on sports more than 3 times a week. 55% do sport more than 2 hours. It was found that 40,9% of the respondents laid out 100% during the training, when 5,5% do not do sports at all. The most popular sportground is the gym. 7,8% of active youth suffer from cardiac diseases. 17,3% of active youth regularly visit a cardiologist. Violation of the heart rate during training is observed in 19,7%, and after training - in 13,4%. Feeling of discomfort during training is observed in 11,8%, and after exercising - in 7,8% of the respondents. Edema after sports training is not observed in interviewed sports representatives of youth. It was determined that the systolic pressure at rest for the majority of respondents from 140 to 90 mmHg, and the diastolic pressure - 90-60 mmHg.

**Conclusions.** During the study, it was determined that the majority of young people (92,1%) are positive about the sport. Among sports representatives of young age, 7,8% have pathologies of the cardiovascular system. Under the influence of regular training, the heart muscle thickens and becomes stronger. Available forms of heart training are the daily morning warm-up, running, rhythmic walking and practicing sport.

Training the heart should be gradual and regular, not allowing overload. It is recommended to exercise under the supervision of a doctor or a certified coach.

---

## ANEVRISMA CORDIS. APPROACH TO THE PATIENTS

Jedidiah Banini

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisors: N. V. Zhuravka, ass. prof.; O. V. Kanishcheva, ass. prof.;

M. I. Yabluchansky, Doctor of Medicine, PhD, Full Professor, Head of the Department of Internal Medicine

A very common dilemma on a daily basis with regards to Emergency Medicine is patients with an ECG with ST elevation. Which is the best action to take as the Doctor on duty?

Urgent angioplasty or thrombolysis, or is it non-ischaemic in nature?

Male, 55 y.o. presents with complains of dyspnea on exertion, palpitations and heart disruptions, BP elevation. Anamnesis morbi is significant for arterial hypertension, anterior STEMI. He used to smoke approximately 20 cigarettes a day since the age of 50. He claims to have stopped smoking in November 2017. When thoroughly examined, heart borders extended to the left. His heart sounds are muffled on auscultation. On abdominal examination, the liver is extended (+1cm) and painless. No peripheral edema was noticed on physical examination. ECG showed ST elevation in V1 - V6, postinfarction scarring of the left ventricle anterior wall. Signs of left ventricle hypertrophy. Comparing with ECG performed 5 days before admission - no dynamics. Aneurisma cordis was suspected. The further workup was based on the possible causes of ST elevation - cardiac markers, biochemical screen, CBC, urinalysis, imagine studies. Chest X-ray showed widened mediastinum, EchoCG - aneurysm of the left ventricle apex.

This was enough to conclude the diagnosis of Coronary heart disease. Postinfarction (2000, STEMI anterior) atherosclerosis. Aneurisma cordis. Arterial hypertension, III stage (IM). High risk. Heart failure with mid-range ejection fraction (46%), FC II, stage C.

Differential diagnosis of ST elevation includes not only ischemia and Aneurysm cordis but also other diseases and conditions that predispose the patients to an increased risk of ventricular arrhythmias, sudden cardiac death, congestive heart failure, mural thrombus and subsequent embolization. Main factor favoring left ventricular aneurysm are ECG which is identical to previous ECGs (if available), absence of dynamic ST segment changes, absence of reciprocal ST depression.

---

## EPIDEMIOLOGY OF CEREBRAL CONCUSSION AMONG ATHLETES IN DEVELOPED COUNTRIES

Adeola Tomilade Kayode

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

**Introduction:** Concussion is a mild traumatic head injury characterised by a temporary loss of brain function with typical symptoms manifesting in the form of blurry vision, unconsciousness, memory loss, headaches, coordination and balance impairments; which are all a result of a blow or sudden jolt to the head causing the brain to shift back and forth against the skull's hard interior.

**Concept:** Each year, global studies have estimated over 2.4-4 million cases of concussion among athletes of varying sports. During a study carried out in the USA on sport-related concussion, a total of 1,670 cases were reported out of an estimate of 10,560 nationwide. Particular increases were found in certain sports such as soccer and women's ice hockey. The largest concussion rates were recorded in men's wrestling (95%). In 2016, sport-related concussion accounted for 80% of reported cases in comparison to concussion caused by motor vehicle accidents or violence in Australia. However, in Canada, out of 2,766 documented cases between 2010 and 2011, a total count of 1,306 injuries were sport-related making about 47%.

**Conclusion:** In recent years, the possibility of long-term consequences of recurrent concussion is on the rise. However, in accessing and managing concussion in sport, the need for clear, adequate and practical guidelines to all members of the society is extremely vital. Athletes suspected to be suffering from a concussion should undergo a complete neurological evaluation and proper follow-up before returning to sports.

## ANALYSIS OF THE TECHNOLOGY E-HEALTH

Asrorov Madamin

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisors: N. G. Romanova, assistant of the Department of hygiene and social medicine

The aim of the study is to analyze the level of development of electronic health's. E-health systems to open up opportunities, with regard to improving universal access to health care-health services and health information. Many standardization organizations, including ITU (international telecommunication Union), work in different areas of e-health. There are the following trends in the field of e-health: 1) genomic medicine (use of genetic information directly in clinical practice, to predict the reaction patient on the pharmaceutical tools for the detection diseases, etc.); 2) standardized electronic medical records (single digital

formats and structures for inclusion of different types of patient information); 3) remote health care and diagnostics ("telemedicine"), they include: remote clinical work; 4) processing of data of remote diagnostics; electronic control of by the patient; etc. Aggregate data in health care (huge mass data obtained by combining standardized digital medical records, which exclude information that would allow to identify any individual patient.). With the help of e-health is designed to provide previously unattainable facilities and opportunities for the patients themselves. Study conducted in Czech Republic, France, Netherlands, Sweden, Spain and the UK, showed that: 5 million annual erroneous outpatient prescriptions could be avoided through their electronic transfer; 100,000 people could go without hospitalization each year thanks to computerized information processing and decision-making systems.

As part of the e-health system project in Ukraine, 2018 will introduce what will become the Foundation for further reforms. For medical institutions, the primary tasks are: 1) providing primary care doctors with the Internet and computer technology; 2) implementing basic software that can be an interface to work with the Central state component of eHealth and contain also certain services for patients.

If we take the priorities of the Ministry of health is the transfer of the Central state component of a specially created state-owned enterprise (SOE), which will be responsible for its work. This part of the system should be transferred to the regime of industrial operation, that is, to begin full operation in the regulatory field that regulates the work of state registers. This will mean that the test period is over. Another important task 2018 – implementation of the electronic prescription support program of the Ministry of health "Dustup LCI". This is a cross-cutting component. Part of it is developed in the framework of the Central component. It should then be supported in medical information systems (MIS) in each health facility. Pharmacies should also integrate with it. Only the implementation in such volume will allow to successfully implement a program of reimbursement – targeted reimbursement costs for medicines. Also, the order of the Ministry of health of Ukraine created the State enterprise "Electronic health", which should become the administrator of the electronic health system in Ukraine. SE "Electronic health" was registered on January 3. Director appointed Gregory Hancock. The main objective of the new structure is called "technological support for the creation and maintenance of software for electronic databases, providing appropriate access to individuals and legal entities to such databases and information systems, ensuring the preservation and protection of data contained in automated systems and databases."

---

TYPICAL ATRIAL FLUTTER “IN THE SECTION”: DRUG THERAPY AND INTERVENTIONAL THERAPY IN A PATIENT WITH POST MYOCARDITIS CARDIOSCLEROSIS

A. D. Bamidele, T. T. Awofolaju

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisors: T. V. Zolotarova, assistant professor;

M. S. Brynza, Candidate of Medicine, Associate Professor;

M. I. Yabluchansky, Doctor of Medicine, PhD, Full Professor, Head of the Department of Internal Medicine

Since the description of atrial flutter (AFLt) a century ago, different discoveries has led to a better understanding of AFLt circuits and foci location and technological improvements have also facilitated curative treatment with radiofrequency catheter ablation (RFCA).

The aim. To study a clinical case of a patient with typical AFLt and post myocarditis and to compare the efficacy of antiarrhythmic drug therapy and interventional therapy strategy.

Materials and methods. Patient A is a 39 year old employed man, admitted to the hospital with such complaints: palpitations that was not evidenced to be connected with physical exercises, arrhythmias; breathlessness while ascending the stair case to the third floor. Different laboratory and instrumental test were made in the clinic; also was consulted by cardiac surgeon-arrhythmologist.

Results. Complete blood count and biochemical tests were without specific changes; Electrocardiography (ECG) showed AFLt with AV node conductions from 3:1 to 5:1 response with heart rate 75 bpm; antiarrhythmic drug treatment failed and patient choice was to undergo RFCA which was successful: ECG 3 days after showed preserved sinus rhythm.

Conclusions. RFCA of the cava-tricuspid isthmus is one of the most frequently performed procedures in electrophysiology and, as it was shown in current case, has a very good result in rhythm control strategy in early postoperative period.

---

**FUNCTIONAL FEATURES OF HEART FUNCTION IN PATIENTS WITH PNEUMONIA IN THE PRESENCE OF INTOXICATION SYNDROME**

Iweh Ijeoma.C, T. Rudenko

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine,

Department of Internal Medicine, Kharkiv, Ukraine;

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Department of Therapy and Nephrology of General Practice-Family Medicine

**Background.** Pneumonia is an inflammatory disease of the lungs, which is accompanied by an infectious syndrome. Intoxication is the body's response to an infectious process. Syndrome of intoxication with pneumonia occurs in response to the inflammatory process in the lungs and is accompanied by the reaction of the basic systems and organs - immune, cardiovascular, nervous and endocrine.

**Aim.** To study the manifestation of the functional capacity of the heart system in patients with pneumonia in the presence of the syndrome of intoxication.

**Materials and methods.** 27 patients, which consist of 12 men and 15 women within the age of range 20-35 years (average age 31,5+ 4,3), were examined in the hospital after pneumonia that developed outside the hospital was suspected. All patients underwent an objective examination, clinical analysis of blood and urine and biochemical blood test. Also a chest x-ray was done to examine the chest organs and an electrocardiography and ultrasound procedures (echocardiography) of the heart were performed.

**Results.** All patients had intoxication syndrome. In the anamnesis, none of the patients suffered from cardiovascular pathology but on examination it was discovered that 65 percent had paroxysmal sinus tachycardia, 36 percent had ventricular extra systoles and 9 percent supra ventricular extra systoles. No structural changes were found on the ultrasound examination of the heart.

**Conclusions.** The syndrome of intoxication with pneumonia affects basic systems and organs in the body; one of which is the cardiovascular system. The severity of manifestations depends on the scale and magnitude of the underlying pathological process (inflammation) and concomitant diseases.

**Keywords:** intoxication syndrome, extra systoles, pneumonia.



---

## TREATMENT OF PATIENTS WITH ABNORMAL UTERINE BLEEDING WITH PHYTOESTROGENS

Jermaine St. Patrick Leon

Kharkiv National Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology No.1  
Kharkiv, Ukraine

Head of Department: prof. M. O. Shcherbyna

In the pathophysiology and pathogenesis of abnormal uterine bleeding (AUB) the primary source of pathology is the disharmonious relationship between the hypothalamus, pituitary, ovaries and uterus, resulting in change of the process of folliculogenesis, ovulation, formation and development of the corpus luteum and subsequently, this leads to disruption of process of proliferation, secretion and endometrium desquamation. AUB frequency ranges from 16-24% AUB can be not only manifestations of pathological process in the reproductive system, but the first indicator of violation of hemostasis fundamental units is possible.

The aims and objective of this study: To examine the feasibility of phytoestrogen therapy in the treatment of AUB to reduce this pathology in women of reproductive age.

Materials and Method: To achieve this goal, we have studied the effectiveness of phytoestrogen therapy in treatment of patients with AUB. When making the diagnosis, complaints of patients, menstrual function, clinical and laboratory technique, tests for functional diagnostic, hormone, histological and ultrasound examination were taken into consideration. A comparative analysis of the AUB treatment: 34 patients who received traditional treatment, 30 patients which combined therapy, which included the use of phytoestrogens. The control group of 12 healthy women. All patients/had complaints of general weakness, fatigue, menstrual disorders.

The results of observations: The average age of female participants was  $33.4 \pm 1.54$  years with individual ranges from 23 to 48 years. In the menstrual function it has been revealed the average age of menarche was  $12.8 \pm 1.3$  and wasn't different from what was observed in general population. Physiologically normal menstrual function was note in 27(79.4%) patients of the main group, compared with 29 (96.6%) women, from the comparison group. In the use of phytoestrogens, a positive trend has been observed. This is confirmed by clinical and laboratory, hormones, histological and ultrasound studies. All patients of the main group have significantly improved their overall health conditions, there were no complaints, menstrual blood loss decreased. One (1) patient from comparison group discontinued hormonal therapy due to side effects. All patients whose treatment was conducted with the use of phytoestrogens underwent ultrasound and examination 8 months later and endometrial pathology was not observed to be present.

Conclusion: The data suggest strongly the positive impact of phytoestrogen on the dynamics of the clinical symptoms and absence of recurrence in patients who used phytoestrogens, it shows the effectiveness of the therapy and it can be recommended for wider use in gynecological practice.

## PARKINSON DISEASE AMONG THE ELDERLY NIGERIAN

Nkwam-Uwaoma Chimnaza Chikwesiri

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisor: O. Merkulova, associate professor, Department of Clinical Neurology, Psychiatry and Narcology

Actuality. Parkinson disease has gotten global recognition. It is now a great concern, though showing higher rate among the developing nations due to inadequate preventive measures and poor management of the disease. In Nigeria, Africa's most populous nation, the earliest detailed report on Parkinson dates back to about 40 years ago when Osuntokun described extra pyramidal disorders in 1.9% of 9600 patients with neurological conditions seen over a 12 year period (1957–69) at the University College Hospital Ibadan, Southwestern Nigeria. Thus the purpose of this study centres on Parkinson disease among the elderly Nigerians of which Nigeria being among the developing countries has recently witnessed a measurable increase in the manifestation of this disease. Though the disease can be said to cut across all socio-economic statuses, age bracket, gender and religious beliefs, more of the cases have been witnessed amongst the elderly ones. The reasons are not far fetched.

Materials and methods of research: study and generalization, analysis and synthesis of literary sources, knowledge, attitude of Parkinson disease among the elderly Nigerian.

The results of the research records that about 67 out of every 100,000 Nigerians above 40 years of age live with the disease which presently afflicts 6.3 million people across the world, while a case-control study on risk factors found blacksmithing (OR 8.0 95% CI 1.3- 50.7) to be significantly associated with Parkinson Disease which could be due to the following few facts that the elderly Nigerians are poorly treated and exposed to poor retirement benefits, environmental stress and pressures, poor health facilities and inadequate medical and social support programmes. Non-motor manifestations including cognitive dysfunction, autonomic dysfunction, psychiatric symptoms (especially apathy, depression, and anxiety), gastrointestinal and sudomotor disturbances all of which significantly impact patients' quality of life have also been described among Nigerian Parkinson Disease patients.

Conclusion: The management of Parkinson disease in Nigeria is fraught with challenges which include high cost and narrow spectrum of available

treatment options and medications, paucity of movement disorders specialists, late presentation occasioned by poor public awareness and wrong cultural perceptions of the disease and high caregiver burden. Overall, though the current report represents an important milestone in the annals of movement disorders in Nigeria, there still exists knowledge gaps in several aspects including current prevalence and incidence, natural history, quality of life, cost of care, treatment outcomes and clinico-genetic-pathological correlations of Parkinson Disease and other movement disorders. Intra- and international collaborations are needed to enhance research and capacity building while advocacy through public awareness campaigns and support groups will improve the recognition and adequate holistic treatment of Parkinson disease. However, it is hoped that with a better political, social and financial improvements in the governance of Nigeria and with more enlightenment of the public especially the elderly, there will be a drastic improvement on the prevention and management of the disease.

#### IMPLANTED PACEMAKER REGARDING TO COMPLETE ATRIOVENTRICULAR BLOCK: A CASE REPORT

Oladipo Damilola Lois, Swanzy-Krah Jennifer

V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisors: Pochinskaya M. V., assistant;

M. I. Yabluchansky, Doctor of Medicine, PhD, Full Professor, Head of the Department of Internal Medicine

**Actuality:** Complete atrioventricular (AV) block occurs in patients with comorbid cardiac pathology. Permanent pacemaker (PP) is sole method of treatment of the AV block, however, it is requiring the control of drug therapy in connection with the change in hemodynamics.

**Objective:** Methods and effectiveness of treatment of the patient with complete AV-block.

**Materials and Methods:** Female 46 years complained of general weakness, dizziness, presyncope, shortness of breath during physical activity. Blood pressure 145/100 mm Hg on the background of antihypertensive therapy. On the electrocardiography (ECG): complete AV block, heart rate 35 bpm, sinus atrial rhythm, PR interval irregular. PP was implanted.

**Results:** 2 days after DDD PP on ECG: complete AV block, sinus atrial rhythm, PR interval regular, RR>PP, QRS complex follows each ventricular pacing spike; no atrial pacing spikes are seen; HR-65bpm, stimulation threshold-0,75 V, impedance-350 Om; on echocardiography: left ventricular hypertrophy. Lipid profile: IIa type of dyslipidemia. Established diagnosis: ischemic heart disease, condition after cardiac pacemaker implantation (DDDR) due to complete AV block essential arterial hypertension II<sup>nd</sup> stage, 1<sup>st</sup> grade, hypertensive heart,

---

heart failure II B, II FC with preserved ejection fraction, dyslipidemia II a type, moderate added total CV risk.

Conclusions: Permanent pacemaker solved the problem of AV block, however, drug therapy due to arterial hypertension, heart failure and dyslipidemia is not canceled and requires modification.

Наукове видання

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ

XV Міжнародна наукова конференція студентів, молодих вчених та фахівців

(25-26 квітня 2018 року, м. Харків, Україна)

### ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

Українською, англійською, російською

Підписано до друку 1.04.2015 р. Формат 60х84/16.  
Папір офсетний. Друк ризографічний.  
Обл.-вид. арк. 26,2. Ум. друк. арк. 20,9.  
Наклад 100 пр. Зам. № 40/18

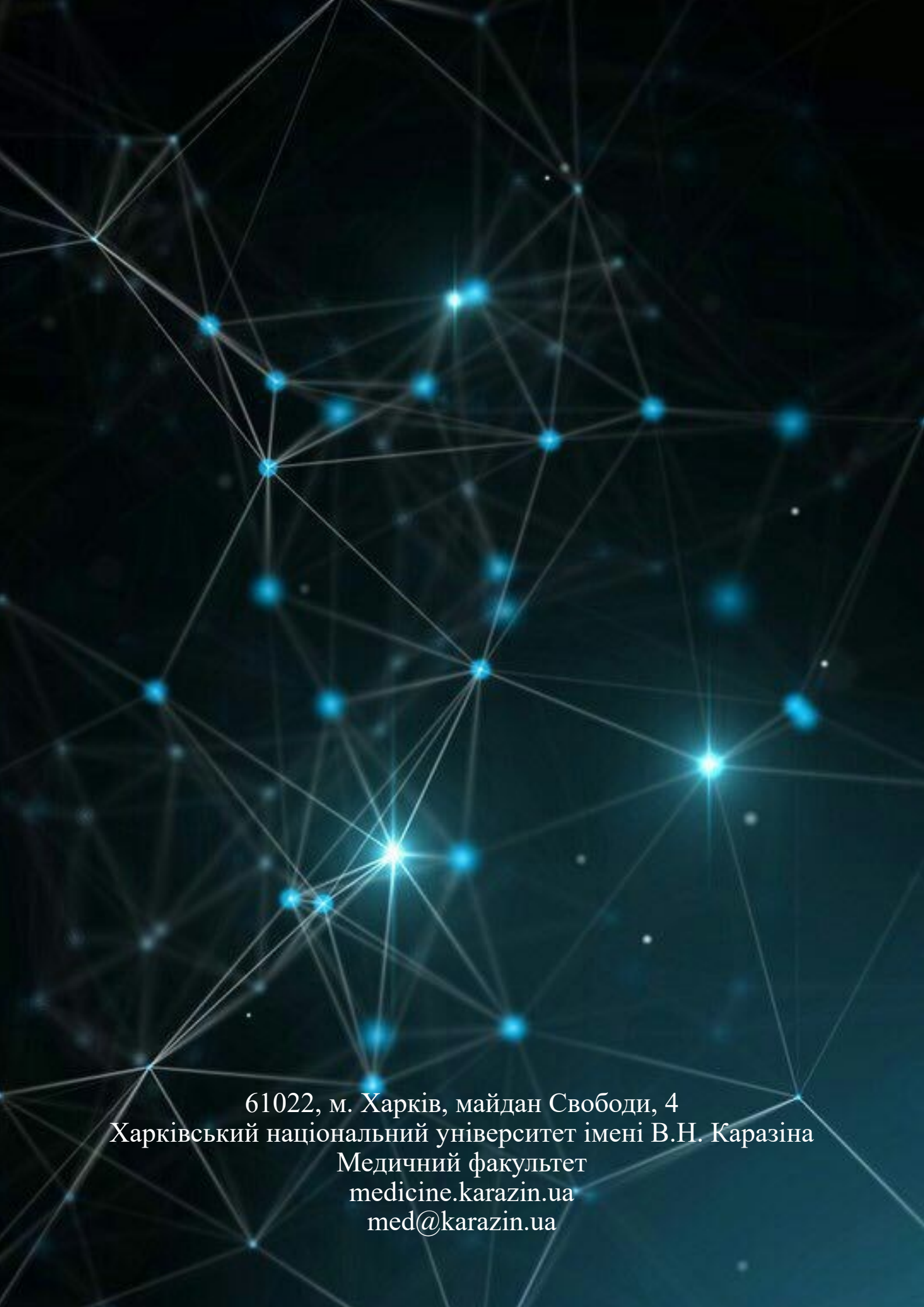
---

---

Видавець і виготовлювач  
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна  
61022, м. Харків, пл. Свободи, 4

---

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009



61022, м. Харків, майдан Свободи, 4  
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна  
Медичний факультет  
[medicine.karazin.ua](http://medicine.karazin.ua)  
[med@karazin.ua](mailto:med@karazin.ua)