

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ УКРАИНЫ  
MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В. Н. КАРАЗИНА  
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ В. Н. КАРАЗИНА  
V. N. KARAZIN KHARKIV NATIONAL UNIVERSITY

XIV Міжнародна наукова конференція студентів, аспірантів,  
докторантів, молодих вчених та фахівців

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ  
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ**

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

(30–31 березня 2017 року, м. Харків, Україна)

У 2 томах

Том 1

XIV Международная научная конференция студентов, аспирантов,  
докторантов, молодых учёных и специалистов

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ  
СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ**

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

(30–31 марта 2017 года, г. Харьков, Украина)

В 2 томах

Том 1

14<sup>th</sup> International Scientific Conference of Students, Graduate students,  
Doctoral candidates, Young scientists and Specialists

**TOPICAL ISSUES  
OF MODERN MEDICINE**

ABSTRACTS BOOK OF THE CONFERENCE

(March 30–31, 2017, Kharkiv, Ukraine)

In 2 Volumes

Volume 1

ХАРКІВ – 2017

УДК 61 (082)  
ББК 5я43

*Рекомендовано до друку рішенням Вченої ради медичного факультету  
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна  
(протокол № 6 від 20 січня 2017 року)*

*Рекомендовано к печати решением Учёного совета медицинского факультета  
Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина  
(протокол № 6 от 20 января 2017 года)*

*Recommended to the print by resolution of Academic Council of School of Medicine  
of V. N. Karazin Kharkiv National University  
(protocol №. 6 from January 20, 2017)*

Актуальні питання сучасної медицини: Тези доповідей XIV Міжнародної наукової конференції студентів, аспірантів, докторантів, молодих вчених та фахівців, 30–31 березня 2017 року : у 2-х томах. – Х. : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2017. – Т. 1.– 248 с.  
ISBN 978-966-285-392-6

Актуальные вопросы современной медицины: Тезисы докладов XIV Международной научной конференции студентов, аспирантов, докторантов, молодых учёных и специалистов, 30–31 марта 2017 года : в 2-х томах. – Х. : ХНУ имени В. Н. Каразина, 2017. – Т. 1. – 248 с.  
ISBN 978-966-285-392-6

Topical Issues of Modern Medicine: Abstracts of Reports of 14<sup>th</sup> of International Scientific Conference of Students, Graduate students, Doctoral candidates, Young scientists and Specialists, March 30–31, 2017 : in 2 volumes. – Kharkiv : V. N. Karazin KhNU, 2017. – Vol. 1. – 248 p.  
ISBN 978-966-285-392-6

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

За достоверность выложенных научных данных и текст ответственность несут авторы.  
Тезисы печатаются в авторской редакции.

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

ISBN 978-966-285-392-6

© Харківський національний університет  
імені В. Н. Каразіна, 2017  
© Харьковский национальный университет  
имени В. Н. Каразина, 2017  
© V. N. Karazin Kharkiv National University, 2017

**ЗМІСТ**

ГОРМОНАЛЬНА АКТИВНІСТЬ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ. МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ Анісімова А.А.....	17
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ИППОТЕРАПИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ Антоненко И.С. ....	18
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ І СТАНУ СИСТЕМНОГО ТА МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ, ХВОРИХ НА БАКТЕРІАЛЬНИЙ МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТ Ахалая Є.О., Мамасуєва Л.В.....	20
ПРИМЕНЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Бабаева А.Р., Соколов А.С.....	21
БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ Бабич А.С. ....	21
НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Бабич А.С. ....	23
ОЦЕНКА НЕЙРОПРОТЕКТОРНЫХ СВОЙСТВ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПАРКИНСОПОДОБНОМ СИНДРОМЕ Безега Е.В.....	24
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ПАДЕНИИ С ВЫСОТЫ НА ВОДУ Бердикова Ю.О., Губин Н.В. ....	25
КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЕВ У ЛІКАРІВ ПЕДІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ Бецько Н.В.....	26
ОСОБЛИВОСТІ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ Бігун Н.М., Михайленко Л.Б.....	27
ПОХІДНІ 1,2,4-ТРИАЗОЛУ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇХ ВИКОРИСТАННЯ В ЯКОСТІ АКТОПРОТЕКТОРНИХ ЗАСОБІВ Білай І.М., Цис О.В. ....	28
ПІДҐРУНТЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ДЛЯ ЖІНОК, ЩО ВІДБУВАЮТЬ ПОКАРАННЯ ЗА ГОМІЦИДНІ ДІЇ Білоус Д.С., Бабенко Н.В.....	29

«РАЗДВОЕНИЕ ЛИЧНОСТИ» В ПСИХИАТРИИ Брусник К.В. ....	30
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА СПОСІБ РОДОРІЗШЕННЯ У ЖІНОК З АНОМАЛІЯМИ БУДОВИ МАТКИ Брюханова А.О. ....	31
МЕХАНІЗМИ РЕГУЛЯЦІЇ ВЕЗИКУЛЯРНОГО ТРАНСПОРТУ В КЛІТИНАХ НАШОГО ОРГАНІЗМУ Бухштаб А.Є. ....	32
ПРИМЕНЕНИЕ КОНЦЕПЦИИ FAST-TRACK В ХИРУРГИИ И АНЕСТЕЗИОЛОГИИ: ЕЁ ПРЕИМУЩЕСТВА Василевская Я.А., Желудевич А.В. ....	33
«ТИХИЙ ДІМ ДЛЯ СИНЬОГО КИТА» (АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ) Виноградова А.С. ....	34
СТАН МІКРОБІОЦЕНОЗУ НИЖНІХ СТАТЕВИХ ШЛЯХІВ ТА ЗАХОДИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ У ЖІНОК З МАЛОВОДДЯМ Витвицький Б.А., Крічфалушій В.І. ....	35
ОСНОВНІ ХАРАКТЕРОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ЛЮДЕЙ ІЗ ТЮТЮНОВОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ Власюк А.В. ....	36
ДИАГНОСТИКА ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ И ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПОЛИТРАВМЫ ХГКБСНМП ИМ. ПРОФ. МЕЩАНИНОВА. Волков Д.В. ....	37
ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ Ганизаде Н.Д. ....	39
ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ КЛИНОПОДІБНОЇ КІСТКИ ДОРΟΣЛОЇ ЛЮДИНИ Голобородько А.О., Кулікова Н.О. ....	40
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АЛКОГОЛЬНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ Горбатовська Д.С. ....	41
ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ, АСОЦІЙОВАНОЮ ІЗ ХЕЛІКОБАКТЕРНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ Горкуша С.О. ....	42

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПОДАГРИ. ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ПОДАГРИЧНОГО ПОЛІАРТРИТУ ТА ДЕФОРМУЮЧОГО ОСТЕОАРТРОЗУ Горовцова М.В., Гавриленко В.О., Комкіна М.О. ....	44
ЗАСТОСУВАННЯ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМИ У ЛІКУВАННІ ГОНАРТРОЗУ Груба В.І., Лавринів Г.В., Гузенко О.С., Рибінський М.В. ....	46
СУЧАСНІ МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТА ФАРМАКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ ТА ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ Губарева К.О. ....	47
ПРОБЛЕМА ДІАГНОСТИКИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНИХ РАНЕНИЙ Гуйван І.В. ....	49
МІСЦЕВИЙ ТА СИСТЕМНИЙ ВПЛИВ ОЗОНУ НА ОРГАНІЗМ ТА МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ОЗОНОТЕРАПІЇ У КОМБУСТИЛОГІЇ Гусак Є.О. ....	51
ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ: СТРИКТУРЫ АНАСТОМОЗОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ Давыгора Л.О. ....	52
ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА: ОСОБЕННОСТИ УХОДА Даналенко А. ....	54
СОМНАМБУЛИЗМ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ, КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОМНАМБУЛИЗМОМ. Данник І.А. ....	55
ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ТРИХОБЕЗОАРОМ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК) Дацків О.Р., Дмитренко С.О. ....	56
ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЗАСОБІВ НА ПЕРЕБІГ РЕАКЦІЙ ТКАНИН ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ В ДІЛЯНЦІ ІМПЛАНТАЦІЇ СИНТЕТИЧНОГО ПОЛІПРОПІЛЕНОВОГО СІТЧАСТОГО МАТЕРІАЛУ Дмитренко С.О., Дацків О.Р. ....	58
ТИПЫ ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ ОСТРЫХ ФОРМАХ ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Довгань В.А. ....	59
ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ РАДИОЛОГИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ Дунаев В.А. ....	61

МОРФОЛОГИЯ И ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ Евтушенко А.Г. ....	62
КОМПЛЕКСНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ ПРИ РЕЦИДИВІ ГОСТРОГО ГЕПАТИТУ В Єйсмонт О.В., Винокурова О.М., Цісельський Т.Р., Глущенко С.В. ....	64
ВАДИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНУ Єськова К.О. ....	65
РОЛЬ ОКСИДА АЗОТА В ФОРМИРОВАНИИ ЭНДОГЕННОЙ СУБАТРОФИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА У БОЛЬНЫХ УВЕИТОМ Жадан Ю.Г. ....	66
ЦИТОГЕНЕТИКА РАКУ. НОВІ ПІДХОДИ У ВИЗНАЧЕННІ ХРОМОСОМНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ В ЛІМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ ОНКОХВОРИХ Жураховська О.В., Мельник О.О. ....	67
КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З КОМПРЕСІЙНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТІЛ ХРЕБЦІВ НА ФОНІ СИСТЕМНОГО ОСТЕОПОРОЗУ Завгородній А.С. ....	69
РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ КОРРИГУЮЩИХ ТАКТИК НЕКОТОРЫХ СОСТОЯНИЙ БОЛЬНЫХ С ДЦП В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ УСЛОВИЯХ Иванищенко К.И. ....	71
ФЕНОТИП ВОЛОС, КАК ВАЖНЕЙШИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ МАРКЕР В ДИАГНОСТИКЕ ТРИХОРИНОФАЛАНГЕАЛЬНОГО СИНДРОМА I ТИПА Исаева Я.А. ....	72
ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ МИОКАРДИАЛЬНЫМ МОСТИКОМ У ПАЦИЕНТА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Каминский С.В., Синиченко Е.С., Внукова А.С. ....	73
СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ У ДІТЕЙ Капсомун В.В. ....	75
ИЗМЕНЕНИЯ В УЛЬТРАМИКРОСКОПИЧЕСКОМ СТРОЕНИИ ЖГУТИКОВ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СНИЖЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ СПЕРМАТОЗОИДОВ Кварацхелія Н.Д. ....	76
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНОВИАЛЬНЫХ ОБОЛОЧЕК СУСТАВОВ И ПРИМЕРЫ ИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ Кизюрина Ю.В. ....	77
ПЕРЕДОЧЕРЕВИННА ПЛАСТИКА ПАХВИННИХ ГРИЖ ПРИ ВИКОНАННІ ЗАЛОННОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ Кищенко А.В., Майструк А.П., Горовий О.В. ....	80

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ЇХ МОЖЛИВИХ ПРИЧИН У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОФЕСІЙНО ЗАЙМАЮТЬСЯ ФУТБОЛОМ Кіт Ю.С., Ключ Т.О., Лісовський Р.О.....	81
АУТОИММУННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ВЭБ Кононова В.А., Короткова М.Б. ....	82
НЕЙРОИНФЕКЦІЯ, ВИКЛИКАНА ВІРУСОМ ГЕРПЕСУ ЛЮДИНИ 6 ТИПУ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ Копач М.І. ....	84
ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ РІВНЯ ДЕПРЕСІЇ СТУДЕНТІВ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ ЗА ОПИТУВАЛЬНИКОМ ДЕПРЕСИВНОСТІ БЕКА (BЕСК DEPRESSІON ІNVENTORУ – BDI) З ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНІСТЮ Копоть М.М. ....	86
ВПЛИВ НАНОДИСПЕРСНОГО ОКСИДУ КРЕМНІЮ НА ПРОДУКЦІЮ СУПЕРОКСИДНОГО АНІОН-РАДИКАЛУ В КАРДІОМІОЦИТАХ ЩУРІВ ЗА УМОВ ХРОНІЧНОЇ НІТРАТНО-ФТОРИДНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ Крамар А.Г. ....	87
КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ СИБІРКИ В УКРАЇНІ Крамаренко М.С. ....	88
МЕТОДИКА КОРЕКЦІЇ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ ДОНАТОРА ОКСИДУ АЗОТУ L-АРГІНІНУ У ЖІНОК ІЗ МАЛОВОДДЯМ НА ФОНІ ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ Крічфалушій В.І., Витвицький Б.А. ....	90
ДОСЛІДЖЕННЯ СОФОСБУВІРУ І РИБАВІРИНУ ОКРЕМО ТА В КОМБІНАЦІЇ ЯК ПРЕПАРАТІВ ЛІКУВАННЯ ГЕПАТИТУ С Кругляк В.А. ....	91
КОМБІНИРОВАНА СЕРДЕЧНА ПАТОЛОГІЯ НА ФОНЕ ВТОРИЧНО СМОРЩЕНОЇ ПОЧКИ: ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДА НА ПРИМЕРЕ КЛІНІЧЕСКОГО СЛУЧАЯ Кулик Я.Э., Ситбаталов А.И., Картвелишвили А.Ю.....	92
ХВОРОБА МАЛИХ СУДИН МОЗКУ ЯК ЧИННИК РИЗИКУ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ Кутіков Д.О. ....	94
РАК ЛЕГКОГО: НУЖНО ЛИ СООБЩАТЬ ПАЦИЕНТУ ЕГО ДИАГНОЗ? Кучеренко В.О. ....	96
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПОТОНІЄЮ Кучерук О.В., Головчак М.А., Попович О.І. ....	97

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ДІТЕЙ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ Г. В. Лавринів, А. В. Хромих .....	98
ЗАСТОСУВАННЯ ПОЖИВНОГО СТЕБЛА З АУТОПЕРІКАРДА ПРИ КОРЕКЦІЇ ІЗОЛЬОВАНОЇ МІТРАЛЬНОЇ ВАДИ І ФРАГМЕНТУЮЧИХ ОПЕРАЦІЯХ У ЛІВОМУ ПЕРЕДСЕРДІ Леошко І. В. ....	99
СТАН МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ Лещук І.В., Меженська К.А. ....	100
РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ Лисицкая Л.А. ....	102
ЧАСТОТА ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ Литвинов В.С. ....	103
ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ КУРЕНИЯ НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У СТУДЕНТОВ Ловчикова А.С. ....	105
АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА И ОСОБЕННОСТИ ЕГО ПРОТЕКАНИЯ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ Луцик М.В., Чайка О.Ю. ....	106
«СИНТЕТИКА», КАК «ЛЕГКИЙ» НАРКОТИК. ОБ АКТУАЛЬНОСТИ ПРОБЛЕМЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ Майстренко Ю.С. ....	108
ПЕРШИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ЯЄЧКОВОЇ ВЕНИ ПРИ ЛІКУВАННІ ВАРИКОЦЕЛЕ Майструк А.П., Кищенко А.В., Горовий О.В. ....	109
ДОСЛІДЖЕННЯ ІМУННОГО СТАТУСУ ДО ЗБУДНИКІВ TORCH-ІНФЕКЦІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ Марчук М.С. ....	111
ІПОТЕРАПІЯ В ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ Марчук М.М. ....	113
ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНІ ПРОГНОСТИЧНІ ОЗНАКИ ІНЦИДЕНТАЛЬНОГО ВИЯВЛЕННЯ РАКУ ПРОСТАТИ У ПАЦІЄНТІВ З ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПРОСТАТИ Марчук О.А. ....	114



НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА РЕКТОСАКРОПЕКСИИ Меженская Е.А.....	115
ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ 5 КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ З ДОПОМОГОЮ ОПИТУВАЛЬНИКА SF-36 Мельник Б.Р., Турук Л.С., Копоть М.М.....	117
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С АУТИСТИЧЕСКИМ СПЕКТРОМ Минюков Е.А. ....	118
ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА АЛКОГОЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ Мироненко Е.С.....	120
ПРОБЛЕМА ГОЛОВНОГО БОЛЮ У СТУДЕНТІВ ЛНМУ Михалейко Л.Б., Бігун Н.М.....	121
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА ПО ДАННЫМ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА Натарова В.А.....	122
ЛЕЧЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МЕТОДОМ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ Нгуен Тхи Лиен.....	123
СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ ХОРЕИ ГЕНТИНГТОНА Неродик И.В. ....	125
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: РОЛЬ МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОФИЛАКТИКЕ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ Нестеренко Н.И., Луцик М.В.....	126
ВПЛИВ ДИХАЛЬНИХ ПРАКТИК НА ЧСС ТА ЖЄЛ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ І БРНХІАЛЬНУ АСТМУ Нетребін Л.І. ....	128
АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ОРГАНІВ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ВНАСЛІДОК НАДМІРНИХ НАВАНТАЖЕНЬ У СПОРТІ Обихвіст О.О. ....	129
ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ПАЦІЄНТА З КЛІНІЧНО ВАГУСНИМ ТИПОМ ФІБРИЛЯЦІЇ/ТРІПОТІННЯ ПЕРЕДСЕРДЬ ДО ТА ПІСЛЯ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛАЦІЇ АРИТМІЇ Олійник І.С. ....	131

КОМОРБІДНІСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ З АЛКОГОЛІЗМОМ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ Ольхова А.О. ....	132
«ЛИХОМАНКА, ЯК ОДИН З ОСНОВНИХ ПРОЯВІВ ЗАПАЛЕННЯ. МЕТОДИ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ» Онищенко М.В., Ступак О. ....	133
СТРУКТУРНІ ЗМІНИ ТКАНИНИ ПЕЧІНКИ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ АТЕРОСКЛЕРОЗІ ТА ЙОГО ФІТО- ТА ГЕННІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ У ЩУРІВ Паляниця В.О. ....	135
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АУТОМІННОГО ПРОГЕСТЕРОНОВОГО ДЕРМАТИТУ Пемпусь О.М., Соболев В.Ю. ....	136
ТРАВМАТИЧНІ УШКОДЖЕННЯ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ Поліков Г.О. ....	138
ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ТИМУС Полозов И.А. ....	139
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ З ТЯЖКИМ ПЕРЕБІГОМ У ДОРΟΣЛИХ Пономарьов О.М., Горошко О.М., Печінка А.М. ....	140
ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХРОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА АСОС – СИНДРОМ Попович Ю.А., Лісних Р.С., Шевченко О.С. ....	142
КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ СТРОНГИЛОИДОЗА В ОДЕССКОЙ ОБЛАСТИ Прилепова Н.С. ....	143
ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ВІТАМІНУ В12 ТА ГОМОЦИСТЕЇНУ НА ПРОЦЕСИ СТАРІННЯ МОЗКУ Прищенко Ю.Л., Манюта А.І. ....	145
ПОШИРЕНІСТЬ ПАТОЛОГІЇ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТАКТУ СЕРЕД УЧНІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ Прядко К.І. ....	146
ПОЛИПРАГМАЗИЯ ПРИ ПОЛИМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ Радченко А.О., Чубенко И.О. ....	148
«ГРУППЫ СМЕРТИ» – РЕАЛИИ СОВРЕМЕННОГО МИРА Романовская К.Б. ....	149

СТАН СИСТЕМ РЕГУЛЯЦІЇ АДАПТАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ У ПІДЛІТКІВ ІЗ НЕЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ Рубанова О.О. ....	151
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ВНУТРИШНЬОВЕННОГО ІМУНОГЛОБУЛІНУ ПРИ ТРОМБОЦИТОПЕНІЧНІЙ ПУРПУРИ У ДІТЕЙ Рудь В.П. ....	152
ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ Савво В.В., Стоказ Е.М. ....	153
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. 4-Й ТИП ПСИХОСОМАТОЗОВ ПО А.Б. СМУЛЕВИЧУ Савельева Л.М. ....	155
ХАРАКТЕРИСТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ОСНОВНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ВАЖНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ У КУРСАНТОВ ХАРЬКОВСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА ВОЗДУШНЫХ СИЛ ИМЕНИ И. КОЖЕДУБА Савченко Д.В. ....	156
ИЗУЧЕНИЕ ГЕНОТИПОВ ВИРУСА ЭПШТЕЙНА-БАРР ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ Сазонова Т.М., Козлов А.П. ....	158
ВПЛИВ ВІТАМІНІВ Е І С НА ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНІ ПРОЦЕСИ В ПЕЧІНЦІ ТА СЕЛЕЗІНЦІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ВОДНО-ІММОБІЛІЗАЦІЙНОГО СТРЕСУ Сай В.М., Гвозд М.Г., Шваєвська К.К. ....	159
ДЕКОМПРЕССИОННАЯ КРАНИОТОМИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПО ПОВОДУ РЕЗЕКЦИИ КАРОТИДНОЙ ХЕМОДЕКТОМЫ Сальников Р.В. ....	160
ВПЛИВ СИНДРОМУ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ НА ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ Семенюк М.О. ....	161
ЖЕНСКИЕ ПОЛОВЫЕ ГОРМОНЫ Симонян К.А. ....	162
СИМПТОМ БАБИНСКОГО: ЗНАЧЕНИЕ И ВАРИАНТЫ ЕГО ИНТЕРПРЕТАЦИИ Синиченко Е.С., Каминский С.В. ....	164
АНЕВРИЗМА ЛІВОГО ШЛУНОЧКУ Соломахіна А.В. ....	166
БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК ПІДЛІТКІВ М. УЖГОРОДА Стець Т.В., Фегер О.В. ....	167

ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ В ОБЕИХ ГЕМИСФЕРАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА У 37 ЛЕТНЕЙ ПАЦИЕНТКИ В РЕЗУЛЬТАТЕ МИКСОМЫ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ Исаева Я.А., Стецюра Е.Ю.....	168
ВИВЧЕННЯ ОКСИДАТИВНО-НІТРОЗАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ У ПЕЧІНЦІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ВВЕДЕННЯ ІНДОМЕТАЦИНУ ТА L-ЦИСТЕЇНУ Столяр О.А., Стадник Л.В., Харченко Ю.В. ....	169
ЕНДОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГІДРОНЕФРОЗУ У ДІТЕЙ ЗГІДНО ТЕОРІЇ ГЕТЕРОХРОНІЇ Стоян М.С., Свекатун В.М., Поліщук В.Д. ....	170
ОСОБЛИВОСТІ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМ ОБСТРУКТИВНИМ БРОНХІТОМ НА ТЛІ СТИГМ ДИЗЕМБРІОГЕНЕЗУ Супрун Д.В., Приймак А.А., Попова А.М., Чернуський В.Г., Говаленкова О.Л., Летяго Г.В., Кашіна-Ярмак В.Л.....	172
ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИ-VEGF ТЕРАПІЇ ПРИ ДІАБЕТИЧНОМУ МАКУЛЯРНОМУ НАБРЯКУ СІТКІВКИ Тарабань І.Б. ....	174
ОЦІНКА МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ З РІЗНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ Тимків У.М., Міхєєва Т.М. ....	175
ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИПЕРИНСУЛИНЕМИИ И ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ Тиханский Д.С., Королькова А.А. ....	176
ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ОБМІНУ ЛІПІДІВ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ Ткаченко-Радогуз Т.В. ....	177
АНАТОМИЧЕСКАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА КИСТИ ЧЕЛОВЕКА Третьякова Е.А. ....	178
СТРУКТУРА НЕЗАДОВОЛЕНОСТІ НАВЧАННЯМ СТУДЕНТІВ 5 КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ НМУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ Турук Л.С., Мельник Б.Р., Копоть М.М., Фещенко Ю.Ю. ....	179
РЕЙТИНГОВАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМАТИВА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ Радченко А.О., Ульянов И.Р., Чернуский В.Г., Говаленкова О.Л., Летяго А.В., Кашина-Ярмак В.Л. ....	180
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СІМЕЙНОГО ПІГМЕНТНОПЛЯМИСТОГО ПОЛІПОЗУ (СИНДРОМУ ПЕЙТЦА-ЄГЕРСА) Уляновська М.І., Вовк Н.С. ....	182

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФFUЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ Фам Нгок Фионг Ян, Квасневский А.А.....	184
ВИВЧЕННЯ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ СТРЕСУ І ВПЛИВ ЙОГО НА ПРОЦЕСИ ПАМ'ЯТІ СТУДЕНТІВ- МЕДИКІВ 1 КУРСУ Федоренко М. ....	186
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ Филиппов А.А. ....	188
ІНДИВІДУАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ТОПОГРАФІЇ ПОПЕРЕКОВОЇ ДІЛЯНКИ Хабаль А.В., Гньотов М.І.....	189
ВИЗНАЧЕННЯ МЕТОДУ КОРЕКЦІЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ Хворостінко Р.Б., Дубівська С.С., Бітчук М.Д. ....	190
ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ ЯК ПРОЯВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ПУБЕРТАТНИЙ ДИСПІТУІТАРИЗМ Хромих А.В.....	191
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: НЕСТАБИЛЬНАЯ (ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ) СТЕНОКАРДИЯ Цемина А., Виноградова А. ....	192
АУТОДЕРМОПЛАСТИКА У ЛІКУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК ПРИ СИНДРОМІ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ Цибульський О.С., Щепанський С.О. ....	194
«РОЗБУДИ МЕНЕ В 4:20...» (ПСИХОПРОФІЛАКТИКА ІНТЕРНЕТ ДЕТЕРМІНІРОВАНОЇ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ) Цьоміна А.В. ....	196
МЕТОДИКА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ Чакрам А.П.....	197
РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ЕФФЕКТИВНОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТРАВМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЇ ЖЕЛЕЗИ Чепелюк А.А., Ивахненко Д.А. ....	198
ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ ЛИЧИНКАМИ МУХИ LUCILLIA CAESAR Шпиленко О.Ф.....	200
НАВЧАЛЬНИЙ СТРЕС ЯК ПРОВОКУЮЧИЙ ФАКТОР МІГРЕНІ Щебетенко В.О. ....	201

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕЛЕКТИВНОГО ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА И СЕЛЕКТИВНОГО ВНУТРИВЕННОГО ТРОМБОЛИЗИСА. АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА В ХКБ НА ЖДТ №1 В 2016 ГОДУ Щербина А.Р., Стецюра Е.Ю., Сальников Р.В. ....	203
ТРОМБОТИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК Яремко І.Я., Кітченко С.С., Сапай А.В., Бабаєва А.Р. ....	204
EPIDEMIOLOGY, CLINICAL HISTORY, DIAGNOSTICS, TREATMENT AND PREVENTION OF POST-TRAUMATIC SYNDROME IN CHILDREN Adeola Tomilade Kayode .....	205
CORRELATION BETWEEN GENOTYPES OF 5-METHYLTETRAHYDROFOLATE-HOMOCYSTEINE METHYLTRANSFERASE REDUCTASE GENE AND LABORATORY INDEXES IN CHILDREN WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS Ajayi E.A, Golovko T.A., Adhikari R. ....	206
STH – SECRETING PITUITARY ADENOMA. ACROMEGALY CASE WITHOUT SUCCESSFUL RESULT Akala O., Shakirah, Makharynska O., Golubkina E. ....	207
TUBERCULOSIS MENINGITIS IN INDIA Allwin Jenifer Dsouza .....	208
CLINICAL CASE OF CARDIAC CYST IN THE LEFT VENTRICLE (LV) Al-mter M. ....	210
ASSESSMENT OF POSSIBLE COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH MULTIPLE TRAUMA AND CONCOMINANT SOMATIC PATHOLOGY Anyanwu Chibuzor Felix .....	210
MYOCARDIAL BRIDGE CAUSING ANGINA: A POSITIVE OUTCOME AFTER STENTING Awotunde A.G., Afolabi O.B. ....	212
ROLE OF OF PERSONALITY IN CAREER PLANNING Boakie - Iadom Valentina, Shvets A.N., Shvets Y.N. ....	213
CHARACTERISTIC OF THE CAUSES OF DEATH FROM THE ALCOHOLIC DISEASE ACCORDING AUTOPSY Butolina E.A., Malashchuk T.G. ....	214
STRESS AND DEPRESSION AMONG MEDICAL STUDENTS OF V.N KARAZIN KHARKIV NATIONAL UNIVERSITY Dada Ademola, Obayelu Oluwatobi, Osikoya Nuriyat, Awofolaju Tomilayo .....	215

ANEMIA AND THE CHRONIC HEART FAILURE (Role of Anemia in the Developing Heart Failure) David, Nsikak-Abasi M. ....	216
MEDICAL SUPPORT OF THE CARDIOVASCULAR AND METABOLIC DISEASED PATIENT WITH CARDIAC PACEMAKER AT THE ANNUAL STAGE OF OBSERVATION Eran Ammar, Aroyewun Opeyemi Taofeek, Ajewole Olamide Michael .....	217
HEART RATE VARIABILITY IN PATIENTS WITH HYPERTENSION DEPENDING ON THE TYPE OF CIRCADIAN BLOOD PRESSURE PROFILE Gorantla S.G.B. Krishna .....	218
URINARY BLADDER CANCER AND A REVIEW OF 786 CASES OF BLADDER TUMOR OVER 24 YEARS IN BENGHAZI\LIBYA Hamza Osman .....	219
NEUROHORMONAL PECULIARITIES OF ACUTE NON-Q-WAVE MYOCARDIAL INFARCTION FORMATION DEPENDING ON GENDER Isa M.A.....	220
HARTMANN'S PROCEDURE AND RECONSTRUCTION PROCEDURE: RISKS AND BENEFITS Iweh Ijeoma C., Kosov E.V.....	221
ENDOVASCULAR TREATMENT OF LOWER LIMB ISCHEMIA IN DIABETIC PATIENTS – CASE SERIES ANALYSIS Kaczmarek Mateusz, Gług Wojciech .....	222
CASE REPORT OF NOONAN'S SYNDROME IN CLINICAL PRACTICE Maroun B., Hanan S. ....	223
CHRONOTHERAPY OF ARTERIAL HYPERTENSION: A NEW APPROACH TO THE OLD PROBLEM Mohammed Hassan Al_fahham.....	224
THE PREVALENCE AND CAUSATIVE FACTORS OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE Mohime Joshua Ndubuisi .....	226
LATE COMPLICATIONS AFTER THERAPY IN PATIENT WITH HODGKIN'S DISEASE Monu .....	227
EXTERNAL RESPIRATION FUNCTION IN A PATIENT AFTER REMOVAL OF THE MIDDLE AND LOWER LOBES OF THE RIGHT LUNG (PULMONARY COMPENSATORY POSSIBILITIES OF VENTILATION LUNG FUNCTION) Nayak S.R., Surya Prabha P.....	228
CASE OF TB/HIV CO-INFECTION'S UNFAVORABLE OUTCOME IN DEAF OPIUM DRUG ADDICT FEMALE PATIENT Olha S. Konstantynovska <sup>1</sup> , Ilesanmi Olorunfemi I <sup>1</sup> , Tetyana O. Synenko <sup>2</sup> , Iryna S. Yurchenko <sup>3</sup> .....	229

HCV-RELATED LIVER CIRRHOSIS AND CHRONIC KIDNEY DISEASE. DIFFICULTIES IN DIAGNOSTICS ON THE EXAMPLE OF A CLINICAL CASE Oluwasayo M.....	231
PREVENTION, INTERVENTION AND POSTVENTION OF SUICIDES Owoeye Samuel Oluwatimileyin.....	232
MENSTRAL SYNCHRONIZATION Owoeye Samuel Oluwatimileyin.....	233
IMPACT OF LEARNING ENVIRONMENTS ON THE PHYSICAL DEVELOPMENT OF KHARKIV TEENAGERS Periyasvami Satishkumar, Shvets A.N., Shvets Y.N.....	236
PECULIARITIES OF EBOLA VIRUS IN NIGERIA Princess Sule .....	236
MASSIVE PULMONARY EMBOLISM CLINICAL CASE WITH HAPPY ENDING Rahul Mandal, O.Makharynska .....	237
EARLY ONSET SCHIZOPRENIA: DIAGNOSTIC AND TREATMENT CHALLENGES Rawan Iraqi .....	238
TYPES OF ORTHOSTATIC REACTIONS OF SYSTOLIC BLOOD PRESSURE IN HEALTHY VOLUNTEERS Sangita Gautam.....	240
ACTUAL COURSE OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS IN CHILDREN Sekar Sanjay, Chaudhary Shikha .....	241
THE TREATMENT OF HEART FAILURE IN A PATIENT WITH INFECTION ENDOCARDITIS ON CONGENITAL BICUSPID AORTIC VALVE Sharif B.J.R.....	242
CLINICAL COURSE AND MANAGEMENT OF A PATIENT WITH ACUTE PERICARDITIS Tandzile Dlamini .....	243
LIVER FUNCTION IN CHILDREN WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS WITH DUE REGARD TO DISEASE DURATION Vineet Saurabh, Gorantla S.G.B. Krishna .....	244
LAPAROSCOPIC RESECTION OF RIGHT AND TRANSVERSE COLON AS A METHOD OF TREATMENT OF SYNCHRONOUS COLON CANCERS – CASE REPORT ANALYSIS Wojciech Gług, Mateusz Kaczmarek .....	245
MULTIPLE SCLEROSIS IN DIFFERENT REPRODUCTIVE PERIODS OF WOMEN Yurtyyn B.I. ....	246



## ГОРМОНАЛЬНА АКТИВНІСТЬ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ. МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ

*Анісімова А.А.*

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія» МОЗ України  
Науковий керівник: Черноусова Н.М., к.б.н., доцент

Метаболічний синдром являє собою комплекс ендокринних, обмінних, вегетативних розладів, що протікають в людському організмі людини, та характеризується інсулінорезистентністю, дисліпідемією, низьким рівнем ліпопротеїдів високої щільності, хронічним системним запаленням, вісцеральним ожирінням. Розвиток вираженого ожиріння, що виникає при метаболічному синдромі, тісно пов'язане з метаболічною та гормональною активністю жирової тканини. До найбільш значимих цитокінів жирової тканини, або адипокінів, відносяться: фактор некрозу пухлин, інтерлейкін-6, адипонектин, резистин, адипсин, лептин. Провідну роль у розвитку одного з головних симптомів метаболічного синдрому – ожиріння, відіграють лептин та адипонектин.

Лептин – це невеликий протеїн, який синтезується в адипоцитах та регулює харчову поведінку та втрачання енергії так, щоб забезпечити підтримання достатнього запасу жиру в організмі. Ізоформи рецепторів лептину, що утворюються шляхом альтернативного сплайсингу, експресуються в судинному сплетінні, ендотелії судин мозку, а також у периферичних органах і тканинах - нирках, печінці, легенях і гонадах. В дугоподібному ядрі гіпоталамуса лептин спричиняє утворення анорексигенних пептидів, у тому числі  $\alpha$ -меланоцит-стимулюючий гормон ( $\alpha$ -МСГ), а його попередником є поліпептид пропіомеланокортин (ПОМК). Виділення  $\alpha$ -МСГ викликає нейронні сигнали щодо зменшення споживання їжі та посилення метаболізму поживних речовин.

Лептиновий у гіпоталамусі сигнал передається за участю системи JAK\STAT. Рецептор лептину має один трансмембранний сегмент, але він зазнає димеризування після зв'язування лептину з позаклітинними доменами двох мономерів. Під дією Янус-кінази (JAK) відбувається фосфорилування залишків тирозину у складі внутрішньоклітинних доменів обох мономерів. Тепер фосфорильовані залишки тирозину стають центрами приєднання для трьох протеїнів родини STAT, що є трансдукторами сигналів та активаторами транскрипції. Приєднані протеїни STAT фосфорилуються за залишками тирозину також під дією Янус-кінази і переміщуються до ядра, де зв'язуються зі специфічними послідовностями ДНК і стимулюють експресію генів-мішеней, у тому числі гена ПОМК, що відповідає за утворення  $\alpha$ -МСГ.

Активація рецептору також призводить до збільшення активності фосфатиділінозитол-3-кінази, що інгібує активність АМФ-кінази (АМФК). Один із ензимів, активність якого регулює АМФК, є ацетил-СоА-карбоксилаза, АМФК фосфорилує та дезактивує ацетил-СоА-карбоксилазу. Таким чином, анорексигенна дія лептину – зменшення інгибування ацетил-КоА-карбоксилази, ензиму, що каталізує

утворення малоніл-СоА,- першої проміжної сполуки на шляху синтезу жирних кислот. Це призводить до збільшення концентрації малонил-КоА, головного метаболічного модулятора інгібування харчової поведінки у гіпоталамусі. Малонил-КоА інгібує ензим карнітинацилтрансферазу I, який розпочинає процес β-окиснення, забезпечуючи перенесення жирних кислот у мітохондрії, що призводить до підвищення в цитоплазмі ацил-КоА з довгим ланцюгом і також до розвитку анорексигенних ефектів.

Адипонектин - це пептидний гормон, що його виробляє майже винятково лише жирова тканина. Зв'язуючись з рецепторами в скелетних м'язах і печінці, адипонектин стимулює фосфорилування і активацію ключового регуляторного ензиму АМФ-кинази та підвищує поглинання міоцитами жирних кислот з крові і швидкість β-окислення жирних кислот. АМФК фосфорилує та дезактивує ацетил-СоА-карбоксилазу і в такий спосіб інгібує синтез жирних кислот; водночас інгібування процесу β-окиснення послаблюється.

Завдяки наявності ізоформ АМФ-кинази і різної ролі ферменту в різних тканинах, дія лептину в гіпоталамусі призводить до інгібування АМФК, в той час як в печінці та жировій тканині - до активації. В гіпоталамусі при голодуванні, навпроти, адипонектин, активує АМФ-киназу. На відміну від лептину, рівень адипонектину знижується при ожирінні.

Беручи до уваги, що існує тісна кореляція між ожирінням і ризиком розвитку метаболічного синдрому, вивчення механізмів розвитку та регулювання подібних порушень метаболізму надзвичайно актуально.

## РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ИППОТЕРАПИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ

*Антоненко И.С.*

Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра физической реабилитации, спортивной медицины  
с курсом физического воспитания и здоровья, Харьков, Украина  
Научный руководитель: Кириченко М.П., к.мед.н., доцент, заведующий  
учебной частью кафедры физической реабилитации, спортивной медицины  
с курсом физического воспитания и здоровья

Актуальность. Детский и подростковый возраст характеризуется интенсивным ростом, усвоением новых двигательных навыков и различных знаний. В этом возрасте возможны нарушения осанки, что неуклонно влечет за собой нарушение ментальной деятельности, снижение памяти, быструю умственную и физическую утомляемость. Кроме того изменяется положения ребер, уменьшаются межреберные промежутки и как следствие возникает деформация грудной клетки.

Цель. Анализ эффективности иппотерапии как вспомогательного средства реабилитации детей с нарушениями осанки.

Задачи. 1. Изучить особенности адаптации ребенка к лошади. 2. Оценить диапазон полезного действия использования лошадей на локомоторную систему и внутренние органы.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе конного клуба «Мустанг». Под наблюдением находились три группы детей в возрасте от 5 до 11 лет. В первую группу входили 19 детей, у 16 из которых был диагностирован сколиоз грудного отдела позвоночного столба первой степени, у 3 - патологический кифоз грудного отдела первой степени. В группу включались только те дети, которые показали психологическую и физическую подготовленность к данному рода воздействию. На фоне проведения комплексов лечебной гимнастики в качестве дополнительных методов реабилитации детям проводились специальные занятия лечебного воздействия верховой ездой. Во вторую входило 9 человек, которым были поставлены аналогичные диагнозы, но лечение проводилось без использования элементов иппотерапии. Третью группу составили 10 здоровых детей. Для оценки полученных результатов проводились антропометрические измерения, а также функциональные пробы.

Результаты. У большей части детей до начала проведения занятий лечебной верховой ездой наблюдались отставания в росто-массовом показателе, отклонение основных антропометрических и функциональных параметров более чем на две σ. После шести месяцев занятий с лошадьми большая часть показателей была приближена к показателям в группе здоровых детей. Контрольная группа, которой не проводились занятия иппотерапией, значительно отставала от группы здоровых детей, и для получения заметных результатов им требовалось больше времени. Анализ результатов психологического тестирования показал повышение у детей первой группы концентрации, памяти, работоспособности, снижение утомляемости, снижение уровня реактивной и личностной тревожности, улучшение социальной приспособленности. У детей второй группы наблюдались незначительные изменения психологического статуса. В результате проведенного анкетирования все дети, которые проходили курс реабилитации иппотерапией, отметили улучшение самочувствия, физического состояния, облегчение запоминания и обучения.

Обсуждения. Иппотерапия – направление анимало- и кинетической терапии, использующее лошадь и элементы верховой езды как комплексное терапевтическое средство. Эффект от иппотерапии достигается путем одновременного воздействия на всадника нескольких физических факторов.

Биомеханический фактор заключается в передачи колебательных импульсов всаднику от движущейся лошади. Эти толчки, помимо прямого массирующего воздействия на мышцы ребенка, вынуждают его рефлекторно задействовать все группы мышц и приспособить положение тела к изменяющимся условиям и сохранить равновесие. Благодаря этому непроизвольно исправляется осанка, а регулярные усилия, которые, помимо прочего осложняются поворотами лошади, остановками и сменой аллюра, укрепляют мышцы, которые впоследствии формируют мышечный каркас спины, груди, живота, таза. Трение ног о корпус лошади совместно с температурным фактором усиливает кровообращение в ногах и как следствие во всем организме.

Выводы. 1. Адаптационный процесс детей к лошадям имеет выраженный позитивный характер.

2. В основе действия иппотерапии лежит комплекс факторов, которые воздействуют как на физическое состояние, так и на психосоциальную сферу.

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ І СТАНУ СИСТЕМНОГО ТА МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ, ХВОРИХ НА БАКТЕРІАЛЬНИЙ МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТ

*Ахалая Є.О., Мамасуєва Л.В.*

Харківський національний медичний університет  
Кафедра педіатрії №2, Харків, Україна  
Науковий керівник: Саратов В.М., к.мед.н., доцент

Метою наших досліджень було вивчення клінічних особливостей і стану системного і місцевого імунітету у новонароджених хворих на бактеріальний менінгоенцефаліт.

Методика роботи включала проведення загальноклінічного та неврологічного дослідження, а також вивчення імунного статусу хворих за допомогою сучасних загальноприйнятих методів клінічної імунології.

Під наглядом знаходилось 64 дитини. У обстеженнях новонароджених клінічно картина менінгоенцефаліту характеризувалась трьома основними синдромами – токсичним, менінгоенцефалітним, синдромом запальовальних змін в спинно-мозковій рідині.

У всіх хворих у спинно-мозковій рідині реєстрували прояви активного перебігу запального процесу – підвищення рівню білка, різко позитивна реакція Панді, збільшення вмісту лейкоцитів, головним чином, нейтрофілів. При бактеріологічному дослідженні спинно-мозковій рідині виявлено переважно грам-негативна флора. Плеоцитоз частіше реєстрували тоді, коли збудником була грам-позитивна флора.

У гострому періоді захворювання в периферійній крові визначалося зниження Т-лімфоцитів, та їх субпопуляцій та збільшення вмісту Д-РОК, та В-лімфоцитів. Виявлено зниження вмісту Ig G (7,96 + 0,32 г/л) та підвищення вмісту Ig A (0,22 + 0,03 г/л) та Ig M (0,37 + 0,03 г/л)

У більшості хворих відмічено зниження показників незавершеного та завершеного фагоцитозу. Загальна комплементарна активність сироватки крові в розпалі захворювання виявилось зниженою. Вміст Ig G у лікворі реєстрували лише в слідових значеннях.

Результати дослідження свідчать, що при менінгоенцефаліті у новонароджених реалізуються механізми первинного імунного відгуку, що виявляється у підвищенні вмісту у крові Ig A та Ig M. Особливості імунної реактивності новонароджених на менінгоенцефаліт є обґрунтуванням для використання під час лікування імунозаміщуючої терапії.

## ПРИМЕНЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Бабаева А.Р., Соколов А.С.*

Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра медицины неотложных состояний, анестезиологии и интенсивной терапии,  
Харьков, Украина  
Научный руководитель: Соколов А.С., к.мед.н., доцент

**Актуальность.** Гепариноиды как альтернатива препаратам низкомолекулярного гепарина при сахарном диабете II типа.

**Цель.** Изучить возможность и эффективность применения антикоагулянтов прямого действия у пациентов с сахарным диабетом.

**Материалы и методы.** Дизайн нашего исследования включал сравнительное изучение влияния антикоагулянтов прямого действия 25 пациентов, страдающих СД II типа с высоким риском развития венозных тромбозов нижних конечностей. В ходе исследования пациенты были разделены на две группы, время наблюдения составило 3 недели. Первая (I) группа - 12 человек принимала препараты низкомолекулярного гепарина: Надропарин кальций (Фраксипарин) по 0,6 мл 1 раза в сутки подкожно, вторая (II) группа-13 человек использовала препараты группы Гепариноидов: Гепароид наносят 1мм на пораженный участок и вокруг него 3 раза в сутки с промежутком в 4 часа, Пентосан полисульфат SP 54 подкожно 100мг в суточной дозе.

**Результаты исследования.** В ходе исследований установлено, что в обеих группах получены схожие результаты реологические свойства крови ( $P < 0,05$ ), однако в I группе наблюдались побочные эффекты в виде гематом в месте инъекции, местное раздражение. Во II к группе побочные явления наблюдались в одном случае.

**Выводы.** Таким образом, применение группы Гепариноидов дает хороший терапевтический эффект при большой безопасности и может быть рекомендован для профилактики тромботических осложнений у пациентов страдающих СД.

## БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

*Бабич А.С.*

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина  
Медицинский факультет, Харьков, Украина  
Научный руководитель: Вовк В.И., к.мед.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии

**Актуальность.** Диагноз «эпилепсия» часто диагностируемое заболевание у разных категорий населения, в группу риска входят беременные женщины, поскольку большая вероятность развития тяжёлой патологии не только у матери, но и у ребёнка.

Цель и задачи исследования. Изучение вопросов тактики ведения беременных с эпилептическими приступами.

Материалы и методы. Был проанализирован клинический случай пациентки 28 лет, находящейся на лечении в родильном отделении Центральной клинической больницы №1 города Краматорска Донецкой области (Украина) с диагнозом «Глиальная опухоль (астроцитомы) левой лобной доли. Симптоматическая эпилепсия».

Результаты исследования. В ходе исследования было выявлено, что среди беременных диагноз «эпилепсия» не редкость и его развитие возможно на фоне самых различных патологий. Наш клинический случай является примером того, что не всегда частота эпилептических приступов во время беременности снижается. Тенденция к их дальнейшему прогрессированию наблюдается у тех, чьим приступам предшествуют органические поражения головного мозга. Это происходит из-за разбалансированности возбуждающих и тормозящих медиаторных механизмов, что при беременности может усилиться из-за перестройки всех систем женского организма, и в том числе влияния сопутствующей патологии. Таким больным стоит правильно корректировать противосудорожную терапию, для чего следует брать в учет также и плод, который находится в зоне повышенного риска. Противозэпилептические препараты сами по себе являются тератогенными, но и приступы не являются безопасными. Женщинам следует абсолютно исключить провоцирующие факторы, повысить дозу принимаемых витаминов и минералов, особенно фолиевой кислоты. Таким больным следует чаще посещать ведущего их врача и проходить все рекомендуемые исследования.

У обследуемой нами пациентки на 22-23 неделе беременности появились развернутые судорожные припадки. После проведения МРТ головного мозга было обнаружено объемное образование левой лобной доли (30×35×35 мм), установлен диагноз – «глиальная опухоль (астроцитомы) левой лобной доли. Симптоматическая эпилепсия». После установления диагноза до находилась на сохранении с риском преждевременных родов.

Выводы. Анализ литературных данных помог установить, что у данной категории пациенток повышен процент риска преждевременных родов и эклампсии. Отмечено более частое снижение показателей по шкале Апгар у новорожденных. Были выделены осложнения некомпенсированной эпилепсии во время беременности: со стороны плода – врожденные пороки развития, гипоксия, асфиксия в родах; со стороны матери – спонтанные аборт, отслойка плаценты; преждевременные роды, поздние гестозы, ускорение родового акта, кровотечения в раннем и позднем периодах. Была выделена особая тактика ведения беременности у этих женщин и правильные подходы к самим родам.

## НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

*Бабич А.С.*

Харьковский национальный университет им. Н.В. Каразина  
Медицинский факультет, Харьков, Украина  
Научный руководитель: Рощупкина Т.Н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии

**Актуальность:** Согласно последним данным ВОЗ Украина находится на пятом месте среди всех стран по количеству потребляемого алкоголя (около 15,6 литров) на душу населения. Ежегодно возрастает количество лиц трудоспособного возраста с алкогольной зависимостью, нуждающихся в оказании квалифицированной медицинской помощи. В клинической картине пациентов с алкоголизмом часто возникают различные пароксизмальные приступы, которые требуют знаний соответствующего протокола действий со стороны лечащего врача.

**Цель и задачи исследования:** Изучить виды, распространенность, клинические особенности неэпилептических пароксизмальных состояний у больных, зависимых от алкоголя. Обосновать принципы лечения и направления эффективной профилактики данных состояний.

**Материалы и методы:** Было прочитано и проработано ряд статей, в том числе с использованием зарубежных источников, в которых приводились современные данные о распространенности проявлений различных видов пароксизмальных состояний у пациентов с алкогольной зависимостью. Изучены клинические особенности неэпилептических пароксизмальных приступов, методики обследования больных, а также тактика ведения и особенности лечения с использованием материалов более сотни пациентов с алкогольной зависимостью.

**Результаты исследования:** В клинической картине больных с алкогольной зависимостью было выявлено несколько видов неэпилептических пароксизмов: вегетативные пароксизмы, нарушения сна, синкопальные состояния, некоторые виды миоклонусов, эпизодический тремор, гипервентиляционный синдром, мигренозные головные боли. Особо была выделена и подробно рассмотрена группа вегетативных пароксизмов, которые встречались наиболее часто. Данные пароксизмы проявлялись в форме симпатoadреналовых, вагоинсулярных, а также смешанных кризов с характерной клинической картиной (сильные головные боли, ощущение пульсации в голове, бледность и сухость кожи, онемение и дрожание конечностей, ознобopodobный тремор). Было выявлено, что частота вегетативных пароксизмов была существенно выше у больных с алкогольной зависимостью, а клиническая картина была более разнообразной и тяжелой по сравнению с людьми, не употребляющими алкогольные напитки. Кроме неврологического осмотра для постановки диагноза были использованы результаты электроэнцефалографии (ЭЭГ) и тщательно собранный анамнез, который помогал связать пароксизмы с воздействием алкоголя.

**Вывод:** У пациентов с зависимостью от приема алкоголя повышается риск возникновения и частота пароксизмальных неэпилептических приступов, имеющих отличительные клинические особенности и требующих особого подхода

в диагностике и лечении. Совместное наблюдение таких больных врачами наркологами, неврологами и психотерапевтами обеспечивает наиболее эффективный подбор ряда лекарственных средств, которые будут уменьшать проявления алкогольной интоксикации и тягу к самому алкоголю, а также купировать пароксизмы и другие симптомы. В наше время общепризнанным методом лечения является применение психотропных препаратов, антиконвульсантов в сочетании с рациональной психотерапией.

## ОЦЕНКА НЕЙРОПРОТЕКТОРНЫХ СВОЙСТВ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПАРКИНСОПОДОБНОМ СИНДРОМЕ

*Безега Е.В.*

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

Болезнь Паркинсона (БП) – одно из наиболее распространенных нейродегенеративных заболеваний. Несмотря на многолетнее изучение проблемы терапии заболевания, на сегодняшний день эффективных мер лечения не найдено. Обсуждается возможность терапии мезенхимальными стволовыми клетками, однако вопрос до конца не изучен.

Цель: изучить влияние мезенхимальных стволовых клеток на содержание дофамина (ДА), норадреналина (НА), нейромедиаторных аминокислот, показатели энергообмена в лобной доле головного мозга крыс при модельном паркинсоноподобном синдроме (ПС).

Эксперименты проведены на 30 крысах-самцах линии Вистар, разделенные на 3 группы: 1) интактные, 2) крысы с модельным ПС, 3) крысы с ПС, получавшие лечение стволовыми клетками. ПС моделировали путем двухстороннего введения в чёрную субстанцию 8 мкг/кг нейротоксина 6-гидроксидофамина. В 1-е сутки после введения блокатора у крыс возникли характерные для заболевания двигательные нарушения. Изучали уровень ДА, НА спектрофлуориметрическим методом, нейромедиаторных аминокислот – восходящей тонкослойной хроматографией, активность гексокиназы, лактатдегидрогеназы, изоцитратдегидрогеназы-спектрофотометрическим методом. Установлено, что в головном мозге крыс при ПС снижается содержание ДА, НА, ГАМК при повышении содержания глутамата и аспартата, уменьшается активность изоцитратдегидрогеназы и возрастает активность гексокиназы и лактатдегидрогеназы. При терапии стволовыми клетками нормализация симптомов ПС происходила на 20-21 сутки с момента введения, в этот же период содержание ДА повысилось ( $0,52 \pm 0,03$  нмоль НАДН/мин\*мг белка по сравнению с  $0,21 \pm 0,02$  в гр.2), уровень АХ понизился ( $2,84 \pm 0,29$  нмоль НАДН/мин\*мг белка против гр.2 ( $4,30 \pm 0,37$ )), концентрация НА повысилась ( $1,25 \pm 0$ , нмоль НАДН/мин\*мг белка), но оставалась достоверно ниже, чем в гр.1, содержание глицина, аспарагиновой



и глутаминовой аминокислот незначительно не достигает уровня у интактных животных, содержание ГАМК повышается ( $8,49 \pm 0,42$  нмоль НАДН/мин\*мг белка) к уровню у крыс гр.1, концентрация изопростана-8 нормализуется ( $21,92 \pm 2,16$  кг/г белка), (по сравнению с  $64,17 \pm 2,19$  кг/г белка в гр.2), активность  $\alpha$ -кетоглутарат и изоцитратдегидрогеназы достоверно повысилась, но оставалась ниже, чем у гр.1.

Результаты исследований свидетельствуют о нормализации уровня ДА, улучшению показателей энергетического обмена в головном мозге крыс под влиянием мезенхимальных стволовых клеток. Для оценки эффективности такой терапии в лечении БП у человека необходимы клинические исследования.

## СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ПАДЕНИИ С ВЫСОТЫ НА ВОДУ

*Бердикова Ю.О., Губин Н.В.*

Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра судебной медицины и медицинского правоповедения им. Бокариуса,  
Харьков, Украина  
Научный руководитель: Ольховский В.А., д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой  
судебной медицины и медицинского правоповедения им. Бокариуса

Актуальность. Травма, возникающая при падении тела с высоты на тупой твердый предмет с преобладающей поверхностью в судебно-медицинском отношении хорошо изучена. Вместе с тем встречаются единичные научные работы, посвященные установлению характера повреждений? механизма их возникновения и соответственно причины смерти при падении тела с высоты в воду. Сложности диагностики этого вида травмы связаны с тем, что падение с высоты на воду отличается большим разнообразием вариантов падения, механизмов и обстоятельств возникновения многочисленных и полиморфных повреждений. До сих пор многие аспекты этой проблемы остаются нераскрытыми.

Цель исследования. Целью данной работы является контент-анализ случаев смертельной травмы, возникающей при падении с большой высоты на воду для выявления и обоснования четких диагностических критериев для ее судебно-медицинской постановки.

Материалы и методы. Материалом для исследований послужил 21 случай смертельного падения с разной высоты на воду за 2008-2015 гг. при этом были использованы архивные материалы Харьковского областного бюро судебно-медицинской экспертизы, областных бюро судебно-медицинской экспертизы других регионов Украины; разные литературные источники.

В работе использовались такие методы исследования: регистрационный метод; математико-статистический метод; морфологический метод; судебно-медицинский метод. Ориентировочную скорость падения тела у поверхности воды рассчитывали по общеизвестной формуле, где  $h$  - высота падения,  $g$  -  $9,81$  м/сек<sup>2</sup>. Высоту падения брали из материалов дела.

Результаты исследования. Анализ проведенных исследований показал, что среди пострадавших преобладали травмы у лиц мужского пола- 95,2%, больше половины травм пришлось на возраст 20-50 лет (72%). среди обстоятельств возникновения травмы в большинстве наблюдений имел место самостоятельный прыжок с моста – 12 (57,1% наблюдений), прыжок со скалы – 5 наблюдений (23,8% случаев), падение с парашютом в воду – 4 случая (19% наблюдений). В ходе исследования установлено, что на характер повреждений, возникающих при падении в воду и наступление смерти влияют следующие факторы: высота падения, скорость тела во время удара, кинетическая энергия тела. Также существенным фактором является поверхностное натяжение воды.

Выводы: 1. Травма при падении с высоты в воду встречается нечасто и является достаточно сложной для судебно- медицинской оценки.

2. При проведении судебно-медицинской диагностики и установления причины смерти, необходимо, в первую очередь, ориентироваться на первичные контактные повреждения, которые достаточно характерные, позволяют раскрыть механизм падения и провести дифференциальную диагностику с другими видами травмы.

3. В генезе смерти, механизме формирования повреждений при падении ведущую роль играет поза тела в момент контакта с водой.

4. Возникновение черепно-мозговой травмы и болевого шока в момент падения может приводить к потере сознания и последующему утоплению.

5. Комплексный подход, который включает в себя тщательное изучение всех материалов случая, тщательное описание и оценку всех повреждений, позволит достаточно точно установить причину смерти и механизм возникновения повреждений.

## КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЕВ У ЛІКАРІВ ПЕДІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ

*Бецько Н.В.*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти, Вінниця, Україна  
Науковий керівник: Мартинова Ю.Ю., к.мед.н., асистент

Мета: вивчення клінічних проявів синдрому емоційного вигорання (СЕВ) серед лікарів педіатричного профілю та визначення предикторів їх появи, для подальшої розробки системи медико-психологічної допомоги.

Матеріали і методи: За допомогою опитувальника К. Маслач були опитані 60 лікарів педіатричного профілю. Тест складається з 22 пунктів, по яких вираховуються показники трьох шкал: «емоційне виснаження» (відчуття емоційної спустошеності та втоми, викликане власною роботою), «деперсоналізація» (цинічне ставлення до праці та її результатів, пов'язане з появою байдужого, негативного навіть цинічного ставлення), «редукція професійних досягнень» (почуття некомпетентності та зниження цінності своєї діяльності).

Результати: В досліджуваній групі у всіх респондентів була наявна симптоматика емоційного вигорання: у 65% було виявлено високий ступінь емоційного вигорання, у 70% опитаних виявили високий рівень деперсоналізації, в той же час у 55% респондентів не спостерігалось ознак редукції професійних досягнень. Клінічно це проявлялося постійним відчуття втоми, загальною астенозацією, песимізмом, цинізмом, апатією, помітною зміною циркадних ритмів (режиму дня), інсомнією, почуттям нагромадження роботи, підвищеною дратівливістю, частими нервовими «зривами».

Висновки: Результати, отримані в дослідженні, виявляють високий і середній рівні емоційного вигорання та яскраві клінічні прояви СЕВ у лікарів педіатричного профілю, предикторами яких є дія на організм лікаря постійних надмірних психо-емоційних навантажень, підвищеного (рівня вимогливості до себе) відповідальності. Розробка системи медико-психологічної допомоги має покращити якість життя і нівелювати прояви СЕВ, призвести до стабілізації психо-емоційного стану, що в свою чергу підвищить результативність та якість праці фахівців даної категорії.

## ОСОБЛИВОСТІ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

*Бігун Н.М., Михалейко Л.Б.*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
Медичний факультет, Львів, Україна  
Науковий керівник: Мальська А.А., асистент

Актуальність. Останніми роками в Україні, як і в інших країнах світу, внаслідок порушення харчування, а також погіршення екологічного стану навколишнього середовища спостерігається значне підвищення поширеності захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у дітей. При цьому 83% усіх захворювань ШКТ у дітей складає гастродуоденальна патологія.

Мета. визначити частоту виникнення гастроентерологічних захворювань у дітей різної вікової категорії.

Матеріали та методи. Дослідження проводились на базі Львівської обласної дитячої клінічної лікарні (ЛОДКЛ) «Охматдит». Опрацьовано статистичні і медичні карти 140 стаціонарних хворих, що перебували в I дитячому відділенні за період жовтень - листопад 2016 року. Проведено статистичний аналіз результатів.

Результати. Під час обстеження у 41 пацієнта був виявлений хронічний гастродуоденіт ( у віці 13-18 років – 23 дитини, 8-12 років – 14 дітей, 4-7 років – 4 дитини ) ; функціональний розлад шлунка(ФРЖ) у 37 пацієнтів (у віці 13-18 років – 7 дітей, 8-12 років – 17 дітей, 4-7 років - 13 дітей,) ; гастро-езофагальний рефлюкс у 19 пацієнтів (у віці 13-18 років – 11 дітей, 8-12 років – 7 дітей, 4-7 років – 2 дитини); доліхосигма у 13 пацієнтів ( у віці 13-18 років – 3 дитини, 8-12 років – 10 дітей ) ; виразкова хвороба 12-палої кишки в 3 пацієнтів; ерозивний гастрит у 2 пацієнта та ерозивний гастродуоденіт у 3 пацієнтів; ерозивний езофагіт у 2 пацієнтів; ерозивний бульбіт у 4 пацієнтів; ерозивний дуоденіт у 3 па-

цієнтів; хронічний холецистит в 2 пацієнтів; дискінезія жовчевивідних шляхів у 5 пацієнтів та виявлено 6 пацієнтів з ожирінням III ступеню, у яких гастроентерологічна патологія спостерігається як ускладнення.

Висновки. Дані, які ми отримали під час цього дослідження свідчать про те, що серед усієї гастроентерологічної патології у дітей найчастіше зустрічається хронічний гастродуоденіт (41 дитини), який переважає у дітей віком 13-18 років (23 дитини). На другому місці, по частоті виявлення, знаходиться функціональний розлад шлунка (37 дітей), який частіше зустрічається у віці 8-12 років (17 пацієнтів). На третьому місці – гастроєзофагальний рефлюкс (19 пацієнтів), який найчастіше виявляють у дітей віком 13-18 років (11 пацієнтів).

## ПОХІДНІ 1,2,4-ТРИАЗОЛУ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇХ ВИКОРИСТАННЯ В ЯКОСТІ АКТОПРОТЕКТОРНИХ ЗАСОБІВ

*Білай І.М., Цис О.В.*

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна  
Науковий керівник: Білай І.М., д.мед.н., професор,  
завідувач кафедрою клінічної фармації, фармакотерапії та УЕФ

Для підвищення фізичної та розумової діяльності людини за звичайних та, особливо, екстремальних умов (висока та низька температура, гіпоксія, гіподинамія та ін.) використовують спеціальні лікарські засоби – актопротектори. Актопротектори характеризуються різноманітними фармакологічними ефектами, які спрямовані на розширення функціональних можливостей організму здорової людини, не завдаючи при цьому шкоди здоров'ю. Саме тому увага науковців до створення нових оригінальних лікарських засобів з актопротекторною активністю постійно зростає, зокрема потенційними біологічно активними сполуками цього напрямку визначені похідні 1,2,4-триазолів.

Мета дослідження: виявити наявність актопротекторного ефекту в ряді вказаних речовин, визначити сполуки-лідери, придатні для поглибленого вивчення їхніх фармакологічних властивостей.

Досліди виконано на групі білих щурів вагою 120-200 г. При вивченні актопротекторної активності використано метод примусового занурення у воду з навантаженням 6% від ваги щура. Плавання виконували до виснаження, яке фіксували після 10-секундного занурення лабораторних тварин під воду. Щурів занурювали у ємність з шаром води 80 см., при температурі води 30-32 °С. Досліджувані сполуки та еталон порівняння рибоксин вводили внутрішньоочередово за 20 хвилин до початку занурення тварин. Сполуки вводили в дозі 1/10 від ЛД50.

В ході експерименту було виявлено, що похідні 1,2,4-триазолу проявляють актопротекторну активність. Особливо високу активність відносно групи контролю мали речовини ВК-32 (63,96%) та ПК-297 (47,12%), сполукою-лідером стала речовина ПК-293 (68,68%).

Сполука ПК-293 проявила найбільшу активність, тому вона може бути використана для подальшого поглибленого вивчення як потенційний актопротекторний лікарський засіб.

## ПІДҐРУНТЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ДЛЯ ЖІНОК, ЩО ВІДБУВАЮТЬ ПОКАРАННЯ ЗА ГОМІЦИДНІ ДІЇ

*Білоус Д.С., Бабенко Н.В.*

Одеський національний медичний університет  
Медичний факультет, Одеса, Україна  
Науковий керівник: Пахмурний В.А., доцент

З огляду на те, що здатність до повноцінної адаптації в умовах громадянського буття зазнає змін під час перебування людини в умовах пенітенціарного закладу, постає потреба у спеціальній психопрофілактичній підготовці, розробка якої стала метою даної роботи.

Нами було досліджено 82 жінки. Основну когорту склали 43 жінки, засуджені за статтями 115 та ч.2 ст. 121 Кримінального Кодексу України, що відбувають покарання у жіночій виправній колонії з мінімальним рівнем обмеження свободи для осіб, які скоїли злочин вперше. Решта склали контрольну групу (39 жінок, яких засуджено за злочини, пов'язані з крадіжками, розбійними нападами та незаконним обігом наркотичних речовин). Середній вік у основній групі  $43,2 \pm 0,2$  роки, у контрольній –  $40,4 \pm 0,2$  роки. Середній термін ув'язнення відповідно –  $9,4 \pm 0,3$  та  $3,6 \pm 0,1$  роки. Критерієм виключення з дослідження були злочинні дії стосовно власної дитини (вбивство, недогляд за дитиною тощо). Методи дослідження – анамнестичний та психодіагностичний, а також оцінка адаптації до умов колонії за розробленою нами шкалою.

Показано, що засуджені основної групи значно краще адаптовані до умов відбування покарання: у них відмічено достовірно менше порушень режиму, кращі показники виробничої діяльності, більш відповідальні соціальні ролі у мікросоціальному оточенні пенітенціарного закладу (старші днювальні, бригадири, пожежники, санітарки медичної частини тощо), вони стійко замотивовані на дострокове звільнення. Це, з одного боку, сприяє психопрофілактичній підготовці засудженої до життя «на волі», але, з іншого, призводить до укорінення стереотипів поведінки домінування у своєму мікросоціальному середовищі, що може стати на перешкоді успішної адаптації після звільнення.

На підставі виявлених особливостей жінок, засуджених за гоміцидні дії, розроблено комплексну психотерапевтично-реабілітаційну програму для вказаного контингенту.

## «РАЗДВОЕНИЕ ЛИЧНОСТИ» В ПСИХИАТРИИ

*Брусник К.В.*

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина  
Медицинский факультет, кафедра психиатрии, наркологии, неврологии  
и медицинской психологии, Харьков, Украина  
Научный руководитель: Вовк В.И., к.мед.н., доцент

Цель исследования. Изучение литературных данных о множественном расстройстве личности (F44.81 по МКБ-10).

Результаты и их обсуждение. На сегодняшний день про множественное расстройство личности (по МКБ-10 – F44.81, по DSM-V – диссоциативное расстройство идентичности) написано довольно много книг и статей – как научных, так и популярных. Это состояние, в котором у пациента помимо основной личности есть еще как минимум одна субличность (а часто и больше), периодически «перехватывающая управление» телом и действующая в соответствии с собственными представлениями о жизни. При этом существует определенная иерархия сублинностей, одна из которых является доминантной, ее некоторые исследователи называют «личностью-хозяином». Нередко каждая личность имеет свое имя или название своей роли. Общие признаки, которые характеризуют диссоциативные и конверсионные расстройства, заключаются в частичной или полной потере нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознании идентичности и непосредственных ощущений, с одной стороны, и контролировании движений тела, с другой. Предполагается, что при диссоциативных расстройствах этот сознательный и элективный контроль нарушен до такой степени, что он может меняться от дня ко дню и даже от часа к часу. Диссоциативные состояния, которые сохранялись в течение 1-2 лет перед обращением к психиатру, часто резистентны к терапии.

Термин «диссоциация» был предложен в конце XIX века французским психологом и врачом П. Жане, который заметил, что комплекс идей может отщепляться от основной личности и существовать независимо и вне сознания (но может быть возвращён в сознание с помощью гипноза). Один из самых известных пациентов в мировой психиатрии с диссоциативным расстройством личности – американский гражданин Уильям Стэнли Миллиган, известный как Билли Миллиган. В целом, у него было 24 различных личности, многие из которых совершали нападения, ограбления и изнасилования. Он стал первым человеком, оправданным в ходе судебного процесса по причине диагноза «множественной личности». В 1988 году после десяти лет в психиатрической клинике Миллиган был признан выздоровевшим и освобождён. 16 декабря 2014 года телеканал WBNS-10TV сообщил, что Миллиган скончался от рака в Колумбусе, Огайо, в доме для престарелых в возрасте 59 лет. Его история, как яркий пример малоизученного диссоциативного расстройства, настолько поразила современников, что по документальным материалам о его жизни выпущены театральные спектакли, песни известных популярных групп, снимаются художественные фильмы.

Выводы. Таким образом, проблема расстройств множественной личности остается актуальной в современной нейрорепсихиатрии и нуждается в дальнейшем изучении.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА СПОСІБ РОДОРІЗРІШЕННЯ У ЖІНОК З АНОМАЛІЯМИ БУДОВИ МАТКИ

*Брюханова А.О.*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, Вінниця, Україна  
Науковий керівник: Яремчук Л.В., к.мед.н., доцент

Актуальність: Однією з найбільш актуальних проблем в сучасному акушерстві є проблема не виношування вагітності. Тисячі пар позбавлені можливості відчувати радість батьківства через ті чи інші фактори як з боку чоловіка, так і з боку жінки. Вагому частку в структурі порушення репродуктивної функції займають аномалії будови матки. Деякі жінки з аномаліями здатні завагітніти і виносити нормальну, доношену вагітність. Інші дізнаються про те, що у них є проблеми, коли відчувають труднощі із зачаттям або починають страждати від ускладнень під час вагітності. Завдяки розвитку УЗД-діагностики останнім часом все частіше почали виявляти дану патологію у жінок, що звертаються до жіночої консультації з приводу вагітності. Таких жінок часто госпіталізують до стаціонару із загрозою переривання вагітності і на ранніх, і на пізніх термінах. Саме тому важливо досліджувати особливості протікання вагітності й розродження у жінок з різними аномаліями матки.

Мета: дослідити частоту виникнення різноманітних ускладнень вагітності й способу розродження у жінок з аномаліями матки.

Матеріали та методи: Проведено ретроспективний аналіз 90 індивідуальних карт вагітних та амбулаторних карт жінок з аномаліями будови матки на базі ВМКПБ №1 за 2013-2016рр.

Результати: В результаті ретроспективного аналізу медичної документації було виявлено 47 жінок (52,2%), які мають сідловидну матку, 40 жінок (44,5%) – дворогу, подвоєна матка була виявлена лише у 1 жінки (1,1%), перетинка в матці зустрічалась у 2 випадках (2,2%). Найчастішим ускладненням вагітності була загроза переривання вагітності, що зустрічалась у 43 жінок (53,15%) випадків. Тазове передлежання та неправильні положення плода було виявлено у 21 жінки, що склало 25,9% випадків. Аномалії розташування плаценти були виявлені у 16 (19,8%) випадках, серед них низька плацентажія була у 11 (13,6%) жінок, передлежання плаценти – у 5 (6,2%). Істміко-цервікальна недостатність була виявлена у 14 вагітних, що склало 17,3% випадків. У 13 (16%) жінок спостерігалась внутрішньоутробна затримка розвитку плода. Дистрес плода зустрічався у 8 (9,9%) жінок. У 48 жінок (53,3%) вагітність закінчилась терміновими пологами, у 33 (36,7%) - передчасними пологами, у 9% - мимовільними абортами. Серед жінок, що народжували, у 50 (61,7%) вагітностей було проведено кесарський розтин, у 31 (38,3%) випадків закінчились пологами per vias naturalis.

Висновки: Таким чином, дослідження структури аномалій матки дозволило встановити високу частоту сідлоподібної матки – у 52,2% випадках. При даній патології найчастішим ускладненням вагітності була загроза переривання вагітності, яка відмічалась у 53,1% випадків, що вказує на великий ризик невиношування в цій категорії жінок. Також встановлено, що у жінок з аномаліями матки пологовиродження проводилось переважно шляхом кесарського розтину.

## МЕХАНІЗМИ РЕГУЛЯЦІЇ ВЕЗИКУЛЯРНОГО ТРАНСПОРТУ В КЛІТИНАХ НАШОГО ОРГАНІЗМУ

*Бухштаб А.Є.*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Кафедра нормальної фізіології, Вінниця, Україна  
Науковий керівник: Бабич Л.В., асистент

Актуальність теми: Механізм везикулярного транспорту – є головною транспортною системою у клітинах нашого організму. Він є надважливим для низки фізіологічних процесів, починаючи від процесів передачі збудження в синапсах і закінчуючи механізмами імунної відповіді або екскрецією гормонів клітинами ендокринних залоз. Порушення роботи даного механізму, внаслідок мутацій чи впливу хімічних агентів, є причиною розвитку низки хвороб. Тому розуміння процесів, що залучені в механізм везикулярного транспорту, дає змогу знайти причини хвороб, спричинених тими чи іншими факторами, та, відповідно, розробити у майбутньому коректне лікування.

Мета: З'ясувати основні фактори, що залучені до процесів везикулярного транспорту, та послідовність етапів даного механізму.

Матеріали та методи: В процесі вивчення були використані матеріали з наукових статей Джеймса Е. Ротмана (США), Томаса Крістіана Зюдгофа (Німеччина) та Ренді Шекмана (США), що отримали у 2013 році Нобелівську премію, за відкриття механізмів регуляції доставки везикул.

Результати: Встановлено, що процес везикулярного транспорту контролюється двадцятьма трьома генами (*sec1*, *sec17*, *sec18*), які можуть бути поділені на три окремі класи, основаних на накопиченні мембран, що являють собою елементи в трафіку з ЕПС, до комплексу Гольджі, чи в окремому випадку, на прикладі гену *sec1*, до поверхні клітини. Цими генами експресуються білки залучені до процесів везикулярного транспорту. До прикладу, синаптобrevін бере участь у кінцевих стадіях екзоцитозу нейромедіатора у синаптичну щілину. Ще одним важливим білком, без якого неможлива синаптична передача збудження – це синаптотагмін, що є головним кальцій-чутливим білком, що реагує на збільшення кількості  $Ca^{2+}$  у цитоплазмі при надходженні збудження до терміналі аксона нейрона.

Висновки: Дерегуляція везикулярної транспортної системи призводить до розвитку хвороб. До прикладу, діабет другого типу пов'язаний з дефектами як екскреції інсуліну з бета-клітин підшлункової залози так і транслокації інсулін-



залежного транспортера глюкози у скелетних м'язах і жировій тканині. Окрім того, імунні клітини у нашому організмі покладаються на функціонування везикулярного транспорту, так як їм необхідно виділяти назовні різноманітні речовини, включаючи цитокіни та імунологічні ефекторні молекули, що є посередниками вродженого і адаптивного імунного захисту. Отож, розуміння даних процесів становить неабиякий інтерес у медичній практиці та науці.

## ПРИМЕНЕНИЕ КОНЦЕПЦИИ FAST-TRACK В ХИРУРГИИ И АНЕСТЕЗИОЛОГИИ: ЕЁ ПРЕИМУЩЕСТВА

*Василевская Я.А., Желудевич А.В.*

Гродненский государственный медицинский университет  
Кафедра общей хирургии, Гродно, Беларусь  
Научный руководитель: Полинский А.А., к.мед.н., доцент

Актуальность. Медицина во многом консервативна. И это оправдано: новые методы диагностики и лечения перед использованием в широкой практике проходят длительные испытания. Со временем к ним привыкают, их не подвергают сомнению и длительное время не оспаривают. Так возникают догмы и постулаты и отказаться от них непросто.

...наиболее сложной задачей в улучшении качества хирургической помощи являются не новые открытия, а внедрение уже имеющихся данных в практику. И внедрение fast-track относится к таким задачам. Мы считаем нашу работу актуальной, так как в нашей стране пока еще данная концепция является малоизвестной, но в будущем у нее есть все шансы получить широкое распространение.

Цель. Ознакомить студентов-медиков и медицинский персонал с основными положениями концепции fast-track

Материалы и методы исследования: литература о концепции fast-track из зарубежных и белорусских источников.

Результаты. Программа fast-track (хирургия «быстрого пути») – новая стратегия медицинской помощи, которая представляет собой комплекс мероприятий, проводимых в пред-, интра- и послеоперационный период, направленных на сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре, снижение частоты развития послеоперационных осложнений и ускорение восстановления нормальной активности пациентов. преимущества данной концепции: снижение частоты осложнений, уменьшение продолжительности госпитализации, значительно меньшая стоимость лечения, несмотря на дополнительные расходы и необходимость обучения персонала на этапе внедрения.

Выводы: не вызывает сомнения необходимость широкого внедрения полученных данных в повседневную хирургическую практику, что позволит улучшить результаты лечения пациентов хирургического профиля и снизить расходы на здравоохранение.

## «ТИХИЙ ДІМ ДЛЯ СИНЬОГО КИТА» (АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ)

*Виноградова А.С.*

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна  
Медичний факультет, Харків, Україна  
Науковий керівник: Денисенко Д.М., асистент кафедри психіатрії, наркології,  
неврології та медичної психології

Актуальність. Як відомо, багато підлітків у віці 10-16 років у рамках пубертатного кризу характеризуються нестабільністю інтересів, неврівноваженістю, поверхнею суджень і незрілістю психічних процесів у цілому, невмінням себе контролювати в міжособистісних стосунках, що часто призводить до виникнення в них різних форм девіантної поведінки. Це така поведінка індивідів, яка не відповідає загальноприйнятим нормам, внаслідок чого відбувається порушення цих норм, а це негативно впливає на розвиток особистості підлітка, його взаємин, психічної діяльності в цілому. Підліток не може задовольнити свої соціально-психологічні потреби у визнанні, довірі, самоствердженні. Таким чином, діти стають відстороненими від сім'ї та однолітків, а в умовах дійсності вони знаходять собі психологічне комфортне середовище в Інтернеті. Спілкуючись з штучно прихованими співрозмовниками, підлітки відчувають себе зрозумілими, почутими та цікавими. Вони шукають «Тихий дім», залишаючись наодинці зі своїми незрозумілими проблемами.

З початку 2016 року на пострадянському просторі спалахнули випадки підліткового суїциду. На самогубство їх штовхають пошук гострих відчуттів або почуття непотрібності в суспільстві. Модератори груп в ігровій формі відсилають дітям різні завдання, що загрожують їх здоров'ю та життю, а наприкінці «гри» вимагають суїциду. Так, для створення атмосфери депресії та безвиході вони використовують цілий набір маніпуляційних технік. Отже, метою контент спільнот у соціальних мережах, а саме суїцидорієнтованих інтернет груп на кшталт «F57», «Тихий дім», «Розбуди мене в 4.20», є доведення до суїциду підлітків за допомогою психологічних атак.

Мета. Вивчити епідеміологічний стан інтернетдетермінованих самогубств у підлітків України.

За даними Всесвітньої Організації Охорони здоров'я в усьому світі щорічно відбувається близько 1 млн. суїцидів, серед них за даними офіційної статистики від самогубства щорічно гине близько 3000 дітей і підлітків у віці від 5 до 19 років. Період отрочтва - період відчуження від дорослих, пошук себе в групі однолітків.

У нашій роботі ми провели анкетування серед дітей старшого шкільного віку, яке показало наступне: сьогодні багато підлітків знають про ці групи, практично в кожній школі є «кити» - ті, хто вступив в сучасний «клуб самогубців». Близько 63% дітей різного віку дізналися про суїцидальні пабліки з Інтернету, близько 26% з соціуму та СМІ, 11% не знали про існування таких спільнот.

Проаналізувавши дії суїцидальних груп по відношенню до їх учасників, з'ясували, що амінами використовуються певний алгоритм. Вони спочатку викликають довіру та з'ясовують причини зацікавленості у «грі», у якийсь момент вказують підлітку понівечити себе, використовуючи потужні образи спокою ("море

китів", "тихий будинок", "150 зірок"). Зокрема, постять гіпнотичні вірші, бляклі зображення, проводять нумерацію членів своїх груп і професійно нагнітають містицизм. Основною метою керівників цих груп - є виявлення схильних до суїцидів підлітків, діючи методами нейролінгвістичного програмування на несформовану психіку, досягаючи періоду ірраціонального мислення при спробах суїциду.

На момент суїциду змінюється психічний стан людини, який супроводжується насиченим афективним переживанням, зниженням або повною втратою самоконтролю, звуженням свідомості.

Висновки. У зв'язку із поширеністю випадків самогубств у підлітків в Україні під впливом психоманіпуляційних методик стороннього психічного впливу з використанням соціальних мереж Інтернету, необхідно зібрати повні статистичні данні з метою виявлення контингенту підлітків, що здебільш схильні до масового психічного впливу. З'ясувати з яких причин вони входять до цього контингенту, а саме приділити увагу характерологічними властивостями дітей, актуальним психічним станом, соціальними характеристиками, додатковими шкідливими факторами. Основною метою є формування груп-мішеней для більш прицільної психопрофілактичної і психокорекційної роботи.

## СТАН МІКРОБІОЦЕНОЗУ НИЖНІХ СТАТЕВИХ ШЛЯХІВ ТА ЗАХОДИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ У ЖІНОК З МАЛОВОДДЯМ

*Витвицький Б.А., Крічфалушій В.І.*

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"  
Кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д.Ланового,  
Івано-Франківськ, Україна  
Науковий керівник: Басюга І.О., асистент

Вступ. Нормальна мікрофлора людини — це сукупність мікробіоценозів, що займають численні екологічні ніші на шкірі та слизових оболонках. Зміна кількості того чи іншого виду мікроорганізмів у біотопі чи поява невластивих певному місцю проживання бактерій слугує сигналом для адаптивних або незворотних змін у відповідній ланці мікроекологічної системи.

Вагінальна флора — природний захисний механізм жінки, що перешкоджає заселенню шкідливих бактерій і грибів. Під здоровою мікрофлорою піхви розуміють таку мікрофлору, де домінують лактобактерії. У жінок з патологічною мікрофлорою піхви значно більший ризик розвитку урогенітальних інфекцій. Наявність у вагітної жінки осередку інфекції завжди є чинником ризику для розвитку патологічних станів плоду, інфекційних захворювань, плацентарної дисфункції та маловоддя, мертвонародження, невиношування, вроджених вад та ін.

Мета роботи: вивчення порушень мікробіоценозу цервікального каналу у жінок з маловоддям та оцінка корегуючого впливу комплексної терапії на стан мікроекології статевих шляхів у даного контингенту вагітних.

Матеріали і методи: нами були проведені обстеження 85 вагітних жінок, які були розподілені на групи: 1 група – жінки, у яких було діагностовано маловоддя

та було проведено відповідне комплексне лікування (n=60), 2 група (контрольна група) – вагітні жінки з фізіологічним перебігом вагітності (n=25).

Загальноприйнятий комплекс терапії включав застосування емпіричних антибіотиків широкого спектру дії протягом 3-5 днів та місцевої санації препаратами метронідазолового ряду (10 днів).

При обстеженні виконувався забір виділень із цервікального каналу за допомогою стерильної ватної палички та урогенітального зонду. Діагностика проводилась на живильних середовищах Columbia-агар, Slidex Strepto Plus B агар та тест-систем на виявлення міко- та уреоплазм французької компанії Biomeriux.

Результати: при обстеженні у 31 вагітної (51,7 %) з жінок 1 групи встановлено порушення мікробіоценозу статевих шляхів, які насамперед полягали в активній проліферації окремих видів потенційно патогенних збудників: стрептокок піогенний виявлено у 7 жінок (22,5%), уреоплазма – 23 жінок (74,2%), мікоплазма – 6 жінок (19,3%), кишкова паличка – 3 жінок (9,7%). Після проведеного лікування у вагітних 1 групи спостерігалась наступні результати: стрептокок піогенний – 6,4%, уреоплазма – 12,9%, мікоплазма – 6,5%, кишкова паличка – 3,2%.

У вагітних з маловоддям, що спричинене інфікуванням нижніх статевих шляхів до проведеного комплексного лікування спостерігався дефіцит захисної мікрофлори – лактобацил. Кількісні показники висіву захисної мікрофлори 1 групи до лікування не досягали рівня норми та складали 102 -104 КУО/мл. Рівень захисної мікрофлори у 29,1% вагітних після лікування мав тенденцію до відновлення й становив 105 -107 КУО/мл, а в 70,1% ці показники співпадали з результатами 2 групи й досягали рівня норми - 107 -109 КУО/мл.

Висновок: отримані вище результати свідчать про ефективність проведеного лікування та нормалізацію стану мікробіоценозу нижніх статевих шляхів вагітних з маловоддям.

Перспектива подальших досліджень: проведення порівняльного аналізу ефективності різних пробіотиків для включення їх у комплексно-реабілітаційні заходи у жінок з маловоддям.

## ОСНОВНІ ХАРАКТЕРОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ЛЮДЕЙ ІЗ ТЮТЮНОВОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

*Власюк А.В.*

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця  
Кафедра психіатрії та наркології, Київ, Україна

Науковий керівник: Харчук Є.В., к.мед.н., асистент кафедри психіатрії та наркології

Актуальність теми: Тютюнова залежність є однією з найактуальніших і найзагрозливіших проблем сучасного світу: будучи одним із основних факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань, вона так і лишається широко розповсюдженою і легкодоступною токсикоманією. Згідно статистики, у країнах Європи курить половина чоловіків і більше третини жінок, і це лише офіційні дані. На жаль, фізична та психічна залежність від нікотину формується достатньо швидко та

міцно, і, не зважаючи на наявність величезної кількості присвяченої цій проблемі літератури і навіть виходу на фармакологічних ринок деяких медичних препаратів, бажання кинути палити у багатьох людей так і не вдалося втілити у життя. Тому актуальним є подальше вивчення як механізмів формування психічної та фізичної залежності, так і пошук нових, дієвих методів боротьби з нікотинізмом.

Задачі: виявлення наявності та розповсюдженості акцентуації характеру у досліджуваній групі курців ; визначення провідного типу акцентуації характеру у досліджуваній групі курців ; визначення принципів реабілітації людей, що прагнуть кинути палити, з урахуванням їх провідних характерологічних особливостей.

Мета роботи: виявлення провідних характерологічних особливостей людей із тютюновою залежністю.

Матеріали і методи: Дослідження групи курців з 36 людей віком від 18 до 35 років зі стажем регулярного куріння більше 5 років за методикою Леонгарда-Шмішека.

Результати: У всіх 36 обстежуваних були виявлені акцентуації характеру (результати тесту у всіх досліджуваних перевищували 19 балів). Серед них найбільш поширеними типами акцентуацій виявилися: демонстративний (47,2%) та тривожний (30,6%), менш поширеним – збудливий (8,3%), і найменш поширеними – гіпертимний, циклотимний та педантичний типи (по 4,63% відповідно).

Висновки: таким чином, у результаті проведеного дослідження було встановлено, що у всіх опитуваних курців наявні акцентуації характеру, провідні з яких – демонстративний та тривожний типи. Тож очевидно, що боротьба з курінням обов'язково повинна включати у себе психотерапевтичні заходи, що, в разі грамотного підбору та застосування, є одними з основних запорук її успішності. Так, враховуючи результати проведеного дослідження, основними методами психотерапії, що мають бути спрямовані на боротьбу з тютюновою залежністю, є раціональна та сугестивна. Широке інформування населення не лише щодо самих механізмів розвитку тютюнової залежності та впливу її на здоров'я, але й психологічних аспектів у її основі є необхідним для формування в людей істинного розуміння даної проблеми, а удосконалення та реалізація психотерапії як одного із методів боротьби з тютюновою залежністю – її ефективного подолання.

## **ДИАГНОСТИКА ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ И ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПОЛИТРАВМЫ ХГКБСНМП ИМ. ПРОФ. МЕЩАНИНОВА**

*Волков Д.В.*

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина  
Медицинский факультет, Харьков, Украина  
Научный руководитель: Вовк В.И., доцент кафедры психиатрии, наркологии,  
неврологии и медицинской психологии

Актуальность: Поскольку причинами попадания пациентов в отделение политравмы являются психотравмирующие события, ведущие как к соматическим поражениям организма, так и к нарушениям психики, то необходимо

контролировать психическое состояние пациентов. В первую очередь, определяя отношение к болезни, лечению, врачам, своему будущему, к работе, родным и близким, к окружающим и т. п.

Цель исследования: Диагностировать сложившийся под влиянием болезни и других связанных с нею личностных отношений паттерн отношений к самой болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит).

Материалы и методы: Клиническая часть работы выполнена на основании исследования 60 пациентов отделения политравмы Харьковской городской клинической больницы скорой неотложной медицинской помощи имени проф. Мещанинова с различными травмами (переломы, ушибы и разрывы внутренних органов, черепно-мозговые травмы (ЧМТ)), находящихся в сознании.

Основную группу составили больные, которых для проведения оперативного вмешательства вводили в состояние медикаментозного сна в связи с тяжестью состояния и объемом оперативного вмешательства. Из них: 12 пациентов с переломом нижних конечностей и/или таза, 6 – с переломами верхних конечностей и/или пояса верхних конечностей, 3 пациента с ЧМТ, 9 пациентов перенесли лапаротомию.

Контрольную группу составили больные, которым оперативное вмешательство проводилось под местной анестезией. Из них: 10 перенесли дренирование плевральной полости по Бюлау, 8 после диагностической пункции брюшной полости (лапароцентез) и 12 после первичной хирургической обработки (ПХО) ран различных частей тела.

Во время операции на сломанных конечностях и поясах верхних и нижних конечностей применяли технику вправления, фиксацию костных обломков с помощью стержневых аппаратов, спиц. У пациентов с ЧМТ проводились ПХО ран кожи и сухожильного шлема головы. Одному пациенту проводилась краниотомия с целью удаления субдуральной гематомы.

Пациенты, которым проводилась лапаротомия с целью ушивания или удаления внутренних органов, имели разрывы брыжейки и стенки кишечника, селезенки, печени, почек.

Для диагностики типов отношения к болезни были использованы личностные опросники Бехтеревского института (ЛОБИ), которые были представлены пациентам для заполнения самостоятельно или с помощью исследователя. Опросники состоят из 12 наборов фраз-утверждений, касающихся различных аспектов системы отношений обследуемого ("отношение к лечению", "отношение к врачам и медперсоналу", "отношение к окружающим", "отношение к будущему" и т. д.). В каждом наборе содержится 10–16 пронумерованных утверждений. Во всех наборах предусмотрен "нулевой" вариант, т. е. допускается, что ни одно из приведенных утверждений обследуемому не подходит. Число выборов по каждому набору – не более трех, в том числе и нулевых вариантов. С помощью ЛОБИ диагностируются 13 типов отношений.

Результаты исследования: Согласно результатам обработки личностных опросников была обнаружена определенная корреляция между частотой некоторых типов и различными психосоматическими заболеваниями.

В основной группе исследуемых более частыми были такие типы: тревожный (47%), ипохондрический (17%), сенситивный (20%) и апатический (7%).

В контрольной группе пациентов самыми частыми были: тревожный (47%), неврастенический (23%) и анозогнозический (13%).

Выводы: Таким образом было обнаружено, что тревожный тип отношения в обеих группах составляет одинаковый процент встречаемости. В то время, как по остальным типам имелись различия. Так у пациентов основной группы помимо тревожного наблюдалось ипохондрический, сенситивный и апатический типы. Это связано с повышенной тяжестью состояния данных пациентов и продолжительностью нахождения в стационаре. А у пациентов контрольной группы, с меньшим объемом оперативных вмешательств и пониженной тяжестью состояния, помимо тревожного наблюдались неврастенический и анозогнозический типы.

## ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ

*Ганизаде Н.Д.*

Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра анатомии человека, Харьков, Украина

Научные руководители: Шиян Д.Н., к.мед.н, доцент, завуч кафедры анатомии человека;  
Лютенко М.А., ассистент кафедры анатомии человека

Актуальность: Развитие телекоммуникаций и компьютерных технологий, которое захлестнуло человечество около двадцати лет назад, продолжается и сейчас. Сегодняшнее повсеместное их использование создает резонансное волновое поле, изучение влияния которого на организм в целом и на отдельные его структуры является важным вопросом. Каждый современный человек обладает портативными устройствами связи: смартфонами, планшетами, ноутбуками, которые, с физической точки зрения, являются излучателями электромагнитного излучения (далее ЭМИ) Весомый вклад в загрязнение окружающей среды вносит уровень ЭМИ. В первую очередь, эта проблема касается особо уязвимых членов общества, которые наиболее подвержены влиянию полей – детей и подростков.

Цель: изучение влияния ЭМИ на центральную нервную систему и обоснование изменения критериев безопасности для населения, учитывая прогрессирующее развитие технологий.

Материалы и методы: Для работы брались белые лабораторные крысы, абсолютно пригодные для проведения эксперимента, которые содержались в условиях вивария. Исследование проводилось на 20 крысах, возрастом 20 дней, что соответствует возрасту человека от 6 до 7 лет. Экспериментальная группа находилась под постоянным облучением частотой 1800-2100 МГц (эквивалентно современным устройствам).

Результаты: Крысы, подвергающиеся излучению, характеризовались замедленным развитием. Большинство из них стали малоактивны, вялые, слабо

реагировали на раздражитель, у двух отмечалась резкая агрессия, возбуждение, у всех наблюдалось выпадение шерсти, а также отмечалось ухудшение аппетита.

Вывод: Анализируя количественные показатели, наблюдения, внешние изменения, а также, результаты гистологического исследования, можно сделать вывод, что существует коррелятивная связь между клиническими проявлениями болезненных изменений в двигательных функциях животных и его поведенческих реакциях и наличием морфологических, патологических изменений в ЦНС в виде проявлений по типу продуктивного менингоэнцефалита. Следует разработать экологические рекомендации по влиянию ЭМИ на детей.

## ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ КЛИНОПОДІБНОЇ КІСТКИ ДОРΟΣЛОЇ ЛЮДИНИ

*Голобородько А.О., Кулікова Н.О.*

Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна,  
Медичний факультет, кафедра анатомії людини; Харків, Україна  
Науковий керівник: Полстяной А.О., асистент кафедри анатомії людини

Актуальність. Клиноподібна кістка займає центральне місце в системі черепа в цілому. Її утворення мають відношення як до мозкового, так і лицьовому черепу. Актуальність дослідження клиноподібної кістки в сучасних умовах обумовлена запитами теоретичної і клінічної медицини. З огляду на складність будови клиноподібної кістки і складність її топографо-анатомічних відносин, можна зробити висновок про те, що дана кістка має багатоплановий практичний інтерес, зокрема, для нейрохірургії, щелепно-лицевої хірургії, офтальмології, оториноларингології, фахівців в області променевої діагностики. Незважаючи на велику кількість анатомічних і клінічних досліджень, багато теоретично і клінічно значущих питань варіантної анатомії клиноподібної кістки вимагають уточнення або наукового обґрунтування.

Мета. Вивчити варіантну анатомію структур клиноподібної кістки, що має практичну значимість в клінічній практиці.

Матеріали та методи. Об'єктами для дослідження були 8 сагітальних розпелів черепа, та 13 черепів дорослих людей зі зрізаним звідом. На препаратах були вивчені наступні ознаки: форма гіпофізарної ямки і спинки турецького сідла; наявність додаткових отворів на тілі і великих крилах кістки; форма круглого, овального і остистого отвору; ступінь розвитку крилоподібного гребеня і пальцевидних вдавлень, форма апертури клиноподібної пазухи.

Результати. В результаті проведеного дослідження було встановлено, що більшість вивчених ознак вирізняються значною варіабельністю форм і ступенями їх розвитку. Клінічно важливі утворення клиноподібної кістки, такі як гіпофізарна ямка, клиноподібна пазуха, канал зорового нерва, отвори, крилоподібні відростки, великі і малі крила та ін., характеризуються широким діапазоном варіантної анатомії.

Серед утворень, що були вивчені, найбільш варіабельні ознаки були визначені для форми апертури клиноподібної пазухи, форми овального отвору. При цьому більшість ознак даних утворень не залежали від статевої та типовий прина-



лежності черепа. На 19% препаратів були виявлені додаткові отвори у великих крилах клиноподібної кістки. Цілком ймовірно, вони слугують для проходження окремих гілок нижньощелепного нерва. Найчастіше вони мали двосторонню локалізацію. У 5% випадків додаткові отвори знаходилися тільки з правого боку, при цьому отворів з лівого боку не було виявлено.

Також за результатами дослідження було виявлено, що спинка турецького сідла не завжди відрізняється симетричністю. Прямолінійна форма спостерігалася в 77% випадків, коса - в 23%. Виявлено різноманітність форм апертури клиноподібної пазухи: овальна, грушоподібна, щилиноподібна і трикутна. Найбільш часто зустрічалася овальна форма - 82%, далі - грушоподібна - 10%, потім - щилиноподібна і трикутна форма - 8,0% випадків.

Висновки. Таким чином, отримані в результаті дослідження дані щодо варіантної анатомії клиноподібної кістки мають практичну значимість в якості показників діапазону норм. За результатами дослідження було виявлено, що клиноподібна кістка дорослої людини має виражені індивідуальні особливості будови. Ряд морфометричних та краніоскопічних характеристик цієї кістки схильні до індивідуальної, статевої і типової анатомічної мінливості. Між розмірами клиноподібної кістки є переважно слабкі або середні кореляційні зв'язки.

## КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АЛКОГОЛЬНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ

*Горбатовська Д.С.*

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна  
Медичний факультет, кафедра психіатрії, неврології, наркології та медичної психології,  
Харків, Україна  
Науковий керівник: Савіна М.В., к.мед.н., доцент

Актуальність: Алкогольна залежність у структурі інших форм залежності від психоактивних речовин являється домінуючою. Найбільш постійним ураженням нервової системи при алкогольній залежності є поліневропатія. Алкогольна поліневропатія - захворювання, що супроводжується одночасним ураженням великої кількості периферичних нервів. За статистикою, поліневропатія, супроводжувана неврологічною симптоматикою, виявляється у 10-30% пацієнтів, які страждають алкогольною залежністю. При проведенні комплексного електроміографічного дослідження ті чи інші порушення, які свідчать про наявність безсимптомної форми алкогольної поліневропатії, виявляються у більшості хронічних алкозалежних. Чоловіки страждають клінічними формами поліневропатії частіше жінок. У більшості випадків спостерігається хронічний або підгострий перебіг. Іноді хвороба розвивається гостро, на тлі запою або переохолодження. Алкогольна поліневропатія часто стає причиною інвалідності. Даний аспект обґрунтовує актуальність дослідження в цьому напрямку.

Мета та завдання: Вивчити клінічні особливості алкогольної поліневропатії.

Матеріали та методи: Під нашим наглядом знаходилось 137 хворих, пацієнти Харківської обласної клінічної наркологічної лікарні, які страждають алкоголь-

ною залежністю більше 5 років, чоловічої статі, у віці від 37 до 67 років (середній вік склав  $44,6 \pm 2,35$  років). Всім хворим проводилося ретельне клініко-неврологічне дослідження з вивченням анамнестичних даних.

Результати: В результаті проведених досліджень отримані наступні дані. Поліневропатія, підтверджена даними електронейроміографії, спостерігалася у 86 (67%) хворих, що страждають алкогольною залежністю. При об'єктивному обстеженні неврологічного статусу у хворих виявлені поліневропатичні ознаки: вегетативні розлади у вигляді зниження температури шкіри дистальних відділів кінцівок, локальний гіпергідроз, сухість шкіри та нігтів; чутливі розлади за поліневритичним типом у вигляді “рукавичок” та “шкарпеток”, ознаки порушення больової, вібраційної, тактильної, м'язово-суглобової чутливості; гіпотрофія м'язів кінцівок, зниження сухожильних та периостальних рефлексів переважно на нижніх кінцівках.

Клініко-неврологічне обстеження виявило особливості перебігу алкогольної поліневропатії. Клінічна неоднорідність включала два варіанти перебігу: хронічна дистальна сенсомоторна алкогольна поліневропатія з висхідним прогресивним плином (спостерігалася в 67% випадків). При цій формі, крім чутливих порушень поліневритичного типу, спостерігалася як дистальна, так і проксимальна слабкість, ймовірно обумовлена прогресуючим висхідним ураженням нервових волокон і розвитком хронічної алкогольної міопатії. Гостро-підгостра сенсомоторна невропатія з проксимальною слабкістю була виявлена в 33% випадків, розвивалася на тлі тривалого прийому алкоголю і вираженого дефіциту харчування, супроводжувалася значним зниженням маси тіла, і клінічно характеризувалася поєднанням дистальної і проксимальної слабкості, наявністю інтенсивного спонтанного і стимулозалежного больового синдрому в кінцівках, виражених розладів чутливості різних модальностей.

Висновки: Отримані результати об'єктивного обстеження хворих дозволили визначити характерний клініко-діагностичний симптомокомплекс, який сприяє своєчасній діагностиці та лікуванню алкогольної поліневропатії. Найбільш частою формою алкогольної поліневропатії була хронічна дистальна невропатія з прогресивним плином.

## ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ, АСОЦІЙОВАНОЮ ІЗ ХЕЛІКОБАКТЕРНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

*Горкуша С.О.*

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна  
Медичний факультет, кафедра педіатрії, Харків, Україна  
Наукові керівники: Кашіна-Ярмак В.Л., доцент; Говаленкова О.Л., доцент

Населення України відносять до популяцій з широкою розповсюдженістю *Helicobacter pylori* (НР). Інфікування НР нерідко відбувається в молодому (дитячому) віці, що є однією з вірогідних причин розвитку в більш дорослому віці онкопа-

тології шлунко-кишкового тракту. Хелікобактерна інфекція не є однорідною, мікроорганізми відрізняються за вірулентністю, мають неоднаковий канцерогенний потенціал і викликають розвиток різної патології. У зв'язку з цим лікувальні заходи повинні призначатися пацієнтам індивідуально залежно від клінічних особливостей, наявності хелікобактерної інфекції, визначення ризику несприятливого перебігу з урахуванням відомих патогенетичних механізмів. Гастродуоденальну зону розглядають як складову гастроентеропанкреатичної гормональної системи, що синтезує ряд гормонів, які володіють як системною, так і органною дією. К ним відносять і мелатонін у зв'язку з його унікальними властивостями стосовно регуляції системи травлення.

Мелатонін прискорює процес загоєння виразок, що індукуються у тварин, а також попереджує їх виникнення. Антиульцерогенний ефект мелатоніну зумовлений його прямою й опосередкованою дією на вільні радикали, поліпшенням мікроциркуляції слизової оболонки шлунково-кишкового тракту (ШКТ), а також цитопротекторною дією завдяки його участі в регуляції метаболізму арахідонової кислоти. Мелатонін володіє онкостатичною дією та проявляє себе як ефективний засіб у лікуванні новоутворень ШКТ. Рядом дослідників доведено певні відмінності обміну мелатоніну в осіб різної статі.

Мета дослідження: з'ясувати статеві особливості морфо-функціональних змін слизової оболонки (СО) гастродуоденальної зони в підлітків із функціональними та органічними ураженнями і вивчити в них рівень добової екскреції мелатоніну із добовою сечею.

Матеріал та методи. Обстежено 167 підлітків віком 12-18 років із шлунковою диспепсією, із них серопозитивними відносно цитотоксичного антигену НР виявилось 77 хворих (46,1 %), серед них 24,3 % склали хворі із функціональною диспепсією (ФД), запальними процесами – 39,2%, деструктивними варіантами – 36,5 %. Діагноз встановлювався згідно уніфікованих протоколів діагностики з урахуванням клінічного та параклінічного обстеження. За статтю пацієнти розподілилися майже пропорційно: незалежно від інфікування НР 53,8 % склали хлопці, 46,2 % – дівчата; при інфікуванні цитотоксичними НР 51,9 % та 48,1 % відповідно.

Результати та обговорення. При аналізі ендоскопічної картини встановлено, що в підлітків із ФД за частотою змін СО шлунку та дванадцятипалої кишки (ДПК) статевих відмінностей встановлено не було. У пацієнтів із запальними процесами гастродуоденальної зони різниця спостерігалася лише за частотою рефлюксів, які відзначалися в два-три рази частіше в дівчат: гастроезофагеальний рефлюкс з частотою 23,1 % порівняно із 7,1 % у хлопців,  $p_j < 0,1$ ; дуоденогастральний рефлюкс – 46,2 % та 21,4 % відповідно,  $p_j < 0,1$ . У підлітків із виразковою диспепсією звертало на себе увагу, що езофагіти та застійна гастропатія реєструвалися лише в хлопців. Стосовно ерозивних уражень слід зазначити, що в дівчат вони зустрічалися майже з однаковою частотою як на СО шлунку, так і ДПК. У хлопців ерозивні дуоденопатії спостерігалися в три рази частіше, ніж ураження СО шлунку ( $p_j < 0,05$ ). Частота виразкових процесів не мала статевих вірогідних відмінностей, але при цьому звертало на себе увагу, що в двох третин дівчат виразки перебували в неактивній фазі (рубець-деформація), а в хлопців усі випадки були представлені активними процесами.

Характер кислотоутворюючої функції шлунку також мав певні статеві особливості. Так, незалежно від форми патології для хлопців були більш характерними нормацидні стани: вони реєструвалися в 100 % пацієнтів чоловічої статі із ФД, в 53,3 % – із запальними захворюваннями та 73,3 % – із деструктивними ураженнями. У дівчат спостерігався практично рівномірний розподіл різних варіантів кислотоутворюючої функції, в тому числі і гіпоацидних станів (27,3 % при ФД, 26,7 % – при запальних і 20,0 % – при деструктивних процесах).

Добова екскреція мелатоніну характеризувалася різноспрямованим характером його коливань. Тільки у 32,3 % хворих показники екскреції мелатоніну відповідали віковій і сезонній нормі. У переважної ж більшості пацієнтів спостерігалися відхилення від нормативних значень, причому відсотки пацієнтів із зниженою та підвищеною екскрецією різнилися залежно від статі. Так, у дівчат частки всіх варіантів коливань були майже пропорційними і незалежали від наявності хелікобактерної інфекції та форми захворювання. У пацієнтів чоловічої статі в 60 % випадків реєструвався рівень екскреції мелатоніну нижче вікової та сезонної норми. Відсоток низької екскреції мелатоніну збільшувався в хворих із органічними ураженнями (50,0 % при ФД, 61,5 % – запальних захворюваннях, 68,8 % – деструктивних ураженнях,  $p < 0,05$ ).

Висновки. Для пацієнтів із патологією гастродуоденальної зони чоловічої статі характерні більш різноманітні зміни ендоскопічної картини, превалювання збереженої кислотоутворюючої функції шлунку та низькі рівні екскреції мелатоніну з добовою сечею. Враховуючи фізіологічні властивості мелатоніну, можна припустити наявність взаємозв'язків між розвитком деструктивних захворювань ШКТ і відхиленнями його метаболізму. Значний відсоток збереженої або підвищеної екскреції мелатоніну в хворих жіночої статі, імовірно, можна розглядати як компенсаторний чинник.

## **КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПОДАГРИ. ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ПОДАГРИЧНОГО ПОЛІАРТРИТУ ТА ДЕФОРМУЮЧОГО ОСТЕОАРТРОЗУ**

*Горовцова М.В., Гавриленко В.О., Комкіна М.О.*

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
Перший медичний факультет, Київ, Україна  
Науковий керівник: Загородній М.І., д.мед.н.,  
доцент кафедри внутрішньої медицини №3

Актуальність: Захворюваність на подагру охоплює близько 2% дорослого населення. Сучасні статистичні дані свідчать про ріст цього показника серед осіб чоловічої статі в 15-20 разів після досягнення ними 40-річного віку. Подагра – доволі рідкісне захворювання, частота якого в популяції не перевищує 4 випадків на 1000 осіб. За останні 15 років захворюваність на подагру в США зростає в 7 разів. В Україні станом на 2011 рік поширеність подагри становила 0,4 % дорослого населення.

Задачі: провести диференційну діагностику подагричного поліартриту та деформуючого остеоартрозу.

Мета роботи: підтвердити діагноз подагри на основі клінічної симптоматики, лабораторних показників та інструментальних досліджень.

Матеріали та методи: історія хвороби пацієнта.

Пацієнт скаржиться на біль у правому колінному суглобі. Ранкової скутості не відмічає. Пов'язує виникнення загострень з вживанням певних продуктів (страви зі спеціями, консервації). Характерні рецидиви для осіннього періоду, які тривають всю зиму. Біль та запалення відмічає почергово у колінних, п'ястнофалангових та заплесноплеснових суглобах. Загострення супроводжуються підйомом температури тіла до 37,5-38,5°C та всіма ознаками місцевого запалення. Середня тривалість загострення - 1 тиждень, незалежно від проведеного лікування нестероїдними протизапальними препаратами. Подібної симптоматики серед родичів не помічав.

Дані скарги вперше виникли 6 років тому: захворювання дебютувало запальним процесом у правому колінному суглобі, після чого 2 роки була відсутня симптоматика артриту. Рецидив виник 2 роки тому, після чого періодично спостерігався артрит різної локалізації. Пацієнт скаржиться на появу крепітації у тих суглобах, в яких немає проявів запалення.

Півроку тому у пацієнта діагностовано цукровий діабет 2 типу. У віці близько 40 років було виконано аденоедектомію. Травми в анамнезі заперечує. Підтверджує неодноразові переохолодження. Скарги стосовно функції щитоподібної залози відсутні. Відмічає зниження гостроти зору. Підйоми тиску до верхніх меж норми (140/90). Задишку заперечує. Приймає краплі Зеленіна при появі дискомфорту в ділянці серця, тахікардії. Патологій органів дихання, травлення, сечо-статевої та нервової систем не відмічено.

Дані біохімічного аналізу крові:

Загальний білок: 67 г/л (норма: 65-85 г/л)

Загальний холестерин: 5,2 ммоль/л (норма: < 5 ммоль/л)

C-реактивний білок: 96 мг/л (норма: < 6 мг/л)

Сечова кислота: 363 мкмоль/л (норма для чоловіків: 208-428 мкмоль/л)

Ревматоїдний фактор – негативний

Антистрептолізин O (АСО): 100 МО/мл (норма: < 200 МО/мл)

Сечовина: 8,2 ммоль/л (норма: 2,1-7,1 ммоль/л)

Азот сечовини: 4,09 ммоль/л (норма: 1,05-3,55 ммоль/л)

Дані аналізу сечі:

Реакція кисла, глюкоза і білок відсутні, питома вага 1020, лейкоцити 0-2, епітелій плоский 1-3, слиз ++

Реоенцефалографія: периферичний судинний спротив зліва незначно підвищений, справа незначно знижений. Венозний відтік в ділянці гомілок зліва незначно утруднений, справа полегшений. Ознаки дефіциту венозного наповнення справа.

Діагноз: подагра, подагричний поліартрит, стадія загострення, гіпертонічна хвороба 2 ступеня, ішемічна хвороба серця, серцева недостатність: 0, цукровий діабет 2 типу. Середній ступінь ожиріння (ІМТ = 37.92).

Медикаментозне лікування:

1. Дієта з виключенням продуктів, багатих на пурини. Фрукти - без обмежень, гречана, вівсяна, пшенична каша, 1-2 яйця у тиждень. Пити до 2 літрів рідини на добу (краще лужної).

2. Оротова кислота (оротат калію): 1.5 г на добу до їжі по 1 таб. 3 р/день протягом 3 тижнів. Потім - перерва 3 тижні і повторний курс.

3. Алопуринол: 200 мг на добу, кожні 2-3 дні по 100-200 мг (до 600-800 мг на добу) до зниження рівня сечової кислоти до нижньої межі норми. Потім знизити дозу до 100-300 мг на добу пожиттєво. Якщо робити перерву - замінити оротатом калію.

4. Бензіодарон: 100-300 мг у день.

5. Місцево: бутадіон.

Результати: у пацієнта наявні 7 з 12 діагностичних критеріїв подагри: більше одного нападу гострого артриту, запалення суглоба досягає максимуму в перший день хвороби, моноартикулярний артрит, почервоніння шкіри над суглобом під час нападу, почервоніння та біль в I плеснефаланговому суглобі, одностороннє ураження суглобів стоп, підозра на тофус. Оскільки діагноз можна вважати достовірним за наявності п'яти критеріїв, то в даному випадку можна говорити про подагру.

Висновки: при подагрі, окрім I пальця стопи, можуть вражатися гомілковостопні, колінні й променевоzap'ясткові суглоби кисті, що потрібно враховувати при діагностиці. Вражаються навколосуглобові утворення, сухожилінні піхви, суглобові сумки. Це, як правило, моноартрит, але якщо вражаються 2 суглоба, йдеться про несиметричний артрит. Напади виникають відносно рідко, 1-2 рази на рік. При збільшенні частоти повторних нападів вражаються нові суглоби. Середні строки: 10-12 років, через 3-5 років розвивається хронічний перебіг. Саме ці пункти варто враховувати при диференційній діагностиці подагричного поліартриту та деформуючого остеоартрозу.

## ЗАСТОСУВАННЯ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМИ У ЛІКУВАННІ ГОНАРТРОЗУ

*Груба В.І., Лавринів Г.В., Гузенко О.С., Рибінський М.В.*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,  
Вінниця, Україна  
Науковий керівник: Фіщенко О.В., асистент

Актуальність теми: Остеоартроз є захворюванням синовіальних суглобів людини з високим відсотком передчасного обмеження робочої здатності та значним погіршенням якості життя людини. Остеоартроз колінних суглобів – поширене захворювання, патогенетичною основою якого є порушення сполучнотканинного метаболізму з переважною клінічною маніфестацією процесу, що проявляється деградацією суглобового хряща. Сучасні уявлення про етіопатогенез, клініку та прогнозування, оцінку ризику гонартрозу базуються на вивченні

даних клініко-інструментальних проявів захворювання, яке може розвинути навіть у підлітків, у яких виявлено зміни в метаболізмі сполучної тканини.

Мета: Оцінити безпечність та дати клінічну оцінку локального застосування збагаченої тромбоцитами плазми при остеоартрозі колінних суглобів.

Матеріали та методи: На етапах клінічного моніторингу задіяно 32 пацієнта, з остеоартрозом колінних суглобів на початкових стадіях (I-II) захворювання, включаючи 19 жіночої статі та 13 чоловічої статі. Лікування пацієнтів передбачало використання двох терапевтичних програм; зокрема стандартна терапевтична програма базувалась на виконанні лікувальних заходів у відповідності до клінічного протоколу, була застосована серед 10 жінок та 6 чоловіків. Удосконалена терапевтична програма відрізнялась від стандартної проведенням диференційованого лікування з використанням аутологічної збагаченої тромбоцитами плазми (АЗТП). Удосконалена програма застосовувалась у 9 жінок та 7 чоловіків. На етапах клінічного моніторингу, було виконано динамічну оцінку результатів клінічних досліджень включаючи стандартизований опитувальник «WOMAC».

Результати дослідження: Перш за все були відсутні будь-які локальні та загальні ускладнення після застосування аутологічної збагаченої тромбоцитами плазми, як удосконалення терапевтичної програми лікування гонартрозу. У хворих з гонартрозом внутрішньо-суглобове введення аутологічної плазми крові призводило до значного зменшення вираженості суглобових болей, які оцінювалися по шкалі «WOMAC». Найбільші значні позитивні клінічні ефекти застосування АЗТП. У хворих з гонартрозом спостерігалися при відсутності вираженого синовіїту.

Висновки: За результатами клінічного моніторингу пацієнтів з остеоартрозом колінних суглобів на початкових стадіях захворювання визначено, що використанням АЗТП більш ефективно впливає на клінічні прояви тяжкості захворювання. Доведено, що хворі які лікувались за удосконаленою терапевтичною програмою з використанням АЗТП, вплив на структурні складові узагальненого показника «WOMAC», можуть істотно коливатись.

## **СУЧАСНІ МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТА ФАРМАКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ ТА ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ**

*Губарева К.О.*

Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна  
Медичний факультет, Харків, Україна  
Науковий керівник: Вовк В.І., к.мед.н., доцент

Актуальність. За час антитерористичної операції (АТО) в військові дії на Сході України були втягнуті не тільки військові та воєнізовані формування, а й цивільне населення окремих районів Луганської та Донецької областей. Вільну чи мимовільну участь у військових діях можна розглядати як стресову подію виняткового характеру, яка може викликати загальний дистрес практично у будь-якої людини. Причому, на відміну, від багатьох інших стресових ситуацій, участь у війні

формує психічні травми з віддаленими наслідками. Добре відомо, що постраждале від конфлікту населення часто підвержується впливу травматичних подій і зв'язаних з війною соціально-економічних факторів стресу, підлягаючи ризику підвищеного рівня виникнення психічних розладів. Розповсюдженні психічні розлади серед населення, а саме посттравматичний стресовий розлад, депресія та тривога, можуть визвати суттєві страждання та знизити якість життя. Оскільки до 2014 року переважна кількість мирних жителів та військовослужбовців України не брала участь у масових бойових діях, то відповідно більшість українських лікарів та психологів не мали практичного досвіду роботи з посттравматичним стресовим розладом.

Тому мета нашої роботи – проаналізувати літературні дані та виявити сучасні шляхи та методи психокорекційної та фармакологічної допомоги учасникам бойових дій (комбатантам) та постраждалим від воєнного конфлікту.

Результати. Посттравматичний стресовий розлад – це довготермінова реакція на стрес перебування у зоні військових дій. В Україні в 2016 році було проведено дослідження серед внутрішньо переміщених осіб (ВПО), яке показало, що розповсюдженість ПТСР серед ВПО складає 32%, депресії – 22%, тривоги – 17%. Також був зафіксований високий рівень супутніх захворювань ПТСР. Розглянемо основні напрями лікування посттравматичного стресового розладу, а саме фармакологічний підхід та психотерапевтичний підхід. Фармакотерапія є однією з основних модальностей лікування травми, оскільки: 1) вона націлена на корекцію психобіологічних розладів, визваних травмою; 2) вона значуще перекриває симптоми ПТСР, такі як депресія та тривожні розлади. Але існують такі мінуси як: побічні ефекти, недостатній комплаєнс та високий економічний фактор. На сьогоднішній день найбільш доказовими препаратами для лікування ПТСР вважають антидепресанти, які відносяться до групи селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну (SSRI) та рекомендовані як перший «ешелон». Як допоміжне лікування для пацієнтів, які резистентні до терапії SSRI, рекомендовано застосування атипичних антипсихотиків. Особливості психологічного лікування: 1) індивідуальне, сімейне, комбіноване, групове; 2) травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – найбільш ефективна сама по собі та в комбінації з медикаментами; 3) NICE guidelines рекомендують травма-фокусовану КПТ або Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Основний принцип психотерапії: починати не з травми, а з периферії. Етапи психотерапії: 1) встановлення контакту, психоедукація, стабілізація пацієнта (заземлення, дихальні вправи, релаксація); 2) травма-фокусована терапія; 3) реінтеграція пацієнта (відновлення внутрішнього балансу, нормалізація стану, здвиг від ситуації непередбачуваної небезпеки до ситуації надійної безпеки, реконструкція досвіду переживань, створення простору для переосмислення ситуації, закриття травматичного досвіду – знаходження цілі та забезпечення травматичного росту). Методи саморегуляції: 1) заземлення (центрування, граундінг) – дає почуття контролю над емоціями. Заземлення працює з тригерами, флешбеками, дисоціацією, емоційною нестабільністю; 2) граундінг не рівнозначний релаксації - він більш активний та сфокусований на відволіканні. Типи граундінгу: фізичний, психічний, заспокійливий. Фізичний - фіксація на сенсорних відчуттях, контрастні ванни для рук, активізація тактильних відчуттів, самомасаж, вправа «врости в землю», техніка «талісман». Психіч-



ний - фіксація на свідомості. Заспокійливий - самонавіювання, внутрішній монолог, читання догори ногами.

Висновки. Отже, проаналізувавши відповідну літературу, можна заключити, що ПТСР – важкий психологічний розлад, який може привести до втрати здоров'я та порушення соціальної адаптації людини. Таким чином, існує велика потреба у впровадженні комплексних заходів з ціллю покращення охорони психічного здоров'я населення, в тому числі необхідність розробки травма-чутливої політики надання психокорекційної допомоги.

## ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ

*Гуйван И.В.*

Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра хирургии №1, Харьков, Украина

Научный руководитель: Замятин П. Н., д.мед.н., профессор кафедры хирургии №1

Частота торакоабдоминальных ранений составляет 16,7% от всех проникающих ранений грудной клетки и живота и являются одними из самых тяжелых ранений брюшной и грудной полости. Диагностика таких ранений достаточно сложная, так как клиническая картина ранений сложна и многообразна из-за сочетания повреждений двух полостей организма одновременно.

Большинство пострадавших (около 70%) поступают в лечебное учреждение в тяжелом и крайне тяжелом состоянии с признаками продолжающегося кровотечения, поэтому сбор анамнеза травмы для диагностики ранения невозможен. Поэтому подавляющего большинства применяется активная оперативная диагностика, начиная с расширенной первично-хирургической обработки раны.

Абсолютным признаком торакоабдоминального ранения может служить пролабирование органов брюшной полости из раны грудной клетки, истечение из неё мочи, желчи, кишечного содержимого, а также наличие гемоторакса и пневмоторакса при ранении живота и гемопневмоперитонеума при торакальном ранении.

Одним из диагностических методов при торакоабдоминальных ранениях является рентгенологическое исследование пострадавших. Оно позволяет за короткий срок обнаружить пневмоторакс, гемоторакс, смещение органов средостения, расширение тени сердца, наличие в плевральной полости желудка, петель кишечника, в ряде случаев – серп свободного газа в брюшной полости, а при рентгеноскопии - ограничение подвижности диафрагмы. По показаниям применяется рентгеноконтрастное исследование полых органов, при котором транспозиция желудка в плевральную полость видна более отчетливо. Для дифференциальной диагностики ранения диафрагмы и её релаксации используется наложение пневмоперитонеума. Перспективным методом рентгенологического исследования является компьютерная томография.

Ультразвуковое сканирование грудной и брюшной полостей и перикарда эффективно для выявления наличия жидкости, неинвазивное, не требует больших

затрат времени, может выполняться многократно в пред- и послеоперационном периоде. При подозрении на гемоперитонеум полезно проведение лапароцентеза с применением методики «шарящего катетера», позволяющего с большой достоверностью подтвердить или опровергнуть наличие крови в брюшной полости.

Достоверные данные о повреждениях позволяет получить ревизия при полостной операции, однако, как диагностический метод, полостная операция, из-за травматичности, малопригодна. Для диагностики, а зачастую и устранения повреждений, в настоящее время используются видеоэндохирургические методы. Широкое применение получила торакоскопия, которая позволяет не только уточнить локализацию повреждения, его тяжесть, развивающиеся осложнения, но и решать вопросы хирургической тактики. Кроме того, торакоскопия даёт возможность сочетать диагностические и лечебные манипуляции.

Высокие диагностические возможности торакоскопии и лапароскопии, исчерпывающая информативность, малая травматичность методов, возможность использования современных технических средств (ультразвук, лазер, плазма), соблюдение принципов сберегательной и восстановительной хирургии, направленных на максимальное сохранение функции оперированного органа — вот далеко не полный перечень преимуществ указанных эндоскопических методик. Торакоскопия, как при торакоабдоминальных ранениях, так и при проникающих ранениях груди — один из важных методов диагностики, не только способствующий определению точных показаний к торакотомии, но и позволяющий определить локализацию, форму и протяженность торакотомного разреза, для лучшего доступа к внутригрудным повреждениям.

Доказано, что торакоскопия эффективна в выявлении ранения диафрагмы в 98% наблюдений, в эвакуации гемоторакса в 90%, при остановке внутриплеврального кровотечения в 82%, при этом у 62% больных удаётся избежать напрасной торакотомии или лапаротомии. Осложнения при торакоскопии отмечены в 2% наблюдений, летальность — 0,8%.

Развитие современных технологий привело к появлению комбинированной лечебно-диагностической торакоскопии, позволяющей выполнять эндоскопические операции на органах грудной клетки и, в ряде случаев, являющейся полноценной альтернативой торакотомии.

На данный момент выполняются видеоторакоскопические операции при проникающих ранениях груди, во время которых производится остановка кровотечения электрокоагуляцией, клипирование сосудов, обработка ран лёгкого высокоэнергетическим лазером с гибким световодом, прошивание ран нитью или эндоскопическими сшивающими аппаратами.

При тяжёлых сочетанных повреждениях живота и груди от скорости проведения и информативности дополнительных методов исследования напрямую зависит быстрота, объём и характер экстренной помощи и, в конечном итоге, исход травмы.

## МІСЦЕВИЙ ТА СИСТЕМНИЙ ВПЛИВ ОЗОНУ НА ОРГАНІЗМ ТА МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ОЗОНОТЕРАПІЇ У КОМБУСТИОЛОГІЇ

Гусак Є.О.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Проценко О.С., професор, д.мед.н., завідувач кафедрою загальної та клінічної патології; Шаповал О.В., к.мед.н., доцент кафедри загальної та клінічної патології

Актуальність теми. На сучасному етапі розвитку медицини використовуються технології, які принципово змінюють перебіг опікової хвороби, зменшують кількість ускладнень та рівень летальності. Однак, не дивлячись на це, зберігається потреба пошуку засобів, застосування яких прискорює одужання постраждалих з опіковою травмою.

Метою дослідження було вивчення місцевого та системного впливу озону на організм та визначення можливості застосування озонотерапії у медичній практиці, зокрема при лікуванні постраждалих з термічною травмою.

Матеріали та методи. Вивчення властивостей озону, його впливу на стан пошкоджених тканин, а також на організм в цілому та визначення можливості застосування озонотерапії у медичній практиці проводилося на основі ретроспективного аналізу історій хвороб пацієнтів з опіковою хворобою та даних літературних джерел.

Отримані результати. Вивчено наступні місцеві ефекти впливу озону: бактерицидний, протівірусний, фунгіцидний, а також знеболююча дія.

Серед видів біологічної дії озону на лімфоцити і моноцити визначено його активну роль як індуктора цитокінів, які мають антивірусні та імуномодулюючі властивості, сприяють підвищенню функціональної активності клітинного імунітету.

Внаслідок системної дії озону відновлюється мікроциркуляція та кисневотransпортна функція крові за рахунок стимуляції виділення оксиду азоту тканинами, відновлення заряду еритроцитів, оптимізація про- та антиоксидантних систем, оптимізація гомеостазу, стимуляція кровотворення, оптимізація метаболізму біологічних субстратів вуглеводів, білків, ліпідів (біоенергетичний, біосинтетичний ефекти).

Вивчення біологічної дії озону на лімфоцити і моноцити визначило його активну роль як індуктора цитокінів (інтерферонів, туморнекротизуючих факторів, інтерлейкінів), які мають антивірусні та імуномодулюючі властивості, сприяють підвищенню функціональної активності клітинного імунітету.

Відома також імуномодулююча дія озону (малі дози озону стимулюють імунітет, великі – пригнічують). При парентеральній озонотерапії спостерігається збільшення кількості лімфоцитів за рахунок Т – хелперів, В – лімфоцитів, НК – клітин. Кількість недиференційованих клітин істотно зменшується і досягає нормальних показників (озонотерапія сприяє диференціюванню нульових клітин з перетворенням їх в Т – хелпери та В – лімфоцити ). При вивченні впливу обробки крові озоном на зниження токсичності плазми виявлене збільшення нейтрофільного фагоцитозу. Збільшується концентрація імуноглобулінів А, М, G в крові (після закінчення лікування титри антитіл знижуються до нормальних показників).

Під впливом озону відбувається активація системи комплементу, зростає продукція лізоциму.

Показаннями до використання озонотерапії у опікових хворих є опіки кінцівок I-II ступеня на усіх стадіях ранового процесу, опіки кінцівок III-IV ступеня на етапі підготовки до аутодермопластики, опіки різних ділянок тіла різного ступеня глибини, всі стадії опікової хвороби, ранні та пізні ускладнення опікових ран (інфіковані опіки, лімфангоїт, целюліт, флегмона, трофічні і післяопікові виразки шкіри), загальні (в органах та системах організму) ранні та пізні ускладнення опікової хвороби (пневмонії, гіперглікемія, тощо), генералізовані ускладнення опіків (вторинний імунodefіцит, опіковий сепсис, анемія, пролежні). При лікуванні опікових хворих використовуються місцева та системна озонотерапія.

Місцева озонотерапія – промивання озонованою дистильованою водою або озонованим фізіологічним розчином ран, газація озono-кисневою сумішшю у пластиковому мішку або в камері проточної газації тощо.

Системна озонотерапія – парентеральна озонотерапія (внутрішньовенне введення озонованого фізіологічного розчину), аутогемотерапія з озonom, пероральний прийом озонованих рослинної олії та дистильованої води, ректальні інсуфляції озono-кисневої суміші.

Основними формами застосування озонотерапії у комбустіології є перев'язки, санація ран та порожнин з озонованими розчинами, газація озono-кисневою сумішшю. Використовують озоновані дистильовану воду, фізіологічний розчин натрію хлориду, антисептики. Для прискорення очищення ран від некротизованих тканин та інфекції застосовуються високі концентрації озону, які з появою грануляції знижують.

Протипоказаннями до використання озонотерапії в комбустіології є кровотеча з внутрішніх органів, гострий інфаркт міокарда, геморагічний інсульт, гіпертиреоз, схильність до судом, тромбоцитопенія, алергія до озону.

Висновки. При вивченні місцевого та системного впливу озону на організм, підтверджено можливість застосування озонотерапії у медичній практиці, зокрема у комбустіології. Місцева дія може проявлятися у вигляді бактерицидного, противірусного, фунгіцидного та знеболюючого ефектів, також при застосуванні озонотерапії можливо вплинути на активізацію репаративних процесів.

## **ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ: СТРИКТУРЫ АНАСТОМОЗОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ**

*Давыгора Л.О.*

Запорожский государственный медицинский университет  
«Университетская клиника», кафедра факультетской хирургии,  
Запорожье, Украина

Научный руководитель: Киосов А.М., ассистент кафедры факультетской хирургии

Актуальность темы: Рубцовые стриктуры пищеводных анастомозов после гастрэктомии, резекции проксимального отдела желудка, различных видов эзо-

фагопластики и некоторых других вмешательств на пищеводе и кардии являются одним из наиболее частых осложнений послеоперационного периода.

Но при этом возможность добиться расширения соустья эндоскопическими методами, безусловно, рассматривается как достойная альтернатива реконструктивной хирургии пищевода. Данные методы позволяют снизить повторную травматизацию органов грудной и брюшной полостей, а также уменьшить риск рестенозов.

Цель исследования: Комплексное изучение особенностей клинического течения послеоперационных стриктур анастомозов и оптимальных методов их коррекции.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов лечения больных с различными типами стриктур анастомозов пищеводно-желудочно-кишечной локализации за период 2015-2016 гг. В исследование включены 15 пациентов в возрасте от 45 до 61 года. Использовался видеоскоп марки «Fujinon EG-590ZW ». Исследовалась причина возникновения стриктуры, протяженность стеноза и выбранный метод лечения.

Анастомозы из лапаротомного доступа выполнены у 5 (33,3%) больных, лапароскопически – у 10 (66,6%). Тип наложенного анастомоза: обходной гастроэнтероанастомоз – 1 (6,66%); эзофагоэюноанастомоз – 8 (53,3%); эзофагогастроанастомоз – 4 (26,6%); эзофагоколоанастомоз – 2 (13,3%). По степени сужения анастомоза: I степень (диаметр 9-11мм) наблюдалась у 7 (46,6 %) пациентов, II (диаметр 6-8мм) у 4 (26,6%), III (диаметр 3-5 мм) – у 2 (13,3%), IV (диаметр 0-2мм) – у 2 (13,3 %). Причины возникновения стриктур у больных: травма тканей при мобилизации – у 2 (13,3%), нарушение кровоснабжения области анастомоза – у 7 (46,6%), рубцовая реакция на шовный материал – у 1(6,66%), воспалительные изменения вследствие застоя пищи или рефлюкса через зону анастомоза – у 4(26,6%), деформирующий анастомозит – у 1 (6,66%). Протяженность стриктур: короткие (до 1 см) – у 7 (46,6%) пациентов, протяженные (более 1 см) – у 8(53,3%).

Результаты: Проведены следующие методы лечения: баллонная дилатация – у 10 (66,6%) пациентов; бужирование (бужами Savary Gilliard №1-40) – у 1 (6,66%); электрорассечение – у 2 (13,3%); комбинированные методы – у 2 (13,3%).

Оценивая непосредственные результаты эндоскопического лечения стриктур анастомозов, предложена оригинальная классификация результатов лечения для оценки дальнейшего ведения этих пациентов. Данная классификация включает такие параметры: выраженность дисфагии, конечный диаметр анастомоза, количество сеансов эндохирургического вмешательства и сроки возможного возникновения рестенозов.

Отличный результат определен у 7 пациентов, хороший – у 3, удовлетворительный – у 3. Неудовлетворительный результат наблюдался у 2 пациентов вследствие выраженной ишемии зоны анастомоза и неэффективности баллонной дилатации. Этим больным установлены пищеводные стенты.

Наличие рубцовой стриктуры вне зависимости от уровня ее локализации является абсолютным показанием для применения эндоскопических методов лечения. На основе собственного опыта лечения стриктур пищеводных анасто-

мозгов, оптимальною вважається методика балонної дилатації, при цьому не виключається поєднання балонної дилатації і електрорасічення.

Висновки: 1. Сучасні ендоскопічні методи лікування стриктур анастомозів вважаються безпечними і ефективними, що дозволяє у більшості хворих уникнути складної реконструктивної операції.

2. Для закріплення отриманих результатів і запобігання рецидивів необхідно проводити в подальшому планомірні, підтримуючі дилатації всім хворим по закінченні основного курсу лікування.

## ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА: ОСОБЕННОСТИ УХОДА

*Даналенко А.*

Харьковская академия последипломного образования  
Медицинский колледж ХМАПО, Харьков, Украина

Актуальность: несмотря на значительные успехи в области диагностики и лечения злокачественных новообразований головного мозга, смертность от них по-прежнему является высокой. Однако, успех лечения в большей степени зависит от медсестринского присмотра и должной помощи, способных улучшить качество жизни больного.

Цель работы: дать представления об клинических особенностях опухолей головного мозга, а также предоставить советы по уходу за пациентами данного профиля.

Материалы: данная работа была выполнена на базе Харьковского Областного Центра Онкологии ( в период с 05.09.16 – 28.10.16), в котором проходили лечение пациенты с злокачественными заболеваниями головного мозга и его оболочек.

Метод: проводилась статистическая обработка полученных данных, которая в пределах статистической ошибки совпадает с данными литературы.

Опухоли головного мозга составляют 6-8% новообразований и в 1-2% случаев служат причиной смерти. Ежегодно опухоль головного мозга развивается у 2-25 на 100 000 населения.

Клиническая картина опухолей головного мозга разнообразна. Она протекает в виде: общемозгового синдрома; очаговых симптомов; дислокационного синдрома.

При общемозговом синдроме человека беспокоит головная боль, рвота, которая не связана с приемом пищи. При осмотре глазного дна, отмечается застой в области зрительных нервов, приводящий к снижению остроты зрения. Из-за повышения внутричерепного давления, у пациентов отмечается аритмия, скачки артериального давления.

Несмотря на развернутые клинические проявления, реабилитация таких пациентов ложится на медработников, а именно: борьба с пролежнями; профилактика контрактур; психологическая поддержка.

Данные методы не являются дорогостоящими. Ведь профилактика пролежней базируется на активном введении постельного режима, больного необходимо постоянно переворачивать с одного бока на другой, а проблемные места смазывать камфорным спиртом.

Профилактика контрактур базируется на том, что конечности необходимо придать физиологическое положение. Это позволяет не допустить осложнения после перенесенных парезов, а также возобновить движения в конечностях.

Помните, что своевременно поставленный диагноз и качественный уход помогут пациентам бороться с онкологическим заболеванием, дадут веру в полноценное выздоровление.

Вывод: данные методы ухода за больными являются наиболее оптимальными и способствуют благоприятному течению заболевания.

## **СОМНАМБУЛИЗМ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ, КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОМНАМБУЛИЗМОМ.**

*Данник И.А.*

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина

Медицинский факультет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Рощупкина Т. Н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии

**Актуальность:** В практике врача любой специальности достаточно часто встречаются различные расстройства сна, среди которых наименее изученными и клинически разнообразными являются парасомнии. Это целая группа состояний, которые возникают как результат функциональных расстройств церебральной регуляции сна. Рассматривая расстройства пробуждений, стоит выделить сомнамбулизм, который на сегодня является малоизученной, но очень сложной парасомнией.

**Цель и задачи:** Раскрыть определение сомнамбулизма и систематизировать имеющиеся данные о его патогенетических механизмах. Выявить распространенность и клинические проявления данного состояния. Подтвердить диагноз сомнамбулизма, используя современные методы диагностики. Повысить уровень информированности врачей и населения о данной проблеме.

**Материал и методы:** Было изучено и обобщено большое количество последних данных, собранных из ряда источников, в том числе и зарубежных. Проанализированы современные патофизиологические механизмы сомнамбулизма. Были рассмотрены электроэнцефалографические (ЭЭГ) кривые, а так же результаты применения однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ) в период снохождения.

**Результаты исследования:** Сомнамбулизм (снохождение) - парасомния, характеризующаяся происходящей в фазу медленноволнового сна неосознанной сложной двигательной активностью. Согласно данным статистики чаще встречается в 4-12 лет, что связывают с незрелостью церебральной регуляции сна;

у взрослых - эпизодически после сильных потрясений или положительных глобальных жизненных событий. Эпизоды снохождения обычно длятся от нескольких секунд до 30 мин и более.

Группа пациентов с диагнозом сомнамбулизм была обследована с использованием ЭЭГ и ОФЭКТ.

С использованием глубокими ЭЭГ- электродами зарегистрировано частые, но кратковременные эпизоды местной активации двигательной коры, для которых было характерно внезапное прерывание медленноволнового паттерна, указывающее на совместное существование сна и бодрствования. Такие эпизоды активации двигательной коры наблюдались параллельно с сопутствующим усилением медленноволновой активности в дорсолатеральной части префронтальной коры. Таким образом, собранные результаты говорят нам о том, что сон и бодрствование не являются взаимоисключающими обстоятельствами, и мы можем говорить о локальном сне.

При применении ОФЭКТ в период эпизода снохождения была выявлена деактивация лобно-теменной коры (типичная для сна), и активация задних поясных и передних мозжечковых сетей без деактивации таламуса, что характерно для эмоционально управляемого поведения в период бодрствования.

Помимо этого, при эпизодах сомнамбулизма наблюдалась несогласованность деятельности двух крупных структур головного мозга. Первая группа, связанная с так называемыми сетями активного режима работы головного мозга (структуры, активируемые при выполнении заданий, требующих участия когнитивных функций). Вторая группа: сети пассивного режима работы головного мозга (области коры, которые активны во время отдыха головного мозга).

Выводы: Разнообразие и непредсказуемость клинических проявлений диктует необходимость в освещении данной темы. Сомнамбулизм у взрослых имеет существенный вредоносный потенциал, который заключается в нанесении вреда как себе, так и окружающим людям, в связи с непредсказуемостью совершаемых во сне действий. Повышение уровня осведомленности о сомнамбулизме поможет снизить количество неблагоприятных исходов. В тех случаях, когда парасомния продолжает оставаться причиной физических повреждений или представляет угрозу, доступны три метода лечения: гипноз, запланированные пробуждения и медикаментозная терапия.

## ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ТРІХОБЕЗОАРОМ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

*Дацків О.Р., Дмитренко С.О.*

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова  
Медичний факультет №2, Вінниця, Україна  
Науковий керівник: Димчина Ю.А., асистент кафедри дитячої хірургії

Актуальність: Тріхобезоари утворюються при попаданні в шлунок волосся, шерсті і зустрічаються у дітей (частіше у дівчаток), що мають шкідливу звичку або патологічну схильність (тріхотілломанію) жувати і ковтати волосся, вовняні вироби,



шерсть. У кінцевому результаті в шлунку утворюється «волосяна пухлина», що складається з клубка переплетеного і склеєного волосся, просоченого харчовими масами і слизом.

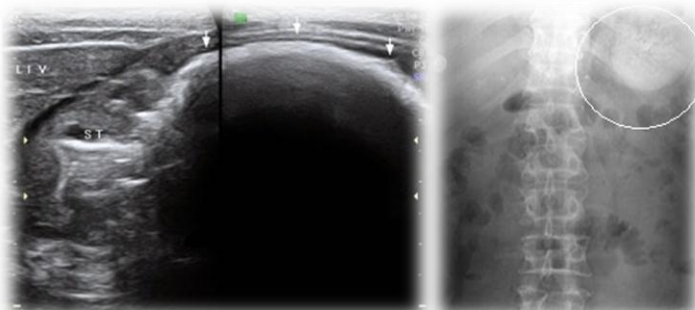
Дана патологія відносно рідко зустрічається в дитячому віці, і в зв'язку з цим практичні лікарі недостатньо знайомі з причинами формування тріхобезоарів, клінікою та діагностикою цього захворювання.

Задачі: Опрацювати наукову літературу, дані історії хвороби.

Мета: Розкрити етіопатогенез та показати варіант тактики ведення тріхобезоару.

Матеріали та методи: Матеріалом для дослідження стали результати обстежень пацієнтки з використанням наступних методів: збирання скарг, анамнезу, дані об'єктивного огляду та пальпації, дані УЗД, ендоскопії, рентгендіагностики, висновки інших спеціалістів.

Результати: Зі слів матері пацієнтка 14 років протягом останніх 6 місяців викидає та поїдає своє волосся. Скарги на помірні болі в животі. При огляді стан середньої важкості, з боку серця і легенів патології не виявлено. Об'єктивно живіт симетричний на рівні реберних дуг, приймає участь в акті дихання. При пальпації м'який, симптоми подразнення очеревини негативні, в ділянці епігастрію пальпується об'ємне утворення, дещо болісне. Хвора була госпіталізована 26.01.2017 в онкогематологічне відділення для до обстеження. Були проведені такі додаткові обстеження та їх результати: УЗД – візуалізується велика півмісяцева тінь (стрілки), яка заповнює всю порожнину шлункастінки шлунка потовщені (рис.1); фіброгастроуденоскопія (ФГДС) – тріхобезоар шлунку жовто-зеленого кольору, щільної консистенції при «інструментальній пальпації», покрита волоссям, що заповнює всю порожнину шлунка, пройти в астральний відділ не вдалось; на оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини (ОР ОЧП) візуалізується об'ємне утворення (круг), горизонтальних рівнів рідини не виявлено (рис. 2).



Суміжні спеціалісти: Психіатром 31.01.2017 було поставлено діагноз «Обсесивний невроз».

Хворій проведено оперативне лікування в плановому порядку (1.02.2017) - верхньосередина лапаротомія ревізія ОЧП, гастротомія, видалення тріхобезоару (Рис.3), біопсія слизової шлунку, ушивання шлунку дворядним швом, біопсія регіонарного лімфозула. Санация та дренирування ОЧП.



Рис. 3. Макропрепарат тріхобезоару

Результати гістологічного дослідження від 7.02.2017: Ектопія підшлункової залози в слизову оболонку шлунка з виразкуванням та гнійним запаленням. Та

матеріал №2 (лімфатичний вузол): Фолікулярно-паракортикальна гіперплазія лімфатичного вузла, хронічний неспецифічний лімфаденіт.

Висновки: Було поставлено остаточний діагноз: Основний – трихобезоар шлунку. Ускладнення основного: Пролежень передньої стінки шлунку (ПСШ), прикрита перфорація ПСШ, місцевий серозно-фібринозний перитоніт, реактивний лімфаденіт переднього сальника.

На прикладі окремого клінічного випадку ми показали варіант тактики ведення пацієнта з трихобізоаром шлунка.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЗАСОБІВ НА ПЕРЕБІГ РЕАКЦІЙ ТКАНИН ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У РАННЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ В ДІЛЯНЦІ ІМПЛАНТАЦІЇ СИНТЕТИЧНОГО ПОЛІПРОПІЛЕНОВОГО СІТЧАСТОГО МАТЕРІАЛУ

*Дмитренко С.О. , Дацків О.Р.*

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
Медичний факультет №2, Вінниця, Україна  
Науковий керівник: Мосьондз В.В., к.мед.н., асистент кафедри хірургії

Актуальність теми: Обов'язковим у комплексі післяопераційних лікувальних заходів є призначення нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). Проведення такої терапії зменшує запальну реакцію тканин черевної стінки на сітчастий імплантат. Проте відсутність єдиної доктрини і доказової бази доцільності застосування НПЗП у ранньому післяопераційному періоді негативно впливає на процес проростання сітки сполучною тканиною та перебіг раневого процесу і порушує процес імплантації.

Задачі: Визначити вплив нестероїдних протизапальних препаратів на перебіг реакцій тканин передньої черевної стінки у ранньому післяопераційному періоді шляхом оцінки гістологічного дослідження препаратів взятих з ділянки імплантації синтетичного поліпропіленового сітчастого матеріалу.

Мета: Оцінка впливу нестероїдних протизапальних засобів на формування сполучно-тканинного матриксу в зоні імплантації синтетичних поліпропіленових імплантатів в ранньому післяопераційному періоді.

Матеріали та методи: Проведено імплантацію синтетичних поліпропіленових імплантатів методом *open lay* на 20 білих статевозрілих самцях лабораторних мишей, середньою масою 200-300 г, розділених на 2 групи: група «Контроль» (n=10), склали інтактні тварини; мишам групи «Диклоберл» (n=10) вводили внутрішньом'язево 1 раз на добу в дозі 3 мг/кг розчин диклоберлу протягом 3 діб. Перший забір матеріалу проведено на 3й день по 3 миші з кожної групи. Тварини двох груп утримували на стандартному раціоні віварію з доступом води та їжі *ad libitum*, всі маніпуляції проводились у відповідності до біоетичних норм.

Результати: Макроскопічно у групах, де використовували НПЗП спостерігали незначну запальну відповідь тканин черевної стінки в порівнянні з контрольною групою. Аналіз гістологічного дослідження препарату взятого з ділянки імплантації

на 3 день показав, що в 1 групі ознаки запальної відповіді виражені краще в порівнянні з іншою групою. Надалі планується забір матеріалу на 5 та 10 добу дослідження. Остаточні висновки будуть зроблені по закінченню дослідження.

Висновки: Проведений етап дослідження дає підстави аргументувати негативний вплив нестероїдних протизапальних засобів на формування сполучно-тканинного матриксу в зоні імплантації синтетичних поліпропіленових імплантатів.

## ТИПЫ ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ ОСТРЫХ ФОРМАХ ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Довгань В.А.*

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

Научные руководители: Волобуева О.В., к.мед.н, доцент; Лядова Т.И., к.мед.н, доцент,  
кафедра общей и клинической иммунологии и аллергологии

Актуальность темы. Вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ) относят к наиболее распространенным вирусам человека (специфические антитела выявляются почти у 95% взрослого населения). Для ВЭБ характерны специфическая тропность к иммунокомпетентным клеткам, системное поражение внутренних органов, широкий диапазон клинических форм заболевания, а также отсутствие специфической профилактики. Инфекционный мононуклеоз (ИМ) – заболевание иммунной системы, затрагивающее все ее звенья, нарушения которых имеют комбинированный характер. Большой научный интерес представляет собой исследование изменений показателей как клеточного, так и гуморального звена иммунитета пациентов с ИМ в связи с клиническими проявлениями и исходом заболевания.

Цель исследования. Установление типов иммунного реагирования для прогнозирования клинического течения заболевания у больных с острыми формами ВЭБ-инфекции.

Задачи: 1. Проанализировать динамику цитокинового профиля ((ИЛ-1 $\beta$ , ФНО- $\alpha$ , ИЛ-6, ИЛ-2, ИЛ-4 и ИЛ-10) у больных с ИМ.

2. Выделить и охарактеризовать различные типы иммунного реагирования у больных с ИМ.

3. Установить взаимосвязь между разными типами иммунного реагирования и выраженностью и длительностью основных клинико-биохимических показателей у пациентов с ИМ.

Материалы и методы. Работа выполнена на кафедре общей и клинической иммунологии и аллергологии медицинского факультета Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина и клинических базах кафедры Областной клинической инфекционной больницы г. Харькова и КУОЗ «Городская поликлиника №6» г. Харькова.

Для выполнения поставленной цели было обследовано 138 пациентов с ИМ с лабораторно доказанными признаками первичной вирусной инфекции. Группа сравнения состояла из 20 клинически здоровых молодых людей без признаков острой или любой хронической патологии.

В комплекс обследования больных входили клинический анализ крови, выявление наличия атипичных мононуклеаров, выявление специфических противовирусных антител (VCA-IgM, EA-IgM и EBNA-IgG) в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа (ТИФА), выявление ДНК ВЭБ методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в крови и слюне, активность аспарагиновой и аланиновой трансаминаз (АсАТ, АлАТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и креатинфосфаткиназы (КФК), фибриногена в динамике заболевания.

Сывороточные концентрации исследуемых цитокинов: ИЛ-1 $\beta$ , ФНО- $\alpha$ , ИЛ-6, ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-10 определялись с помощью тест-систем ООО «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург, Россия).

Результаты исследования. В зависимости от динамики показателей цитокинового профиля больных ИМ были выделены три типа иммунного реагирования: I – нормореактивный тип (достоверное повышение провоспалительных и противовоспалительных цитокинов), II – диссоциативный (высокие показатели провоспалительных цитокинов на фоне низких значений регуляторного ИЛ-2 и противовоспалительных цитокинов) и III – гиперреактивный (высокие концентрации как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов).

При сравнении выраженности и длительности основных клинико-биохимических показателей у пациентов с ИМ с разными типами иммунного реагирования были выявлены некоторые отличия. Как видно из представленных данных, у больных ИМ с установленным нормореактивным типом иммунного реагирования (1-я группа) показатели основных клинических симптомов отличались меньшей продолжительностью по сравнению с аналогичными показателями у больных с диссоциативным типом (2-я группа) и гиперреактивным типом (3 группа) на фоне проводимой противовирусной терапии. В частности, длительность лихорадки была более продолжительной у пациентов с диссоциативным типом иммунного реагирования –  $13,9 \pm 2,1$  по сравнению с показателями больных с нормореактивным и гиперреактивным типом –  $8,4 \pm 1,4$  и  $10,9 \pm 1,8$  дня, соответственно ( $p < 0,05$ ). Длительность гепатолиенального синдрома была достоверно выше при диссоциативном типе иммунного реагирования –  $12,9 \pm 1,8$  дня ( $p < 0,05$ ), по сравнению с показателями других групп. Продолжительность пребывания больных с ИМ на стационарном лечении также была более длительной у пациентов с диссоциативным типом иммунного реагирования –  $15,9 \pm 1,4$  дня ( $p < 0,05$ ), по сравнению с аналогичными данными пациентов с нормореактивным и гиперреактивным типом –  $11,9 \pm 1,8$  и  $12,9 \pm 1,7$  дня, соответственно. Общая слабость, наличие болей в горле и лимфаденопатии также было более продолжительными у больных с диссоциативным типом иммунного реагирования.

Выводы и перспективы. Полученные результаты исследований подтверждают существование цитокинового дисбаланса при острых формах ВЭБ-инфекции. Установленные типы иммунного реагирования свидетельствуют о том, что неадекватная клеточно-гуморальная реактивность организма приводит к более тяжелым клинико-биохимическим проявлениям болезни. Интересными и перспективными являются исследования, направленные на медикаментозную коррекцию выявленных нарушений при диссоциативном и гиперреактивном типах иммунного реагирования у больных с ИМ и изучение ее влияния на исходы заболевания и развитие осложнений.

## ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ РАДИОЛОГИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ

*Дунаев В.А.*

Харьковский Национальный Университет имени В. Н. Каразина  
Медицинский факультет, Харьков, Украина  
Научный руководитель: Авдосьев Ю.В., д.мед.н., кафедра хирургических болезней,  
оперативной хирургии и топографической анатомии

Актуальность. В конце XX и начале XXI века произошли коренные изменения в лечебно-диагностических алгоритмах большинства хирургических заболеваний, в том числе и метастатического рака печени. Однако к моменту диагностики заболевания радикальное удаление метастазов возможно лишь у 20-30% больных.

Для неоперабельных больных стандартом лечения остается системная полихимиотерапия, которая направлена на уничтожение или уменьшение объема опухоли, в том числе с целью достижения операбельного состояния. Главная цель паллиативного лечения неоперабельных больных направлена на увеличение продолжительности жизни, а также улучшение качества жизни.

Низкие показатели резектабельности метастазов печени явились стимулом для разработки более эффективных методов локорегионарной терапии, основанных как на использовании новых противоопухолевых препаратов, так и на совершенствовании путей их введения.

Дальнейший прогресс в клинической онкологии, помимо создания новых эффективных препаратов, связывают именно с применением локорегионарных и внутрисосудистых методов воздействия, положительные результаты которых широко обсуждаются в последние годы на различных конгрессах в Европе, Азии, Америке.

Цель и задачи исследования: оценить эффективность методов регионарной внутриартериальной химиотерапии и химиоэмболизации в лечении метастатического рака печени.

Материалы и методы. Проведен анализ внутриартериального лечения 219 больных в возрасте от 17 до 82 лет, находившиеся на лечении в ГУ «ИОНХ им. В.Т.Зайцева НАМНУ» по поводу метастатического рака печени разной этиологии за период с 2004 г. по 2017 г. Мужчин – 141 (64,3%), женщин – 78 (35,67%). Причинами метастатического поражения были: коллатеральный рак желудка – 109 (49,8%), рак желудка – 26 (11,9%), рак молочной железы – 19 (8,7%), рак поджелудочной железы – 22 (10,1%), рак почки – 14 (6,3%), прочие – 29 (13,2%). Синхронные метастазы печени были выявлены у 90 пациентов (41,0%), асинхронные у 129 (59,0%). Изолированное поражение правой доли печени – у 125 (57,1%); левой доли печени – у 17 (7,8%); обеих долей печени – у 77 (35,1%) больных. Все внутриартериальные вмешательства выполнялись в рентгеноперационной на ангиографическом аппарате. Для внутриартериальной химиоэмболизации использовались синтетические эмболы из PVA, микросферы и спирали, которые вместе с химиопрепаратом под рентгентелевизионным контролем вводились в опухолевые сосуды печени при помощи специальных проводников и кате-

теров. Всем больным было проведено в среднем от 2 до 5 курсов внутриа­териальной химиоэмболизации в зависимости от характера поражения печени. Оценка отдаленных результатов лечения больных проводилась с учетом критериев RECIST.

Результаты и их обсуждение. Технический успех катетеризации целевого сосуда составил 93,5% (без применения микрокатетеров – 87%; с применением микрокатетеров – 100%). Клинический успех (по RECIST) внутриа­териального лечения составил 86,1%, из них: полный ответ (опухоль по данным КТ или МРТ не определяется) – у 10,4%; частичный ответ (уменьшение опухоли в размерах) – у 29,6%; стабилизация процесса – у 46,1%; прогрессирование процесса – у 13,9% больных. Прогрессирование заболевания в отдаленном после внутриа­териального лечения периоде (увеличение в размерах опухоли) по нашим дан­ным было связано с развитием коллатерального кровоснабжения к опухолевому узлу из так называемых паразитарных артерий. Одним из методов лечения этих больных была повторная эмболизация выявленных артерий.

Среди специфических осложнений после внутриа­териального лечения следует отметить появление температурной реакции и более разной интенсивности в правом подреберье (так называемый постэмболизационный синдром), который был отмечен у всех больных. Осложнений после проведенного внутриа­териального лечения, потребовавшие выполнения полостных операций, не было.

Медиана выживаемости больных в зависимости от числа курсов лечения (по Каплан-Маеру) составила: 1 курс – 11 месяцев; 2 курса – 18 месяцев; 3 курса – 25 месяцев. Средняя продолжительность жизни –  $23,4 \pm 2,6$  мес.

Выводы. Факторами, влияющими на эффективность паллиативного внутрисосудистого лечения больных с метастатическим раком печени, являются размеры и тип васкуляризации опухоли, размер эмболов; эмболизация непосредственно целевого сосуда; число процедур внутриа­териальной химиоэмболизации у одного больного; развитие коллатералей и паразитарных артерий к опухолевому узлу.

Пути улучшения результатов паллиативного внутриа­териального лечения неоперабельных больных: внутриа­териальная терапия в комбинации с лучевой терапией, с методами локорегионарного воздействия на метастазы в печени (чрескожная инъекция этанола, радиочастотная абляция, лазерная фото- термо- деструкция, криохирургическое воздействие и др.).

## МОРФОЛОГИЯ И ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ

*Евтушенко А.Г.*

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина  
Медицинский факультет, кафедра анатомии человека; Харьков, Украина  
Научный руководитель: Полстяной А.А., ассистент кафедры анатомии человека

Актуальность. В настоящее время, в связи с расширением научно-технических возможностей медицины, повышается значение вариантной анато-

мии человека. При этом все ещё отсутствуют какие-либо обобщающие данные касательно вариантной анатомии некоторых анатомических структур. Так, в литературных источниках практически отсутствуют описания индивидуальных особенностей строения и формы подъязычной кости, за исключением разрозненных данных касательно изменчивости её размеров и формы больших рогов. В работах Ubelaker (1997), Kevin, Miller et al. (1998) отмечалась большая вариабельность её строения, которая не была отмечена в более ранних работах других авторов. Например, в наиболее крупном исследовании подъязычной кости (Гладышев, 1962) только лишь в единичных случаях из более чем 500 исследованных образцов автором приводится оценка её формы. Помимо этого, тема настоящего исследования характеризуется высокой практической значимостью для судебной медицины.

**Цель исследования.** Изучить морфологию и вариантную анатомию подъязычной кости. Определить варианты строения подъязычной кости.

**Материалы и методы.** Исследования проводились на препаратах подъязычной кости (n=84) взрослых людей. Выполнялось определение формы, поперечного сечения и асимметрии элементов подъязычной кости.

**Результаты.** В ходе изучения костных препаратов было установлено, что среди них можно выделить 4 основных варианта формы подъязычной кости: трапециевидную (43%), гиперболоидную (25%), параболоидную (14%), и ещё один неопределённую (18%), которая отличается формой внутреннего края самой кости. Было установлено, что тело подъязычной кости имеет преимущественно шестиугольное сечение (48%), значительно реже оно - прямоугольное (17%), прямоугольно-шестиугольное (12%), четырехугольное (14%) либо имеет другую форму (9%).

Выявлено, что тело подъязычной кости характеризуется наличием изгибов в 82% случаев среди изученных образцов, среди которых: во фронтальной плоскости кверху (31%), в горизонтальной плоскости кпереди (20,5%) или сочетание двух предыдущих вариантов (32,5%).

Большие рога подъязычной кости в 95% случаев изучаемой выборки превышают длину её тела. Наиболее часто отмечался вариант, когда они были уплощенными на всем своём протяжении (более 64%, в остальных случаях они характеризовались трёхгранным либо округлым сечением). Также было установлено, что большие рога обычно изогнуты в сагиттальной плоскости наверх (56%) и\или в горизонтальной плоскости во внутрь (54%).

У 92% изученных подъязычных костей было найдено асимметричное строение, проявляющееся в одном или нескольких визуальных признаках: асимметрия длины больших рогов (42%), их формы (35%), изгибы в сагиттальной плоскости (21,5%), ширина и форма тела кости (21,5%).

**Выводы.** Таким образом, установлено, что подъязычная кость имеет 4 основных варианта формы. Тело кости чаще шестиугольное, большие рога уплощены на всем протяжении. Асимметрии тела и больших рогов носят, преимущественно, односторонний характер.

## КОМПЛЕКСНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ ПРИ РЕЦИДИВІ ГОСТРОГО ГЕПАТИТУ В

*Єйсмонт О.В., Винокурова О.М., Цісельський Т.Р., Глущенко С.В.*

Харківський національний медичний університет, кафедра інфекційних хвороб  
Науковий керівник: Козько В.М., д.мед.н., професор, завідувач кафедри інфекційних хвороб

Парентеральні вірусні гепатити залишаються однією з проблем охорони здоров'я всіх країн. Актуальним є комплексне вивчення показників ліпідного обміну при гострому гепатиті В (HBV), а також при його рецидивах, які прогностично несприятливі в плані розвитку хронічного гепатиту з ускладненнями у вигляді цирозу й первинного раку печінки, що завдає великих соціально-економічних збитків.

Мета. Дослідження показників ліпідного обміну, зокрема простагландинів, жирних кислот у хворих на рецидив гострого гепатиту В.

Матеріали та методи дослідження. Діагноз HBV був верифікований за допомогою методів імуноферментного аналізу та полімеразної ланцюгової реакції. В сироватці крові визначався вміст неестерифікованих жирних кислот (профіль 13 ЖК), простагландинів (6 P<sub>g</sub>) газохроматографічним методом, а також рівень загальних ліпідів, холестерину, -ліпопротеїдів, тригліцеридів (загальноприйнятими методами). У 30 хворих спостерігався рецидив HBV (було проведено спостереження за хворими з динамічним контролем за клінічним перебігом, біохімічними показниками та маркерами HBV- інфекції протягом 1 року).

Результати досліджень та їх обговорення. Хворі цієї групи (рецидив HBV) скаржилися на загальну слабкість – 85%, анорексію – 73,5%, підвищення температури – 62%, нудоту – 50%, болісні відчуття в суглобах – 36,5%, біль голови – 36,5%, блювоту – 23%, диспепсію – 13%, шкірний висип – 10%; збільшення розмірів печінки виявлено у 88% хворих.

При рецидиві HBV відзначено (порівняно з розпалом хвороби) зниження вмісту (P<0,05) показників ліпідного обміну, які досліджувались: тригліцеридів, жирних кислот: капринової, гептадеканової, олеїнової, ліноленової, ейкозатрієнової, P<sub>g</sub>F1, P<sub>g</sub>E1, P<sub>g</sub>I2, а також спостерігалася тенденція до зниження вмісту -ліпопротеїдів, холестерину, ЖК: тридеканової, міристинової, пентадеканової, гептадеканолевої, пальмітинової, лінолевої, арахідонової та P<sub>g</sub>F2. Проте рівень показників ліпідного обміну, досліджених при рецидиві, зафіксовано дещо підвищеним в порівнянні з контрольною групою, причому вірогідно збільшеним був вміст загальних ліпідів, тригліцеридів, вільного холестерину, НЕЖК, ТxB2, P<sub>g</sub>F1, P<sub>g</sub>E2. При рецидиві хвороби досліджено різке збільшення концентрації P<sub>g</sub>E2 - у розпалі захворювання визначалися його сліди; крім того, спостерігалася тенденція до зниження вмісту P<sub>g</sub>E1 в сполученні з підвищенням P<sub>g</sub>E2. Нами виявлено зниження при рецидиві HBV співвідношення 6-keto-P<sub>g</sub>F1/ ТxB2 до 0,21.

Не виключено, що зафіксоване зниження вмісту ЖК при рецидиві хвороби відбувається через виснаження системи їх синтезу. Щодо виявленого збільшення вмісту P<sub>g</sub>E2 при рецидивах треба враховувати, що P<sub>g</sub>E2 у великих кількостях поглинається лімфоцитами й інгібує антитілозалежну цитотоксичність клітин-кілерів; при надлишку P<sub>g</sub>E2 у сполученні з дефіцитом P<sub>g</sub>E1 можлива активація В-лімфоцитів й пригнічення функції Т-лімфоцитів, що може надалі призвести до



фіброзу печінки. Це підтверджує думку про несприятливий прогноз рецидивів з огляду на сучасні уявлення щодо перебудови метаболічних процесів печінки в напрямку активації фіброгенезу як основи розвитку хронічного гепатиту.

Висновок. Виявлено динаміку зменшення ( $P < 0,05$ ) активності простагландинів PgF1, Pgl2, PGE1, вільних жирних кислот C10, C17, C18:1, C18:3, C20:3, тригліцеридів у сироватці крові хворих при рецидивах HBV.

## ВАДИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНУ

Єськова К.О.

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

Наукові керівники: Яблучанський М.І., д.мед.н, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини; Штельмах В.О., асистент кафедри внутрішньої медицини; Водяницька Н.А., к.мед.н, доцент кафедри внутрішньої медицини

Актуальність. Аортальні вади (АВ) складають 15-20% всіх набутих вад серця. За даними літератури, причинами виникнення всіх АВ серця (80%) є ревматизм, бактеріальний ендокардит, атеросклероз. У чоловіків, в 3-5 разів частіше зустрічається ураження аортального клапану (АОК), ніж у жінок. Відповідно до прийнятої класифікації розрізняють стеноз, недостатність і комбінована вада АОК (стеноз і недостатність одночасно). Оцінка ступеня стенозу і недостатності АОК при їх поєднанні є важливим і важким завданням (Wood, 1958; Abelmann, 1959). Судинні ознаки і їх вираженість орієнтують на переважання стенозу або недостатності в порушенні гемодинаміки аортального кровотоку. Наявність виражених ознак недостатності АОК свідчить про переважання цього пороку.

Мета. Розглянути аспекти діагностики, складності в постановці діагнозу, медикаментозне ведення пацієнтів з АВ і супутньою патологією в кардіологічній клініці на прикладі клінічного випадку.

Наш пацієнт, чоловік 53 років, черговий по залу залізничного вокзалу, спрямований в кардіологічне відділення з діагнозом неускладнений гіпертонічний криз. При надходженні пацієнт пред'являв скарги на ангінозний біль 3 функціонального класу, задишку, перебої в роботі серця, набряки гомілок. В анамнезі у пацієнта коморбідність - гіпертонічна хвороба (ГБ), ІХС: стенокардія, аортальна недостатність, цукровий діабет, хронічний пієлонефрит, хронічний неерозивний гастрит. Пацієнту було проведено повне клініко-лабораторне обстеження, а також коронарорентрокулографію (КВГ). Специфічним методом діагностики, який підтвердив наявність у пацієнта діагноз комбінована вада аортального клапана з переважанням недостатності була ЕхоКГ з Допплер-ефектом. На ЕхоКГ виявлено: клапанний стеноз гирла аорти (площа відкриття стулок клапана 3,0 кв.см, градієнт тиску на АОК 34 мм рт.ст). Дилатація всіх порожнин серця (ліве передсердя 40,1 мм; праве передсердя 42,2 мм; КДД 64,3 мм; КСД 43,9 мм; правий шлуночок 28,3 мм). Гіпертрофія міокарда лівого шлуночка (ЛШ) за ексцентричного типу (ЗСЛЖд 13,1 мм; МЖП 10,8 мм). Фізіологічна регургітація на мітральному і трикус-

тулковому клапанах. Показники скоротливості міокарда і насосної функції лівого шлуночка збережені. EF = 63%. Клінічний діагноз: ішемічна хвороба серця: стабільна стенокардія напруги III функціональний клас. Багатосудинне стенозуюче атеросклеротичне ураження коронарних артерій (КВГ 19/05/2016). Надшлуночкова екстрасистолія. Одиничний пароксизм фібриляції передсердь. CHADS-VASc-4, HAS- BLEED- 1. Атеросклеротична комбінована вада аортального клапана з переважанням недостатності. Гіпертонічна хвороба III стадії 2 ступеня. Неускладнений гіпертонічний криз (01/12/2016). СН II Б стадія. NYXA III функціональний клас. Дуже високий додатковий кардіоваскулярний ризик. Супутні: Цукровий діабет II тип. ХХН 3 стадії.

Рекомендоване немедикаментозне лікування (модифікація способу життя, дієта №9, обмежене вживання кухонної солі, вживання води в кількості з розрахунку 20 мл/кг під контролем маси тіла, обмеження надмірних фізичних навантажень) і медикаментозне лікування (торасемід 10мг за вимогою, небівалол 5мг ввечері, периндоприл 4мг вранці, розувастатин 10мг, метформін 1500мг), пацієнт виписаний під спостереження кардіолога за місцем проживання.

Висновки. Згідно з даними статистики, вади АОК тривало залишаються компенсованими. Після появи симптомів (стенокардія, задишка, серцева недостатність) середня тривалість життя становить 4-5 років. Важливим є своєчасна діагностика АВ і правильний медичний супровід пацієнта в подальшому. Показанням до оперативної корекції недостатності АОК є КСД більш 55мм. При КСД менш 50мм рекомендовано консервативне лікування і спостереження з контролем кожні 4-6 місяців.

## РОЛЬ ОКСИДА АЗОТА В ФОРМИРОВАНИИ ЭНДОГЕННОЙ СУБАТРОФИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА У БОЛЬНЫХ УВЕИТОМ

*Жадан Ю.Г.*

Харьковский национальный университет имени В.Н.Каразина  
Медицинский факультет

Харьковский национальный медицинский университет  
Харьков, Украина

Научные руководители: Храмова Т.А., к.мед.н., доцент кафедры анатомии человека  
ХНУ имени В.Н.Каразина, врач-офтальмолог;

Панченко Н.В., д.мед.н., профессор кафедры офтальмологии ХНМУ, врач-офтальмолог

Введение. Увеиты и их последствия считаются основной причиной инвалидности по зрению и слепоты на территории Российской Федерации и Украины. По данным исследователей, патология сосудистой оболочки занимает одно из ведущих мест. Статистика увеитов в офтальмологии составляет примерно от 5 до 40%. При внутриутробном развитии увеитов их встречаемость достигает 44%. Субатрофия глазного яблока является одним из тяжелых осложнений заболевания сосудистого тракта. Основное число больных с субатрофией глазного яблока составляют лица молодого возраста: до 40 лет – 78-92,6% больных (в т. ч. детей -

34,3%), для которых большое значение имеет сохранение глаза – как в функциональном, так и в косметическом отношении. Субатрофия служит наиболее частой причиной удаления глаз после травмы и в настоящее время достигает 32,9%. Встречаемость субатрофии глазного яблока при эндогенных увеитах составляет 20-30%. Факторы, влияющие на развитие субатрофии глазного яблока при увеитах, нельзя считать до конца изученными. Можно выделить основные причины развития данного заболевания – изменения в стекловидном теле и гипотония. Однако остаются невыученными метаболические нарушения у пациентов с увеитами, осложненными субатрофией глазного яблока.

**Цель исследования.** Установить роль оксида азота в развитии увеита, осложненного субатрофией глазного яблока на основе данных, полученных на экспериментальных моделях субатрофии глазного яблока вследствие увеита (патент UA 24841).

**Материалы и методы.** В ходе исследования были использованы биохимические методы, с помощью которых у экспериментальных животных был оценен уровень оксида азота по его конечным продуктам, т.к. оксид азота является неустойчивым соединением, срок жизни которого не превышает доли секунды. Так, в эксперименте определяли наличие стабильных метаболитов оксида азота в крови – нитраты и нитриты (Киселик И.А., 2001).

**Результаты исследования.** Во время обострения воспалительного процесса было установлено повышение уровня нитратов и нитритов в сыворотке крови ( $20,7 \pm 1,5$  мкмоль/л) на 79,7% по отношению к контрольной группе ( $11,2 \pm 1,1$  мкмоль/л), ( $p < 0,05$ ). В период «затухания» воспалительного процесса наблюдалось снижение уровня нитратов и нитритов до  $18,3 \pm 1,3$  мкмоль/л, однако их содержание в сыворотке крови не достигало нормы до момента выведения животных из эксперимента ( $14,8 \pm 1,1$  мкмоль/л).

**Выводы.** На территории Российской Федерации и Украины увеиты и их последствия считаются основной причиной инвалидности по зрению и слепоты. В ходе исследования нами установлена гиперпродукция оксида азота, которая проявлялась в повышении его конечных продуктов метаболизма. Эксперимент показал прямую зависимость метаболических факторов на развитие субатрофии глазного яблока у пациентов, больных увеитом.

## **ЦИТОГЕНЕТИКА РАКУ. НОВІ ПІДХОДИ У ВИЗНАЧЕННІ ХРОМОСОМНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ В ЛІМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ ОНКОХВОРИХ**

*Жураховська О.В., Мельник О.О.*

Вінницький національний університет імені М.І. Пирогова

Медичний факультет №2, Вінниця, Україна

Науковий керівник: Шкарупа В.М., к.мед.н., завідувач кафедри медичної біології

**Вступ.** Підвищений рівень аберацій хромосом в соматичних клітинах людини вважається фактором ризику канцерогенезу [Radford I.R., 2000; S. Bonassi et al., 2004]. Разом з тим, аналіз даних літератури вказує на неоднозначність зв'язку

між частотою аберацій хромосом в лімфоцитах периферичної крові людини та захворюванням на рак при різних етіологіях, зокрема при раку щитоподібної залози (РЩЗ). При вивченні цитогенетичних аспектів канцерогенезу останнім часом привертає увагу не тільки виявлення підвищеного рівня аберацій хромосом, але й з'ясування механізмів їх виникнення. Одним з нових підходів у цьому напрямку може бути статистичний аналіз поклітинного розподілу аберацій.

**Мета.** Аналіз особливостей поклітинного розподілу аберацій хромосом в культурі лімфоцитів периферичної крові хворих на РЩЗ.

**Матеріали і методи.** Аналіз ретроспективних даних літератури щодо хромосомної нестабільності в лімфоцитах периферичної крові хворих на РЩЗ. Верифікація даних щодо поклітинного розподілу аберацій. Статистичний аналіз на відповідність експериментальних даних розподілам Пуасона (П), геометричного (Г) та їх компаунду (П+Г) і визначення параметрів моделей.

**Результати.** Аналіз даних літератури свідчить про відсутність однозначної відповіді щодо підвищення рівня частоти хромосомних аберацій в лімфоцитах периферичної крові у хворих на РЩЗ. При цьому зустрічаються лише поодинокі роботи в яких проводили аналіз поклітинного розподілу аберацій. І лише в декількох з них наведені результати дозволяють провести статистичний аналіз поклітинного розподілу аберацій. В більшій кількості публікацій існує можливість верифікації даних щодо поклітинного розподілу аберацій у здорових осіб. За результатами досліджень в українській популяції [Shkarupa V.M., 2016] середньогрупова частота пошкоджень хромосом в лімфоцитах хворих на РЩЗ та здорових осіб достовірно не відрізнялись (3,73 та 2,61 аберацій/100 клітин, відповідно). Статистичний аналіз виявив, що найбільш адекватно поклітинний розподіл аберацій хромосом у хворих на РЩЗ описувався не одним з дискретних розподілів - Пуасонівським (П) чи геометричним (Г), а їх компаундом (П+Г). В основі останньої моделі лежить припущення про існування двох субпопуляцій клітин. В одній – розподіл Пуасонівський, що описує випадки рідких незалежних подій (саме такий розподіл найбільш характерний при спонтанному мутагенезі у здорових осіб та при радіаційному мутагенезі). В іншій – розподіл геометричний, що описує випадки коли поява одного пошкодження може призводити до пошкоджень в інших локусах геному. Вважають, що такий тип розподілу є наслідком мутацій в генах, які відповідають за репарацію та реплікацію [Чеботарев А.Н., 2000]. Частка субпопуляції клітин з Г-розподілом для хворих на РЩЗ становила 18,92%, в контрольній групі - 5,8%. Аналогічні результати були отримані при статистичному аналізі даних, отриманих в португальській популяції [O.M. Gil et al., 2000] – теоретично очікувана частка субпопуляції з Г розподілом становила 16,8%. При цьому загальна частота аберацій у онкохворих і в контрольній групі достовірно не відрізнялись (1,68 та 2,20 аберацій/100 клітин, відповідно). В усіх досліджених випадках частота аберацій в Г-субпопуляції ~ на 2 порядки перевищувала таку в П-субпопуляції. При цьому слід зазначити, що за результатами статистичного аналізу ретроспективних даних літератури щодо здорових осіб, частка Г-субпопуляції в більшості випадків не перевищувала 1-2%, що вказує на підвищений рівень «прихованої» хромосомної нестабільності у хворих на РЩЗ.

**Висновки.** Популяція лімфоцитів периферичної крові хворих на РЩЗ характеризується високою, порівняно із здоровими особами, теоретично очікуваною

часткою субпопуляції клітин з підвищеним рівнем хромосомної нестабільності (з геометричним типом поклітинного розподілу), в якій виникнення аберацій має не випадковий характер. Значне переважання частки субпопуляції з Пуасонівським типом розподілу, обумовлює те, що по критерію загальна частота аберацій для всієї популяції лімфоцитів виявлені закономірності не завжди верифікуються.

## КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З КОМПРЕСІЙНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТІЛ ХРЕБЦІВ НА ФОНІ СИСТЕМНОГО ОСТЕОПОРОЗУ

*Завгородній А.С.*

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

<sup>2</sup> ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України»  
м. Харків, Україна

Наукові керівники: <sup>1</sup> Голка Г.Г., д.мед.н., професор, завідувач кафедру травматології та ортопедії ХНМУ,

<sup>2</sup> Попов А.І., к.мед.н., <sup>1</sup> Істомін Д.А. ас.

Актуальність. Остеопороз – поширене, по всьому світу, метаболічне захворювання скелету, що характеризується зниженням маси кісткової тканини, порушенням її мікроархітекτονіки з подальшим зниженням міцності кістки і підвищенням ризику переломів. В даний час в Україні остеопорозом страждає 2,5 млн. жінок і 900 тис. чоловіків, 50% внаслідок захворювання стають інвалідами, 20% помирають від ускладнень цієї хвороби.

Задачі: Домогтися найбільшої ефективності у лікуванні хворих с компресійними переломами тіл хребців на фоні системного остеопорозу.

Мета роботи: Визначити варіанти лікування пацієнтів з остеопоротичними переломами хребта.

Матеріали та методи її виконання. Проведено ретроспективний аналіз власних клінічних спостережень з діагностики та комплексного лікування 91 хворого. Проаналізовано літературні джерела, з лікування компресійних переломів тіл хребців (КПТХ) на тлі остеопорозу за останні 10 років.

Отримані результати. Діагноз ставили на підставі клінічних проявів, у вигляді больового синдрому з локалізацією і характерною іррадіацією в залежності від рівня пошкодження. Пацієнтам проводили рентгенографію хребта в двох проекціях, комп'ютерну томографію хребта, денситометричне дослідження кісток. Біохімічні дослідження показників сполучної тканини (лужна фосфатаза, її кістковий ізофермент, концентрація кальцію і фосфору, концентрація хондроїтинсульфатів).

Патогенетичну терапію спрямовували на інгібування резорбції кісткової тканини і на стимуляцію кісткоутворення. Застосовували бісфосфонати (золедронову кислоту в дозі 5 мг внутрішньовенно 1 раз на рік), препарати кальцію (кальцемін-адванс в дозі 1 таб. 1 раз в день всередину 30 днів) і вітамін D.



Хірургічне лікування. Пункційна вертебропластика (ПВ), метод спрямований на відновлення висоти тіл хребців, підвищення їх міцності, забезпечення стабілізації і запобігання збільшенню деформації. Принцип втручання полягає у введенні композиту (кісткового цементу і біоактивної кераміки) в тіло ураженого хребця. При цьому композит поширюється по губчастій тканині хребця і, в міру полімеризації, забезпечує зміцнення ураженого хребця.

В ДУ «ІПХС ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України» проводилося лікування 91 хворого (з сумарним ураженням 188 хребців). Всім була проведена ПВ. 51 пацієнту (56%) додатково призначали золедронову кислоту в дозі 5 мг внутрішньовенно 1 раз на рік. Повторний огляд був проведений у 64 (70,3%) хворих, з них 42 (перша група) після введення золедронові кислоти 5 мг і 22 (друга група) після застосування різних препаратів симптоматичної терапії. Результати у 40 пацієнтів першої групи (95,2%) можна оцінити, як хороші і у 2 – як задовільні, а у 19 хворих другої групи (86,4%) можна оцінити, як хороші ( $p < 0,05$ ) і у 3 – як задовільні. З них у 2 хворих спостерігалось погіршення показників, з'явилися нові деформації тіл хребців.

Висновки: Основу комплексного лікування пацієнтів з переломами тіл хребців внаслідок системного остеопорозу становить своєчасна діагностика, коректне консервативне і хірургічне лікування. Метод пункційної вертебропластики в поєднанні з медикаментозною терапією (золедронічна кислота по 5 мг внутрішньовенно 1 раз на рік) дозволяє скоротити час перебування пацієнта в стаціонарі (до 2 днів) і домогтися забезпечення стабілізації хребця і запобігання

збільшенню деформації у більшій частині випадків, ніж при виконанні пункційної вертеброластики в комбінації з використанням препаратів симптоматичної терапії.

## РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КОРРИГИРУЮЩИХ ТАКТИК НЕКОТОРЫХ СОСТОЯНИЙ БОЛЬНЫХ С ДЦП В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ УСЛОВИЯХ

*Иванищенко К.И.*

Харьковский национальный медицинский университет  
Медицинский факультет №3, Харьков, Украина  
Научный руководитель: Кириченко М.П. к.мед.н., доцент кафедры  
физической реабилитации и спортивной медицины

Актуальность темы. За последние годы уровень инвалидности среди детей значительно вырос. Детский церебральный паралич является одним из самых распространённых непрогрессирующих невротических расстройств ЦНС. Он развивается в результате повреждения головного мозга на ранних этапах онтогенеза. По состоянию на 2016 год в Украине насчитывается более 20 тысяч детей и подростков страдающих ДЦП. Ведущее место в развитии детской инвалидности занимают психоневротические расстройства, болезни нервной системы и органов чувств. Непрерывный рост количества детей с неврологической патологией и значительные социальные последствия определяют детский церебральный паралич, как серьёзную медико-социальную проблему и обуславливают необходимость разработки оптимальной модели реабилитации на основе комплексного сочетания существующих методик.

Цель исследования. Анализ эффективности существующих реабилитационных методик при ДЦП в специализированных условиях.

Для проведения ретроспективного анализа были поставлены следующие задачи:

1. Изучить особенности неврологического статуса и данных нейрофизиологических методов исследования у детей со спастическими формами ДЦП с нарушениями моторики, речи и практических навыков.

2. Оценить комплексные реабилитационные методики для детей с неврологической патологией в виде нарушения моторики, речи, практических навыков, включая приемы интенсивной нейрофизиологической реабилитации.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 5 детей с диагнозом ДЦП в возрасте от 7 до 12 лет с разной степенью выраженности расстройств моторики, речи и практических навыков, проходивших одинаковый курс лечения в «Международной клинике восстановительного лечения» профессора В.И. Козьявкина по системе интенсивной нейрофизиологической реабилитации.

Был осуществлен сбор анамнеза с акцентом на развитие опорно-двигательного аппарата, моторики, речи и практических навыков этих детей на первом году жизни. Реабилитация включала в себя медицинский массаж (в том

числе логопедический), биомеханическую коррекцию позвоночника, мобилизацию суставов конечностей, рефлексотерапию, мобилизирующую гимнастику, ритмическую гимнастику, механотерапию, восково-парафиновые аппликации и апитерапию.

Все пациенты были обследованы до и после курса реабилитации в соответствии с разработанным диагностическим алгоритмом, включая шкалы глобальных моторных функций GMFCS (Gross Motor Function Classification System) и функционирования верхних конечностей MACS (Manual Ability Classification System).

Результаты. После прохождения курса лечения по системе интенсивной нейрофизиологической реабилитации у всех детей, находившихся под наблюдением, было отмечено снижение мышечного тонуса, увеличение объема пассивных движений в суставах конечностей. У 2-х детей (40%) наблюдалось стойкое улучшение тонкой моторики рук, качество ходьбы улучшилось у 3-х пациентов (60%), у 1-го ребенка (20%) значительно улучшились вегетативные функции.

Выводы. 1. Отмечается высокая эффективность корригирующих тактик реабилитации пациентов с детским церебральным параличом.

2. Комплексная интенсивная нейрофизиологическая реабилитация должна проводиться в специализированных условиях.

## ФЕНОТИП ВОЛОС, КАК ВАЖНЕЙШИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ МАРКЕР В ДИАГНОСТИКЕ ТРИХОРИНОФАЛАНГЕАЛЬНОГО СИНДРОМА I ТИПА

*Исаева Я.А.*

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина  
Медицинский факультет, Харьков, Украина  
Научный руководитель: Овчаренко Ю.С., профессор кафедры общей  
и клинической иммунологии и аллергологии

Трихоринофалангеальный синдром I типа (ТРФС I) (TRPSI, электронная база данных «Менделевское наследование у человека» [OMIM № 190350]) – это редкое аутосомно-доминантное заболевание, вызванное мутацией в гене TRPS1. Синдром характеризуется медленным ростом волос, черепно-лицевыми изменениями и ортопедическими аномалиями. Здесь представлен случай 25-летней женщины, обратившейся с жалобой на выпадение волос. В ходе дальнейшего осмотра выявлено наличие черепно-лицевых признаков, характерных для ТРФС I. Описание этого случая подчеркивает важность фенотипа волос для диагностики синдрома и указывает на то, что при работе с пациентами, демонстрирующими тяжелую алопецию, развившейся в молодом возрасте, необходимо всегда учитывать возможность наличия врожденного заболевания волос. Типичная клиническая феноменология ТРФС I включает в себя нарушения роста волос, аномалии некоторых лицевых структур (нос, верхняя губа, уши), а также изменения в костях скелета – в основном дистальных отделах конечностей ("конусообразные" средние фаланги пальцев рук и ног, вследствие конусообразной деформации



ции эпифизов). Другие симптомы включают аномалии зубов, аномальные искривления спины (сколиоз, лордоз), деформации грудной клетки, и другие отклонения. Однако симптомы ТРФС I и их выраженность могут варьировать от случая к случаю. Основной ген, связанный с ТРФС I, расположен на длинном плече 8-й хромосомы (8q24.12), но также, несколько других генных аномалий были обнаружены у пациентов с этим синдромом. В работе описывается клинический случай пациентки с ТРФС I, родившейся в украинской семье, члены которой не состоят в кровном родстве. Наблюдаемый на голове пациентки рост коротких и редких волос наиболее отчетливо выражен в височной области и в срединной области затылка, где он принял уникальную треугольную форму. Среди дополнительных признаков: поредение бровей в латеральных зонах, клювовидный нос с длинным губным желобком и характерной поперечной складкой носа («складка алергика»), утолщенные проксимальные межфаланговые суставы и короткие пальцы ног. Несмотря на наличие других проблем со здоровьем, связанные с ТРФС I у этой больной, главные ее жалобы были связаны с состоянием волос, что подчеркивает значимость их влияния на качество жизни. Некоторые клинические признаки ТРФС I могут имитировать стандартный паттерн потери волос, характерный для андрогенетической алопеции, как и в случае нашей пациентки. Данный факт подчеркивает важную роль специалиста-дерматолога в диагностике этого синдрома. Диагноз нашей пациентке был поставлен в относительно позднем возрасте, это позволяет предположить, что имеющиеся данные об уровне заболеваемости ТРФС I, вероятно, не отражают реальное положение вещей, и дерматологам при обследовании новых пациентов следует рассматривать возможность наличия этого синдрома. Своевременная диагностика этого синдрома поможет нам приобрести знания о природе генных мутаций лежащих в его основе и это может стать основой для генетической терапии в будущем.

## **ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ МИОКАРДИАЛЬНЫМ МОСТИКОМ У ПАЦИЕНТА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

*Каминский С.В., Синиченко Е.С., Внукова А.С.*

Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина  
Медицинский факультет, Харьков, Украина.

Научные руководители: Яблучанский Н.И., д.мед.н., профессор,  
заведующий кафедрой внутренней медицины; Рыбчинский С.В., ассистент

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) является одной из наиболее распространенных форм нарушений сердечного ритма, однако у молодых людей до 25 лет практически не встречается. В последние два десятилетия наблюдается рост частоты возникновения данной патологии у населения, в том числе и у молодых лиц. Миокардиальный мостик (ММ) часто ассоциирован с данной аритмией. ММ-это врожденная патология развития коронарных артерий, при которой часть артерии проходит в толще миокарда и может пережиматься во время его

работы, что является причиной развития стенокардии, инфаркта миокарда, предсердных и желудочковых аритмий, а также внезапной смерти.

Цель работы - показать особенности ведения молодого пациента с ФП в сочетании с миокардиальным мостиком.

Клинический случай. Больной М., 26 лет, поступил с жалобами на учащение ритма с ЧСС 80-90 уд/мин в покое, перебои в работе сердца, сердцебиение, периодические резкие жгучие боли за грудиной на фоне учащения пульса и при выполнении тяжелых физических нагрузок, купирующиеся самостоятельно в течение 2 мин, головокружение, общую слабость. Считает себя больным с февраля 2013, когда впервые возникли вышеперечисленные жалобы. Обратился в мед. пункт по месту учебы, где на ЭКГ зафиксировали тахисистолический вариант ФП, был госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии 27 Городской клинической больницы (ГКБ). Сердечный ритм был восстановлен медикаментозно с помощью амиодарона (400 мг в/в в течение часа, далее по 50 мг/час в течение суток). В феврале 2015 во время занятий спортом ощутил сердцебиение, учащение пульса, головокружение. С вновь возникшей ФП был госпитализирован в 17 ГКБ, где медикаментозно амиодароном (по аналогичной схеме) был восстановлен синусовый ритм. Проведено комплексное обследование, в т. ч. на содержание наркотических веществ в крови пациента. Следующий рецидив ФП 05.05.2016 после употребления алкоголя. Приступ купирован амиодароном, рекомендована консультация кардиохирурга-аритмолога. 25.05.2016 госпитализирован в ХНИОНХ, где 27.05.2016 пациенту проведена радиочастотная абляция (РЧА) с изоляцией легочных вен, линейная абляция по крыше ЛП. На данный момент на ЭКГ у больного сохраняется синусовый ритм.

Из анамнеза известно, что пациент не всегда строго соблюдает прием препаратов, после пропуска приема пьет двойную дозу. При увеличении дозы препарата биспролол более 2.5мг-снижается АД, возникает головокружение, слабость.

Результаты исследования. Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное, положение активное, кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розовой окраски, цианоза нет, отеков нижних конечностей нет. Щитовидная железа визуально не определяется, четко не пальпируется, безболезненная. Сердечная деятельность ритмична, тоны приглушены, ЧСС=Ps=95, АД на обеих руках 110/70 мм рт.ст. Лабораторные исследования: Hb-169 г/л (N 130-160 г/л), Холестерин крови общий-5,8 ммоль/л (N 3,1-5,2 ммоль/л), ЛПВП-1,61 ммоль/л (N>1,68 ммоль/л), ТТГ-2.1 мкМЕдмоль/л (N 0,23-3,4мкМЕдмоль/л), Т4св.-16,8(N 10-23,2 пмоль/л). ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 83 уд/мин, нормальное положение ЭОС, одиночная предсердная экстрасистола, неполная блокада ПНПГ. Мультидетекторная КТ-ангиография коронарных артерий (04.04.2015): выявлен ММ левой передней нисходящей артерии (7,8 сегмент). Пациент был направлен на ВЭМ, но исследование провести не удалось в связи с повышением ЧСС свыше 110 уд/мин, что является относительным противопоказанием к проведению ВЭМ.

Клинический диагноз: ИБС, стенокардия напряжения ФК 1. Миокардиальный мостик. Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма, тахисистолический вариант. Пароксизм фибрилляции предсердий (05.05.2016). РЧА

(27.05.2016). СН 0 ст. Проведено лечение в стационаре: дабигатран (110 мг 2 р/д) и бисопролол (1,25 мг 1 р/д). Рекомендовано: соблюдение диеты, бисопролол по 2,5 мг в сутки (при переносимости препарата увеличить до 2,5-5 мг под контролем АД и ЧСС), омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты по 1 капс. в сутки, физические нагрузки-неспешный бег, плавание.

Выводы. В повседневной практике врача-кардиолога редко можно встретить пациентов младше 30 лет с выраженной ФП. В данном клиническом случае отображены особенности течения и методы диагностики ФП с сопутствующим миокардиальным мостиком у молодого пациента после радиочастотной аблации.

## СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ У ДІТЕЙ

*Капсомун В.В.*

Одеський національний медичний університет

Медичний факультет, кафедра дитячих інфекційних хвороб

Науковий керівник: Харченко Ю.П., д.мед.н., професор, завідувач кафедрою дитячих інфекційних хвороб

Актуальність. Щорічно в Україні реєструється близько 150 000 випадків захворювання на вітряну віспу. На сьогодні вітряна віспа займає одне з провідних місць серед інфекційних хвороб дитячого віку з повітряно-крапельним механізмом передачі збудника, поступаючи за поширеністю лише грипу та кишковим інфекціям. Найчастіше захворювання має типовий перебіг, та в 1 із 50 випадків захворювання спостерігаються ускладнення, серед яких найбільш тяжкими є пневмонія та енцефаліт. Летальність у разі захворювання на вітряну віспу у дітей складає близько 2 на 100 тис. випадків.

Метою дослідження стало вивчення особливостей сучасного перебігу вітряної віспи у дітей в одеському регіоні за період 2015-2016 років.

Дослідження проводилося на базі Одеської міської клінічної інфекційної лікарні. Було обстежено 147 хворих, віком від 18 днів до 18 років з діагнозом вітряна віспа. З них 41 дитина віком до 3-х років, 26 дітей - до року. Діагноз встановлювався переважно на підставі клінічних та епідеміологічних даних. Тяжкість захворювання оцінювалась за ступенем вираженості основних синдромів (інтоксикації та екзантеми) і наявності ускладнень. Серед госпіталізованих дітей тяжкий перебіг спостерігався в 21,8% випадків (32 дітей), середньотяжкий в 71,4% (105 дітей), та в 6,8% (10 дітей) спостерігалася легка форма. Рясний висип спостерігався в 25,6% випадків. Температура тіла характерно підіймалася під час підсипань, та переважно не перевищувала субфебрильних значень. Перебіг захворювання у більшості хворих був сприятливим, однак у 22 дітей (15%) спостерігалися ускладнення. Серед ускладнень вітряної віспи у дітей, потенційно небезпечних в плані несприятливих наслідків хвороби, на сьогодні чільне місце належить флегмонозним ураженням підшкірних м'яких тканин різних ділянок тіла, енцефаліт, менінгоенцефаліт, пневмонія, стрептодермія, пієлонефрит. Надання своєчасного адекватного лікування сприяє легшому перебігу захворювання та попереджає розвиток ускладнень.

## ИЗМЕНЕНИЯ В УЛЬТРАМИКРОСКОПИЧЕСКОМ СТРОЕНИИ ЖГУТИКОВ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СНИЖЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ СПЕРМАТОЗОИДОВ

*Кварацхелія Н.Д.*

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Медичний факультет, Харків, Україна

Науковий керівник: Борозенець В.В., ассистент кафедри загальної та клінічної патології

Актуальность темы: В современном мире приблизительно 15% сексуально активных пар не достигают беременности в течение 1 года и обращаются за помощью по этому поводу. У половины (50%) бездетных пар бесплодие связано с «мужским фактором», проявляющимся отклонениями в параметрах эякулята. Одним из причинных факторов мужского бесплодия выявляется снижение подвижности сперматозоидов (астенозооспермия), который связан с изменениями в строении жгутиков.

Материалы и методы: Изучение и анализ существующих изменений в строении жгутиков и ресничек были выполнены путем анализа данных литературных источников.

Результаты: Согласно рекомендациям «WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen» используется простая система градации подвижности сперматозоидов:

1. Прогрессивно-подвижные (PR, progressive motility): сперматозоиды, двигающиеся активно, либо линейно, либо по кругу большого радиуса, независимо от скорости.

2. Непрогрессивно-подвижные (NP, non-progressive motility): все другие виды движений с отсутствием прогрессии, то есть плавающие по кругу небольшого радиуса, жгутик с трудом смещает головку или когда наблюдают только биение жгутика.

3. Неподвижные (IM, immotility): отсутствие движения, которая позволяет различать сперматозоиды с прогрессивным и непрогрессивным движением и неподвижные сперматозоиды.

По предложению ВОЗ эякулят считается нормальным, если доля прогрессивно-подвижных сперматозоидов будет не менее 32%.

Подвижность сперматозоида напрямую связана со строением жгутика. Жгутик представляет собой тонкий вырост на поверхности клетки, одетый клеточной мембраной и содержащий аксонему — совокупность микротрубочек. Аксонема формируется путём самосборки. Матрицей для сборки служит центриоль или базальное тельце. Аксонема состоит из 9 периферических пар микротрубочек и двух расположенных центрально одиночных микротрубочек. В каждой периферической паре различают субфибриллу А, содержащую 10–11 тубулиновых протофиламентов, и субфибриллу В, содержащую 13 протофиламентов. С субфибриллой А связаны наружные и внутренние ручки. В их состав входит белок динеин, содержащий 2–3 глобулярные головки, соединённые с гибкой фибриллярной частью молекулы. Основание фибриллярной части вплетено в микротрубочку (А-субфибрилла). Глобулярная головка обладает АТФазной активностью.

При расщеплении АТФ она скользит по поверхности микротрубочки (В-субфибрилла) соседней пары по направлению к её (-) -концу. Аксонема – основной структурный элемент реснички и жгутика.

Дефекты ресничек и жгутиков проявляются отсутствием в аксонеме динеиновых ручек, центральной капсулы или центральных микротрубочек. Эти дефекты проявляются при синдроме неподвижных ресничек, возможно развитие рецидивирующего хронического бронхита и синусита. Более половины больных с подобным синдромом имеет situs viscerus inversus -транспозицию внутренних органов (сердце справа, печень слева и т.д.), что в совокупности описывает синдром Картагенера.

Выводы: Анализ литературных данных показал прямую зависимость снижения подвижности сперматозоидов с патологией и изменения в строении аксонемы, которые обусловлены потерей функций динеиновых ручек.

## МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНОВИАЛЬНЫХ ОБОЛОЧЕК СУСТАВОВ И ПРИМЕРЫ ИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ

*Кизюрина Ю.В.*

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина

Медицинский факультет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Проценко Е.С., д.мед.н., профессор, заведующая кафедрой общей и клинической патологии; Шаповал Е.В., доц.мед.н.

Актуальность темы. Всемирная Организация Здравоохранения первое десятилетие 21 века провозгласила "декадой костей и суставов". Существует множество заболеваний, при которых наблюдается суставной синдром (боли в суставах, поражение их структур). Развитие патологических изменений суставных тканей может привести к необратимой утрате функции пораженного сустава, ампутации конечностей и даже послужить причиной смерти пациента.

Целью исследования было изучение морфологии и функций синовиальных оболочек суставов и возможных нарушений их нормального строения.

Материалы и методы. Изучение микроскопического строения и функции синовиальных оболочек суставов и их морфологических изменений при некоторых видах патологии проводилось на основе анализа данных литературных источников.

Полученные результаты. Суставная сумка образована двумя оболочками - наружной фиброзной и внутренней синовиальной. Фиброзная оболочка образована плотной волокнистой соединительной тканью, которая переходит в надкостницу. Во многих суставах в ней можно выделить внутренний слой с преимущественно продольным расположением коллагеновых волокон и наружный слой, содержащий волокна, ориентированные циркулярно. Синовиальная оболочка выстилает изнутри суставную сумку за исключением суставных поверхностей,

покрытых хрящом. В отдельных участках она образует синовиальные складки и выпячивания - синовиальные ворсинки. Синовиальная оболочка может вплотную прилежать к фиброзной оболочке, либо отделяться от нее слоем рыхлой волокнистой соединительной или жировой ткани. При повреждении она обладает высокой способностью к регенерации. Синовиальная оболочка обеспечивает синтез синовиальной жидкости (СЖ). СЖ выполняет роль смазки, уменьшающей трение сочленяющихся в суставе костей и трофическую функцию по отношению к суставным тканям.

Синовиальная оболочка состоит из трех слоев (от фиброзной оболочки к полости сустава): глубокого коллагеново-эластического, поверхностного коллагеново-эластического и покровного.

Глубокий коллагеново-эластический слой содержит коллагеновые и толстые эластические волокна, которые вплетаются в фиброзную оболочку суставной сумки. Они располагаются перпендикулярно или под углом к оси сустава и волокнам поверхностного коллагеново-эластического слоя.

Поверхностный коллагеново-эластический слой содержит клетки (фиброциты, гистиоциты, тучные и жировые клетки) и межклеточное вещество. В этом слое коллагеновые и тонкие эластические волокна ориентированы по длинной оси сустава.

Покровный слой (обращен в полость сустава) состоит из 1-6 слоев синовиальных клеток (синовиоцитов), расположенных в виде эпителиоидных пластов, под которыми находятся фенестрированные кровеносные и лимфатические капилляры. Синовиоциты не связаны межклеточными соединениями, а в промежутках между ними лежат компоненты межклеточного вещества. В отдельных участках покровного слоя эти клетки могут полностью отсутствовать.

А-клетки (М-клетки, макрофагоподобные, или макрофагальные синовиоциты) - удлиненные клетки с овальным ядром, многочисленными митохондриями, умеренно развитыми гранулярной ЭПС и комплексом Гольджи, высоким содержанием лизосом, фагосом, пиноцитозных пузырьков. На их поверхности имеются многочисленные ветвящиеся микроворсинки. Функция этих клеток связана с поглощением (резорбцией) компонентов СЖ.

В-клетки (F-клетки, фибробластоподобные синовиоциты, или синовиальные фибробласты) - полигональные клетки с круглым ядром, многочисленными митохондриями, хорошо развитым синтетическим аппаратом и плотными секреторными гранулами диаметром около 300 нм. Их цитоплазматические отростки проникают в полость сустава. В-клетки образуют компоненты матрикса и секретируют ряд веществ (протеогликаны и гиалурионовую кислоту) в СЖ.

Состав СЖ: биохимически на 95% представлен водой; содержит небольшое количество белка и липидов. В норме в СЖ отсутствуют иммуноглобулины и факторы системы свертывания. Клетки в СЖ здорового сустава немногочисленны. В основном, это синовиальные покровные клетки (36%), лимфоциты (40%), гистиоциты (10%), встречаются единичные моноциты и нейтрофилы.

Дифференциальный количественный учет клеточных элементов СЖ является реальным тестом при оценке состояния сустава и сводится к составлению синовиоцитограммы.

Морфофункціональні особливості синовіальної оболочки обуславлюють своєобразні морфологічні зміни при патологічних станах, часто маючи схожі клінічні прояви. Для прикладу розглянемо запальний і пухлинний процеси.

При пігментному вилнодулярному синовиті відзначається пухлинноподібний ріст з утворенням вузлових і ворсинчатих виростів синовіальної оболочки, супроводжується накопиченням геморагічного випоту в порожнині суглоба і відкладенням гемосидерину на суглобових поверхнях з розвитком реактивного синовита. Найчастіше такої синовит діагностується у хворих у віці від 16 до 30 років. Як правило, уражається один суглоб, дуже рідко 2 або 3 суглоба. Вирости синовіальної оболочки можуть з часом відокремлюватися від неї, утворюючи вільно розташовані в порожнині суглоба тіла, які, облизившись, трансформуються в так звані «суглобові миши». Довгий перебіг пігментного вилнодулярного синовита призводить до появи дегенеративних змін суглобових хрящів.

Синовіальна саркома - одна з найбільш злоякісних пухлин м'яких тканин, утворюючись з синовіальних оболонок в районі великих суглобів. По частоті займає перше місце серед сарком м'яких тканин (25-37,2%). Зустрічається в будь-якому віці, переважно в 15-20 років, майже однаково часто як у чоловіків, так і у жінок. Пухлина зазвичай щільна або еластична на дотик, на розрізі від світло-коричневого до сіро-розового кольору (риб'яче м'ясо), до жовто-коричневого, іноді з порожнинами, заповненими слизеподібними масами. Пухлина складається з різноманітних за формою клітин (то округлих, то напіваючих епітелій), серед яких розташовані щілині і порожнини різної форми і розмірів, заповнені слизеподібними масами. Відзначається утворення сосочкових структур, напіваючих синовіальні ворсинки, формуються залізистоподібні структури, напіваючі аденокарциному. Як правило, синовіальна саркома біфазна (так як синовіальні оболочки суглобів складаються з двох типів тканин).

Висновки. Отримані дані свідчать про необхідність проведення диференціальної діагностики при наявності суглобової симптоматики у пацієнтів, так як відзначається схожість клінічної картини при різних захворюваннях. Знання особливостей розвитку патологічних змін суглобових синовіальних оболонок дозволить своєчасно їх діагностувати і попередити розвиток ускладнень.

Зміни складу синовіальної рідини при захворюваннях суглобів мають діагностичне значення.

Більш інформативним для встановлення точного діагнозу є гистологічне дослідження біоптата синовіальної оболочки особливо з використанням сучасних морфологічних методів дослідження, зокрема імуногістохімічного.

## ПЕРЕДОЧЕРЕВИННА ПЛАСТИКА ПАХВИННИХ ГРИЖ ПРИ ВИКОНАННІ ЗАЛОННОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ

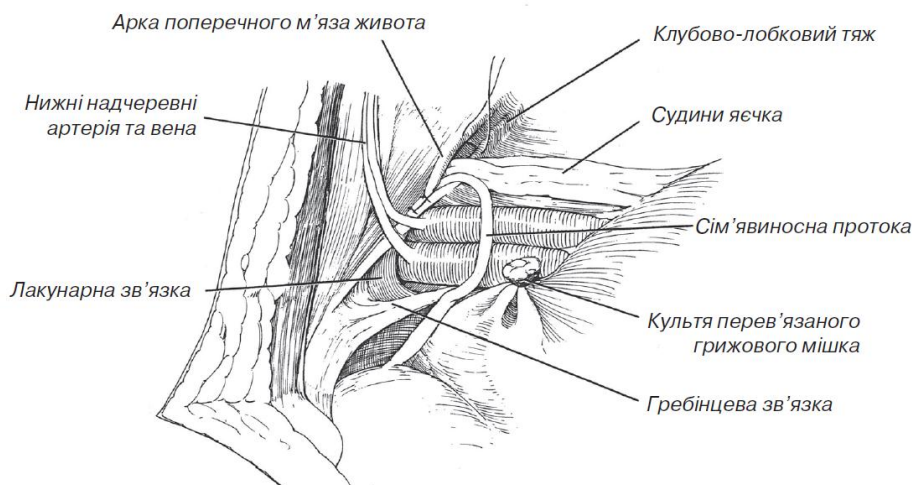
*Кищенко А.В., Майструк А.П., Горовий О.В.*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Медичний факультет, Вінниця, Україна  
Науковий керівник: Горовий В.І., к.мед.н., доцент курсу урології кафедри хірургії №1

Актуальність теми. За даними літератури, пахвинну грижу виявляють у 2-8% хворих на доброякісну гіперплазію простати, а тому можливість одномоментної симультанної герніопластики при виконанні простатектомії є актуальним питанням як абдомінальної хірургії, так і урології.

Новизна роботи. Сьогодні передочеревинну пластику задньої стінки пахвинного каналу синтетичним сітчастим протезом виконують як відкритим, так і лапароскопічним доступами. Висока ймовірність інфікування сечі у пацієнтів із доброякісною гіперплазією простати, потрапляння її в передміхуровий та залонний простори при виконанні черезміхурової простатектомії стримує від одночасної герніопластики у цієї категорії хворих. При одномоментній залонній простатектомії інфікування залонного простору значно зменшується через знаходження уретрального катетера в сечовому міхурі в процесі виконання операції та відсутність розтину передньої стінки міхура. В українській літературі не описані випадки симультанного виконання передочеревинної пластики пахвинних гриж під час виконання відкритої залонної простатектомії.

Мета роботи. Оцінити безпосередні та віддалені результати передочеревинної пластики пахвинних гриж при виконанні залонної простатектомії.



*Мал. 1. Правобічна передочеревинна грижопластика*

Матеріали та методи її виконання. Передочеревинну пластику пахвинної грижі під час одномоментної залонної простатектомії було виконано 11 хворим на доброякісну гіперплазію простати віком від 62 до 74 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в урологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні в 2000 - 2016 рр. При цьому, у 2 хворих була виконана грижопластика



з обох боків. Розміри гризових воріт (поверхневого пахвиного кільця) перед операцією коливались від 2,5 до 3,5 см, прямих гриж було 6, косих - 7. Клубово - лобковий тяж із аркою поперечного м'яза живота зшивали лавсановими чи шовковими лігатурами (№4) (мал. 1). У 6 пацієнтів передочеревинну грижопластику виконували перед залонною простатектомією, у 5 інших – після простатектомії через можливість послаблення накладених швів при розтягуванні рани гачками. Віддалені результати пластики гриж оцінювали за допомогою анкетування.

Отримані результати. У ранньому післяопераційному періоді (до виписки хворого із клініки) рецидиву гриж не спостерігали. У віддаленому післяопераційному періоді рецидив грижі виник у 2 (18,2%) хворих, у яких поверхнєве пахвинне кільце перевищувало 3 см. Лише один із цих хворих переніс повторну грижопластику із пахвинного доступу із застосуванням сітчастого протеза.

Висновки. Передочеревинна пластика пахвинних гриж із невеликими (до 3 см) гризовими воротами під час виконання одномоментної залонної простатектомії дозволяє покращити якість життя хворих після операції та уникнути зайвого хірургічного втручання.

## АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ЇХ МОЖЛИВИХ ПРИЧИН У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОФЕСІЙНО ЗАЙМАЮТЬСЯ ФУТБОЛОМ

*Кіт Ю.С., Ключ Т.О., Лісовський Р.О.*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
Кафедра педіатрії, Львів, Україна  
Науковий керівник: Пластунова О.Б., асистент

Актуальність. Спорт є невід'ємною складовою сучасного світу і займає важливе місце як у фізичній, так і духовній культурі суспільства. Задля здобуття гарних результатів у майбутньому, спортом великих досягнень починають займатися ще з дитячого віку. Побут спортсмена – це часті виснажливі тренування, фізичні навантаження, ранній знос організму, випадкові травми і, як наслідок, поява професійних хвороб. Якщо говорити про дітей, то для них це ще більше навантаження, оскільки їх організми лише розвиваються і потребують енергії не лише на заняття, а й на власний ріст та розвиток.

Мета. Проаналізувати структуру захворюваності та проблеми зі здоров'ям у дітей, які професійно займаються футболом.

Матеріали і методи. Аналіз записів про захворювання у Лікарсько-контрольних картах диспансерного спостереження спортсмена (ф.062/0) дітей-футболістів 1999-2004 року народження. Використані методи статистичний, інформаційного пошуку, бібліографічний, порівняльно-аналітичний.

Результати. Проаналізовано 114 Лікарсько-контрольних карт диспансерного спостереження спортсмена (ф.062/0) дітей-футболістів.

Виявлено, що найчастіше зустрічаються захворювання серцево-судинної системи : синусова аритмія (21,9% дітей), брадикардія (21,9%), порушення процесів реполяризації (18,42 %), неповна блокада правої ніжки пучка Гісса

(39,77 %), переважання електричної активності правого шлуночка (8,77 %), тахікардія ( 5,26 % ). В однієї дитини були відмічені болі в ділянці серця (0,88%), ще в однієї – екстрасистолія (0,88%). Часто зустрічаються проблеми, пов'язані з травмами: переломи кінцівок (20,18%), розтяг зв'язок та м'язів (12,28%), закрита черепно-мозкова травма (5,26%), викривлення носової перегородки (7,02%). Серед інфекційних захворювань переважають гострі респіраторні (24,56%), рідше зустрічаються бронхіт (2,6%), пневмонія (0,88%), ангіна (2,6%), гайморит (0,88 %), отит (1,75 %). З проблем опорно-рухової системи часто зустрічалися порушення постави ( 22,8%), плоскостопість (17,54%), болі в суглобах (12,28%), крилоподібні лопатки (1,75 %), деформації грудної клітки (3,5 %), запалення суглобів і м'язів (2,6%), хвороба Осгуд-Шляттера (3,5%), остеохондропатія (1,75%). Доволі поширеним захворюванням виявився карієс (16,67%). Іноді зустрічалась анемія (6,14%). У двох дітей спостерігалась дисметаболічна нефропатія ( 1,75%).

Висновки. Дитина, яка займається спортом, потребує підвищеної уваги до свого здоров'я. Оскільки причиною багатьох проблем (порушення реполяризації, дисметаболічна нефропатія, остеохондропатія, анемія) може стати метаболічний дисбаланс, необхідно забезпечити дитині правильно підібране збалансоване харчування. Важливою складовою є дотримання режиму дня, кваліфікований підбір та розподіл навантажень, аби передбачити перевтомлювання, болі в суглобах та м'язах. Також повинні бути створені умови для попередження дитячого травматизму.

## АУТОИММУННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ВЭБ

*Кононова В.А., Короткова М.Б.*

Харьковский национальный университет имени В.Н.Каразина  
Медицинский факультет, кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель: Волобуева О.В., к.мед.н., доцент; Лядова Т.И., к.мед.н., доцент

На данный момент одной из самых распространенных скрытых инфекций является вирус Эпштейн-Барр (ВЭБ-инфекции). Интерес перспективного научного исследования обусловлен рядом объективных причин. Во-первых, повсеместным распространением этого антропонозного вируса. Так, согласно эпидемиологическим данным, при достижении совершеннолетия более 90% людей являются инфицированными ВЭБ. Во-вторых, особенностями патогенеза ВЭБ-инфекции, которая, по сути, является инфекцией иммунной системы, где главными клетками-мишенями для вируса являются лимфоциты с фенотипом CD (21+) и эпителий слизистых оболочек. Характерной особенностью этого инфекционного процесса является возникновение внутриклеточной персистенции вируса, способного к реактивации в условиях иммунодепрессии организма. В-третьих, большим полиморфизмом клинических проявлений ВЭБ-инфекции, характеризующимся широким многообразием – это интапаратные, манифестные формы, хронические персистирующие формы.

В настоящее время установлено, что ВЭБ относят к группе «доказанных онковирусов», ассоциированных с целым рядом онкологических, преимущественно лимфопролиферативных и аутоиммунных заболеваний (классические ревматические болезни, васкулиты, неспецифический язвенный колит и др.). При этом ВЭБ считается одним из наиболее распространенных возбудителей оппортунистических инфекций.

В связи с этим возникает принципиально важный вопрос: почему при стабильности антигенного и патогенного потенциала ВЭБ в одних случаях инфекционный процесс протекает субклинически, в других – развивается инфекционный мононуклеоз (ИМ), а в-третьих – возникают онкологические или аутоиммунные заболевания?

Одна из возможных причин клинического разнообразия заключается в генетической рестрикции иммунного ответа организма на ВЭБ. Поэтому исследования в области иммуногенетики человека имеют важное значение для раскрытия основ патогенеза инфекции ВЭБ.

Работа выполнена на кафедре общей и клинической иммунологии и аллергологии медицинского факультета Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина и клинических базах кафедры Харьковской областной клинической инфекционной больницы и КУОЗ «Городская поликлиника №6» г. Харькова в 2009-2015 гг.

Исходя из цели исследования, все пациенты с клиническим статусом были условно разделены на следующие группы. Первая группа состояла из лиц с инфекционным мононуклеозом (ИМ), в которую вошли пациенты с лабораторно доказанными признаками первичной вирусной инфекции. Во вторую группу были включены пациенты с различными иммунопатологическими и иммунодефицитными заболеваниями.

Группа сравнения состояла из 20 клинически здоровых молодых людей без признаков острой или любой хронической патологии, из которых 16 были обследованы на маркеры ВЭБ. В анамнезе жизни этих пациентов отсутствовали данные о перенесенном ИМ, а «серологический профиль» характеризовался наличием в крови только EBNA - Ig G и отсутствием ДНК ВЭБ в плазме крови и слюне. Всем больным с ИМ или лимфаденопатией обязательно проводили бактериологическое исследование мазков из носоглотки на патогенную микрофлору и дифтерию.

Концентрацию антител определяли в сыворотке крови твердофазным иммуноферментным методом с использованием коммерческих тест-систем ООО НПЛ «Гранум» (г. Харьков) и BioRad (США), EUROIMMUN (Германия) в динамике заболевания: при поступлении больных (I период) и в период выздоровления (14-18-й день болезни) – II период на фоне проводимой этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии.

Анализ полученных данных позволил установить, что в разные периоды заболевания имеют место определенные изменения содержания аутоиммунных показателей по сравнению с показателями контрольной группы. Так, в период разгара ИМ было выявлено достоверное увеличение содержания антител к нативной ДНК по сравнению с показателями контрольной группы. Аналогичная тенденция наблюдалась относительно уровней фосфолипидных антител и антител к микросомам печени и почек сравнительно с показателями группы контроля.

Кроме того, статистически достоверными были различия исследуемых уровней аутоиммунных маркеров между аналогичными показателями у больных хронической ВЭБ-инфекции (ХВЭБ). Так уровень антител к нативной ДНК при был выше по сравнению с аналогичными уровнями как в группе больных ИМ, так и контрольными показателями. Уровни антифосфолипидных антител у данной группы больных не отличались статистически от показателей группы больных ИМ, но имели достоверные отличия по сравнению с показателями группы контроля. Тогда как уровень антител к микросомам печени и почек отличались статистически по сравнению с аналогичными показателями у пациентов ИМ и контрольной группой.

При повторном обследовании во II периоде наблюдалась тенденция к снижению уровней исследуемых показателей по сравнению с I периодом, но у больных ХВЭБ-инфекцией уровень антифосфолипидных антител достоверно превышал показатели контрольной группы больных.

Поэтому полученные результаты дают основание полагать, что у пациентов с различными вариантами ВЭБ-инфекции выявляются аутоиммунные нарушения, которые необходимо учитывать при определении тактики лечения с целью повышения эффективности проводимой медикаментозной терапии.

Таким образом, полученные результаты исследования свидетельствуют о возможной активации аутоиммунных процессов, особенно в группе больных с ХВЭБ-инфекцией, что позволяет использовать их как дополнительные критерии прогнозирования возможных осложнений у данной категории пациентов и своевременно провести их коррекцию.

## **НЕЙРОИНФЕКЦІЯ, ВИКЛИКАНА ВІРУСОМ ГЕРПЕСУ ЛЮДИНИ 6 ТИПУ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ**

*Копач М.І.*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
Львів, Україна

Науковий керівник: Потьомкіна Г.О., к.мед.н., доцент

Актуальність теми. Вірус герпесу людини 6 типу (ВГЛ-6) – нейротропний, імуносупресивний вірус, який володіє опортуністичними та потужними трансактивуючими властивостями, які дозволяють йому стимулювати репродукцію інших вірусів. Цей вірус відноситься до групи  $\beta$ -герпесвірусів, викликає гостру гарячку, раптову екзантему, лімбічний енцефаліт, епілептичні напади під час первинної інфекції; здатний до реактивації, особливо в організмі імунокомпроментованих осіб через тривалий час після інфікування, призводячи до різних органних та системних уражень, в першу чергу нервової системи. Інфікованість населення цим вірусом за різними даними становить 80-100%. Інформація щодо патогенезу, клініки, діагностики та лікування ВГЛ-6-інфекції є обмеженою, що робить перспективними дослідження у даному напрямку.

Мета і задачі роботи. Проаналізувати клініко-імунологічні особливості перебігу нейроінфекції в пацієнтів на тлі вірусної реплікації хронічної персистенції ВГЛ-6.

Матеріали та методи виконання. Під нашим спостереженням знаходилося 56 пацієнтів віком 18-54 роки, чоловіків – 24 (48,9%), жінок – 32 (51,1%) з клінічним та лабораторно верифікованим діагнозом хронічної ВГЛ-6-інфекції у стадії реплікативної активності з ознаками нейроінфекції. Для верифікації діагнозу використано дані анамнезу, результати клінічного огляду, результати інструментальних (МРТ, ехоенцефалографія з картуванням головного мозку) і лабораторних обстежень, в тому числі імунологічних (визначення популяцій і субпопуляцій лімфоцитів з використанням моноклональних антитіл та активності фагоцитозу на проточному цитофлюориметрі; визначення специфічних ВГЛ-6 IgG імуноферментним аналізом; дослідження ДНК ВГЛ-6 з використанням кількісної полімеразної реакції в трьох біосередовищах: кров, букальний зішкріб, слина).

Результати. Залежно від ступеня і тяжкості ураження нервової системи (НС) пацієнти були поділені на дві групи: 1-а група - пацієнти з легкими ураженнями НС (62,5%); 2-а група - пацієнти з середньотяжкими ураженнями НС (37,5%). З анамнезу було відомо, що тригерними чинниками загострення патологічного процесу виступали стрес, часті захворювання, астенизація тощо. Пацієнти першої групи скаржилися на зміни психічного стану з емоційною лабільністю й агресивністю, біль голови, субфебрилітет, загальну слабкість, підвищену втому, часті ГРЗ. У хворих другої групи, окрім вище зазначених скарг, спостерігалися значні когнітивні порушення зі зниженням пам'яті, порушенням концентрації уваги; безсоння, що було резистентним до фармакологічних чинників; сильне емоційне збудження з відчуттям тривоги і страху, істерія, іпохондрія тощо. У 8 (38,0%) хворих другої групи помилково діагностувалися розсіяний склероз, епілепсія, різні психопатичні стани, лікування яких із застосуванням традиційних схем терапії було неефективним. Причинними агентами нейроінфекції виступали: ВГЛ-6 у 41,0% випадків, ВГЛ-6+вірус Епштейна-Барр – у 40,0%; ВГЛ-6+вірус Епштейна-Барр+цитомегаловірус – у 19,0% пацієнтів. При імунологічному дослідженні у більшості пацієнтів обидвох груп було виявлено зниження відносного числа імунорегуляторних кілерних НКТ лімфоцитів (CD3+CD56+), натуральних кілерних клітин (CD3-CD16+CD56+); поглинаючої й перетравлюючої здатності фагоцитів на тлі підвищеного рівня циркулюючих імунних комплексів. Хворі отримували: протівірусні препарати (з групи фамвірів, валацикловірів, ганцикловірів), препарати інтерферонів та їх індукторів, внутрішньовенні імуноглобуліни, симптоматичне лікування. У переважного числа хворих спостерігалась регресія симптомів та значна позитивна динаміка результатів МРТ й картування головного мозку, покращення загального стану.

Висновки. Найбільш достовірним критерієм діагностики ВГЛ-6-хронічної персистенції з реплікативною активністю залишаються специфічні антитіла класу IgG, рівень яких може бути незначно підвищеним. Ідентифікація ДНК цього вірусу методом полімеразної ланцюгової реакції малоінформативна. ВГЛ-6-нейроінфекція в більшій частині хворих сприяла формуванню імунодефіцитних порушень інфекційного генезу за комбінованим лімфоцитарно-фагоцитарним типом із зниженням протівірусного захисту на тлі гіперімунокомплексемії. ВГЛ-6 викликає формування нейроінфекції в 41,0% випадків самостійно, а в асоціації з Епштейна-Барр вірусом та цитомегаловірусом – у 59,0%. Для забезпечення ефективного лікування необхідна комплексна терапія з використанням протівірусних препаратів, інтерферонів та внутрішньовенних імуноглобулінів.

**ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ РІВНЯ ДЕПРЕСІЇ СТУДЕНТІВ НАЦІОНАЛЬНОГО  
МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ ЗА ОПИТУВАЛЬНИКОМ  
ДЕПРЕСИВНОСТІ БЕКА (BECK DEPRESSION INVENTORY – BDI)  
З ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНІСТЮ**

*Копоть М.М.*

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
Медичний факультет №2, Київ, Україна  
Науковий керівник: Дупленко П.Ю., к. мед. н., доцент кафедри психіатрії

Актуальність. Інтернет-залежність є актуальною проблемою сьогодення серед молоді і безпосереднім фактором впливу на розвиток депресивних розладів.

Мета роботи. Дослідити зв'язок рівня депресивних розладів у студентів з Інтернет-залежністю.

Об'єкт дослідження. Рівень депресивних розладів та показники користування мережею Інтернет.

Матеріали та методи. У дослідженні взяло участь 120 студентів 1-6 курсів медичних факультетів НМУ імені О.О. Богомольця. З метою визначення рівня депресивних розладів було використано опитувальник депресивності Бека (Beck Depression Inventory – BDI). Даний тест складається із 21 запитання, кожне з яких оцінюється від 0 до 3 балів. Максимальна оцінка, яку можна отримати, становить 63 бали. У даній шкалі виділяють 2 окремих субшкали: з 1 по 13 запитання – когнітивно-афективна субшкала, 14-21 запитання – соматична. Даний розподіл дозволяє виявити приховані депресивні розлади та дискретно проаналізувати сфери їх проявів. Результати опитування були конвертовані за таким принципом: 1-9 балів - відсутність депресивних розладів, 10-15 балів- легка депресія, 16-19 балів – помірна, 20-29 балів – виражена, 30- 63 бали- тяжка депресія.

Окрім цього, до опитувальної анкети були включені додаткові запитання, що стосувались тривалості користування мережею Інтернет, впливу користування на самопочуття, а також запитання щодо критичного ставлення студентів до місця мережі Інтернет в особистому житті. Для статистичної обробки результатів було використано програму SPSS Statistics 15.0 for Windows.

Результати. Згідно із вищевказаним ранжуванням ми отримали наступні результати: 54 (45%) студенти не мають ознак депресії, 30 (25%) досліджуваних мають слабо виражену депресію, 17 (14,2%) – помірну, 16 (13,3%) - виражену та 3 (2,5%) респонденти – тяжку депресію. Відповідно до розрахунків, середній бал за шкалою BDI серед усіх опитаних становить  $11,73 \pm 0,72$  балів.

Досліджуючи зв'язок рівня депресивних розладів та Інтернет-залежності, ми виявили вірогідну різницю між студентами, які використовували мережу менше 1 години на добу ( $8 \pm 1$  балів за BDI) та тими, хто користується більше 4 годин на добу ( $15 \pm 1$  балів за BDI) ( $t=4,9$ ,  $p<0,01$ ). Також вірогідну різницю було встановлено між опитуваними, які успішно поборили свою залежність від Інтернет-мережі ( $7 \pm 1$  балів за BDI) та тими, спроби яких виявились безрезультатними ( $17 \pm 1$  балів за BDI) ( $t=3,54$ ,  $p<0,01$ ). Порівнюючи групи респондентів, які при погіршенні настрою користуються мережею частіше ( $14 \pm 1$  балів) та тих, хто заперечує

зв'язок погіршення настрою і частоти користування мережею ( $8 \pm 1$  балів), також було виявлено вірогідну різницю ( $t=4,28$ ,  $p<0,01$ ).

Висновки. За результатами даного дослідження можемо констатувати, що депресивні розлади є більш виражені у студентів, які проводять за користуванням Інтернетом більше 4 годин на добу, зазнають невдач при спробі боротися з інтернет-залежністю та користуються мережею частіше при погіршенні настрою. Це свідчить про достовірний зв'язок рівня депресивних розладів з інтернет-залежністю, що нашою метою є подальше дослідження піднятої проблеми.

## ВПЛИВ НАНОДИСПЕРСНОГО ОКСИДУ КРЕМНІЮ НА ПРОДУКЦІЮ СУПЕРОКСИДНОГО АНІОН-РАДИКАЛУ В КАРДІОМІОЦИТАХ ЩУРІВ ЗА УМОВ ХРОНІЧНОЇ НІТРАТНО-ФТОРИДНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ

*Крамар А.Г.*

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»  
Медичний факультет, Полтава, Україна

Наукові керівники: Костенко В.О., д.мед.н., професор, завідувач кафедри патофізіології;  
Акімов О.Є., аспірант кафедри патофізіології

У зв'язку з погіршенням екологічної ситуації в Україні в останні роки питання про те, як запобігти небезпечному впливу токсичних речовин на організм людини, є досить актуальним. В Полтавській області одними з найбільш розповсюджених забруднювачів ґрунтів, повітря та води є фториди та нітрати. Джерелами потрапляння в організм людини нітратів є овочі та фрукти, м'ясні і рибні продукти, сир (нітрати додають для запобігання розвитку сторонньої мікрофлори), вода (через застосування азотистих добрив). Сполуки фтору надходять до нашого організму з такими продуктами як чай, волоський горіх, крупи, борошно, молоко, яйця та ін., проте в найбільшій кількості фториди містяться в питній воді (що пов'язано з викидами промислових заводів з виробництва алюмінію). При потраплянні цих токсинів в організм людини можливі зміни в продукції супероксидного аніон-радикалу ( $\bullet O_2^-$ ). Підвищена продукція супероксиду може призвести до активації процесів перекисного окиснення ліпідів, що, у свою чергу, може зруйнувати клітину. Зниження продукції  $\bullet O_2^-$  вплине на процеси фагоцитозу. Доцільно використання сорбентів для виведення надлишкової кількості нітратів та фторидів із організму.

Метою даної роботи є оцінка впливу нанодисперсного оксиду кремнію на продукцію  $\bullet O_2^-$ , мітохондріальним електронно-транспортним ланцюгом (ЕТЛ), мікросомальним ЕТЛ та від НАДФН-оксидази лейкоцитів за умов хронічної нітратно-фторидної інтоксикації.

Дослід був проведений на 35 щурах лінії Вістар, яких було поділено на 3 групи: інтактні (10), групу нітратно-фторидної інтоксикації (15) та групу, яким вводили суспензію нанодисперсного оксиду кремнію (10). Нітратно-фторидну інтоксикацію моделювали шляхом введення нітратів та фторидів із розрахунку 500 мг/кг та 10 мг/кг відповідно протягом 30 днів. Суспензію нанодисперсного оксиду кремнію вводили із розрахунку 100 мг/кг діючої речовини. Виведення

тварин із експерименту проводилось під тіопенталовим наркозом. Продукцію •O<sub>2</sub>- визначали за допомогою модифікованого НСТ-тесту із використанням індукторів у вигляді НАДН, НАДФН та пірогеналу (Цебржинський О.І., 2004). Отримані результати піддавались статистичній обробці за t-критерієм Ст'юдента. Різницю вважали статистично значущою при  $p < 0,05$ .

Порівняно з контрольною групою інтактних тварин, у щурів при поєднаній нітратно-фторидній інтоксикації базова продукція •O<sub>2</sub>- підвищується на 35%, мікросомальними ЕТЛ – на 55%, мітохондріальними ЕТЛ – на 44%, від лейкоцитів – на 18%, що свідчить про потенційну небезпеку розвитку оксидативного стресу за умов нітратно-фторидної інтоксикації. Використання за цих умов суспензії нанодисперсного оксиду кремнію знижує базову продукцію •O<sub>2</sub>- на 35%, мікросомальними ЕТЛ – на 13%, мітохондріальними ЕТЛ – на 37%, від лейкоцитів – на 8%.

Висновок: суспензія нанодисперсного оксиду кремнію ефективна для корекції змін в продукції •O<sub>2</sub>- за умов нітратно-фторидної інтоксикації.

## КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ СИБІРКИ В УКРАЇНІ

*Крамаренко М.С.*

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

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

Актуальність: Сибірка і в теперішній час продовжує представляти серйозну проблему для здоров'я та сільського господарства багатьох країн світу, зокрема України. На території України зареєстровано біля 9000 стаціонарно-несприятливих осередків сибірки, найбільша кількість яких розташована в районах з темно-сірим підзолистим ґрунтом і чорноземом. Саме в цих ґрунтах спори сибірки можуть зберігатися протягом тривалого часу і при порушенні цілісності поверхневих шарів ґрунту під дією несприятливих природних фізико-хімічних або соціальних факторів вони можуть потрапляти на поверхню, призводячи до інфікування трав'янистих тварин. Впровадження протиепідемічних заходів призвело до значного зниження захворюваності на сибірку, але брак інформації про розташування поховань худоби або її ігнорування сприяє виникненню захворювань серед сільськогосподарської худоби.

Мета роботи: Продемонструвати на реальних клінічних випадках, зареєстрованих на території України, що сибірка, через малу проінформованість населення щодо захворювання, неефективність профілактичних заходів та порушення діючих санітарно-ветеринарних норм, досі розповсюджена в регіоні.

Матеріали та методи дослідження: В ході виконання роботи були проаналізовані клінічні випадки хворих на шкірну форму сибірки, роблячи акцент на епіданамнезах.

Отримані результати: Хворий А., госпіталізований 29.04.12 г. в інфекційну лікарню м. Черкаси з скаргами на загальну слабкість, підвищення температури тіла до 39-40<sup>o</sup>C, діарею до 5 раз на добу, наявність безболісного утворення на



шкірі лівого передпліччя і плеча. Із епіданамнезу було встановлено, що на початку квітня приймав участь у забитті свині, де травмував шкіру в області лівого передпліччя. Скуповує туші сільсько-господарчих тварин у жителів Черкаської області для реалізації. В березні виїздив до Кіровоградської області для скуповування телят. Із анамнезу захворювання було встановлено, що захворювання почалося 15.04.12 р., коли на місті травмованої шкіри, в області лівого передпліччя з'явився пухирець із серозним вмістом, який він самостійно видавив. 25.04.12 р. на цьому ж місті утворився новий пухирець, який розповсюдився на раніше отриману подряпину. 27.04.12 р. в області плеча лівої руки з'явилося нове вогнище ураження шкіри, при чому хворий відзначав підвищення температури тіла до 40<sup>o</sup>C, нудоту, одноразове блювання, діарею до 5 раз на добу без патологічних домішок.

Показовим є випадок сімейного спалаху на сибірку, який був зареєстрований у квітні місяці у Миколаївській області у 2008 році. Хворий Л., (чоловік) 64 років, госпіталізований у інфекційне відділення ЦРЛ 16.04.08 р. Із скаргами на слабкість, сонливість, запаморочення, біль і набряк у області лівої кисті, наявність карбункулів на обох кистях, підвищення температури тіла до 38,8<sup>o</sup>C. Із епідеміологічного анамнезу відомо, що на початку квітня приймав участь у примусовому забої та розчиненні хворого теля, разом з дружиною. М'ясо тварини приймали в їжу. У сім'ї також захворіла дружина та онука, інші члени родини залишилися здоровими. Із анамнезу захворювання стало відомо, що захворювання почалося 10.04.08 р., коли помітив погіршення самопочуття, підвищення температури тіла, в області лівої кисті на тильній поверхні II пальця з'явився пухирець із серозним вмістом, який супроводжувався свербінням. Хвора Л., 64 років., (дружина) госпіталізована в ЦРЛ 16.04. на 5 день хвороби із скаргами на слабкість, підвищення температури тіла до 38<sup>o</sup>C, головний біль, запаморочення, поява карбункулу на тильній поверхні IV пальця лівої кисті.

Із епідеміологічного анамнезу відомо, що на початку квітня разом з чоловіком, приймала участь у обробці туші хворої тварини, м'ясо теля приймали в їжу, а частину м'яса вивезли родичам до м. Миколаїв. Захворіла 11.04, коли з'явилися підвищення температури тіла, головний біль, загальна слабкість, відсутність апетиту. Тоді саме і помітила появу карбункулу й набряк лівої руки. Хвора Д., 18 р., (онука) госпіталізована 16.04. із скаргами на появу карбункулу в області тильної поверхні вказівного пальця лівої кисті, підвищення температури тіла до 37,5<sup>o</sup>C. Вважає себе хворою із 11.04 коли на тильній поверхні вказівного пальця лівої кисті з'явилася пляма до 1 см у діаметрі, на місці якого невдовзі утворилася геморагічна везикула, яка згодом перетворилась у язву з темним центром. Відзначалася набряклість пальцю, біль тягнучого характеру у паховій області, підвищення температури тіла до 37,5<sup>o</sup>C. Після консультації хірурга 14.04 був встановлений діагноз еризипелоїд та призначений цефтриаксон. Із епіданамнезу також було встановлено факт вживання у їжу м'яса теля разом із вказаними родичами. Інші члени родини (мама, брат, тітка), які також вживали в їжу м'ясо хворого теля не захворіли.

Розвиток клініки цих пацієнтів із шкірною формою, був типовими і не відрізнявся від раніш описаних. При цьому первинною ознакою захворювання була невелика, помірно свербляча везикула, частіше безболісна, яка згодом протягом 2-3 діб збільшувалася у розмірі та перетворювалася у типовий карбункул із

набряком прилеглих тканин й формуванням струпу. При цьому паралельно наростали явища загальної інтоксикації, явища регіонарного лімфангіту та лімфаденіту.

Висновки. В стаціонарно-несприятливих осередках можливо інфікування сільсько-господарчих тварин, що може бути загрозою для виникнення як спорадичних, так і групових випадків інфікування людей. Внаслідок недостатньої обізнаності населення про реальну небезпеку захворювання на сибірку та заходах, які проводяться у випадку зараження, лікарям різних спеціальностей необхідно приділяти пильну увагу кожному випадку, що є підозрим на дане захворювання.

**МЕТОДИКА КОРЕКЦІЇ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ  
ДОНАТОРА ОКСИДУ АЗОТУ L-АРГІНІНУ У ЖІНОК ІЗ МАЛОВОДДЯМ НА ФОНІ  
ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ  
METHOD OF CORRECTION OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION WITH USING  
OXIDE DONOR L-ARGININE IN WOMEN WITH OLIGOHYDRAMNIOS  
THE BACKGROUND FETA-PLACENTAL DYSFUNCTION**

*Крічфалушій В.І., Витвицький Б.А.*

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»  
Кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д. Ланового  
Івано-Франківськ, Україна  
Науковий керівник: Басюга І.О., асистент

Вступ. Маловоддя – це патологічне зменшення кількості навколоплідних вод, пов'язане з порушенням процесів їх секреції та резорбції. Абсолютна кількість амніотичної рідини, що визначає термін маловоддя, за даними різних авторів, коливається від 60-80 до 500 мл. Маловоддя зустрічається в 0.3-0.4% від усіх пологів, проте у разі вроджених вад розвитку плода спостерігається в 10 разів частіше. Згадана патологія може розвиватись в різні терміни вагітності і нерідко залишається нерозпізнаною. В залежності від терміну вагітності, маловоддя може сприяти розвитку загрози переривання вагітності, патології уrogenітального тракту, затримки внутрішньоутробного розвитку плоду, дисплазії легень, патології розвитку кінцівок, утворення амніотичних перетинок. Частим супутником при даній патології є фетоплацентарна дисфункція. За умов фізіологічного перебігу вагітності плацентарні судини знаходяться у стані дилатації та не реагують на скорочувальні стимули. Ця обставина забезпечує рівномірне надходження кисню та живильних речовин до плоду. За умов недостатнього поступлення оксигенованої крові до плацентарної тканини порушується перебіг метаболічних процесів у плаценті, які виявляються методом доплерометрії кровоплину в судинах пуповини, середньо-мозковій артерії плоду та матковій артерії.

Мета. Довести ефективність використання L – аргініну в жінок із маловоддям на фоні ФПД.

Матеріали і методи дослідження. Нами обстежено 38 вагітних в терміні вагітності 28-34 тижні із ознаками плацентарної недостатності на фоні маловоддя. Жінок, які вперше народжували було 17 (55,3%), повторно народжуючих –

21 (44,7%). Усі жінки були поділені на 2 групи: 1 група - вагітні, які отримали терапію, направлену на покращення ФПК, згідно протоколів МОЗ України (n=18); 2 група - вагітні, яким до комплексного лікування додавали L-аргінін в кількості 100 мл один раз на день 3-5 днів із послідуєчим пероральним прийомом (питний розчин) на протязі 2-х тижнів (n=20). Діагностика хронічної плацентарної недостатності основана на проведенні плацентометрії, визначенні амніотичного індексу, доплерометрії судин пуповини, біофізичного профілю плоду шляхом ультразвукового обстеження на апараті ALOKA SSD 1700 VOLUSON 730.

Висновок. При УЗД виявлено ознаки порушень ФПК, зниження амніотичного індексу, сповільнений кровоплин у судинах пуповини, стан плоду при проведенні біофізичного профілю - від 5 до 7 балів. Після проведеного лікування встановлено: покращення параметрів плаценти у 12 (66.6%) вагітних 1 групи і в 17 (85 %) 2 групи; збільшення амніотичного індексу в 1 групі у 14 (77.8%) жінок, у другій – в 17 (85%); за даними доплерометрії спостерігалася нормалізація кровоплину судин пуповини у 16 (88.9%) вагітних 1 групи та 19(95%) 2 групи; покращення стану плода за біофізичним профілем плоду (задовільний стан плоду) – у 13 (72.2%) 1 групи та 18 (90%) відповідно 2 групи.

Використання L-аргініну в комплексному лікуванні вагітних із хронічним маловоддям значно покращило внутрішньоутробний стан плоду.

## ДОСЛІДЖЕННЯ СОФОСБУВІРУ І РИБАВІРИНУ ОКРЕМО ТА В КОМБІНАЦІЇ ЯК ПРЕПАРАТІВ ЛІКУВАННЯ ГЕПАТИТУ С

*Кругляк В.А.*

Харківський Національний Медичний Університет  
Харків, Україна

Актуальність. Близько 1.2 млн. в Україні та понад 170 млн. людей у світі страждають на хронічний гепатит С ( HCV ), тим паче до 2020 року прогнозують збільшення HCV- інфікованості в 2 рази, що додає актуальності у дослідженнях схем лікування. Останні роки вивчення властивостей вірусу гепатиту С розширили лист застосовуваних препаратів та зараз можливо констатувати, що гепатит С – виліковний.

Мета. Дослідити який із препаратів – новий Софосбувір чи традиційній Рибавірин – досягають кращих результатів виліковності.

Матеріали та методи. На базі Національного інституту терапії ім. Л.Т. Малої мною був проведений аналіз результатів терапії вірусного гепатиту С у 60 хворих. Перша група ( група 1) із 20 пацієнтів приймала традиційний Рибавірин, група під номером 2 ( група 2 ) складалась також із 20 хворих, які приймали тільки Софосбувір, а група номер 3 ( група 3 ) отримувала комбінацію Софосбувіру на Рибавірину – ця група містила 20 пацієнтів.

Результати дослідження. У групі 1 стійка вірусологічна відповідь спостерігалася в 5 хворих, що складає 25%. В групі 2 стійка вірусологічна відповідь зареєструвалася у 10 пацієнтів – це 50% вилікованих хворих. Інші 10 пацієнтів не досяг-

ли стійкої вірусологічної відповіді й в них зазначили рецидив. Група 3 показала 70% досягнення стійкої вірусологічної відповіді – 14 пацієнтів з 20 вилікувались.

Хоча згідно з даними літератури та раніше зроблених досліджень для комбінації Рибавірин та Софосбувір виявлений незначний синергізм в порівнянні з комбінаціями Софосбувіру та інших препаратів, проте це комбінування Рибавірину і Софосбувіру продемонструвало найбільше досягнення стійкої вірусологічної відповіді в цьому дослідженні базуючись на результатах трьох груп. Саме у групі під номером 3, де застосовувалось комбіноване лікування Рибавірином та Софосбувіром досягли 70% результат виліковності. А в групах 1, де лікували хворих тільки Рибавірином, та групі 2, де лікували хворих тільки Софосбувіром, досягли стійку вірусологічну відповідь тільки в 25% та 50% відповідно.

Висновки. Таким чином, найдієвішим серед найдешевших варіантів лікування гепатиту С, що актуально для умов українського хворого, яке характеризується коротким періодом лікування, невеликою вартістю, низькою частотою ускладнень, і найголовніше – досить високим рівнем досягнення стійкої вірусологічної відповіді, порівняно з лікуванням тільки Рибавірином ( 25% успіху у лікуванні ) і тільки Софосбувіром ( 50% успіху ) є комбіноване лікування Рибавірином і Софосбувіром ( 70% успіху лікування ).

## КОМБИНИРОВАННАЯ СЕРДЕЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ НА ФОНЕ ВТОРИЧНО СМОРЩЕННОЙ ПОЧКИ: ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

*Кулик Я.Э., Ситбаталов А.И., Картвелишвили А.Ю.*

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

Научные руководители: Яблучанский Н.И., д.мед.н., профессор,  
заведующий кафедрой внутренней медицины; Рыбчинский С.В., ассистент

Актуальность. Артериальная гипертензия(АГ) является одной из актуальных медико-социальных проблем во всех странах мира. Тенденцией нынешнего времени является повышение частоты выявления различных форм вторичной АГ. Хронические заболевания почечной паренхимы - наиболее частая причина вторичной АГ.

Цель - показать на примере представленного клинического случая особенности ведения пациента с комбинированной сердечной патологией.

Материалы и методы. Больной А.54 лет, поступил с жалобами на головные боли при подъеме артериального давления (АД), боли в грудной клетке давящего характера (длятся около 3-5 минут), локализирующиеся преимущественно в нижней трети грудины, одышку как при ходьбе (менее 200 м), так и в покое, усиливающуюся в горизонтальном положении, слабость. В 1999 оперирован по поводу карбункула левой почки. В дальнейшем у пациента диагностирован хронический пиелонефрит. Отмечает эпизоды повышения АД с 2005, максимальное АД до 220/140 мм рт. ст. Не лечился, не обследовался, периодически сам принимал

раунатин. С 2007 отмечает появление эпизодов учащенного сердцебиения, которые сопровождаются слабостью, нехваткой воздуха, кашель с отделением небольшого количества мокроты. В августе 2007 лечился в кардиологическом отделении ЦКБ, где был поставлен диагноз: Симптоматическая АГ на фоне хронического пиелонефрита. Вторично сморщенная почка. ХПН 1ст. Гипертензивное сердце. Персистирующая форма трепетания предсердий. ОЛЖН. Отек легких. СН 2А ст. Состояние на момент выписки улучшилось, в результате ургентной дефибрилляции восстановлен синусовый ритм. В 2010 при проведении планового Холтер-ЭКГ у пациента зарегистрировали эпизоды ишемии, был проведен тредмил-тест - проба положительная. Была проведена коронарорентрикулография (КВГ), выявлено многососудистое поражение коронарного русла. В Киевском Институте сердца было выполнено аортокоронарное шунтирование (АКШ)-3 шунта. В последующем у пациента были диагностированы нарушения сердечного ритма – была выявлена персистирующая фибрилляция предсердий (ФП), по поводу которой выполнялась катетерная абляция в условиях аритмологического центра г. Одесса в 2011. В дальнейшем состояние было стабильным, принимал рекомендованную терапию. В июле 2015 - новый приступ сердцебиения. Госпитализирован в ургентном порядке в ОИТ ССЗ. На основании проведенных обследований поставлен диагноз: ИБС: нестабильная стенокардия прогрессирующая. Атеросклероз коронарных артерий (КВГ 09.12.10). АКШ-3 (26.12.10). Симптоматическая АГ на фоне хронического пиелонефрита. Вторично сморщенная почка. ХБП I ст. Гипертензивное сердце. Персистирующая форма ФП. Катетерная абляция (2011). СН IIA ст. II ФК. После проведенного лечения состояние больного улучшилось. Было рекомендовано продолжать прием препаратов.

На момент поступления: состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы обычные, бледно розовой окраски, пастозность нижних конечностей на уровне лодыжек. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное. Деятельность сердца ритмичная, тахикардия. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин. АД 180/120 мм рт.ст.

На УЗИ сердца склеротические изменения стенок аорты, створок аортального и митрального клапанов, гипертрофия миокарда ЛЖ, дилатация полостей обоих предсердий. УЗИ почек – сморщенная левая почка, киста левой почки. Микрокалькулез почек. На ЭКГ выявлена полная блокада ЛНПГ. Амбулаторное мониторирование ЭКГ: зарегистрированы одиночные желудочковые экстрасистолы (1072) Амбулаторное мониторирование АД: Среднесуточное АД 133/83 мм рт.ст. (мин.105/56 мм. рт.ст., макс. 160/90 мм рт.ст.). Пациент относится к группе нормального ночного снижения артериального давления. На рентгене ОГК: очаговые и инфильтративные изменения в легких не обнаружены,слева плевроперикардальные тяжи, признаки венозной гипертензии, сердце расширено влево, аорта не изменена, состояние после стернотомии.

Заключение: На основании проведенных исследований поставлен диагноз: ИБС: стабильная стенокардия напряжения III ф.к. Атеросклероз коронарных артерий (КВГ 09.12.10).АКШ-3 (26.12.10). Симптоматическая АГ. Вторично сморщенная почка. ХБП I ст. Гипертензивное сердце. Персистирующая форма ФП. Катетерная абляция (2011). СН IIA ст. IIФК. Назначено лечение: Valsartan 80мг утром и вечером под контролем АД длительно, Atorvastatin 20мг вечером,

Clopidogrel 75мг вечером, Amlodipine 5мг 2р/д под контролем АД, Furosemide 120мг+Spironalactone 100мг утром натошак 1 раз в нед.

Выводы: в данном клиническом случае отображены особенности неуклонного прогрессирования комбинированной сердечно-сосудистой патологии, возникшей на фоне хронической болезни почек, и методов диагностики и лечения.

## ХВОРОБА МАЛИХ СУДИН МОЗКУ ЯК ЧИННИК РИЗИКУ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

*Кутіков Д.О.*

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

Науковий керівник: Міщенко Т.С., д.мед.н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України, завідувач відділу судинної патології головного мозку

Актуальність. Хвороба малих судин (ХМС) мозку має велику поширеність серед людей похилого віку і є однією з причин судинної деменції, оскільки тягар ХМС мозку, який визначається кількістю/якістю морфоструктурних змін, має складний зв'язок із когнітивним станом пацієнтів. Однак досі відсутні чіткі дані про швидкість розвитку когнітивних порушень різного ступеня у пацієнтів з ХМС мозку.

Мета роботи. Визначення поширеності когнітивних порушень (КП), динаміки змін когнітивного стану та сили їхнього зв'язку з ХМС мозку.

Матеріали та методи. У ретроспективному когортному дослідженні 308 пацієнтів (у тому числі 148 жінок) віком від 50 до 85 років (середній вік:  $64,54 \pm 0,45$  років) з ХМС мозку та без інсульту в анамнезі, що склали основну групу (ОГ), було вивчено поширеність КП та динаміку змін когнітивного стану протягом 12-18 місяців (у середньому  $14,52 \pm 3,68$  місяців). Діагноз ХМС мозку та її тягар (0-4 балів) встановлювалися за даними МРТ у відповідності до стандартів STRIVE (Standards for Reporting Vascular Changes on Neuroimaging for reporting studies in SVD). До групи порівняння (ГП), статево-вікова структура якої відповідала такій ОГ, було включено 77 пацієнтів з хронічним порушенням мозкового кровообігу (хПМК) без інсульту в анамнезі та без МРТ-ознак ХМС мозку. У всіх 385 пацієнтів за допомогою Montreal Cognitive Assessment (MoCA) було досліджено ступень КП (18-26 балів – легкі (ЛКП), 10-17 балів – помірні (ПКП), < 10 балів – тяжкі (ТКП)), а за допомогою Frontal Assessment Battery (FAB) – вираженість лобової дисфункції (ЛД) (15-12 балів – помірні (ПЛД), < 12 балів – виражена (ВЛД)). Статистичну обробку даних проведено за допомогою t-критерія Стьюдента, t-критерія Вілкоксона, коефіцієнта кореляції знаків Фехнера, лінійного коефіцієнта кореляції Спірмена, регресійного аналізу, результати якого представлено у вигляді очікування шансів у 95 % з довірчим інтервалом (OR 95% CI); також було розраховано значення відносного ризику з точністю 95 % випадків та з довірчим інтервалом (RR 95% CI).

Результати. У ході нейропсихологічного тестування виявлено низку вірогідних відмінностей між ОГ та ГП за поширеність КП різного ступеня (табл. 1).

Таблиця 1

**Поширеність когнітивних порушень різного ступеня у пацієнтів групи порівняння та основної групи (за МоСА, FAB)**

Шкали	Когнітивні порушення/ Лобова дисфункція	Група порівняння (n=77)		Основна група (n=308)	
		n	M±m, %	n	M±m, %
МоСА	КП відсутні	36	46,75±5,72	61	19,81±2,27**
	легкі КП	32	41,56±5,65	214	69,48±2,63**
	помірні КП	9	11,69±3,69	31	10,06±1,72
	тяжкі КП	0	0,00±0,00	2	0,65±0,46
FAB	ЛД відсутня	38	49,35±5,73	67	21,75±2,35**
	помірна ЛД	39	50,65±5,73	207	67,21±2,68*
	виражена ЛД	0	0,00±0,00	34	11,04±1,79**

n – кількість пацієнтів; M – відсоток; m – похибка відсотку

\*p < 0,005; \*\*p < 0,0001 – відмінність від групи порівняння

Згідно результатів регресійного аналізу, відсутність ХМС мозку була пов'язаною з відсутністю КП (OR 3,56; 95% CI 2,10-6,03) (p<0,00001) та ЛД (OR 3,50; 95% CI 2,08-5,91). У підсумку у пацієнтів з ГП відносний ризик розвитку КП та ЛД був у 2,60 рази (95% CI 1,77-3,83) нижчим, ніж у хворих з ОГ. У той же час наявність ХМС мозку мала тісний зв'язок з ЛКП (OR 3,20; 95% CI 1,91-5,35) (p<0,00001) та ПЛД (OR 2,00; 95% CI 1,20-3,31), підвищуючи у пацієнтів ОГ ризик розвитку ЛКП (RR 1,30; 95% CI 1,14-1,46), ТКП (RR 1,25; 95% CI 1,19-1,32) та ВЛД (RR 1,28; 95% CI 1,21-1,35). Тобто, у пацієнтів з ХМС мозку розвиток ПКП та ТКП був обумовлений, в першу чергу, серйозними порушеннями лобових функцій, що виникали внаслідок морфоструктурних зміни, притаманні ХМС мозку.

Для оцінки динаміки змін когнітивного стану у пацієнтів з ХМС мозку було проведено порівняльний аналіз вихідних даних тестування за МоСА і FAB та даних цього тестування через 18 місяців у 48 хворих з ОГ. Ці хворі були відібрані за принципом збереження загальної картини поширеності КП та ЛД різного ступеню в ОГ: відсутні КП та ЛД – у 8 хворих (16,67 %), ЛКП – у 36 (75,00 %), ПКП – у 4 (8,33 %), ПЛД – у 40 (83,3 %). За 18 місяців серед хворих з ХМС мозку розвиток/посилення КП було зафіксовано у 14 (29,17 %), а ЛД – у 20 пацієнтів (41,67 %). ЛКП та ПЛД розвинулися у 8 пацієнтів (16,67 %), ПКП – у 4 (8,33 %), ТКП – у 2 (4,17 %), а ВЛД – у 12 хворих (25,00 %). Таким чином, за 18 місяців серед пацієнтів з ХМС мозку вірогідно зменшилася кількість випадків відсутності КП та ЛД (p<0,002, рівень значущості критерія Вілкоксона – 0,001) та збільшилася кількість випадків ВЛД (p<0,0001). Різке когнітивне зниження як за МоСА, так і за FAB, корелювало зі зростанням тягаря ХМС мозку (rS=-0,55 та rS=-0,63 відповідно), при цьому супряженість зниження балів за обома шкалами та зростання тягаря ХМС мозку є відносно сильною (значення коефіцієнта кореляції знаків Фехнера для МоСА та FAB був rF=-0,46 та rF=-0,61 відповідно). Прогресування когнітивного зниження до помірного та важкого ступеню у всіх

6 пацієнтів відбулося на тлі збільшення тягаря ХМС мозку одразу на 2 бали ( $p < 0,0001$ ). Ступінчастий характер когнітивного зниження у пацієнтів з ХМС мозку є обумовленим ступінчастим профілем зростання тягаря хвороби, при одночасному збільшенні якого на 2 бали зростає ризик розвитку ТКП та ВЛД.

Висновки. Згідно отриманих даних, протягом 18 місяців в усіх осіб похилого віку без КП при наявності ХМС мозку спостерігається розвиток ЛКП, а серед осіб з ЛКП за цей період часу у кожній четвертій відбувається зростання тяжкості КП, в першу чергу, за рахунок розвитку ВЛД. Оскільки виникнення/посилення КП тісно пов'язане з підвищенням тягаря ХМС мозку, визначення показника останнього та контроль чинників, що впливають на його зростання, є необхідною складовою стратегій лікування та профілактики когнітивних порушень у осіб похилого віку.

## РАК ЛЕГКОГО: НУЖНО ЛИ СООБЩАТЬ ПАЦИЕНТУ ЕГО ДИАГНОЗ?

*Кучеренко В.О.*

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина

Медицинский факультет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Балаклицкая И.О., ассистент кафедры внутренней медицины

В ряде законодательных актов Украины прописаны права пациента. Среди них есть право на медицинскую информацию (ч. 3 ст. 32, ст. 34 Конституции Украины, ст. 285, 302 Гражданского кодекса Украины, ст. 6, ст. 39 Закона Украины "Основы законодательства Украины про охорону здоров'я"). Это означает, что пациент, достигший 14-летнего возраста, должен первым получать информацию о своем здоровье и сам распоряжаться ею. Например, решать, стоит ли ее говорить родственникам. Врач, который сообщает онкологический диагноз сначала родственникам, тем самым жалея пациента, нарушает его права сразу в двух направлениях: о праве на информацию и о врачебной тайне.

Чем серьезней диагноз, тем более радикальное изменение образа жизни требуется от пациента. Без полной информации у пациента не хватает мотивации для принятия таких решений. Это иллюстрирует клинический случай.

У пациента 53 лет, сварщика с 20-летним стажем, находящегося на стационарном лечении по поводу правосторонней пневмонии, во время прохождения компьютерного томографа была выявлена картина центрального неопластического процесса верхней доли левого легкого. В дальнейшем на повторной томографии и фибробронхоскопии был подтвержден и уточнен диагноз — бронхокарцинома верхней доли левого легкого слева T1NxMx.

Пациенту, по просьбе жены, диагноз не сообщали. Он только знал, что у него «затяжная» пневмония. На вопрос, не собирается ли он бросить курить, отвечал, что имеет эту привычку с 11 лет и выкуривает по полпачки за день, поэтому вряд ли что-то заставит его это сделать. Онколог, не желая далее нарушать права пациента, ознакомила его с диагнозом, не согласовав предварительно этот шаг с женой. По результатам беседы мужчина нашел в себе силы бросить курить и дал согласие на оперативное лечение. Была выполнена лобэктомия слева.



На даний момент мужчина является инвалидом второй группы, не курит больше года, продолжает работать сварщиком.

Только владея полнотой информации, человек может принять решение об кардинальном изменении образа жизни, что и может стать для него главным спасением.

Даже в случае неизлечимого состояния объективное знание о нем позволит пациенту подготовиться к финалу жизни, приведя в порядок в первую очередь отношения со своим окружением.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПОТОНІЄЮ

*Кучерук О.В., Головчак М.А., Попович О.І.*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
Медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології, Львів, Україна  
Науковий керівник: Попович А. І., доцент

**Актуальність.** Під артеріальною гіпотонією (АГ) розуміють порушення судинного тону, при якому артеріальний тиск знижується нижче 100/60 мм.рт.ст. Дотепер немає єдиної точки зору щодо основних питань тактики ведення вагітності й пологів, патогенетичне обґрунтовано та не розроблено диференційованої системи лікувально-профілактичних заходів при даній патології. Наявність АГ призводить до збільшення частоти й тяжкості ускладнень при вагітності та пологах, що зумовлює велику кількість оперативних втручань, які створюють умови для розвитку післяпологових ускладнень.

**Мета.** Проаналізувати особливості перебігу вагітності, пологів у жінок з АГ.

**Матеріали та методи.** Проведено клініко-статистичний аналіз 65 історій пологів жінок, які знаходились на лікуванні та розродженні в пологовому відділенні ЛМККПБ №1. Хворих було розділено на дві групи. Основну групу склали 35 жінок з первинною АГ; контрольну – 30 здорових вагітних.

**Результати.** Основними клінічними проявами ПАГ у вагітних були загальна слабкість, тахікардія, запаморочення, метеочутливість, виражений астеничний синдром. За нашими даними, у хворих з ПАГ ускладнення вагітності та пологів розвиваються в 2 рази частіше порівняно із здоровими жінками. Так, частота ранніх гестозів, загрози переривання вагітності, плацентарної дисфункції, синдрому затримки росту плода, переношування вагітності при ПАГ перевищувала відповідний показник жінок контрольної групи ( $p < 0,05$ ) і становила: ранні гестози – 17,1%; загроза переривання вагітності – 45,7%; плацентарна дисфункція – 51,4%; синдром затримки росту плода – 25,7%; переношування вагітності – 28,6%. Крім того, у жінок при низькому рівні артеріального тиску значно частіше відмічаються відхилення від фізіологічного перебігу пологів. Серед ускладнень слід вказати на високу частоту первинної слабості пологової діяльності – у 25,7%; затяжної латентної фази I періоду пологів – 45,7%; атонічної кровотечі у ранньому післяпологовому періоді – 11,4%; травми пологових шляхів – 25,7%. Велика час-

тота ускладнень вагітності та пологів зумовила і наростання кількості оперативного розродження. Операцією кесаревого розтину розроджено 22,9% жінок (з приводу фетального дистресу під час вагітності – 11,4%; дистресу плода в пологах – 5,7%; первинної слабості пологової діяльності – 5,7%).

Висновки. Проведений аналіз показав, що при ПАГ відмічається велика частота різних ускладнень і відхилень від фізіологічного перебігу вагітності й пологів, що вказує на доцільність проведення лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на зниження частоти та важкості перинатальної патології.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ДІТЕЙ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

*Г. В. Лавринів, А. В. Хромих*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Кафедра педіатрії №2, Вінниця, Україна  
Науковий керівник: Хромих К.В., к.мед.н., асистент

Актуальність: Патологія органів дихання - найбільш часта патологія в дітей, тому що кожні дві дитини з трьох, батьки яких звертаються до педіатра, мають респіраторні захворювання. У структурі причин дитячої смертності хвороби органів дихання, займають третє місце, слідом за перинатальною патологією й уродженими пороками розвитку. Особливої уваги потребують пацієнти за наявності коморбідної патології. Одним із захворювань, що може мати вплив на перебіг хвороб органів дихання є метаболічний синдром.

Мета: Встановити особливості перебігу патології органів дихання у дітей з метаболічним синдромом.

Матеріали та методи: Нами було комплексно обстежено 46 дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні у пульмонологічному відділенні ВОДКЛ у 2016 – 2017 роках із патологією органів дихання та метаболічним синдромом. Діагноз метаболічного синдрому виставлявся за наявності 3 і більше критеріїв: ОТ >94 см у чоловіків та >80 см у жінок; рівент ТГ>1,7ммоль/л (150 мг/дл); рівень ХС-ЛПВЩ <1,04ммоль/л (<40мг/дл), АТ>130/85 мм. рт. ст.; рівень глюкози плазму натще >5,6 ммоль/л.

Результати дослідження: Середній вік обстежених хворих склав  $12,32 \pm 3,67$  років. У структурі патології органів дихання переважали пацієнти із позагоспітальною пневмонією (48, 34 %) та бронхіальною астмою (36,15%). Також були пацієнти із гострим обструктивним бронхітом (4,12 %), гострими вірусними інфекціями верхніх відділів респіраторного тракту (8,34 %), синуситами різної етіології (3,05 %). Строки госпіталізації у дітей, хворих на гостру патологію органів дихання із метаболічний синдром були достовірно більшими ( $15,81 \pm 2,76$ ), аніж у пацієнтів без супутньої патології ( $7,45 \pm 2,12$  днів) ( $p < 0,05$ ). Що стосується дітей, хворих на бронхіальну астму без супутньої патології, відповідь на невідкладну терапію при загостренні захворювання спостерігалась на  $1,94 \pm 0,54$  добу, на відміну від пацієнтів із метаболічним синдромом, у котрих вдавалось досягти стабілізації стану лише на

3,87 ± 0,57 добу (p<0,05). У дітей, хворих на позагоспітальну неускладнену пневмонію на фоні метаболічного синдрому курс антибактеріальної терапії був у 1,94 рази довшим, ніж у пацієнтів без супутньої патології та на 34,25 % частіше потребував зміни стартової терапії.

Висновки: Встановлено, що перебіг гострих захворювань органів дихання, а також загострення хронічних, погіршувався у пацієнтів із метаболічним синдромом, що проявлялось повільною відповіддю на лікування та подовженим перебуванням у стаціонарі. За рахунок порушенням механіки дихання, змінами ліпідного обміну, посиленням активності запального процесу, пов'язаного із біологічною активністю жирової тканини як додаткового джерела прозапальних цитокінів.

### ЗАСТОСУВАННЯ ПОЖИВНОГО СТЕБЛА З АУТОПЕРІКАРДА ПРИ КОРЕКЦІЇ ІЗОЛЬОВАНОЇ МІТРАЛЬНОЇ ВАДИ І ФРАГМЕНТУЮЧИХ ОПЕРАЦІЯХ У ЛІВОМУ ПЕРЕДСЕРДІ

*Леошко І. В.*

ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН»,  
Київ, Україна

Науковий керівник: Попов В. В, д.мед. н., професор, заслужений лікар України,  
завідувач відділення набутих вад серця

Актуальність: Синдром слабкості синусового вузла - це загальне поняття, що характеризується порушенням ритму і обумовлене зменшенням або абсолютним припиненням автоматичної роботи передсердного і синусового вузла. При синдромі слабкості синусового вузла порушується утворення імпульсів і їх проведення з СУ в передсердя у вигляді ознак брадикардії, а також супутніх аритмій ектопічного характеру. Цей стан, включає знижену здатність СУ виконувати різні варіанти проведення імпульсів. Така патологія являє собою незворотний процес ураження СУ і центрів, що лежать нижче, які знижують ЧСС. Синдром слабкості синусового вузла проявляється органічним характером порушень СУ і вимагає більш раннього виявлення у пацієнтів з даною патологією та своєчасного хірургічного втручання для того, щоб запобігти синдрому ВС (раптова смерть).

Мета: Метою дослідження є вивчення можливостей запропонованої методики аутоперикардіального поживного стебла для поліпшення результатів відновлення синусового ритму при протезуванні мітрального клапана (ПМК) і профілактики слабкості синусового вузла. До аналізованої групи включено 261 пацієнта з ізольованою мітральною вадою IV стадії, які перебували на хірургічному лікуванні у відділенні хірургічного лікування набутих вад серця Інституту. Пластику ЛП виконано у 139 (53,2%) пацієнтів з метою його зменшення, а також для виключення розповсюдження хвиль re-entry.

Матеріали: До аналізованої групи включено 261 пацієнта з ізольованим мітральним пороком IV стадії, які перебували на хірургічному лікуванні у відділенні хірургії набутих вад серця Національного інституту серцево-судинної хірургії АМН України з 01 січня 2009 року до 01 січня 2016 року. Чоловіків було

111 (42,5%), жінок - 150 (57,5%). Вік коливався від 39 до 72 років (середній  $59,3 \pm 7,3$  років). 89 (34,1%) пацієнтів відносилися до III класу за класифікацією NYHA, 172 (65,9%) пацієнтів - до IV класу. У 255 пацієнтів було виконано ПМК: 1) зі збереженням задньої стулки Мк (214 пацієнтів), 2) зі збереженням задньої стулки Мк + транслокацією папілярних м'язів передньої стулки у зріз фіброзного кільця лівого атріовентрикулярного отвору (39 пацієнтів), 3) з повним збереженням обох стулок мітрального клапану (2 пацієнта). І у 6 пацієнтів виконано пластику мітрального клапану. Фрагментація в ЛП проводилася в низькорадіочастотному режимі (25-35 Ватт діатермія) за варіантом операції лівий Maze-3,4. У 13 пацієнтів (основна група) операція була доповнена імплантацією в зону синусового вузла живильної ніжки-стебла з аутоперікарда.

Результати: з 261 оперованих пацієнтів на госпітальному етапі померло 5 пацієнтів (госпітальна летальність 1,9%). В основній групі ніхто не помер. У групі порівняння (248 пацієнтів) протезування мітрального клапану в поєднанні з операцією Лабіринт в низькорадіочастотному режимі дозволяє успішно відновити правильний ритм в 76,2% випадків на госпітальному етапі та стабілізувати його протягом півроку-року після операції. Однак, зважаючи на слабкість синусового вузла було імплантовано 4 (1,5%) електрокардіостимулятора в післяопераційний період. В основній групі не було відзначено випадків слабкості синусового вузла і спостерігалось 100% відновлення правильного ритму впродовж року після операції. При виписці відновлення синусового ритму в групі пацієнтів з пластикою ЛП було вище, ніж в альтернативній групі: 85,6% ( $n = 119/139$ ) і 73,7% ( $n = 90/122$ ) ( $p < 0,05$ ). Зважаючи на слабкість синусового вузла електрокардіостимулятор довелося імплантувати в 3 (1,2%) випадках на госпітальному етапі і 1 через рік після операції. У групі порівняння синусовий ритм відновився відразу після операції у 12 (92,5%) пацієнтів, при виписці по ЕКГ відзначався у 12 (92,5%) і через 2 роки відзначений в 100,0% випадків. Синдром слабкості синусового вузла не відзначений у жодному випадку.

Висновки: Запропонована та впроваджена методика імплантації живильної ніжки-стебла аутоперікарда в зону синусового вузла проста у виконанні, нетравматична і водночас дозволяє отримати чудовий клінічний результат у ранньому та віддаленому післяопераційному періоді. Отримані дані найближчого віддаленого періоду дозволяють нам оптимістично оцінити можливості запропонованої методики, однак вимагають накопичення клінічного матеріалу.

## СТАН МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

*Лещук І.В., Меженська К.А.*

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна  
Науковий керівник: Моїсеєнко Т.А., к.мед.н., доцент кафедри внутрішньої медицини № 3

Актуальність. Цукровий діабет (ЦД) є найбільш поширеним ендокринологічним захворюванням у нашій країні, характеризується постійною тенденцією до

все більшої поширеності. ЦД відзначається різноманітними поліорганными ускладненнями, частим поєднанням з іншими захворюваннями внутрішніх органів. Малодослідженим є вплив ЦД на функціонування біліарного тракту та жовчного міхура (ЖМ), розвиток і перебіг хронічного холециститу (ХХ).

Мета. Метою дослідження було з'ясування впливу ЦД на перебіг ХХ у хворих на ЦД 1 типу (ЦД-1) та ЦД 2 типу (ЦД-2).

Матеріали і методи. У групу обстежених включали хворих на цукровий діабет (ЦД) у поєднанні з хронічним холециститом (ХХ), що знаходилися на лікуванні в ендокринологічному та гастроентерологічному відділеннях обласної клінічної лікарні м. Харкова. Усього було обстежено 82 хворих на ЦД. З них ЦД 1 типу (ЦД-1) мали 32 пацієнта, ЦД 2 типу (ЦД-2) – 50 пацієнтів. Для визначення впливу на параметри, що підлягали дослідженню та аналізу, власне запального процесу у ЖМ, була обстежена група хворих на ХХ, які не мали супутнього ЦД – всього 20 чоловік. Об'єм обстежень включав: оглядову та динамічну ехогепатохолецистографію; багатофазове дуодентальне зондування з бактеріологічним, клінічним та біохімічним дослідженням жовчі; біохімічне та імунологічне дослідження крові. Контрольна група складалася з 10 здорових донорів.

Результати. Першу когорту (42 чоловік) склали хворі на ЦД та ХХ із змішаною гіпертонічно-гіпокінетичною дискінезією ЖМ, з них 20 хворих мали ЦД-1, 22 хворих мали ЦД-2. З аналогічною гіпертонічно-гіпокінетичною дискінезією ЖМ було відібрано 20 хворих на ХХ без ЦД, репрезентативних за віком та статтю групі хворих на ЦД із ХХ. Другу когорту (40 чоловік) склали хворі на ХХ із гіпотонічно-гіпокінетичного типу дискінезією ЖМ, з них 19 пацієнтів були з ЦД-1 та 21 пацієнт – з ЦД-2. З аналогічною гіпотонічно-гіпокінетичною дискінезією ЖМ було відібрано 20 хворих на ХХ без ЦД, репрезентативних за віком та статтю групі хворих на ЦД із ХХ. Виявлені певні особливості порушення процесів жовчовиділення у хворих на ХХ та ЦД. У хворих на ХХ та ЦД вірогідно була збільшена тривалість латентного періоду ЖМ, що узгоджувалося з подібними змінами тривалості II фази дуоденального зондування. Хворі на ЦД-2 мали найбільший початковий об'єм ЖМ, найбільш низький коефіцієнти випорожнення ЖМ на 15-ій, 30-ій, 45-ій та 60-ій хвилині дослідження та найбільший кінцевий об'єм ЖМ. У хворих на ЦД індекс скорочення ЖМ був достовірно меншим, ніж у хворих на ХХ без ЦД. Хворим на ЦД та ХХ з дискінезією ЖМ гіпертонічно-гіпокінетичного типу не властивий виражений та стійкий спазм сфінктера Одді, як це зустрічається у хворих на ХХ без ЦД. Хворим на ХХ та ЦД притаманне більш виражене зниження скоротливої функції ЖМ. Найбільш значне зниження пропульсивної функції ЖМ мало місце у хворих на ХХ та ЦД-2.

Висновки. Таким чином, у хворих на ЦД та ХХ спостерігалось збільшення латентного періоду холекінетичного рефлекса, збільшення початкового та кінцевого об'єму ЖМ, зниження коефіцієнту скорочення ЖМ, що свідчить про дилатацію та зниження скоротливої функції ЖМ. Найбільш вираженими ці зміни були у хворих на ЦД-2. Наявність ЦД погіршує моторно-евакуаторну функцію ЖМ.

## РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

*Лисицкая Л.А.*

Днепропетровская медицинская академия  
Медицинский факультет

Научный руководитель: Смотровая Н.Г., преподаватель кафедры микробиологии, вирусологии, иммунологии и эпидемиологии

Продолжительные, интенсивные упражнения вызывает подавление иммунитета, в то время как умеренные физические нагрузки интенсивности улучшают иммунную функцию и потенциально снижают риск и тяжесть респираторной вирусной инфекции. Заражение происходит воздушно-капельным путем, после чего вирус вторгается в слизистую дыхательных путей и реплицируется внутри живых клеток организма. Продолжительность болезни обычно длится 7-14 дней, а обычные симптомы включают: кашель, заложенность носа, лихорадку, мышечные боли, общее недомогание, а в тяжелых случаях смерть. Случаи смерти связанные с респираторной вирусной инфекцией встречаются чаще всего у детей, пожилых людей и других ослабленным иммунитетом лиц, поскольку их иммунная система не в состоянии справиться с вирусом. Одним из основных респираторных заболеваний является грипп. Основным методом профилактики заболевания является вакцинация. Вакцина находится в дефиците и большой процент населения не получает вакцинацию. Понимание того, как физическая активность или упражнения влияют на результаты вирусных инфекций имеет важное значение для общественного здравоохранения. Основная цель включает в себя проведение эпидемиологических исследований и экспериментальных испытаний человека, животных моделей, а также обработка лабораторных анализов, обеспечивающих понимание потенциальных механизмов, посредством которых регулярные физические упражнения могут быть защитными. Недавние исследования показали, что от низкого до умеренного интенсивность физических упражнений снижает риск развития связанных с гриппом смертности среди взрослых, в то время как высокая интенсивность физических упражнений (> 4d / неделю) не удалось снизить риск смертности по сравнению к сидячей референтной группы. Кроме того, Ниман исследовал влияние тренировок умеренной интенсивности на симптомы ОРВИ. Они способствуют более коротким инфекционным эпизодам. Слюнные IgA считаются первой линией обороны у субъектов, которые были ранее подвергшимися воздействию конкретных патогенных микроорганизмов. Они выступают в качестве вспомогательного метода защиты организма от респираторных вирусных инфекций. Оказывается, что длительность и высокая интенсивность упражнений, как в остром и хроническом периоде, уменьшают слюнные IgA и связано с увеличением респираторных симптомов. Важное исследование, проведенное Спенс проходят элитные спортсмены, рекреационные спортсмены и сидячие лица в течение 5 месяцев с наблюдения. Лица, которые сообщили симптомы ОРВИ были протестированы на несколько распространенных вирусных и бактериальных патогенных микроорганизмов из носоглотки и горла мазков. Девять сидячих, 7 рекреационных спортсменов и 21 элитных спортсменов, развились симптомы заболевания ОРВИ в ходе исследования. Испытуемые

с симптомами ОРВИ были протестированы на большинство основных патогенов, ответственных за ОРВИ в организме человека, в том числе аденовирус, вирус гриппа А и В, несколько типов вируса парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус, а также другие. Фактические патогены, однако, были обнаружены только в 30% всех случаев, с процентом положительных результатов распределенных примерно поровну между тремя группами. Эти данные предполагают, что, несмотря на то, что симптомы соответствовали ОРВИ, основной причиной симптомов наблюдаемых при различной интенсивности физических упражнений не может быть из-за распространенных респираторных патогенов, а другие явления, такие как аллергические реакции или идиопатических причин, таких как дыхательная гиперчувствительность, астма и сопутствующие симптомы.

Выводы. Эти тезисы предоставили доказательства, подтверждающие гипотезу о том, что физические нагрузки умеренной интенсивности уменьшают воспаление и улучшают иммунный ответ на респираторные вирусные инфекции. Я предполагаю, что умеренные физические нагрузки индуцируют уровень гормонов стресса, что регулирует чрезмерное воспаление в дыхательных путях и помогает в активации неспецифического противовирусного иммунитета. На основании имеющихся данных, физических упражнений умеренной интенсивности следует использовать в качестве дополнения к другим профилактическим мерам против респираторных инфекций дыхательных путей. Таких как: специфическая профилактика путем вакцинации, противовирусными препаратами. Неспецифическая профилактика - выполнение санитарно-гигиенических норм: регулярное проветривание помещения, ежедневная влажная уборка, одежда по погоде.

## ЧАСТОТА ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ

*Литвинов В.С.*

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина  
Медицинский факультет, Харьков, Украина  
Научный руководитель: Савицкая И.Б., к.мед.н., доцент кафедры психиатрии,  
наркологии, неврологии и медицинской психологии

Актуальность темы. Сердце и головной мозг - взаимосвязанные органы мишени сосудистой патологии, клинические варианты которой (ишемическая болезнь сердца (ИБС), мозговой инсульт) продолжают лидировать в структуре причин смертности населения. На понимании необходимости изучать факторы риска, особенности диагностики и искать новые подходы к лечению сочетанного поражения головного мозга и сердца с 1960-х гг. начало развиваться научно-прикладное направление клинической медицины – кардионеврология. Результатами проведенного научного поиска стали знания о заболеваниях сердца, ассоциированных с риском развития острых нарушений мозгового кровообращения, а также переосмысление роли сосудистых мозговых катастроф в инициировании и усугублении кардиальной патологии. Среди причин смерти пациентов с мозговым инсультом на втором месте после интрацеребральных (дислокационный

синдром, отек головного мозга) стоят кардиальные и пульмональные осложнения. Главными и наиболее частыми из них являются нарушения сердечного ритма, острый инфаркт миокарда, отек легких (Дубенко О.Е.). Взаимосвязь цереброваскулярной и кардиальной патологии обусловлена общностью факторов риска: артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, сахарный диабет, курение, избыточная масса тела.

Цель: изучить литературные данные о возможных механизмах взаимосвязи субарахноидального кровоизлияния (САК) и инфаркта миокарда (ИМ), а также степень влияния кардиальных осложнений на прогноз при субарахноидальном кровоизлиянии.

Результаты и их обсуждение. Анализируя литературные данные, мы выяснили, что САК часто ассоциировано с различными электрокардиографическими изменениями, которые можно разделить на расстройства ритма и аномалии реполяризации. Изменение ритма и проводимости обнаруживаются у 4% пациентов с САК, с преобладанием синусовой брадикардии и трепетанием/фибрилляцией предсердий (76%), а угрожающие жизни аритмии являются исключением (0,4%). Аномалии реполяризации наблюдаются примерно у 25-75% пациентов с САК, особенно в течение первых трех дней. Пациенты с САК могут иметь изменения сегмента ST, инверсию зубца T, пролонгацию интервала QT в сочетании с умеренным повышением уровня тропонинов, КФК и КФК-МВ (примерно у 40 % пациентов), хотя эти показатели и не достигают уровня, наблюдаемого при остром ИМ. Повышения уровня тропонина коррелирует в большей степени с повреждением мозга, чем с тяжестью поражения сердечной мышцы, о чем свидетельствуют данные эхокардиографии. По литературным данным в зависимости от тяжести неврологической симптоматики, преходящая тотальная или сегментарная гипокинезия левого желудочка наблюдалась в 5-50% случаев САК. Наиболее вероятное объяснение состоит в том, что избыток катехоламинов во время субарахноидальное кровоизлияние вызывает явление нейрогенного «оглушенного миокарда», имитируя инфаркт миокарда. Однако известен ряд случаев, демонстрирующих корреляцию между истинным инфарктом миокарда с подъемом ST и субарахноидальным кровоизлиянием. При этом наиболее вероятна роль САК в качестве исходного события, вызвавшего вторичный разрыв атеросклеротической бляшки у пациентов с уже существующей коронарной недостаточностью. Согласно литературным данным, такое кардио-церебральное взаимодействие лежит вне гипоталамо-гипофизарно-адреналовой и симпатoadреналовой систем и происходит вследствие всплеска выхода норадреналина из ишемизированного гипоталамуса и вазоспазма эпикардиальных сосудов. Норадреналиновый стресс-ответ, приводящий к повреждению сердечной мышцы, подтверждается случаями кардиомиопатии такоцубо, которые также встречаются после субарахноидального кровотечения. Однако патофизиологические механизмы связи ИМ с подъемом ST и субарахноидального кровоизлияния до сих пор до конца не установлены.

Выводы. Таким образом, изучение литературных данных подтверждает необходимость тщательного мониторинга ЭКГ в динамике, важность навыков сердечно-легочной реанимации у населения. Данные сосудистого анамнеза больного с ИМ о наличии церебральной аневризмы у него или его родственников должны определять диагностическую тактику (обязательное МРТ головного мозга



на предмет исключения САК). Кардиальная дисфункция и, в частности, инфаркт миокарда являются нередким событием у пациентов с САК. Взаимосвязь, по всей видимости, обусловлена центральной неврогенной дисрегуляцией, активацией симпатoadrenalовой системы и может сопровождаться повышением сывороточного уровня маркеров некроза миокарда (тропонина I), что ассоциируется с ухудшением прогноза при субарахноидальном кровоизлиянии.

## ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ КУРЕНИЯ НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У СТУДЕНТОВ

*Ловчикова А.С.*

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина  
Медицинский факультет, Харьков, Украина  
Научный руководитель: Забродский Р.Ф., старший преподаватель  
кафедры физиологии человека и животных

**Актуальность.** Курение является распространенной привычкой среди студентов, так как высшее образование сопровождается напряжением адаптационных систем организма, в том числе симпато-адреналовой, а само табакокурение используют с целью снятия напряжения во время учебы. Проведенное исследование показывает его влияние на такие показатели организма, как активность вегетативной нервной системы, состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также дает представление о том, что степень влияния курения на организм имеет гендерные особенности, и объясняет более высокую распространенность курения среди лиц мужского пола.

**Цель работы:** изучить влияние систематического курения (при стаже от одного года и более) и непосредственно выкуривания последующей сигареты на уровень физического развития, работу сердечно-сосудистой и респираторной систем студентов-медиков 2 курса.

**Материалы и методы.** Проанализировано 40 курящих и 40 некурящих студентов-медиков 2 курса возрастом 18-20 лет. Тонометрию, спирометрию и антропометрические замеры осуществляли общепринятыми методами (Богатырев В.С., Циркин В.И., 2002), используя тонометр типа ИАДМ-ОПМ, компьютерный спирографический комплекс СПИРОКОМ, весы медицинские ВМ-150, сантиметровую ленту. Снятие ЭКГ проводилось 12-канальным электрокардиографом (CardioLab).

**Результаты исследования.** По антропометрическим показателям, характеризующих физическое развитие, не было различий между курящими и некурящими девушками и юношами. Исключением служит вес: курящие студенты обоих полов имели меньшую массу тела, чем те, что не курят ( $67,8 \pm 1,5$  кг против  $69,6 \pm 1,3$  кг у юношей и  $60,6 \pm 1,3$  кг против  $63,2 \pm 1,5$  кг у девушек). При анализе функции внешнего дыхания у девушек и парней по данным спирометрии не было выявлено достоверных различий. У девушек ОФВ1 94% и у парней ОФВ1 99% от должных величин (90-108) до курения, у девушек ОФВ1 98% и у парней ОФВ1

104% (91-107) после выкуривания одной сигареты соответственно,  $p > 0,05$ ; у девушек ФЖЕЛ 99% и у парней 106% от должных величин (95-112) до курения, у девушек ФЖЕЛ 99% и у парней 106% (95-110,5) после выкуривания одной сигареты, соответственно,  $p > 0,05$ ). Среди исследуемых студентов-медиков нарушений сердечного ритма, проводимости и динамика сегмента ST (точка j) по данным ЭКГ до и после выкуривания сигарет у девушек и парней не было выявлено достоверных различий, наблюдался синусовый ритм и нормальное положение ЭОС, степень отклонения точки j отсутствует. Частота сердечных сокращений (ЧСС) в целом возрастает, хотя в меньшей степени выражено у юношей, у девушек до курения сигарет была  $72,7 \pm 1,4$  ударов в минуту; через 1 мин. после выкуривания одной сигареты ЧСС составила  $89,4 \pm 1,5$  ударов в минуту ( $p < 0,0001$ ), у парней до курения сигарет была  $77,4 \pm 1,3$  ударов в минуту; через 1 мин. после выкуривания одной сигареты ЧСС составила  $79,4 \pm 1,5$  в мин ( $p < 0,0001$ ). Оценка артериального давления до и после выкуривания сигареты отличается от значимых показателей по систолическому артериальному давлению (САД) (у девушек  $118 \pm 1,4$  мм рт. ст. против  $128 \pm 1,5$  мм рт. ст.; у юношей  $121,5 \pm 1,6$  мм рт. ст. против  $126 \pm 1,5$  мм рт. ст.), а также по среднему артериальному давлению (СрАД), (у девушек  $87 \pm 1,4$  мм рт.ст. против  $98,6 \pm 1,5$  мм рт.ст.; у юношей  $91,1 \pm 1,3$  мм рт.ст. против  $96,6 \pm 1,5$  мм рт.ст.).

Выводы. При выкуривании очередной сигареты через 1 минуту и у юношей и у девушек повышается активность симпатического отдела вегетативной нервной системы, что проявляется в повышении ЧСС, САД, ДАД, СрАД и тонуса сосудов большого круга кровообращения. По данным исследования можно заключить, что реактивность организма на действие табачного дыма у юношей ниже, чем у девушек, что объясняет более высокую распространенность курения среди лиц мужского пола.

## АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА И ОСОБЕННОСТИ ЕГО ПРОТЕКАНИЯ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

*Луцик М.В., Чайка О.Ю.*

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

Научный руководитель: Вовк В.И., доцент кафедры психиатрии, наркологии,  
неврологии и медицинской психологии

Вступление. Сегодня, когда мир сталкивается с небывало высоким уровнем терроризма, природные катаклизмы становятся менее предсказуемыми и все более разрушительными, а эпизоды домашнего насилия регистрируются с возрастающей частотой, практически каждый человек находится в зоне риска развития острого стрессового расстройства (ОСР). При ненадлежащем лечении данный синдром со временем может трансформироваться в посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), что является клинически более тяжелым и терапевтически резистентным состоянием. Таким образом, изучение триггеров

острой реакции на стресс, а также ее нейрофизиологических и психологических аспектов, представляется необходимым условием оказания эффективной помощи пострадавшему и профилактики тяжелых психиатрических осложнений.

Цель работы. Целью работы является изучение расстройств, связанных с переживанием экстремально-стрессовых ситуаций и психотравм.

Материалы и методы. При выполнении данной работы были использованы и проанализированы следующие ресурсы: Handbook of Psychology, edition by George Stricker and Thomas A. Widiger (Hoboken, 2003), A re-evaluation of the concept of «nonspecificity» in stress theory by J. W. Mason (Journal of Psychiatric Research, 1971), Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups by F. H. Norris (Journal of Consulting and Clinical Psychology), материалы исследований Американской Ассоциации Психологов за разные годы, а также данные исследователей-соотечественников. Был проанализирован клинический случай пациента-участника АТО с ПТСР.

Результаты. Было установлено, что большинством источников стресс определяется как реакция на угрожающие или неблагоприятные факторы. Стимулы и обстоятельства, которые провоцируют стресс, носят название стрессоров. Психотравма считается патологическим состоянием в любом случае, однако эпидемиологические исследования показали, что большинство лиц, в том числе жители стран вне войны, на протяжении жизни становились свидетелями травмирующей ситуации или переживали хотя бы один тип травмы. Примером может послужить проведенное Norris исследование, в котором 69% респондентов подтвердили наличие, как минимум, одного пережитого психотравмирующего инцидента в индивидуальном жизненном опыте.

Конечные критерии ОСР включают в себя непосредственную травматизацию или присутствие в качестве очевидца при нанесении психотравмы иному лицу, с вовлечением резко негативных эмоций; как минимум, три диссоциативных симптома (потерю сознания, деперсонализацию, дереализацию, состояние эмоционального шока, амнезию и т.д.); повторяющееся переживание или навязчивость, связанные с травмой (облигатным является наличие хотя бы одного симптома); императивная потребность и тенденция к избеганию связанных с травмой стимулов; выраженное истощение или перевозбуждение; клинически значимое недомогание в течение минимум двух дней и максимум четырех недель; неэффективность психоактивных веществ в отношении вышеупомянутых симптомов или системной медицинской патологии.

Вывод. В современных условиях, которые характеризуются непрекращающимися стихийными и социальными бедствиями, эскалацией социально-бытового насилия и глобальной террористической активностью, остро актуальной проблемой теоретической и практической психиатрии является необходимость дальнейшего изучения расстройств, связанных с переживанием экстремально-стрессовых ситуаций и психотравм.

## «СИНТЕТИКА», КАК «ЛЕГКИЙ» НАРКОТИК. ОБ АКТУАЛЬНОСТИ ПРОБЛЕМЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

*Майстренко Ю.С.*

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина  
Медицинский факультет, Харьков, Украина  
Научный руководитель: Денисенко Д. М., ассистент кафедры психиатрии,  
аркологии, неврологии и медицинской психологии

Актуальность. Существует закономерность, которая, по мнению британского историка и философа Арнольда Тойнби, определяет развитие цивилизации. Историческая ситуация или природные факторы ставят перед обществом проблему («вызов»). Дальнейшее развитие общества определяется выбором варианта решения («ответом»). Так вот проблема наркомании - это наш вызов и лишь от нас зависит адекватность ответа на него и дальнейшая судьба общества и нации в целом. Целью нашей работы является исследование проблемы наркомании в целом при помощи статистических данных и оценка состояния современной наркоиндустрии. Для начала рассмотрим некоторые цифры и факты. Начнем с забытой статистики: по данным службы по борьбе с незаконным оборотом наркотиков МВД в 2001 году более 98.000 лиц систематически употребляли наркотики при этом латентность — пяти- семикратная, т.е. реальное число наркоманов в Украине уже к тому времени составляло 500-700 тысяч. Если исходить только из официальной статистики, то на каждые 100 тысяч населения приходилось 204 наркомана. Что же мы имеем в настоящее время? Наркотизация в Украине достигла своего апогея. Статистика говорит, что в 2016 году количество наркозависимых в Украине достигло 14% населения, что составляет около трех миллионов человек. Нельзя обойти стороной и то, что наша наркомания постоянно «молодеет». 78% наркозависимых — люди до 30 лет. При этом средний возраст потребителей наркотиков ежегодно уменьшается и более актуальной становится проблема подростковой наркомании. Также следует обратить особое внимание на стремительный рост преступности и рост ВИЧ/СПИД инфицированных, который практически прямо пропорционален росту наркопотребителей. По нормам ВОЗ, если доля наркоманов в структуре населения страны составляет 7 и более процентов, то в этой стране наступают необратимые процессы дегенерации населения, вполне очевидно, что для нас необратимые процессы уже запущены.

В данном докладе пойдет речь не просто о наркотиках и об остроте проблемы их употребления, ведь сегодня эта тема как никогда актуальна и знакома всем от мала до велика. Казалось бы что может быть хуже нежели такие зашкаливающие проценты наркозависимых, смертности и высокой криминогенности? Как оказалось может. Мы живем в 21 веке, веке новых технологий, роботов, машин, где уже дети начиная с малого возраста умеют пользоваться различного рода гаджетами, выходить в интернет, без которого порою им и вовсе сложно обойтись. Это эра зависимых подростков и увы на сегодняшний день зависимых не только от интернета. Все большей популярности в нашей стране набирает новый вид наркотиков - так называемые «дизайнерские» в большинстве случаев

легальные. Новый уровень продаж и получения наркотических средств в частности синтетических, который приобретает так называемый «игровой» характер еще в большей степени привлекает людей из любопытства и интереса, не говоря уже о детях и подростках, которые даже не осознают, что цена таким шуткам прямо приравнивается к человеческой жизни. Поэтому сегодня наркотики – это не только механизм для зарабатывания денег, а в случае с "синтетикой" – это оружие массового поражения. Их действие подобно взорвавшейся бомбе, заложенной террористами. Итак выделим некоторые особенности украинского наркорынка:

1. Доступность и дешевизна; 2. Молодость пострадавших; 3. Невозможность тестирования к быту (абсолютная невозможность определить существующими в продаже тест-системами присутствие в организме синтетических наркотиков); 4. Доминирование над другими наркотиками (переход все большего числа героиновых наркоманов на употребление синтетических наркотиков); 5. Легальность; 6. Быстрый поражающий эффект.

Что же собой представляет «синтетика»? Новые психоактивные вещества (НПВ), которые в просторечии именуют "солями", в основном поставляемые из Китая. Эти синтетические наркотики могут всасываться с любых слизистых в организме человека; их можно курить, нюхать как кокаин, вводить в прямую кишку и во влагалище. Они без проблем растворяются во всевозможных напитках. Вызывают выраженное изменение психического состояния с галлюцинаторными расстройствами. Практически мгновенно вызывают формирование зависимости, а в течение считанных месяцев выраженные соматоневрологические осложнения с грубым снижением интеллекта, формированием энцефалопатии и поражением внутренних органов.

Выводы. С учетом вышесказанного, необходимо внести синтетики в «Перечень наркотических средств в Украине», что позволит использовать не только психопрофилактику и психогигиену, но и правовые методы в борьбе с распространением данного психоактивного вещества, направленные на пресечение современной наркотической интернет-биржи.

## **ПЕРШИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ЯЄЧКОВОЇ ВЕНИ ПРИ ЛІКУВАННІ ВАРИКОЦЕЛЕ**

*Майстрок А.П., Кищенко А.В., Горовий О.В.*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Медичний факультет, Вінниця, Україна

Наукові керівники: Горовий В.І., к.мед.н., доцент курсу урології кафедри хірургії №1;  
Чешанчук С.А., асистент кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

Актуальність теми. В структурі причин чоловічого безпліддя на варикоцеле, за даними літератури, припадає близько 20-40%. Основний метод лікування варикоцеле – хірургічний. Виділяють наступні альтернативні методи хірургічного лікування варикоцеле: 1) відкрите хірургічне втручання – перев'язка лівої яєчкової вени за Іванісевичем (1918) чи перев'язка лівої яєчкової вени з артерією за

Паломо (1943); 2) лапароскопічна перев'язка лівої яєчкової вени; 3) рентгеноендоваскулярна емболізація лівої яєчкової вени. Сьогодні актуальною проблемою в хірургічному лікуванні варикоцеле є впровадження нових малоінвазивних технологій – лапароскопічних та ендovasкулярних операцій. Останній метод переважає над іншими своєю малоінвазивністю та відсутністю виникнення гідроцеле. Якщо при відкритих та лапароскопічних втручаннях можливе виникнення гідроцеле в 10-15% хворих, то після рентгеноендоваскулярної емболізації можливий рецидив захворювання у 10-20% пацієнтів, а також конверсія до відкритого хірургічного втручання при розсипчастій будові яєчкової вени. Ендovasкулярна лазерна коагуляція знайшла широке застосування при лікуванні варикозно розширених вен нижніх кінцівок як малоінвазивний та надійний (безрецидивний) метод. У вітчизняній та закордонній літературі відсутні дані про застосування ендovasкулярної лазерної коагуляції лівої яєчкової вени при хірургічному лікуванні варикоцеле. Відсутність гнучкості лазерного світловоду виключає його застосування із стегового доступу. Саме тому ми вирішили заводити світловод у ліву яєчкову вену із підключичного доступу (Патент на корисну модель України №68494. Дата подання 23. 09. 2011, дата публікації 26. 03. 2012, бюл. №6).

Мета роботи. Оцінити перші результати лікування хворих на варикоцеле після ендовенозної лазерної коагуляції (ЕВЛК) яєчкової вени.

Матеріали та методи її виконання. У судинному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова ендовенозна лазерна коагуляція лівої яєчкової вени виконана 12 хворим у 2011-2016 рр. Вік хворих складав від 14 до 18 років. У 9 хворих була II ст. захворювання, у 2 – III ст. та у 1 – I ст. При виконанні операцій застосовували місцеве знечуження. Ендовенозна лазерна коагуляція проводилась за допомогою високоенергетичного діодного лазера з довжиною хвилі 940 нм та потужністю 18 Вт. Хворим виконували пункцію правої підключичної вени. Потім проводили катетеризацію лівої ниркової вени катетером «Cobra»7F та виконували флебографію для підтвердження скиду контрастної речовини в ретроградному напрямку по лівій яєчковій вені. У подальшому виконували селективну катетеризацію лівої яєчкової вени та контрольну флебографію для виявлення рівня встановленого катетера і подальшого проведення ЕВЛК. По катетеру проводили лазерний світловод із фіксатором рівня та гемостатичним клапаном. Проводили ЕВЛК на протязі 1 – 1,5 см у верхній третині яєчкової вени загальною дозою 60-100 Дж. Наступним етапом виконували флебографію для підтвердження повної оклюзії лівої яєчкової вени у верхній третині. Оглядали хворих через 3, 6 та 12 місяців після операції.

Отримані результати. У всіх хворих відмітили повну оклюзію лівої яєчкової вени під час виконання флебографії та спадіння варикозно розширених вен мошонки. Ускладнень під час виконання оперативних втручань не відмітили. У всіх хворих під час виконання ЕВЛК відмічали незначні болі в ділянці проекції місця коагуляції за рахунок термічної дії, які зникали після закінчення коагуляції. У віддаленому періоді (0,5-5 років) після операції рецидиву захворювання не було відмічено в жодному випадку.

Висновки. Перші безпосередні та віддалені результати застосування ЕВЛК лівої яєчкової вени при хірургічному лікуванні варикоцеле виявились задовільними. ЕВЛК лівої яєчкової вени є мініінвазивною альтернативою традиційних методів і потребує подальших досліджень.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ІМУННОГО СТАТУСУ ДО ЗБУДНИКІВ TORCH-ІНФЕКЦІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

*Марчук М.С.*

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця  
Медичний факультет №2, Київ, Україна  
Науковий керівник: Ковалюк Т.В., к.мед.н., асистент

Актуальність. Останніми роками спостерігається невпинний ріст внутрішньо-утробних інфекцій і збільшення їх ролі в структурі малюкової захворюваності і смертності.

На перинатальні інфекції припадає приблизно 2-3% всіх вроджених аномалій плоду. Виявлення та лікування інфекцій TORCH-комплексу в період прегравідарної підготовки і на ранніх термінах гестації дозволяє в багатьох випадках уникнути ускладнень і несприятливих наслідків вагітності.

Мета. Дослідити наявність специфічного імунітету у жінок репродуктивного віку до представників TORCH-групи на прегравідарному етапі.

Задачі дослідження: 1. Вивчити рівні IgG, IgM до токсоплазмозу (TOXO), краснухи (RUB), цитомегаловірусу (CMV), парвовірусу В19 (PB 19), вірусу простого герпесу 1 і типу (HSV 1 і 2) у крові жінок репродуктивного віку.

2. Розробити маршрут пацієнта для жінок, що планують вагітність.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось в період з 1.09.2016 по 20.02.2017 на базі пологового будинку №3, м. Київ. Були обстежені студентки Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (n=65) віком від 20 до 25 років. Дослідження зразків крові проводилось в акредитованій МОЗ України лабораторії методом імуноферментного аналізу на виявлення IgG/M:, RUB, CMV, Parvovirus B19; HSV 1 і 2.

Результати і обговорення. Отримані результати свідчать про наявність перенесеної CMV-інфекції з синтезом IgG серед 56 жінок (86,15%) (Табл.1). Специфічні антитіла відсутні у 2 жінок (3,08%). Встановлено вторинне інфікування CMV у 4 жінок, що складає 6,15%. У стані первинної імунної відповіді знаходяться 3 жінки (4,61%) (Табл.1). Жінки з персистенцією вірусу в крові знаходяться у ризику внутрішньоутробного інфікування. При цьому найбільш часто відзначаються жовтяниця, гепатоспленомегалія, ураження нервової системи, геморагічний синдром, тромбоцитопенія, затримка психічного розвитку, нейросенсорна приглухуватість, хоріоретиніт.

Простежується високий рівень інфікованості HSV 1 і 2 з синтезом IgG: 48 жінок (73,85%) і 53 жінки (81,54%) відповідно (Табл.1). Відсутність Ig до HSV 2 встановлено у 3 жінок (4,63%). Встановлено реінфікування HSV 1 і 2 у 16 (24,61%) і 5 (7,69%) жінок відповідно. У стані первинної імунної відповіді знаходяться 1 (1,53%) і 4 (6,15%) жінки відповідно (Табл.1). Тератогенний ефект впливу HSV 1,2 можна розділити на три клінічні форми: локалізована форма з ураженням шкіри, слизових ротової порожнини і очей; генералізована форма з поліорганичним ураженням і герпетичне ураження ЦНС у вигляді енцефаліту і менінгоенцефаліту.

Таблиця 1

**Частота виявлення антитіл до збудників інфекцій TORCH-групи  
жінок репродуктивного віку**

Ig серед студенток, n = 65		Збудник					
		CMV	HSV 1	HSV 2	Toxo	Rub	PB 19
Наявні лише IgG	Абс.	56	48	53	26	36	45
	%	86,15	73,85	81,54	40,00	55,39	69,23
Наявні лише IgM	Абс.	3	1	4	11	4	6
	%	4,61	1,53	6,15	16,92	6,15	9,23
Наявні IgG IgM	Абс.	4	16	5	9	2	8
	%	6,15	24,61	7,69	13,85	3,08	12,31
Відсутні IgG IgM	Абс.	2	0	3	19	23	6
	%	3,08	0	4,61	29,23	35,38	9,23

Сформований імунітет до токсоплазмозу з синтезом IgG був встановлений у 26 жінок (40%) (Табл.1). Відсутність антитіл до ТОХО виявлено у 19 студенток (29,23%). У стані гострого інфікування і вторинної імунної відповіді знаходились 11 (16,92%) і 2 (3,08%) жінок відповідно (Табл.1). Персистенція збудника у крові вагітної збільшує ризик розвитку хориоретиніту, вогнищ запалення в головному мозку, затримки психомоторного розвитку, гідро- або мікроцефалії, судомного синдрому.

У 36 жінок (55,39%) була підтверджена наявність IgG Rub (Табл.1). Відсутність специфічного IgG встановлена у 23 жінок (35,38%). У стані гострого інфікування і вторинної імунної відповіді знаходились 4 (6,15%) і 2 (3,08%) жінок відповідно (Табл.1). Ця неонатальна інфекція призводить до розвитку вад серця, катаракти, глаукоми, порушень слуху, багатоводдя, гепатоспленомегалії, тромбоцитопенії, жовтяниці.

Встановлена наявність перенесеної РВ 19-інфекції з синтезом IgG серед 45 жінок (69,23%) (Табл.1). Специфічні антитіла відсутні у 6 жінок (9,23%). Встановлено вторинна імунна відповідь до РВ 19 у 8 жінок, що складає 12,31%. У стані первинної імунної відповіді знаходяться 6 жінок (9,23%) (Табл.1). Інфікування вагітної в I триместрі супроводжується високим ризиком самовільного викидня, тоді як інфікування в II і III триместрі викликає водянку плода, гемолітичну анемію, водянку і смерть.

Висновки. 1. Аналіз отриманих даних свідчить про високий рівень сформованої імунної відповіді до збудників TORCH-інфекції з синтезом специфічних IgG. Цей стан є прогностично благоприємним для майбутньої вагітності.

2. У той же час, гостра імунна відповідь з синтезом IgM свідчить про первинне інфікування. Такий стан жінки потребує обстеження лікаря-інфекціоніста, призначення адекватної терапії, оптимізації часу настання вагітності.

3. Незначний відсоток жінок продемонстрували наявність IgG і IgM, що свідчить про реінфекцію. Такий стан підвищує ризик тератогенного ефекту, тому необхідним є відстрочення вагітності.

4. Негативний результат аналізу антитіл свідчить про відсутність контамінації жінки в минулому. Бажано розглянути питання про можливість імунізації.



## ІПОТЕРАПІЯ В ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

*Марчук М.М.*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна  
Науковий керівник: Желіба Л. М., к.мед.н., доцент

**Актуальність:** Збільшення кількості хворих з церебральним паралічем є однією з найважливіших сучасних проблем у медицині та реабілітації. Частота захворювання на церебральний параліч коливається від 1,6 до 4,2 випадків на 1 тисячу немовлят. Вочевидь, що залученню людей з такою патологією до праці та соціального спілкування має передувати низка заходів, найважливішим серед яких є фізична реабілітація. Одним з компонентів комплексної програми фізичної реабілітації хворих з дитячим церебральним паралічем є іпотерапія, або лікування верховою їздою. Застосування цього методу реабілітації дозволяє значно покращити не тільки фізичний, але й психологічний статус пацієнтів.

**Мета:** Визначити доцільність використання іпотерапії в загальному комплексі методів реабілітації дітей з діагнозом ДЦП.

**Матеріали та методи:** Наше дослідження включало організацію спостереження за процесом реабілітації 17 дітей, віком від 5 до 15 років методом іпотерапії на базі відпочинку Н. Чорної та В. Веденка в м. Вінниці. Під час роботи фіксувалися поведінкові реакції дитини під час заняття та можливі зміни її неврологічного статусу. Нами було проведено анкетування батьків, що дозволило отримати первинну інформацію про дитину, а також дані про соціальну ситуацію її розвитку та реабілітацію. Для обробки отриманого матеріалу використовувались методи статистичної обробки.

**Результати:** В нашому дослідженні брали участь 17 дітей (9 - хлопчиків та 8- дівчаток) у віці від 5 до 15 років. Всі діти отримують іпотерапію разом із комплексом класичних реабілітаційних заходів (ЛФК, масаж, бальнеотерапія, рефлексотерапія, заняття з логопедом і психологом). Тривалість занять коливалася від 1 року (13 дітей, 76%) до 3 років (4 дітей, 24%). За період занять у всіх дітей спостерігалась позитивна динаміка змін неврологічного статусу: 7 дітей (41%) почали самостійно сидіти, 3 дитини (18 %) стали краще повзати та одна дитина почала самостійно ходити. Okремо можна виділити психологічний аспект занять іпотерапією: дитина вже за день до заняття радіє та показує своє задоволення щодо майбутнього спілкування з конем, такий психологічний стан зберігається і потому. Також батьки зазначають, що їх діти стали більш відкритими до спілкування та соціально активними серед постійного оточення.

**Висновки:** В динаміці занять іпотерапія в комплексі з іншими методами реабілітації дає позитивні результати. Вона дозволяє поліпшити фізичний стан осіб з обмеженими руховими можливостями, а також сприяє рішенню конкретних психолого- педагогічних завдань і питань психосоціальної реабілітації й інтеграції інвалідів внаслідок ДЦП. Така реабілітація дозволяє дитині не тільки подолати свої страхи, підтримувати тонус в уражених м`язях, а і створювати нові моторні умовні рефлекси задля нормальної життєдіяльності та здорового соціального життя.

Реабілітація в умовах іпотерапії, змушує дитину осмислити свої рухи не тільки на коні, але і в буденному житті, тим самим радикально змінювати та підвищувати соціальний статус на даному етапі свого розвитку.

## ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНІ ПРОГНОСТИЧНІ ОЗНАКИ ІНЦИДЕНТАЛЬНОГО ВИЯВЛЕННЯ РАКУ ПРОСТАТИ У ПАЦІЄНТІВ З ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПРОСТАТИ

*Марчук О.А.*

Буковинський державний медичний університет  
Кафедра урології та нейрохірургії, Чернівці, Україна  
Науковий керівник: Ілюк І.І., кандидат медичних наук

**Актуальність:** Важливою проблемою є те, що на ранніх стадіях дуже важко діагностувати рак простати так як в латентний період онкопатологія не дає практично ніяких клінічних симптомів. Навіть визначення в крові рівня простатспецифічного антигену, який є основним онкомаркером при раку простати, не дає змоги точно виставити діагноз, оскільки підвищення рівня ПСА фіксується при інших захворюваннях залози. Перша симптоматика яка дасть запідозрити рак простати з'являється тільки при прогресуванні хвороби коли як правило з'являються метастази, при цьому ефективність лікування знижується або взагалі не дає ніякого ефекту.

Метою дослідження є виявлення прогностичних ознак переходу ДГП в рак простати на ранніх стадіях захворювання.

**Матеріали та методи дослідження:** було проаналізовано 54 історії хвороби з попереднім діагнозом –доброякісна гіперплазія простати, з них у 40 –хворих підтвердився діагноз ДГП після проведення ТУР з біопсією, а в 14 –хворих діагноз ДГП був змінений на рак простати. Таким чином хворі були розділені на дві групи – ДГП і рак простати. Порівнювалися і оцінювалися такі показники: вік, ГЗС, індекс маси тіла, наявність супутніх захворювань, каменів сечового міхура та хронічного циститу, тривалість операції, загальна кількість і післяопераційних ліжко-днів, ускладнення до операції, наявність епіцистостоми.

**Результати дослідження:** середній вік хворих на ДГП становить  $74 \pm 10$ , на рак  $-70 \pm 10$ , проте достовірної різниці немає ( $p=4p$ ). Гостра затримка сечі з ДГП=35,50%, рак простати=57,15%, різниця=21,65%, що дає можливість рахувати ГЗС як більш прогностичною ознакою раку простати. ІМТ: нормальна вага ДГП=42,5%, РП=50%, ( $p=7,5\%$ ) невеликий надлишок ДГП=50%, РП=28,5% ( $p=21,5\%$ ); зайва вага ДГП=7,5%, РП=14,5% ( $p=7\%$ ). Оцінивши ці дані можна припустити, що чоловіки які мають зайву вагу, знаходяться в групі ризику по захворюваності на рак простати. Камені сечового міхура ДГП=10%, РП=7,15% достовірної різниці немає. Хронічний цистит ДГП=77,5%, РП=0% тобто якщо у хворого наявний хронічний цистит, можна виставити діагноз ДГП, а не рак простати. Ускладнення ДГП: пієлонефрит=3,25%, уретерогідронефроз=1,25%; РП: орхоепідидиміт=7,15%, тобто наявність орхоепідидиміту дає підставу запідозрити рак простати.

Наявність епіцистостоми ДГП=35%, РП=21,5%, але це не є патогномонічною ознакою РП.

Тривалість операції ДГП=73±20, РП=62±15-20, (p=11) –достовірної різниці немає. Ліжко-дні ДГП=12±7, П/О=9±4; РП=12±6, П/О=10±4 суттєвої різниці немає.

Висновки: проаналізувавши результати досліджень, нами були виявлені передопераційні прогностичні ознаки інцидентального виявлення раку простати у пацієнтів з доброякісною гіперплазією простати, а саме: гостра затримка сечі, надлишок ваги, наявність орхоепідидиміту. Завдяки цим даним можна вдосконалити ранню діагностику переходу ДГП в рак простати.

## НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА РЕКТОСАКРОПЕКСИИ

*Меженская Е.А.*

Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра хирургии №2, Харьков, Украина

Научный руководитель: Свирипо П.В., к.мед.н., ассистент кафедры

Актуальность. Выпадение прямой кишки встречается у 3,5-5% пациентов, и частота рецидива заболевания достигает 30%, что является актуальной проблемой колопроктологии. Наличие пролабирующей через задний проход прямой кишки затрудняет ее опорожнение, приводит к анальному недержанию, что в свою очередь значительно ухудшает трудовую и социальную адаптацию (Войнов М.А., 2013). D. Hooge и соавт. (2004 г.) предложили метод прямокишечной фиксации – ректосакропексию с хорошими функциональными результатами.

Задачи. 1) Диагностика недостаточность анального сфинктера (НАС), моторно-эвакуаторной функции кишечника до и после операции.

2) Выполнение оперативного вмешательства – ректосакропексии у пациентов с выпадением прямой кишки.

3) Оценка отдаленных результатов лечения с помощью анкетирования по Кливлендской шкале НАС.

4) Анализ результатов лечения, применяя статистическую обработку полученных результатов с помощью пакета статистических программ SPSS 20.0 for Windows.

Цель. Оценка результата лечения больных с выпадением прямой кишки с использованием метода ректосакропексии.

Материалы и методы исследования. В настоящее исследование включены 35 пациентов, оперированных по поводу ректального пролапса за период 2010-2016 гг. Средний возраст пациентов – 43,6±7,8 года. Среди них женщины – 27 (77,14%), мужчины – 8 (22,86 %). В исследование включены пациенты с наружным и внутренним ректальным пролапсом. Оценка функции анального держания проводилась по Кливлендской шкале НАС (Aitola P.T., и соавт., 1999). НАС определяли по принятой в клинике классификации слабости запирающего аппарата, изучали с помощью функциональных методов исследования: сфинкте-

рометрии и профилометрии. Моторно-эвакуаторную функцию толстой кишки оценивали с помощью применения рентгенологического контроля пассажа бариевой взвеси. Методом дефекографии с регистрацией положения кишки относительно лонно-копчиковой линии оценивали функции мышц тазового дна, определяли смещаемость прямой кишки при волевом сокращении, остаточный объем и время эвакуации бариевой взвеси. Опущение промежности диагностировали при регистрации положения кишки в покое  $2,9 \pm 0,9$  см и более ниже лонно-копчиковой линии или при ее смещении на 6 см и более при натуживании. Декомпенсацией функций мышц тазового дна считали смещаемость аноректальной зоны при волевом сокращении менее  $1,2 \pm 0,4$  см (Zarodnyuk I.V. и соавт., 2005).

Все пациенты оперированы в клинике с помощью метода ректосакропексии. Особенностью данной операции является мобилизация прямой кишки без пересечения боковых прямокишечных связок. При этом у мужчин прямая кишка мобилизуется до границ средне-нижних ампулярных отделов по передней полуокружности, а у женщин – выполняется расщепление ректовагинальной перегородки и мобилизация передней стенки тонкой кишки до анального сфинктера. Синтетический имплант «ULTRAPRO» –  $6 \times 11$  см подшивали 3-4 швами нерассасывающейся нитью на атравматической игле к передней стенке прямой кишки, затем свободный конец сетки подшивали к передней продольной связке крестца в области I крестцового позвонка. У женщин дополнительно к сетке фиксировали задний свод влагалища. Среднее время наблюдения после операций составило  $36,2 \pm 9,5$  мес.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех пациентов отмечено улучшение анального держания, подтвержденного объективными методами исследования. Оценка непосредственных результатов лечения проводилась в сроки 9-10 дней. Сфинктерометрия показала значительное повышение тонуса анального сфинктера ( $140,0 \pm 85,6$  гр до операции,  $230,0 \pm 98,3$  гр – после,  $p=0,041$ ), а профилометрия – улучшение показателей давления в анальном канале ( $25,5 \pm 24,9$  мм рт. ст. до операции,  $35,3 \pm 21,2$  мм рт. ст. – после,  $p=0,049$ ). Моторно-эвакуаторная функция толстой кишки улучшилась на  $17,5 \pm 3,5$  с. С помощью дефекографии достоверно подтверждено улучшение показателей эвакуаторной функции прямой кишки. Время эвакуации составило  $47,5 \pm 35,7$  с до операции и  $21,2 \pm 12,7$  с после операции,  $p=0,035$ . Остаточный ректальный объем до операции составил  $26,3 \pm 16,5\%$ , после операции принял значение  $16,0 \pm 9,4\%$ ,  $p=0,046$ . Рецидивов заболевания не отмечено. Осложнения в ближайший постоперационный период составили 2 (5,7%) пациента.

Отдаленные результаты оценивали с помощью анкетирования пациентов с использованием Кливлендской шкалы НАС. Доказано улучшение функции анального держания до  $3,4 \pm 1,2$  баллов через 6-12 мес. после операции (у 14 (40%) пациентов отмечено улучшение анального держания, у 10 (28,57%) – полное восстановление функции).

Выводы. 1. Ректосакропексия является эффективным методом лечения ректального пролапса. Данная операция позволяет ликвидировать синдром опущения тазового дна, способствует улучшению моторно-эвакуаторной функции прямой кишки и восстановлению ее запирающего механизма.

2. Ректосакропексия не приводит к замедлению пассажа по толстой кишке.

## ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ 5 КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ З ДОПОМОГОЮ ОПИТУВАЛЬНИКА SF-36

*Мельник Б.Р., Турук Л.С., Копоть М.М.*

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
Медичний факультет №2

Науковий керівник: Гудзенко Г.В., к. мед. н., асистент кафедри неврології

Актуальність. Якість життя (ЯЖ) – важливий показник, який суттєво впливає на рівень фахової підготовки студентів та мотивацію до навчання.

Мета. Оцінити ЯЖ студентів 5 курсу медичного факультету НМУ імені О.О. Богомольця за допомогою опитувальника SF-36.

Матеріали та методи. Об'єкт дослідження – ЯЖ студентів 5 курсу медичного факультету НМУ імені О.О. Богомольця. Проведення опитування студентів саме 5 курсу обґрунтоване достатнім рівнем їх теоретичної підготовки у поєднанні з клінічною орієнтованістю.

У якості інструмента дослідження ЯЖ була використана шкала The Short Form-36 (SF-36). Опитувальник складається із 36 запитань, які згруповані у 8 шкал. Шкали формують два загальних показника: фізичний компонент здоров'я, що включає фізичне функціонування (ФФ), рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (РФФ), інтенсивність тілесного болю – (Б) та загальний стан здоров'я (ЗЗ); та психологічний показник здоров'я, до якого відносять життєву активність (Ж), соціальне функціонування (СФ), рольове функціонування, що обумовлене емоційним станом (РЕФ) та психічне здоров'я (ПЗ). Рівень ЯЖ визначали у балах. Максимальний показник – 100 балів, відповідає найвищому рівню ЯЖ. Статистичну обробку даних здійснювали за допомогою програми Microsoft Excel та SPSS 15.0 for Windows із застосуванням критерія Стюдента для визначення вірогідності різниці досліджуваних груп респондентів.

Результати. У дослідженні взяло участь 77 студентів. Середній вік респондентів склав  $21,7 \pm 0,18$  років; 56 (72,7%) студентів навчались за рахунок коштів державного бюджету, а 21 (27,3%) – на контрактних засадах. Більшість опитаних студентів (59,7%) мали академічну успішність 4,0-4,4 бали. Серед респондентів у 23 студентів (29,9%) бажання стати лікарем зміцніло, і лише 9 осіб (11,7%) зазначили, що помилилися із вибором професії. Згідно отриманих результатів, за показниками фізичного здоров'я, студенти мали найвищі бали за складовою ФФ ( $93,67 \pm 1,20$  балів), яка характеризує вплив фізичної активності на оцінку ЯЖ. Показник Б складав  $75,50 \pm 3,02$  бали, РФФ -  $69,25 \pm 4,68$  бали, ЗЗ –  $63,77 \pm 2,37$  бали.

Оцінка психологічного здоров'я виявила низький рівень ЯЖ студентів: показник СФ складав  $66,02 \pm 3,04$  балів; ПЗ -  $61,47 \pm 2,24$ , РЕФ –  $55,00 \pm 5,54$  бали, Ж –  $49,25 \pm 2,60$  балів. Студенти різних форм навчання (бюджетної та контрактної) не виявили достовірної різниці в оцінці ЯЖ ( $p > 0,05$ ).

Проте, студенти, які помилилися з вибором професії, мають нижчі показники за психологічною складовою ЯЖ, ніж респонденти, бажання яких стати лікарем зміцніло. Вірогідна різниця спостерігалась за показником РЕФ ( $t=3,3$ ,  $p < 0,01$ ), який характеризує негативний вплив емоційних порушень на повсякденну активність.

Висновки. Отримані результати достовірно свідчать, що зниження якості життя студентів 5 курсу медичного факультету НМУ спричинене зниженням показників психологічного здоров'я, зокрема показником рольового функціонування, обумовленого емоційним станом, із одночасним збереженням на достатньому рівні показників фізичного здоров'я. З огляду на комплексність поданої проблеми, вважаємо за доцільне подальше вивчення причин погіршення психологічного здоров'я залежно задоволеності навчанням та інших умов отримання освіти.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С АУТИСТИЧЕСКИМ СПЕКТРОМ

*Минюков Е.А.*

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина  
Медицинский факультет, Украина, Харьков

Научный руководитель: Матковская Т.Н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии

Актуальность темы: Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения 1 ребенок из 160 детей в мире страдает расстройством аутистического спектра. Эта оценка является усредненной цифрой, и сообщаемая распространенность значительно варьируется между исследованиями. Однако в некоторых хорошо контролируемых исследованиях сообщаются существенно большие цифры. О распространенности РАС в странах с низким и средним уровнем дохода на сегодняшний день неизвестно. К сожалению эта цифра постоянно растет. На данный момент существуют много методик налаживания контакта с такими больными, но со временем они все устаревают. В этой работе я освещу все эти методики, а также постараюсь создать среднее между ними.

Цель и задача работы: На основе современной литературы подобрать наиболее действующие методики коррекционной работы с детьми с аутистическим спектром

Материалы и методы исследования: Было прочитано и проработано ряд литературы, в том числе и зарубежных источников о современных методах коррекционной работы с детьми с аутистическим спектром. Изучены особенности применения этих методик, а так же основные этапы. В изучении литературы:

Полученные результаты: На основе приведенной выше литературы мы проанализировали такие методики как: метод поведенческой терапии ABC School; коммуникационная система обмена изображениями или PECS; TEACCH – программа; формирования взаимодействия родителей с детьми с аутизмом.

В связи с этим мы выявили наиболее актуальные методики на сегодняшний день их основные преимущества и недостатки:

PECS является эффективной методикой коррекционной работы с детьми с аутистическим спектром, которая помогает обрести более эффективную коммуникацию. Обучение PECS не ограничивается возрастом, но при этом кандидат дол-

жен быть без когнитивных нарушений, а именно осознавать потребность в коммуникации.

ABC School Проведение интенсивной поведенческой терапии помогает детям стать более самостоятельными. Данная терапия развивает необходимые навыки у детей и снижает проблемное поведение. Основной плюс данной терапии в том что в будущем ребенок сможет обучаться в обычной школе. Недостаток данной методики, создание отдельных школ где будет проводиться «дошкольная» подготовка где будет проводиться овладение базовыми навыками так и в режиме «full-time»(все занятие)

TEACCH-программа Повышает уровень самостоятельности и независимости у ребенка, его уверенность в себе. Развивает имитацию, восприятие, крупную и мелкую моторику, координацию глаз и рук, познавательную деятельность Минус данной методики: комфортная среда создается к примеру в рамках школы и дома, это будет проявляться в том что если ребенок разобьет чашку дома или в школе, он сможет убрать это все взяв веник и совок в обусловленном месте, но если ребенок это сделает в гостях, то он либо не заметит, либо впадет в истерику, так как обстановка не соответствует программе. Также ребенок не обучается чтению и письму

Выводы: Тщательно проанализировав все выше приведенные методики, мы сделали вывод что наиболее подходящей является методика ABC School. Так как она позволяет ребенку не только овладеть базовыми навыками, но и их адаптация, которая в будущем возможно позволит им обучаться в обычной школе. Минус данной методики слишком большая стоимость, так как существует потребность создания отдельных школ с высококвалифицированным коллективом.

На втором месте TEACCH –программа. Положительные стороны данной программы в том что она развивает в ребенке уверенность в себе и самостоятельность, а также восприятие, моторику, и стремление к познанию. Недостатки же этой программы в том что она не обучает ребенка писать и читать. Также хоть во время занятий все время подкрепляется навык спокойного поведения во время занятий и массовых мероприятий, существует риск что если сменить обстановку на не привычную и не комфортную для ребенка, у него может начаться истерика, так как изначально эта методика предполагает только создание нескольких комфортных сред для обучения и жизни ребенка.

На третьем месте PECS. Обычно эта методика идет в дополнение к программе ABC school, но может использоваться как и самостоятельная. Положительная сторона данной методики введение PECS стимулирует развитие активной речи, поскольку у ребенка начинает развиваться коммуникативная функция. Отрицательная сторона данной методики кандидат должен быть без когнитивных нарушений, а именно осознавать потребность в коммуникации. Также ребенка учат везде с собой носить карточки что вызывает некоторое недоверие со стороны родителей.

## ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА АЛКОГОЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ

*Мироненко Е.С.*

Гомельский государственный медицинский университет  
Гомель, Республика Беларусь  
Научный руководитель: Шилова О.В., к.мед.н., доцент

Алкоголизм – как один из вариантов ухода от реальности и получения желаемых эмоций подростками. Актуальность этой темы, можно сказать, лежит на поверхности. За последние годы, в связи с изменившимися социальными условиями, повысилась алкоголизация всего общества, и в том числе, резкий скачек произошел и в подростковой среде.

По статистике Всемирной Организации Здравоохранения алкоголизм занимает третье место в списке причин смертности населения.

Алкогольное отравление может стать причиной смерти в молодом возрасте.

Большая часть убийств совершаются в состоянии алкогольного опьянения, а также самоубийства, которые встречаются у данной группы людей чаще по сравнению с демографическим показателем.

Употребляющие спиртные напитки подвержены травматизму и могут навредить не только себе, но и окружению.

У злоупотребляющих алкоголем может наступить внезапная “сердечная смерть” вследствие нарушения ритма сердечной деятельности или первичной остановки сердца.

Цель исследования: Выявление факторов риска алкоголизации подростков.

Материалы и метод: Для проведения сбора первичных эмпирических данных была разработана анонимная анкета, которая была представлена подросткам. Объектом исследования стали 120 подростков в возрасте от 13 до 18 лет. Среди них 66 девочек и 54 мальчика Гомельской области.

Результаты: Анкета была разработана самостоятельно. В связи с этим возникли трудности с интерпретацией первичных эмпирических данных. Опора сделана на практический опыт. Все количественные данные представлены в процентах.

Более 90% опрошенных имели опыт употребления спиртных напитков: причём все мальчики в выборке пробовали алкоголь в той или иной ситуации.

В данной выборке значительно больше половины опрошенных попробовали алкоголь дома или на торжествах у родственников. Многие из опрошенных в тоже время, не хотят поддерживать традиции принятия спиртного принятой в своей семье.

Основными психологическими причинами принятия алкоголя названы следующие: 1. Употребление алкоголя по праздникам для поддержания компании. Необходимость идентификации себя со своим ближайшим наиболее значимым окружением.

2. Для улучшения настроения и более непринуждённого общения.
3. Для расслабления и снятия стресса.



4. Так прийнято в семьях опрошених и это не считается большой проблемой из-за неполной информации о вреде алкоголя и соответствующих семейных традиций.

Выводы: В целом отношении к принятию алкоголя вообще, как внутренняя позиция подростка, неоднозначна.

Подтвердилась эмпирическими данными указанные в литературе особенности подросткового алкоголизма в том, что нет так называемой «переходной» стадии: подростки с первых же приёмов алкоголя употребляют большие дозы, что в результате приводит к формированию абстинентного синдрома, даже с потерей контроля.

В ходе исследования и проведения контент-анализа результатов, были определены критерии по которым, выявлена «группа риска» алкоголизации подростков (в наибольшей опасности в выборке 22 человека): частота самостоятельного приёма спиртного; хорошее отношение к пиву и другим слабоалкогольным напиткам; выделение подростком позитивных моментов принятия алкогольных напитков.

## ПРОБЛЕМА ГОЛОВНОГО БОЛЮ У СТУДЕНТІВ ЛНМУ

*Михалейко Л.Б., Бігун Н.М.*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
Медичний факультет, Львів, Україна  
Науковий керівник: Боженко Н.Л., доцент

Актуальність проблеми. Головний біль (ГБ) є найактуальнішою проблемою сучасної медицини. Для нього характерна висока захворюваність і розповсюдженість серед молодого населення. Багато хворих не звертаються за медичною допомогою і працюють менш продуктивно. Пацієнти витрачають багато грошей на лікування ГБ.

Мета. Встановити поширеність первинного ГБ і його вплив на щоденну активність, дослідити методи усунення ГБ та їх ефективність серед студентів Львівського національного медичного університету.

Матеріали та методи дослідження. Щоб досягнути поставленої мети проведено анкетування 105 студентів Львівського національного медичного університету віком від 18 до 23 років (середній вік - 20,5 років). Серед досліджуваних 40% (42) хлопців і 60% (63) дівчат. Розроблені нами анкети використовувалися для цього дослідження. 8,6% (9) зі всіх опитаних – одружені. Для діагностики виду ГБ використовували критерії запропоновані IHS (International Headache Society), 2004 р. Встановлено такі результати досліджень : первинний ГБ виявлено у 88,6% (93) студентів. У структурі первинного ГБ переважав гострий біль напруги (ГБН) – 91,4% (96), у 5,7% (6) виявлено мігрень з аурую, у 4,8%(5) – мігрень без аури. Впродовж останнього місяця ГБ був у 71% (75) опитуваних. 63,8% (67) опитаних вказали, що ГБ частіше виникає у будні дні, ніж у вихідні, а 36,2% (38) зазначили, що ГБ виникає з однаково як у будні дні, так і у вихідні. ГБ частіше вини-

кає навесні у 23,8% (25) студентів, восени – у 27,6% (29), взимку – у 9,5% (10) студентів. 14,3% (15) студентів не приймали жодних медичних засобів для зняття головного болю. Найпопулярнішими лікарськими препаратами, які приймають студенти є: ібупрофен (25,0%), спазмалгон (15,0%), анальгін (16,0%), но-шпа (9,0%), кофеїн (5,0%), парацетамол (8,0%), аспірин (5,0%), німесил (12,0%), кетанов (10,0%)

Висновки: ГБН є найпоширенішим видом ГБ. Характерне частіше виникнення його навесні і восени. Через ГБ активність і працездатність студентів знижується. Відомо надзвичайно багато лікарських засобів для лікування ГБ, але студенти – медики обирають такі, як ібупрофен і анальгін.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА ПО ДАННИМ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

*Натарова В.А.*

Гродненский государственный медицинский университет

Лечебный факультет, Гродно, Беларусь

Научный руководитель: Бутолина К.М., ассистент кафедры патологической анатомии

Актуальность. Почечно-клеточный рак является самой частой опухолью почек. Среди урологических новообразований он занимает 3-е место после опухолей предстательной железы и мочевого пузыря, а по смертности находится на первом месте. Актуальность проблемы обусловлена ростом заболеваемости рака почки, высокой частотой поздней его диагностики и высокой смертностью.

Цель исследования – изучить клинико-морфологические особенности почечно-клеточного рака.

Материал и методы. Исследование основано на изучении результатов исследования операционного материала по данным УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро» за 2012-2016 г.г.

Результаты. В г.Гродно в 2012-2016 гг. по поводу рака почки было прооперировано 565 человек. Из них 81- в 2012 г., 132 – в 2013 г., 113 – в 2014 г., 153 – в 2015 г. и 86 – в 2016 г. В 557 случаях отмечался почечно-клеточный рак, в 6 случаях – рак лоханки почки и в 2 наблюдениях – первично-множественный рак почки (сочетание почечно-клеточного рака и рака лоханки). Почечно-клеточный рак развился у 340 (60,8%) мужчин в возрасте 29-95 лет (средний возраст –  $58 \pm 9,9$  лет) и у 219 (39,2%) женщин в возрасте 27-88 года (средний возраст –  $61 \pm 10,8$  лет). Наибольшее количество пациентов было в возрастных группах 51-60 лет – 222 (39,7%) случая и 61-70 лет – 154 (27,5%) случая (таблица 1).

В 47,8% случаях почечно-клеточный рак развился в левой почке, в 52,2% случаях – в правой. В 54,8% наблюдений поражался верхний полюс, в 26,3% – нижний полюс, в 18% – средняя треть. В 5 (0,9%) наблюдениях отмечалось тотальное поражение всей почки. При макроскопическом исследовании в 539 (96,4%) наблюдениях рак был представлен узлом мягкой консистенции, жел-

того (38,5%), коричневого (15,2%) и серого (6,9%) цвета или имел пестрый вид (35,8%) с кровоизлияниями. Размеры одиночных узлов колебались от 3 до 20 см. В 8 (1,4%) случаях выявлен мультицентрический (многоузловой) характер роста. В 12 (2,2%) случаях определялась кистозная форма рака почки. Опухоль до 4 см в наибольшем измерении обнаружена в 37,3% наблюдениях, 4-7 см – в 52,9%, более 7 см – в 9,8% случаях. При этом pT1a стадия отмечалась у 37,3% пациентов, pT1b – у 44,3%, pT2 – 8,6%. pT3a стадия с прорастанием паранефральной клетчатки диагностировалась в 33 (5,9%) наблюдениях, в том числе с поражением надпочечника в 3 (0,5%) случаях. Прорастание почечной вены (pT3 b) выявлено в 22 (3,9%) наблюдениях. У 1 (0,2%) больного имелись метастазы в регионарные лимфоузлы. В подавляющем большинстве случаев гистологической формой рака почки был светлоклеточный вариант (99,5%) и лишь в единичных наблюдениях диагностировался темноклеточный, папиллярный и саркоматозный варианты. В 58 (10,4%) наблюдениях опухоли были высоко дифференцированными (G1), в 364 (65,1%) – умеренно дифференцированными (G2), в 137 (24,5%) – низко дифференцированными (G3).

Таблица 1

**Распределение больных почечно-клеточным раком по возрасту и полу**

Возраст	<41	41-50	51-60	61-70	71-80	>80	Всего
Мужчины	16 (2,9%)	48 (8,6%)	151 (27%)	85 (15,2%)	39 (6,9%)	1 (0,2%)	340 (60,8%)
Женщины	8 (1,4%)	22 (3,9%)	71 (12,7%)	69 (12,3%)	44 (7,9%)	5 (0,9%)	219 (39,2%)
Всего	24 (4,3%)	70 (12,5%)	222 (39,7%)	154 (27,5%)	83 (14,8%)	6 (1,1%)	559

Выводы. Почечно-клеточный рак чаще встречался в возрасте 51-70 лет, чаще у мужчин. Одинаково часто поражались обе почки. Опухоль в большинстве наблюдений развивалась в верхнем полюсе почки и диагностировалась на pT1 стадии. Преобладали умеренно дифференцированные светлоклеточные раки.

## ЛЕЧЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МЕТОДОМ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ

*Нгуен Тхи Лиен*

Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра внутренней медицины №3, Харьков, Украина  
Научный руководитель: Сокольникова Н.В., ассистент

Согласно современным представлениям под резистентной артериальной гипертензией (РАГ) понимают клиническую ситуацию, в которой при одновременном назначении трех и более антигипертензивных лекарственных препара-

тов различных классов в оптимальных терапевтических дозах (один из которых — диуретик) не удается достичь целевого артериального давления (АД). Частота РАГ может достигать 10–13% от общего количества пациентов, которым не удается достигнуть целевого уровня АД даже после исключения псевдорезистентной артериальной гипертензии (АГ). Денервация почечных артерий пока является относительно новым методом, поэтому эксперты ESH/ESC рекомендуют прибегать к ней только при наличии резистентной неконтролируемой эссенциальной АГ с сохраняющимися цифрами систолического АД выше 150-160 мм рт. ст., несмотря на проводимую трехкомпонентную терапию и удовлетворительную приверженность пациента к лечению.

Целью нашей работы было изучение эффективности ренальной денервации при РАГ, определение положительных и отрицательных стороны этого метода.

Были проанализированы материалы экспериментального исследования Symplicity HTN-1, в котором принимали участие 153 больных РАГ, и исследования Symplicity HTN-2 (106 больных: первую группу составили 52 пациента, которым была выполнена абляция почечного нерва, 54 больных второй группы получали только медикаментозную терапию). Также были использованы результаты исследования Symplicity HTN-3 (353 пациентов с ренальной денервацией и 171 больной контрольной группы с симуляцией процедуры денервации в виде ренальной ангиографии).

Исследование Symplicity HTN-1 показало, что с течением времени после процедуры снижение АД происходит даже у пациентов, которые исходно не реагировали на вмешательство. В исследовании Symplicity HTN-2 отмечали снижение АД на 34/13 мм рт. ст. у пациентов основной группы при исходном среднем АД 178/96 мм рт. ст. по истечению наблюдения в 30 месяцев. В группе контроля динамики АД не было отмечено. Общее количество пациентов, достигших целевого АД в основной группе достигло 84%. В ходе клинических исследований оказалось, что прерывание почечных афферентных импульсов дает и другие положительные эффекты. У обследуемых отмечалось уменьшение толщины межжелудочковой перегородки и индекса массы миокарда левого желудочка; снижение гликемии натощак, уровня инсулина натощак, а также С-пептида и индекса инсулинорезистентности. Также наблюдались и побочные явления: расслоение почечной артерии, феморальная псевдоаневризма, артериальная гипотензия, инфекция мочеполовых путей, люмбалгия.

В ходе исследования SYMPPLICITY HTN-3 пациенты не знали, какой курс лечения они фактически проходят (полную процедуру денервации (группа лечения) или только ренальную ангиографию (контрольная группа с симуляцией процедуры). Клиницисты, оценивающие уровень АД, также не знали о том, какое лечение получено пациентом. Индекс «ослепления» был рассчитан при выписке и через 6 месяцев наблюдения эффективность «ослепления» была доказана. К сожалению, сейчас невозможно точно определить, продемонстрировало ли исследование неэффективность в достоверном снижении артериального давления при проведении процедуры ренальной денервации, или ренальная денервация была выполнена неэффективно и не соответствовала необходимым требованиям.

Таким образом, ренальная денервация не дает возможности полностью отказаться от приема гипотензивных препаратов, но позволяет на фоне их прие-

ма достичь целевого АД, иногда удается уменьшить количество или дозы препаратов. Эффект процедуры нарастает с течением времени. Согласно имеющимся данным, эффект денервации сохраняется, по меньшей мере, на протяжении 3 лет. На данный момент в мире продолжают проводиться большое количество клинических исследований, которые позволяют надеяться, что метод ренальной денервации покажет эффективные результаты лечения в сложной группе пациентов с резистентной АГ.

## СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ ХОРЕИ ГЕНТИНГТОНА

*Неродик И.В.*

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина  
Медицинский факультет, Харьков, Украина  
Научный руководитель: Суворова-Григорович А.А.

Актуальность темы. Хорея Гентингтона – нейродегенеративное наследственно обусловленное аутосомно-доминантное заболевание с высокой пенетрантностью (80-85%). Возникает вследствие динамической мутации гена гентингина, расположенного в коротком плече четвертой хромосомы, что приводит к образованию мутантного белка гентингина (интегрин), который оказывает токсическое действие на клетки и вызывает болезнь. Хорея Гентингтона проявляется психическими нарушениями, достигающими уровня деменции и нарастающим хореическим гиперкинезом. Постановка диагноза на основании клинических проявлений может быть затруднена, особенно в атипичных случаях. На ранних стадиях заболевания, пациенты не всегда обращаются за медицинской помощью, как правило, данную патологию выявляют психоневрологи в стадии развернутой клиники. Пациенты могут наблюдаться с различными психическими расстройствами, неврологической симптоматикой и только при ретроспективном анализе родословной, выявлении семейного характера заболевания можно заподозрить наследственную причину патологии. В таких случаях с целью выявления мутантного аллеля необходимо применение молекулярно-генетических методов диагностики.

Цель исследования. Обоснование необходимости медико-генетического консультирования и применение современных молекулярно-генетических методов при семейном характере нейродегенеративных заболеваний с поздней манифестацией.

Материалы и методы. Обследованы три поколения семьи, в которой имелись случаи нейродегенеративной патологии. Использованы кликопсихопатологический, экспериментально-психологический, инструментальный, сомато-генетический, клико-генеалогический, молекулярно-генетический методы исследования.

Психоневрологом на медико-генетическую консультацию был направлен пациент, 36 лет, русский, уроженец Луганска, образование высшее техническое, частный предприниматель, женат, имеет трех дочерей 11, 9 и 2 лет. В течении 5 лет отмечает колебания настроения в сторону тревожности, вспышки гнева

в кругу семьи, заикание в стрессовых ситуациях. На протяжении последнего года испытывает трудности при необходимости сосредоточиться, отмечает снижение трудоспособности, что связывает с загруженностью на работе. Во время осмотра пациент суетлив, неусидчив. Анализ родословной. У бабки пробанда после 40 лет появились нарушение поведения и прогрессирующее снижение интеллектуально-мнестических функций, умерла в психиатрической больнице в возрасте 62 лет. Мать пробанда, 58 лет, первые признаки психического нарушения проявились в возрасте 38 лет в виде навязчивых идей ревности, появилась неврологическая симптоматика (тики, суетливость), на протяжении последних 6 лет является инвалидом I группы по неврологическому заболеванию. У младшего брата с пубертатного периода отмечается аддиктивное поведение, склонность к паразитическому существованию, в моторной сфере – тики, суетливость, неусидчивость. Учитывая анализ родословной, пробанд и его брат были отнесены в группу риска по ауто-сомно-доминантному нейродегенеративному заболеванию (эмпирический риск 50%). В результате проведения ДНК-анализа, у пробанда в одной из 4-й хромосом выявлено увеличение числа копий CAG-повтора (CAG)<sub>n</sub>, ( $n_1 < 35$ ,  $n_2 = 43$ ), локализованного в 5-области гена IT-15: является носителем хорей Гентингтона. Эмпирический риск для его потомства составляет 50%. Для выявления мутантного гена и дальнейшего прогноза рекомендована ДНК-диагностика детям пробанда.

Результаты и их обсуждение. Внедрение в практику психоневролога обязательное медико-генетическое консультирование пациентов с нейродегенеративными заболеваниями необходимо и особенно важно при неполном проявлении симптомов и семейном характере заболевания. Использование современных методов диагностики наследственных заболеваний, в частности молекулярно-генетических, позволяет выявить этиологический фактор, т.е. верифицировать диагноз, даёт необходимую информацию для корректного прогноза по данному заболеванию у кровных родственников, а также возможность предупреждения наследственной патологии у будущего потомства.

Выводы. Необходимость медико-генетического консультирования и применения современных молекулярно-генетических методов при выявлении случая генетического заболевания в семье.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: РОЛЬ МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОФИЛАКТИКЕ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ**

*Нестеренко Н.И., Луцик М.В.*

Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина  
Медицинский факультет, Харьков, Украина  
Научные руководители: Яблучанский Н.И., д.мед.н., проф.,  
заведующий кафедрой внутренней медицины;  
Целик Н.Е., ассистент

Актуальность темы. Согласно Рекомендациям Европейского общества кардиологов (ESC) 2016 фибрилляция предсердий (ФП) представляет собой супра-

вентрикулярную тахикардию, характеризующуюся хаотической электрической активностью предсердий, высокой ЧСС (>350 уд/мин) и нерегулярным ритмом желудочков (при условии отсутствия полной АВ-блокады). Фибрилляция предсердий является одним из осложнений ишемической болезни сердца (ИБС). Ее частота в общей популяции составляет 1-2%. Примерно у трети пациентов ФП является бессимптомной, и больные не знают о ее существовании. Этиология этого состояния изучена несовершенно, однако выделены факторы риска, способствующие развитию ФП.

Цель работы: показать последствия влияния образа жизни на возникновение и прогрессирование осложнений в виде фибрилляции предсердий (ФП) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациента перенесшего 11 лет назад острый инфаркт миокарда.

Материалы и методы: изучен анамнез больного с впервые диагностированной ФП через 11 лет после перенесенного Q-позитивного трансмурального заднего инфаркта миокарда. После реабилитации в связи с инфарктом миокарда (2006 г.) больной не обращался за медицинской помощью на протяжении 5-6 лет. Вел активный образ жизни, занимался спортом, длительно продолжалось влияние стрессовых факторов на пациента. Контроля артериального давления не проводилось, так как никаких клинических проявлений, связанных с его изменением, у пациента не было. Со слов пациента систематически находился на гипотензивной терапии (Энап-Н 1/2т утром и Энап 10мг вечером, Липримар 10мг на ночь.)

Ухудшение состояния с 05.01.2017, когда, поднимаясь по лестнице, на уровне 5 этажа пациент почувствовал резкую нехватку воздуха. Было проведено ЭКГ, зафиксирован впервые возникший пароксизм мерцательной аритмии и пациент был госпитализирован в кардиологическое отделение стационара 5 ЦКБ.

Результаты исследований. У пациента выявлены: отклонения в клиническом анализе крови: эритроцитоз ( $6,14 \times 10^{12}/л$ ), лимфоцитоз (45%), лейкоцитоз ( $10,1 \times 10^9/л$ ), повышенный Ht (52,6%), повышенный Hb (169 г/л). Биохимический анализ крови: повышение мочевины (7,7 ммоль/л), АЛаТ (76 Е/л), АсАт (55 Е/л), микроэлементы: К -5,19 ммоль/л; глюкоза крови 6,0 ммоль/л (N 3,89-5,83). Липидный спектр: низкий показатель ЛПВП (0,78 ммоль/л) и повышенный коэффициент атерогенности (4,08 ммоль/л). Гормоны щитовидной железы: ТТГ, Т3своб., Т4своб, Антитела к пероксидазе щитовидной железы – в пределах нормы. В клиническом анализе мочи: протеинурия (0,043г/л). УЗИ органов брюшной полости: Диффузные изменения печени по типу жирового гепатоза. Полип желчного пузыря. Застойное содержимое в просвете. Уплотнение стенок и перегиб ЖП. Микроуролитиаз. УЗИ щитовидной железы: гиперплазия щитовидной железы 2 степени, с диффузными изменениями ее паренхимы. Кисты обеих долей щитовидной железы. Гиперплазия паращитовидной железы справа. УЗИ сердца: Склеротические изменения стенок аорты, створок аортального и митрального клапанов. Гипертрофия миокарда обоих желудочков: ЗССЛЖ 14,7мм (6-11мм), МЖП- 14,1мм (6-11мм), правое предсердие – d 42,0 мм(21-37мм), ПЖ – d 30мм (9-26мм). Дилатация всех полостей сердца: передне-задний размер ЛП – 52,0x66,0мм (21-37 мм), левый желудочек- КДД 59,0 мм (35-55мм), КСД 45мм (23-38мм), Фракция выброса (ФВ) - 44% (N 45-78%). На ЭКГ:

ЧСС 73 уд/мин, фибриляція предсердий, рубцові зміни на задній стінці лівого шлуночка. Холтеровське моніторування: За все час моніторування зареєстрована фибриляція предсердий со середньою ЧСС 71 уд/мин з одиничними і спареними шлуночковими екстрасистолами. Велоергометрія (навантажувальна робота 50 Вт): проба позитивна, виявлені ознаки коронарної недостатності. Коронарографія: Субоклюзія правої коронарної артерії. Стеноз 30% правої міжшлуночкової гілки (ПМЖВ). Проведено стентування правої коронарної артерії (ПКА) (11.05.06). Консультація аритмолога: пацієнту показана чрезнаїшеводне діагностичне електрофізіологічне дослідження (ЕФІ) з метою діагностики і вибору методу відновлення ритму.

Діагноз: ІБС: постінфарктний (18.03.2017 Q-позитивний задній) кардіосклероз. Субоклюзія ПКА. Стеноз 30% ПМЖВ. Стентування ПКА (11.05.06). Гіпертонічна хвороба III стадії, 2 ступеня. Персистируюча фибриляція предсердий. EHRA II, CHADS-VASc-2, HAS-BLEED-1, CH I-IIa. Дуже високий додатковий кардіоваскулярний ризик.

Так як грубих порушень з боку органів поза серцево-судинної системи у пацієнта не виявлено, в якості ведучих передопределяючих ФП факторів виділені гіпертонічна хвороба, постінфарктний (18.03.06) кардіосклероз і надмірно активний спосіб життя (зайняття гірськолижним спортом, адміністративна робота, сприяюча емоційному стресу).

Висновки: На прикладі клінічного випадку показана важливість необхідності модифікації способу життя, регулярного нагляду, своєчасного обстеження і корекції лікування у пацієнта перенесеного інфаркту міокарда з метою профілактики ФП і прогресування ХСН.

## ВПЛИВ ДИХАЛЬНИХ ПРАКТИК НА ЧСС ТА ЖЕЛ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ І БРІХІАЛЬНУ АСТМУ

*Нетребін Л.І.*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Медичний факультет №2, Вінниця, Україна

Наукові керівники: Слєпченко Н.С., к.мед.н, доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини; Пилипонова В.В., к.мед.н, доцент кафедри патологічної фізіології

Актуальність: Хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) – проблема, актуальність якої в усьому світі стрімко зростає, на сьогодні це одне із захворювань, показник смертності від якого продовжує зростати. На ХОЗЛ страждає від 8 до 40% дорослого населення віком 40 років і старше. При ХОЗЛ у патологічний процес залучаються термінальні бронхи та респіраторні відділи легень з розвитком перибронхіального фіброзу, емфіземи, бронхообструктивного синдрому та порушення легеневої вентиляції, що прогресує. Порушення прохідності бронхів при ХОЗЛ формується за рахунок зворотного та незворотного компонентів. Зво-



ротний компонент характеризується двома важливими складниками: спазмом непосмугованих м'язів, у тому числі під впливом підвищеного тону блукаючого нерва або недостатньої  $\beta$ -адренорецепції стінки бронхів, і запальним набряком. Обмеження прохідності дихальних шляхів при ХОЗЛ та бронхіальній астмі (БА) прогресує і асоціюється з незвичною запальною відповіддю легенів на шкідливі частинки або гази, що вдихаємо кожного дня.

Задачі та мета роботи: Визначити вплив дихальних методик на зміни ЧСС, показників спірометрії (ЖЄЛ) серед пацієнтів з обструктивною патологією легень та можливість їх застосування хворими, з ХОЗЛ та БА, для покращення загального їхнього стану та самопочуття.

Матеріали і методи дослідження: Нами було обстежено 22 хворих з ХОЗЛ та 34 хворих на БА. Проведений пальпаторний метод визначення частоти пульсу на променевій артерії, частоту дихальних рухів за екскурсією грудної клітки, та, за допомогою спірографу «Minispir» вимірювали показники спірометрії (FVC, FEV1, FEV1%, FEV1/FVC%, PEF, FEF25, FEF50, FEF75). Хворі отримували традиційне лікування згідно клінічних протоколів та додатково, на протязі 2-х місяців, виконували вправи з дихальної гімнастики за методикою Ребефінгу, і по Бутейку. Хворі, відповідно до тривалості використання дихальної гімнастики були поділені на 3 групи (перша група – тривалість занять дихальної гімнастики до 1-го місяця (n=19 чоловік), друга - від 1-го до 2-х місяців (n=16 чоловік), третя (n=21 чоловік) – контрольна). У дослідженні використовували наступні методи для обробки даних: реєстрування, ранжування, порівняння.

Отримані результати та висновки: В результаті проведеного дослідження встановлено, що величина ЧСС, внаслідок виконання дихальної практики – знижується. Загальна частота пульсу при стані спокою у хворих з ХОЗЛ нижче на 11,7 уд./хв, у хворих з БА він нижче на 12,3 уд./хв, ніж у хворих на ХОЗЛ та БА відповідно, які не займалися дихальними практиками. Показники спірометрії також зазнали змін, а саме: у першій групі збільшення ЖЄЛ на 17,3%; другої – 21,1%; третьої – 15,9%. Найкращий результат отриманий в групі, яка найдовше застосовувала дихальну практику, що дає можливість розглядати використання дихальних гімнастик для покращення стану хворих з бронхо-легеневою патологією.

## **АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ОРГАНІВ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ВНАСЛІДОК НАДМІРНИХ НАВАНТАЖЕНЬ У СПОРТІ**

*Обихвіст О.О.*

Харківський національний медичний університет  
Кафедра анатомії людини, Харків, Україна  
Науковий керівник: Ізмайлова Л.В.

Актуальність теми: У сучасному світі дуже актуальним є питання спорту як до засобу самовдосконалення людини, покращення не тільки фізичних її якостей, а й

моральних. Але заняття спортом часто супроводжуються ризиком виникнення травм незалежно від віку, статі, тренуваності. Найчастішими причинами виникнення спортивних травм є: невідповідність організму до виконання фізичних вправ (не були проведені розігрівальні вправи), перенавантаження, порушення техніки виконання вправ.

Задачі: доведення актуальності цієї теми й необхідності її детального вивчення.

Мета: довести важливість цієї теми; ознайомити з основними проблемами спортивних травм, та з методами їх вирішення.

Матеріали: учбова література, посібники, анатомічні атласи.

Методи: вивчення наукової літератури з питань анатомії та травматології; аналіз інформації та синтез на її основі висновків щодо теми.

Спортивні травми є одними з найрозповсюдженіших причин патологій опорно-рухового апарату людини. Майбутньому лікареві, особливо лікареві-травматологу, вкрай необхідно бути проінформованим щодо цих травм для надання кваліфікованої медичної допомоги постраждалим.

Порушення нормативів безпеки зайняття спортом може привести до різноманітних переломів кісток, розтягнень м'язів та сухожиль, вивихів суглобів, розривів, запалень тощо. Найрозповсюдженими спортивними травмами є:

1) Розтягнення м'язів медіальної групи стегна. Ця травма характерна для баскетболістів, хокеїстів, бігунів-спринтерів, футболістів та інших спортсменів, що виконують вправи на прискорення під час бігу. Травматизація виникає під час поштовхоподібних рухів ногами без попереднього розігріву м'язів ніг. Для цієї травми характерні: біль у пахвинній ділянці, порушення приведення ніг, набряки та гематоми. Перша допомога: забезпечення спокою і нерухомості пошкодженої кінцівки, прикладання льоду до травмованої ділянки, здавлююча пов'язка.

2) Розрив передньої хрестоподібної зв'язки. Це одна з найнебезпечніших спортивних травм. Виникає внаслідок сильного удару по коліну збоку, надлишкове повернення стегна до середини при фіксованій стопі. Під час повного розриву чується глухий звук. Для цієї травми характерні: сильна біль, миттєве набрякання, порушення функції, гематома. Також, при пошкодженні артерій, може розвинути-ся гемартроз, або заклинення суглобу. Лікар під час дослідження може діагностувати симптом «висувного ящика». Перша допомога: забезпечити піднесене положення, нерухомість, прикласти холод та зафіксувати тугою пов'язкою.

Результати: була доведена важливість приділення уваги до проблеми спортивних травм, а також ознайомлення з методами її вирішення.

Висновки: Таким чином, можна зробити висновок, що спортивні травми бувають дуже небезпечними і лікареві треба бути уважним і обережним в діагностиці і лікуванні цих травм. Від освіченості й знань лікаря залежить подальший стан та якість життя пацієнта.

## ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ПАЦІЄНТА З КЛІНІЧНО ВАГУСНИМ ТИПОМ ФІБРИЛЯЦІЇ/ТРИПОТІННЯ ПЕРЕДСЕРДЬ ДО ТА ПІСЛЯ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛАЦІЇ АРИТМІЇ

*Олійник І.С.*

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,  
Медичний факультет, Харків, Україна  
Науковий керівник: Яблучанський М.І. д.мед.н., професор, завідувач кафедрою  
внутрішньої медицини; Стреляна І.А., асистент кафедри

Здатність вегетативної нервової системи індукувати фібриляцію/тріпотіння передсердь (ФП/ТП) залежить від тонузу кожного з її відділів та послідовності зміни їх активності. Відомо, що парасимпатичні впливи можуть провокувати пароксизм ФП/ТП. Варіабельність серцевого ритму (BCP) дозволяє кількісно оцінити показники вегетативної активності.

Мета: визначити закономірності між клінічною картиною вагусного типу ФП/ТП та показниками BCP пацієнта до та після радіочастотної катетерної абляції (РЧА) аритмії.

Матеріали та методи. Порівнювали часові та частотні показники BCP, а саме: MHR, SDNN, RMSSD, SI, TP, HF, LF, VLF, LF/ HF, у пацієнта з персистою формою ФП/ТП до та після РЧА за методом комбінованої ізоляції каватрикуспідального істмуса та легеневих вен.

Чоловік Н., 68 років, скаржиться на щоденне серцебиття та перебої в роботі серця, що виникають здебільшого вночі, у горизонтальному положенні, або після прийому їжі. В анамнезі виразкова хвороба дванадцятипалої кишки. Упродовж 6 років лікувався аміодароном у середній дозі 200 мг/добу. Приймав бісопролол 2,5 мг/добу, однак був змушений самостійно відмінити через погіршення самопочуття, посилення симптомів захворювання. Станом на теперішній час приймає пропafenон 450 мг/добу, ривароксабан 20 мг та розувастатин 10 мг. Результати ЕКГ: ритм неправильний, ЧСС – 56 в хв., ФТ/ТП. Результати УЗД: ліве та праве передсердя – по 4,2 см відповідно, перегородка – 1,1 см, правий шлуночок - 2,9, фракція викиду (ФВ) – 61%.

Результати. Показники BCP до РЧА характеризуються високою загальною потужністю спектра (TP), переважанням дуже низькочастотного домену (VLF), хоча, на 1-й хвилині запису спостерігалось абсолютне переважання високочастотних коливань (HF), зниженою активністю симпатичного відділу ВНС (LF), нормальною активністю механізмів регуляції (SDNN) та недостатньою активністю центрального контуру регуляції (SI). Показники BCP, досліджені на першу добу після РЧА, характеризуються різко зниженою загальною потужністю спектру, різким посиленням активності симпатичного відділу ВНС та центрального контуру, відносним посиленням модулюючого впливу парасимпатичного відділу ВНС та нормалізацією показників низькочастотного та дуже низькочастотного спектру BCP. Результати представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

## Динаміка показників ВСР до та після абляції

Показник	Значення				
	Норма	До РЧА		Після РЧА	
		1-а хв.	5-та хв.	1-а хв.	5-та хв.
MHR, уд/хв	60 - 90	56	60	72	72
SDNN, мс	40 - 80	53	54	18	14
RMSSD, мс	20 - 50	60	27	5	11
SI	80 - 150	147	71	1840	828
TP, мс <sup>2</sup>	> 1400	2672	2949	337	163
HF, мс <sup>2</sup> , %	15 - 25 %	1831(68,9)	119 (4,1)	39 (11,6)	59(43,5)
LF, мс <sup>2</sup> , %	15 - 35/40%	24 (21,2)	211(7,2)	89 (26,5)	20(14,5)
VLF, мс <sup>2</sup> , %	15 - 30 %	263 (9,9)	2606(88,7)	207(61,8)	57(42)
LF/ HF	1,5 - 2	0,31	1,77	2,28	0,33

В залежності від клінічної картини ФП/ТП та переважання симпатичного або парасимпатичного відділу ВНС розрізняють їх вагусну та адренергічну форми, такий поділ запропонував Р. Coumel (1994 р.). Клінічна картина аритмії пацієнта повністю відповідає вагусному типу, а показники ВСР тільки підтверджують це. Таким пацієнтам протипоказане призначення

β-адреноблокаторів, адже вони можуть погіршувати симптоматику.

Висновки: на прикладі клінічного випадку показані закономірності між клінічною картиною ФП/ТП та показниками ВСР. Випадок демонструє, що володіння методикою оцінки ВСР дозволяє проводити адекватну медикаментозну терапію з урахуванням її впливу на ВНС, а також приймати рішення на користь інтервенційного лікування в разі непереносимості медикаментозного лікування.

### КОМОРБІДНІСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ З АЛКОГОЛІЗМОМ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ

Ольхова А.О.

Харківський національний медичний університет

Харків, Україна

Науковий керівник: Зеленська К.О., к.мед.н.

Актуальність: За даними Міністерства Оборони України, в зоні АТО воює близько 15 000 українців, з них більш ніж у 20% в подальшому діагностують посттравматичний стресовий розлад. Водночас гостро постає питання правильної діагностики та методики лікування цього розладу в зв'язку з частою коморбідністю ПТСР та алкоголізму.

Мета: Порівняти рівень соціально-психологічної адаптації та якості життя військовослужбовців з ПТСР при наявності та відсутності алкогольної залежності.

Матеріали та методи: На базі психіатричного відділення Військово-Медичного клінічного центру Північного Регіону нами було опитано 11 хворих, чоловічої статі з установленим діагнозом: Посттравматичний стресовий розлад F43.1. У шести з них відмічався синдром алкогольної залежності. В зв'язку з цим ми розділили всіх хворих на дві групи: група I з синдромом алкогольної залежності, група II без синдрому алкогольної залежності. Для даного дослідження ми використовували наступні методи: клініко-психопатологічний, який включав інтерв'ювання та спостереження, клініко-анамнестичний та психодіагностичний, який включав Міссісіпську шкалу посттравматичного стресового розладу, методичку діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонд, опитувальник оцінки якості життя SF-36.

Результати: Нами були отримані наступні дані. В групі I зниження внутрішнього контролю відмічалось у 50% опитаних, знижене прагнення до домінування у 83%, емоційний дискомфорт у 100%, ескапізм у 17% та неприйняття себе у 17%. При цьому психологічний дискомфорт за шкалою якості життя відмічався у 83%, а фізичний дискомфорт у 50%.

В групі II підвищена відомість спостерігається в 20%, зниження адаптації у 40%, неприйняття себе у 60%, емоційний дискомфорт у 20%, знижене прагнення до домінування у 20%, неприйняття інших у 40%, ескапізм у 20%. Психологічний дискомфорт у 60%, фізичний у 80%.

Висновки. На базі отриманих результатів, ми можемо зробити наступні висновки. Найчастіше синдром алкогольної залежності зустрічається у хворих з підвищеним емоційним дискомфортом та зниженим прагненням до домінування. При цьому психологічний дискомфорт частіше зустрічається серед хворих з коморбідністю, а фізичний серед хворих без синдрому алкогольної залежності. Отже, допомога військовослужбовцям з ПТСР повинна включати не тільки стандартну терапію, а й бути комплексною з урахуванням коморбідності з алкогольною залежністю та психологічними особливостями пацієнтів.

## **«ЛИХОМАНКА, ЯК ОДИН З ОСНОВНИХ ПРОЯВІВ ЗАПАЛЕННЯ. МЕТОДИ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.»**

*Онищенко М.В., Ступак О.*

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

I медичний факультет, Дніпро, Україна

Науковий керівник: Величко С.О., к.мед.н., асистент кафедри інфекційних хвороб,  
лікар-інфекціоніст вищої категорії

Запалення є важливою захисно-приспосувальною реакцією, яка сформувалася в процесі еволюції як засіб збереження цілого організму за рахунок втрати його якоїсь певної частини.

Зовнішні ознаки запалення - відомі як пентада Цельса-Галена:

1) біль (dolor), 2) підвищення температури (calor), 3) почервоніння (rubor), 4) припухлість (tumor), 5) порушення функції (functio laesa).

Одним з проявів запалення, який найбільш часто зустрічається в амбулаторній практиці являється підвищення температури.

Лихоманка – розповсюджена причина не завжди обґрунтованих хвилювань, які не рідко призводять до поспішних і невиправданих дій. За останній час склалась тенденція навіть при звичайній застудній лихоманці подавляти її жарознижувачами та антибіотиками. Цьому сприяє широкий доступ до цих ліків, котрі відпускаються без лікарського рецепту. Таке самолікування спричинює підвищення рівня антибіотикорезистентності та збільшення частоти побічних реакцій на лікарські препарати.

Необхідно пам'ятати, що лихоманка – це захисна адаптивна реакція, яка підвищує природню резистентність організму і є частиною захисної запальної реакції, що полягає в активації комплексу захисних, пристосувальних і компенсаторних реакцій, спрямованих на знищення або ослаблення патогенних агентів.

Розглянемо значення лихоманки для організму.

Позитивне:

– Перешкоджає розмноженню мікроорганізмів. Це пов'язано з тим, що при лихоманці знижується кількість сироваткового іонізованого заліза (в основному завдяки зв'язуванню його з феритином), іонізованого цинку, а концентрація міді наростає.

– Знижує здатність мікроорганізмів до розмноження (при температурі 40 °С практично не розмножуються мікобактерії туберкульозу, гонококи, трепонеми, деякі пневмококи).

– Підсилює імунну відповідь. Відбувається активація як специфічного імунітету – збільшується вироблення антитіл, так і не специфічного механізму захисту – стимуляція фагоцитозу.

– Розвивається загальний адаптаційний синдром, включаються механізми гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозного захисту.

Негативним є те, що при лихоманці збільшується втрата рідини та електролітів, що збільшує навантаження на серцево-судинну систему (особливо в осіб з ураженням даної системи).

Лихоманка часто перша і єдина ознака захворювання, тому важливим елементом діагностичної тактики лікаря є спостереження за її характером.

Все це означає, що підвищення температури тіла при гострих захворюваннях не є основною причиною для тривоги. На відміну від того, щоб хвилюватися через лихоманку, необхідно приділити більше уваги реакції організму, котра направлена на захист від пошкоджуючого фактору.

Підвищення температури тіла – часто зустрічаємий в загальній практиці симптом, який в більшості випадків викликається гострою інфекцією дихальних шляхів. Основними напрямками терапії при запаленні являються наступні лікарські методи: 1) Фітотерапія; 2) Гомеопатія; 3) Медикаментозний.

Патогенетична терапія лихоманки заключається насамперед в компенсації втраченої рідини. В нормі доросла людини повинна вживати 30мл/кг маси тіла води кожного дня. При лихоманці: при підйомі температури тіла на кожен градус

(вище 37°C), маси тіла додаємо 400-600 мл. до вищезазначеної норми. Таким чином ми поповнюємо дефіцит рідини в організмі та попереджуємо розвиток зневоднення. Оскільки причиною лихоманки в 80% випадків є віруси, для підтримки та посилення захисних сил організму на перший план в лікуванні лихоманки виходять фітотерапія та гомеопатія.

Фітопрепарати можна використовувати у вигляді чаїв, відварів і настоянок.

Наприклад: Настоянка Ехінацеї (приймати внутрішньо по 30 крапель 3 рази на день); Бузина чорна (настоянку квітів (1ст.л. : 200) по ½ стакана 2 рази на день); Шиповник (настоянку плодів (1ч.л.:200) по ½ стакана 2 рази на день до їжі); Подорожник великий (відвар листя (10:200, настоювати 2 години) по 2 ст. л. 4 рази на добу) ; Мати-й-Мачуха (настоянка листя (1ст.л.:200) по ½ стакана 2 рази на день).

Що стосується гомеопатії, для регуляції захисних сил організму рекомендуємо застосовувати авторський (Величко С.О.) гомеопатичний комплекс «Універсал» до складу якого входять: Арніка 6 сн, Аконіт 6 сн, Беладонна 6 сн, Бріонія 6 сн, Арсені кум альбум 6 сн. Для профілактики ОРВЗ даний гомеопатичний комплекс застосовують 2 рази на добу. Для лікування: дітям до 2-х років 1 крупинку розводять в охолодженій кип'яченій воді і дають кожні 2 години при температурі тіла до 39°C. При вищій температурі тіла – по 1 крупинці щогодини до нормалізації температури тіла, але не більше 3-хдіб. Для інших вікових категорій: до 5-ти років з розрахунку 1 крупинка на рік життя, з 5-ти років та дорослі по 5 крупинок під язик розсмоктувати по тій же схемі що й для дітей до 2-х років. Якщо при підвищеній температурі тіла у хворого з'явилось блювання і судоми, необхідне обов'язкове застосування медикаментозних жарознижуючих препаратів. Найчастіше в дитячій практиці використовують парацетамол – досить безпечний препарат, який рідко викликає побічні дії. Проте при передозуванні може спровокувати серйозні отруєння, які можуть привести до ураження печінки.

Якщо причиною лихоманки є діагностично встановлена бактеріальна інфекція, показана антибіотикотерапія.

## **СТРУКТУРНІ ЗМІНИ ТКАНИНИ ПЕЧІНКИ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ АТЕРОСКЛЕРОЗІ ТА ЙОГО ФІТО- ТА ГЕННІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ У ЩУРІВ**

*Паляниця В.О.*

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова  
Медичний факультет, кафедри анатомії людини та гістології  
Наукові керівники: Шипіцина О.В., к.мед.н., доцент кафедри анатомії людини;  
Тереховська О.І., к.мед.н., доцент кафедри гістології

Актуальність. На сьогоднішній день атеросклероз є найзагрозливішим захворюванням і становить важливу медико-соціальну проблему через значну поширеність, хронічний перебіг, серйозні ускладнення, що призводять до інвалідації хворих та високої смертності внаслідок ураження судин, серця, мозку, печінки, нирок.

**Мета.** Вивчення структурних змін гепатоцитів при експериментальному атеросклерозі та в умовах його профілактики трансфекцією гена ароЕ та при фіто-терапії.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведене на 40 статевозрілих щурах-самцях масою 150-170 грамів. Модель експериментального атеросклерозу створювали шляхом згодовування тваринам холестеролу з соняшниковою олією. Тваринам з експериментальним захворюванням та генною профілактикою в перший день моделювання атеросклерозу вводили внутрішньом`язово ген аполіпопротеїну Е (ген ароЕ в дозі 50 мкг ДНК на тварину), а тваринам з фітопрофілактикою вводили фітопрепарат (2 мл в розведенні 1:10). Гістологічні дослідження проводились за загальноприйнятою методикою.

**Результати.** При мікроскопічному дослідженні препаратів печінки щурів з експериментальним атеросклерозом виявлено, що гепатоцити мають цитоплазму з оптично пустими вакуолями та базофільною зернистістю. Помітно порушення двохшаровості структури печінкових пластинок, розширення простору синусоїдних капілярів. При експериментальному атеросклерозі найбільш значні зміни спостерігаються в гепатоцитах перипортальної зони. Тут переважають клітини набряклі, збільшені в об`ємі, з великою кількістю оптично пустих вакуолей. Ядра та цитоплазма багатьох гепатоцитів не мали чіткої структурованості. При мікроскопічному світлооптичному дослідженні печінки щурів з експериментальним атеросклерозом та профілактичному введенні гену ароЕ в стромі визначали макрофаги, лімфоцити, клітини фібробластного ряду, незначне порушення двохшаровості структури печінкових балок, незначне розширення простору синусоїдних капілярів. Гістологічне дослідження печінки тварин з фітопрофілактикою також показало позитивний вплив. При гістохімічному дослідженні печінки інтактних тварин ліпіди розподілялись в гепатоцитах рівномірно, у вигляді ніжної суданофілії, при експериментальному атеросклерозі у вигляді крупних крапель переважно в зоні центральної вени, в групі з профілактичним введенням гену ароЕ та фітопрепарату на тлі експериментального атеросклерозу накопичення ліпідів було незначним.

**Висновки.** Холестеролове навантаження веде до жирової інфільтрації гепатоцитів. Трансфекція гену ароЕ та фітопрофілактика сприяють кращій утилізації екзогенних ліпідів гепатоцитами.

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АУТОМІННОГО ПРОГЕСТЕРОНОВОГО ДЕРМАТИТУ

*Пемпуть О.М., Соболь В.Ю.*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра клінічної імунології та алергології.

Науковий керівник: Ломіковська М. П., асистент

**Актуальність.** Аутоімунний прогестероновий дерматит - це рідкісне захворювання з реакцією гіперчутливості до екзогенного чи ендогенного прогестерону, що характеризується рецидивуючою висипкою на шкірі та слизових в лютеїнову фазу менструального циклу. Висип з`являється в другій половині циклу і зникає



після менструації. Клінічними проявами є кропив'янка, ангіонабряк, екзема, виразкування слизових, рідко - прояви анафілаксії. Патогенез не вивчений. Часто в анамнезі такі жінки приймали оральні контрацептиви. Для лікування застосовують антигістамінні препарати, інгібітори лейкотрієнів, топічні та системні глюкокортикостероїди, препарати, що пригнічують овуляцію, з метою інгібіції синтезу ендогенного прогестерону. У літературі описано шість випадків успішної десенсибілізації прогестероном.

Матеріали та методи. Скарги, дані анамнезу з амбулаторної картки хворої та результати лабораторного, в тому числі імунологічного обстеження.

Отримані результати. Жінка, 33 роки хворіє близько 13 років. Перші ознаки захворювання спостерігались в 2003 р., коли раптово з'явились алергічні еритематозні висипання по всьому тілу, що супроводжувались набряком Квінке. Антигістамінні препарати давали тимчасове полегшення. Після підтвердження вагітності на УЗД антигістамінні препарати були відмінені, після чого відбувся спонтанний викидень на 6-му тижні вагітності. Діагноз при виписці «Самовільний аборт на тлі гострої алергії на лікарські препарати». У 2008 році, на ранніх термінах другої вагітності спостерігався виражений алергічний дерматит, набряк Квінке, біль та припухлість дрібних суглобів, втрата ваги на 15 кг за тиждень. Свідомо не використовувала будь-які ліки, знаючи про вагітність. На 5-му тижні повторно відбувся самовільний викидень, після якого симптоми алергії припинились. У 2011 р. на тлі третьої вагітності спостерігались шкірні висипання та запалення дрібних суглобів кистей і стоп. Призначення препарату "Duphaston" (2 табл. на день) з метою збереження вагітності привело до значного посилення болю в м'язах з різким скороченням м'язів та появи ядухи. Ревматологом був виставлений діагноз ревматоїдний артрит і призначено метилпреднізолон у дозі 32 мг. На 5-му тижні лікування відбувся повторний самовільний викидень, після якого симптоми зникли. При зверненні на кафедру клінічної імунології та алергології Львівського національного медичного університету ім. Д. Галицького були скарги на болючість та набряк суглобів, набряк і гіперемію слизових оболонок, еритематозні висипання на шкірі, біль в м'язах, загальну втому, які починалися на 10-й день менструального циклу і зменшувалися з 2-го дня менструацій. Протягом 2016 р. скарги турбували безперервно. За результатами проведених досліджень: загальний аналіз крові в межах норми, загальний IgE 47kU/L. Проведена внутрішкірна проба з прогестероном, яка виявилась різко позитивною. Проведено десенсибілізацію з наростаючою дозою прогестерону у вигляді внутрівагінальних суппозиторій від 0.05 до 100 мг кожні 20 хв на 22 день менструального циклу. На 25 день менструального циклу було призначено 100 мг прогестерону тричі на день. При введенні перших доз прогестерону з'явились відчуття печії в місці введення, які зникли при введенні наступних доз. Вночі з'явились симптоми печії стоп, долонь, біль в суглобах, які зменшились на наступний день. При введенні на 25 день менструального циклу прогестерону симптоми посилились, приєднались біль в серці, тахікардія, пітливість, ядуха. Через 3 дні скарги поступово зникли. Після десенсибілізації протягом 5 місяців почувається набагато краще.

Висновки. Десенсибілізація розширює варіанти лікування жінок з аутоімунним прогестероновим дерматитом і є чи не єдиним варіантом лікування, який зберігає фертильність пацієнтки.

Ключові слова: аутоімунний прогестероновий дерматит, десенсибілізація.

## ТРАВМАТИЧНІ УШКОДЖЕННЯ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

*Поліков Г.О.*

Харківський національний медичний університет  
Харків, Україна

Науковий керівник: Тесленко С.М., професор кафедри хірургії № 2

На сьогодні, частота ушкоджень дванадцятипалої кишки (ДПК) становить 1,2% в структурі пошкоджень органів черевної порожнини, 10% в структурі травм органів травлення. При ізольованих травмах ДПК летальність становить 11,8-30,4%. У випадках розвитку заочеревинної флегмони летальність може досягати 100%. Діагностика ушкоджень ДПК являє собою складну проблему як через особливості топографо-анатомічного розташування органу, так і в зв'язку з поліморфно клінічної картини, пов'язаної з різноманітністю пошкоджень самої кишки та інших органів черевної порожнини.

Мета дослідження: Аналіз результатів хірургічного лікування хворих з травмами дванадцятипалої кишки.

Матеріали та методи: Ретроспективний аналіз 35 постраждалих за період 2005 – 2016 р. у відділенні абдомінальної хірургії КЗОЗ «ОКЛ – ЦЕМД та МК», м. Харків, з ушкодженнями ДПК. Всі пацієнти були особами працездатного віку (від 22 до 54 років), чоловіків 20 (57%), жінок – 15 (43%).

Розглядаючи характер травми ДПК, відомо, що причиною послугував прямий удар в передню стінку, здавлювання тіла або при падінні з висоти – 15 пацієнтів. ДТП – 10 пацієнтів. Ножове поранення – 6 пацієнтів. Вогнепальне поранення – 4 пацієнтів. Травми ДПК поєднувались з пошкодженням печінки – в 8 пацієнтів, з пошкодженням шлунку одному і травмою підшлункової залози – в 12 пацієнтів. У відділення були доставлені в перші 6 годин з моменту отримання травми 25 постраждалих, 7 - надійшли від 6 до 12 годин, 3 - доставлені до приймального відділення через 12 годин з моменту отримання травми. У 24 постраждалих стан при надходженні був важким, 11 - доставлені в дуже важкому стані. У 3 випадках переважала картина внутрішньочеревної кровотечі, у 4 потерпілих виявлено поширений перитоніт. Характер пошкодження оцінювався по шкалі E.Moore: I стадія – 12 (34,5%) пацієнтів, II стадія – 11 (31%) пацієнтів, III стадія – 9 (26%) пацієнтів, IV стадія – 3 (8,5%) пацієнтів. Основними складовими, які суттєво впливають на результат лікування хворих с травмою ДПК, за нашими даними: панкреато-дуоденальна травма, розмір дефекту в низхідному відділі ДПК, наявність заочеревинної флегмони і перитоніту, некроз країв стінки ДПК (стара рана, вогнепальне поранення), термін більше 6 годин з моменту травми, неспроможність швів.

Важливими цілями операції являється ліквідація вогнища некроліза і впливу на організм патологічних речовин. Виконувалась лапаротомія з послідуочим ушиванням ДПК, її інтубацією, холецістостомією, дренаванням сальникової сумки і черевної порожнини, вимкненням ДПК, накладанням гастроентероанастомозу, холецістостомією, панкреатодуоденальною резекцією.

Післяопераційні ускладнення: деструктивний панкреатит – 6 пацієнта, сепсис – 4 пацієнта, поліорганна недостатність – 4 пацієнта, абсцес черевної порожнини – 3 пацієнта, заочеревинна флегмона – 2 пацієнта.

Летальність, при цьому, відмічалася у 12 (34%) пацієнтів.

Висновки: Пошкодження ДПК є складною патологією з високою летальністю (до 34%) та великим числом післяопераційних ускладнень (до 54%). Найбільш інформативними методами діагностики травми ДПК є УЗД, КТ черевної порожнини, заочеревинного простору з контрастуванням. Вибір методу оперативного втручання проводиться індивідуально інтраопераційно для кожного хворого.

## ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ТИМУС

*Полозов И.А.*

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра анатомии человека, Харьков, Украина

Научные руководители: Шиян Д.Н., к.мед.н, доцент, завуч кафедры анатомии человека;

Лютенко М.А., ассистент кафедры анатомии человека

Актуальность: Каждый современный человек обладает портативными устройствами связи: смартфонами, планшетами, ноутбуками, которые, с физической точки зрения, являются излучателями электромагнитного излучения (далее ЭМИ). Сегодняшнее повсеместное их использование создает резонансное волновое поле, изучение влияния которого на организм в целом и на отдельные его структуры является важным вопросом. Нам известны общие тенденции влияния излучения на организм, однако в связи с физиологическими и гистологическими особенностями иммунной системы, тимуса в частности, необходимо обособленное их изучение. Тимус от рождения и до подросткового возраста обладает высокой митотической активностью, как следствие сильно подвержен влиянию ЭМИ. В ходе данного исследования был также проанализирован общее иммунологическое состояние организма матери, т.к. в период вскармливания именно через молоко передается основная часть антител.

Цель: Изучить влияние ЭМИ на гисто-функциональное состояние тимуса.

Материалы и методы: В эксперименте было взято 10 белых крыс, возрастом от рождения до 3 месяцев. Экспериментальная группа находилась под постоянным облучением частотой 1800-2100 МГц (эквивалентно современным устройствам).

Результаты: После облучения можно наблюдать стандартные анатомо-физиологические изменения: потеря веса примерно на 30%, уменьшение роста

на 1-3см, общая неактивность, жажда и потеря волосяного покрова. Что касается состояние иммунологических агентов циркулирующих в крови, прогнозируемое уменьшение их количество. Незначительное уменьшение иммуноглобулинов всех групп, понижение активности фагоцитоза и уменьшение количества Т-зависимых клеток. Также были найдены гисто-физиологические изменения самого тимуса, а также появление артефактов, что свидетельствует о нарушении в его работе.

Вывод: Результаты исследования дают понимание о последствиях нахождения под облучением для иммунной системы, в частности тимуса. Полученные данные могут быть использованы для разработки защитных мер или поддерживающей терапии.

## КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ З ТЯЖКИМ ПЕРЕБІГОМ У ДОРΟΣЛИХ

*Пономарьов О.М., Горошко О.М., Печінка А.М.*

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця  
1 медичний факультет, кафедра інфекційних хвороб  
Науковий керівник: Голубовська О.А., д. мед. н., професор,  
завідувач кафедри інфекційних хвороб

Актуальність теми. Сальмонельоз у другій половині ХХ – початку ХХІ століття став глобальною проблемою не лише медицини, а й цивілізаційного розвитку. І поки що немає жодних ознак, які свідчили б про вирішення цієї проблеми. Лише в США у ХХІ столітті щорічно на сальмонельоз хворіє до 1 млн. осіб, 19 тис. – госпіталізується, помирає – 380 осіб. Найсерйознішою є проблема сальмонельозу у дітей віком до 1 року. Мультирезистентність збудників сальмонельозу до антибактерійних засобів стала глобальною проблемою медицини та ветеринарії.

Мета дослідження. Удосконалення лікування гастроінтестинальних форм сальмонельозу.

Нами був проаналізований перебіг гастроінтестинальних форм сальмонельозу з важким перебігом, які були госпіталізовані до відділення інфекційної реанімації МКЛ №9 м. Києва у 2015-2016 рр. Проаналізовані історії хвороби лише випадків, етіологія яких підтверджена виділенням культури збудника.

Усього на лікуванні перебувало 27 хворих, у яких діагноз був підтверджений виділенням сальмонели з випорожнень. У 24 хворих виявили *Salmonella enteritidis*, у 2 – *S. typhimurium*, у 1 – *S. Virchovi* та *infantis*. Переважали чоловіки – 59,3%, жінки – 40,3%. Цікавою була вікова структура захворілих: 48% пацієнтів були віком 60 і більше років, максимально 85 років, 26% - віком 50-59 років, також 26% становили особи віком 26 – 49 років. Таким чином, суттєво переважали особи старшого і похилого віку. Термін госпіталізації становив у середньому 2,2 доби, коливався від 12 год до 8 днів. Залежність терміну госпіталізації від віку пацієнта не простежується.

В усіх хворих виникли ускладнення у вигляді шоку та гострої ниркової недостатності (ГНН), у зв'язку з чим вони і були госпіталізовані до відділення інфекційної анестезіології та реанімації.

Дегідратаційний шок 2 стадії з ГНН	– 3 (11,1%)
Дегідратаційний шок 3 стадії	- 3 (11,1%)
Змішаний шок 2 стадія з ГНН	– 8 (29,7%)
Змішаний шок 3 стадія	- 4 (14,8%)
Дегідратаційний шок 2 стадія без ГНН	– 3 (11,1%)
Змішаний шок 2 стадія без ГНН	– 3 (11,1%)
ГНН без проявів шоку	3 (11,1%)

Отримані результати. У 3 (11,1%) хворих розвинулась гостра ниркова недостатність у стадії анурії без проявів шоку. При цьому у них у подальшому не було виявлено виразних ознак хронічної ниркової патології.

У половини хворих з 2-ю стадією дегідратаційного шоку розвинулась гостра ниркова недостатність у стадії не лише олігурії, а й анурії, що неможливо пов'язати з лише із шоком.

Змішаний шок – під ним при сальмонельозі ми розуміємо поєднання з дегідратацією інфекційно-токсичного шоку, серцевої недостатності, приєднання медикаментозної компоненти антигіпертензивного лікування, яке також поглиблює прояви гіпотензії. Відповідно, матиме особливості і регідратаційно-дезінтоксикаційна терапія. Таких хворих із змішаним шоком 2 стадії було 8, причому в усіх розвинулась гостра ниркова недостатність (у половини – анурія). У цих пацієнтів вираженість ГНН також не відповідає стадії шоку.

Лише у 9 (33,3%) хворих на тяжкий гастроінтестинальний сальмонельоз розвинувся дегідратаційний шок, в усіх інших – змішаний шок або лише гостра ниркова недостатність.

Висновки. Перелічені варіанти розвитку ускладнень при гастроінтестинальному сальмонельозі свідчать про можливість виникнення цілого спектру порушень гемодинаміки, що необхідно враховувати під час проведення регідратаційно-дезінтоксикаційної терапії:

1. Виключно регідратаційна терапія.
2. Регідратаційно-дезінтоксикаційна терапія з корекцією мікроциркуляторних розладів.
3. Варіанти лікування змішаного шоку залежно від співвідношення і характеру компонентів.

## ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХРОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ACOS – СИНДРОМ

*Попович Ю.А., Лісних Р.С., Шевченко О.С.*

Сумський державний університет, медичний інститут  
Кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти  
Наукові керівники: Приступа Л.Н., д.мед.н., проф., зав. кафедри внутрішньої медицини післядипломної освіти; Кмита В.В., к.мед.н., асистент кафедри внутрішньої медицини; Грек А.В., асистент кафедри внутрішньої медицини

Хронічні захворювання органів дихання вражають велику частину населення України, окрім описаних у літературі об'єктивних розладів, важливою проблемою залишається оцінка якості життя пацієнтів, а основною метою лікування є її покращення.

Згідно літературних даних, ACOS (Asthma COPD overlap syndrome) – синдром виявляється у 10 – 20 % пацієнтів із бронхіальною астмою (БА) та хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), залежно від популяції. Більшість пацієнтів із ACOS – жіночої статі, мають вищу частоту загострень, нижчий індекс пачко-років та вищі показники функції зовнішнього дихання. Враховуючи варіабельність симптомів та широкий спектр діагностичних критеріїв, нам було цікаво дослідити показник якості життя пацієнтів.

Метою нашої роботи було вивчення та порівняльна оцінка якості життя пацієнтів із бронхіальною астмою, хронічним обструктивним захворюванням легень та ACOS – синдромом.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 35 хворих на персистуючу БА, 62 хворих на ХОЗЛ (група С та Д) та 11 пацієнтів, котрі на час обстеження відповідали критеріям ACOS – синдрому, пацієнтів було розподілено на відповідні групи. Діагноз БА та ХОЗЛ було встановлено згідно діючого наказу МОЗ України №868 від 08.10.2013 року та №555 від 27.06.2013 і рекомендацій GINA та GOLD.

Оцінку якості життя пацієнтів проводили за допомогою опитувальника SF-36. Опитувальник SF-36 заповнювався самостійно пацієнтами з попередньо проведеним інструктажем, він містить у собі 36 пунктів, що охоплюють оцінку функціонального стану, рівень благополуччя та загальну оцінку власного здоров'я пацієнтом, у середньому заповнення займало від 5 до 7 хвилин часу пацієнта, розрахунок балів проводився згідно інструкцій, т.я. за кожне питання пацієнт міг набрати певну кількість балів, котрі сумувались та помножувались на заданий коефіцієнт. Сума балів від 0 до 20 – розцінювалась як критично низька якість життя, від 21 до 40 – понижена, від 41 до 60 – як середня, що відповідає середньому рівню якості життя у загальній популяції, 61 – 80 – підвищена хороша якість життя, від 81 до 100 – високий рівень якості життя. Статистична обробка результатів проводилась за допомогою програми SPSS – 21 statistica.

Результати. Провівши підрахунок балів за вищевказаним показником, отримали наступні результати: середнє значення SF 36 у першій групі – 43,74±0,75 бали (95% ДІ 42,24 – 45,25), в другій – 45±1,54 (95% ДІ 41,87 – 48,13) балів і в третій групі – 34,55±1,39 (95% ДІ 31,45 – 37,64) балів. У пацієн-

тів із ACOS – синдромом, показники опитувальника SF-36 були вірогідно нижчими порівняно із пацієнтами першої та другої групи. ( $p < 0,005$ )

Висновки. За результатами нашого дослідження можна зробити висновок, що у пацієнтів всіх груп, незалежно від захворювання, але з наявним порушенням функції зовнішнього дихання відмічається зниження якості життя, але в той же час, серед пацієнтів із ACOS – синдромом вона найнижча, що може бути пов'язано із складнощами у постановці діагнозу та призначенню адекватної терапії серед даної когорти пацієнтів.

## КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ СТРОНГИЛОИДОЗА В ОДЕССКОЙ ОБЛАСТИ

*Прилепова Н.С.*

Одесский национальный медицинский университет  
КУ «Городская клиническая инфекционная больница», Одесса, Украина  
Научный руководитель: Чабан Т.В., д.мед.н., профессор, заведующая  
кафедрой инфекционных болезней

Актуальность. Стронгилоидоз – тяжелый гельминтоз, вызываемый нематодой *Strongyloides stercoralis*, характеризуется патологией желудочно-кишечной, дыхательной, нервной системы и не имеет тенденции к самоэлиминации. По данным ВОЗ стронгилоидоз распространен во всем мире, но наибольшее количество больных выявляется среди населения стран тропического и субтропического пояса. Актуальность проблемы стронгилоидоза значительно возросла в условиях пандемии ВИЧ/СПИДа, т.к. генерализация паразитоза происходит на фоне иммунодефицита и может приводить к смерти больных. Статистические данные по распространенности стронгилоидоза варьируют в зависимости от географического расположения природных очагов, а также уровня социально-экономического развития регионов. В среднем, стронгилоидозом поражено 30-100 млн человек в более чем 70 странах мира. В Украине отмечена неравномерная распространенность стронгилоидоза среди отдельных групп населения, зависимость от климата, характера почвы, санитарно-коммунальных, бытовых условий. Зараженность стронгилоидозом в Одесском регионе, исходя из немногочисленных данных последних 10-15 лет, колеблется от 0,5 до 1,2 %. При этом пораженность детей значительно выше, чем взрослых, и составляет 4,5 %. Таким образом, статистические данные последних лет по Украине свидетельствуют о низкой выявляемости стронгилоидоза

Цель работы. Повысить клиническую настороженность врачей в отношении стронгилоидоза и улучшить его своевременную диагностику.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезней и данных лабораторных исследований 2 пациентов КУ «Городская клиническая инфекционная больница»: пациентки С., 49 лет, находилась на лечении в Одесском област-

ном тубдиспансере по поводу правостороннего экссудативного плеврита; пациент Б., 50 лет, переведен в ОГКИБ из КУ «Областная клиническая больница», где проходил лечение по поводу декомпенсированного алкогольного цирроза печени.

Результаты. Клинический случай 1. При рутинном обследовании в моче больной были обнаружены филяриевидные личинки *Str. stercoralis*, после чего больную перевели в ОГКИБ. Тяжесть состояния больной была обусловлена клиническими признаками дыхательной недостаточности, кахексии, анемии. При экспресс-тестировании на ВИЧ получен положительный результат. На фоне проводимой этиотропной терапии (вормил 400 мг один раз в день в течение 3 дней) отмечалась отрицательная динамика рентгенографических изменений в легких, при исследовании мокроты обнаружены *M. tuberculosis*. В общем анализе крови все время пребывания пациентки в стационаре сохранялись признаки анемии, лейкопении, анэозинофилии. Проведя в инфекционном стационаре 5 койко-дней, после получения 3 негативных исследований на стронгилоидоз, больная была переведена в областной тубдиспансер для дальнейшего лечения туберкулеза легких. Клинический случай 2. В кале больного были обнаружены личинки стронгилоид даже без применения специальных методик. При объективном осмотре преобладали признаки, ассоциированные с декомпенсированным циррозом: гепатоспленомегалия, выраженная желтуха, геморрагические проявления (гематомы в местах инъекций, кровоточивость десен), асцит, анемия. Сыпи выявлено не было. Больному был назначен альбендазол по 400 мг один раз в день в течение 5 дней. На фоне противопаразитарного лечения и патогенетической терапии основного заболевания (дезинтоксикационная терапия, диуретики, гепатопротекторы, энтеросорбенты), наблюдалось улучшение общего состояния больного, показателей биохимического исследования крови. Уровень билирубина снизился с 240 мкмоль/мл до 150 мкмоль/мл, активность АЛаТ не превышала 1,2 ммоль/ч/л, протромбиновый индекс колебался в пределах 60-70% с тенденцией к повышению в динамике. Трижды был получен отрицательный анализ исследования кала и мочи на стронгилоидоз по методу Бермана.

Выводы. Приведенные клинические случаи стронгилоидоза говорят о том, что на фоне тяжелых хронических заболеваний сопровождающихся иммунодефицитом, стронгилоидоз протекает без характерных симптомов и синдромов. Отсутствие такого типичного признака этого заболевания, как эозинофилия, может свидетельствовать об отсутствии адекватной реакции организма больного на внедрение паразита. Поэтому, показанием для специального обследования на стронгилоидоз должно служить не только наличие крапивницы, эозинофилии в сочетании с любимыми проявлениями желудочно-кишечной или желчно-пузырной патологии, но и любые иммуносупрессивные состояния пациента даже при отсутствии эозинофилии. В направлении на исследование врач должен подчеркнуть - «анализ кала на стронгилоидоз» или указать специальный метод Бермана.



## ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ВІТАМІНУ В12 ТА ГОМОЦИСТЕЇНУ НА ПРОЦЕСИ СТАРІННЯ МОЗКУ

*Прищенко Ю.Л., Манюта А.І.*

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
Науковий керівник: Луцюк М. Б., д.мед.н., проф. кафедри біологічної та загальної хімії

**Актуальність:** Вітамін В12 відіграє надзвичайно важливу роль у правильному функціонуванні нервової системи, впливаючи, таким чином, на роботу всіх органів. Вітамін В12 контролює рівень гомоцистеїну в крові, високий рівень якого пов'язують з більш швидким зменшенням маси мозку. Хронічна недостатність цього вітаміну призводить до необоротного руйнування нервових волокон.

**Мета:** проаналізувати значення вітаміну В12 та гомоцистеїну на процеси старіння мозку.

**Матеріали та методи:** аналіз наукової літератури та медичних статей, ресурси інтернету.

**Результати:** Молекула кобаламіну складається з двох частин: циклічної коринової та нуклеотидної. Активна форма вітаміну В12 - метилкобаламін, або метил-В12, бере участь в нормальному розвитку нервових тканин і контролює експресію цілого ряду генів в клітинах нервової системи. Метилкобаламін бере участь в реакціях трансметилування, основною з яких є реакція синтезу метіоніну з гомоцистеїну, тому за недостатності вітаміну В12 виникає синдром гіпергомоцистенемії (ГГЦ). Метіонін за участі АТФ та ензиму метіонінаденозилтрансферази активується до S-аденозилметіоніну. Останній містить високоактивну метильну групу, яка використовується метилтрансферазами для метилування різних субстратів з утворенням гомоцистеїну. Реакції трансметилування досить активно проходять в мозку і забезпечують утворення та деградацію нейромедіаторів, регуляцію процесінгу мРНК, експресії генів, посттрансляційної модифікації поліпептидів та білків. В організмі патогенетична дія ГГЦ реалізується на різних рівнях і включає порушення процесів метилування ДНК, протеїнів та інших сполук в результаті накопичення потужного інгібітора метилтрансфераз S-аденозилгомоцистеїну. Внаслідок порушення процесів метилування змінюється процес перетворення фосфатидилетаноламіну в фосфатидилхолін, який є структурним компонентом мембран, у тому числі і мембран мозку. В результаті цього відзначається більш висока, в порівнянні з людьми без ГГЦ, швидкість розвитку змін мозку, що асоціюються зі старінням. Вчені виявили, що ступінь втрати загальної маси головного мозку була менше в осіб з більш високими вихідними рівнями вітаміну В12.

**Висновки:** при плануванні подальших досліджень в цій області слід передбачити можливість оцінки кореляцій між рівнем вітаміну В12, гомоцистеїну і результатами клінічної перевірки когнітивних функцій. Оскільки дефіцит вітаміну В12 призводить до серйозних розладів здоров'я, таких як анемія та неврологічні проблеми, то для забезпечення себе від цих проблем, не варто довго роздумувати: прийом вітаміну В12 - життєво необхідний захід.

## ПОШИРЕНІСТЬ ПАТОЛОГІЇ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТАКТУ СЕРЕД УЧНІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ

*Прядко К.І.*

Днепропетровская медицинская академия  
Науковий керівник: Мироненко О.В. к.мед.н., доцент, зав. кафедри  
внутрішньої медицини №1

Мета: виявити поширеність захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та функціональних порушень ШКТ, дослідити їх зв'язок з психологічними порушеннями.

Матеріали та методи: проведено анонімне анкетування серед студентів медичної академії. Загальна кількість респондентів 117 осіб. Жінок – 79 (67,5%), чоловіків – 38 (32,5%). Середній вік – 20,6 + 0,17 років. Запитання анкети включали питання стосовно деяких психологічних проблем (проблеми зі сном, дратівливості, надмірними переживаннями, невпевненості в собі, скутість) та найпоширеніших скарг з боку ШКТ (нудота, біль, здуптя, закреп/діарея).

Результати: на першому етапі респондентів було поділено на групи залежно від наявності органічної патології. Виявлено, що серед опитуваних студентів підтверджений діагноз захворювання ШКТ мають 35%, симптоми з боку ШКТ мають 83,7%.

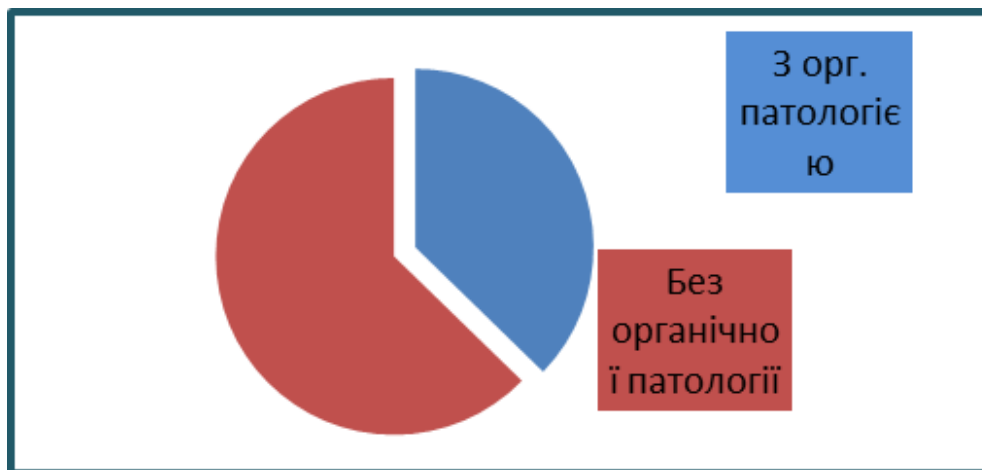


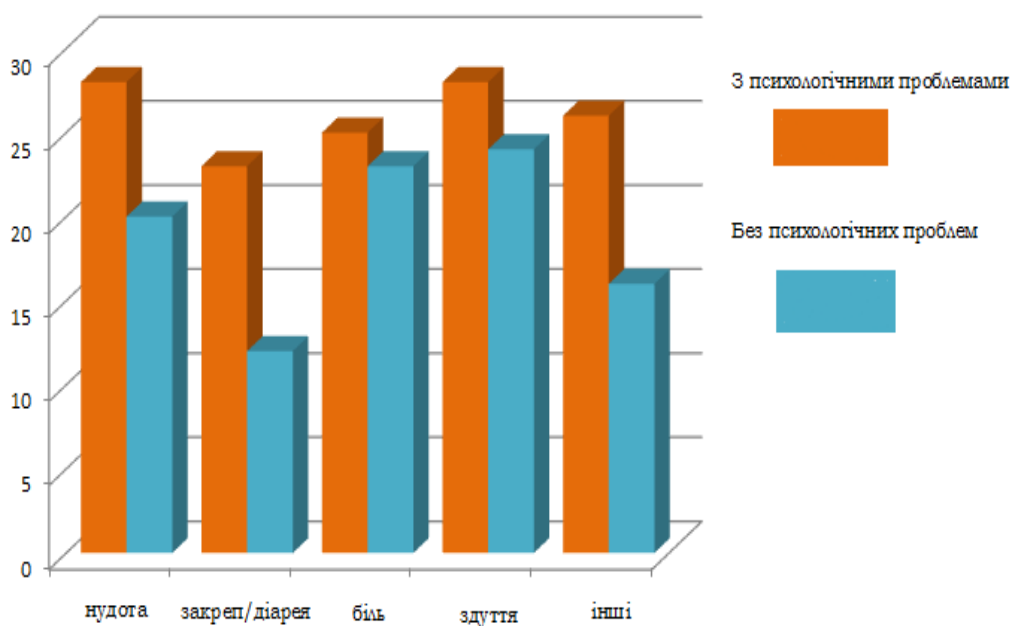
Рис.1. Розподіл хворих за наявністю/відсутністю органічної патології ШКТ

Виявлено вірогідну відмінність у групах за симптомами дратівливості, болю в животі ( $p=0.000$ ). Між поширеністю дратівливості та болю проведено пошук кореляційного зв'язку. Вірогідної кореляції не виявлено, але спостерігається тенденція до позитивного зв'язку між означеними показниками ( $p=0.067$ ).

На другому етапі хворих було поділено на групи у залежності від частоти виявлення симптомів психологічних порушень. До групи з 3 та більше симптомами увійшли 50 осіб, до групи з 2 та менш симптомами – 67. Результати представлено на малюнку:

Виявлено вірогідну відмінність у групах за симптомами дратівливості, болю в животі ( $p=0.000$ ). Між поширеністю дратівливості та болю проведено пошук кореляційного зв'язку. Вірогідної кореляції не виявлено, але спостерігається тенденція до позитивного зв'язку між означеними показниками ( $p=0.067$ ).

На другому етапі хворих було поділено на групи у залежності від частоти виявлення симптомів психологічних порушень. До групи з 3 та більше симптомами увійшли 50 осіб, до групи з 2 та менш симптомами – 67. Результати представлено на малюнку:



Проведено порівняльний аналіз за достовірністю відмінності частоти симптомів з боку ШКТ. За усіма ознаками знайдено вірогідну відмінність між групами: нудота –  $p=0.001$ , порушення стільця –  $p=0.000$ , біль у животі –  $p=0.045$ , здуття –  $0.012$ , інші симптоми –  $p=0.000$ .

Висновки: 1. Поширеність органічної патології серед студентів медичної академії складає 35%. Серед студентів за відсутності діагнозу патології (65%) лише 22% не пред'являють скарг з боку

ШКТ. Інші 78% мають ті чи інші диспептичні прояви, що може бути сигналом латентної органічної патології або наявності функціональних розладів.

2. Доведено, що студенти, що мають більшу кількість психологічних проблем згідно з анкетними даними, незалежно від наявності органічної патології, мають вірогідно більшу частоту симптомів ураження ШКТ.

3. Оскільки всі студенти можуть бути потенційно групою ризику розвитку органічної патології органів ШКТ, враховуючи множинні фактори, саме ці студенти (78%) в першу чергу потребують детального обстеження органів ШКТ з метою виключення органічної патології.

## ПОЛИПРАГМАЗИЯ ПРИ ПОЛИМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

*Радченко А.О., Чубенко И.О.*

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина  
Медицинский факультет, кафедра внутренней медицины, Харьков, Украина  
Научные руководители: Яблучанский Н.И., д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой  
внутренней медицины; Макиенко Н.В., к.мед.н., доцент

**Актуальность.** С возрастом вероятность развития новой сопутствующей патологии растет. Одновременное назначение множества лекарственных препаратов у больных с коморбидными состояниями - медикаментозная полипрагмазия и наименее изученная проблема. Совместимость терапии и необоснованное назначение большого количества лекарственных средств - задача, которой мало уделяют внимание при внедрении в практическую медицину новых препаратов.

**Цель.** Рассмотреть аспекты диагностики, сложности в постановке диагноза, проанализировать медикаментозное ведение кардиологического пациента с сопутствующей патологией на примере клинического случая.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациента с коморбидным статусом.

**Результаты.** Наш пациент, мужчина 57 лет, пенсионер транспорта, инвалид 2 ой группы, госпитализирован в стационар в тяжелом состоянии по неотложным показаниям через 5 часов от начала гипертонического криза (АД 230/130 мм рт. ст., головная боль, боль в грудной клетке, головокружение, выраженная одышка, слабость). Жалобы до госпитализации - боли в грудной клетке давящего характера при умеренной физической нагрузке и в покое (проходят самостоятельно), сопровождающиеся одышкой, сердцебиением; чувство удушья по ночам, в положении сидя одышка уменьшается, дистанционные сухие свистящие хрипы, транзиторные подъемы АД с симптоматикой. В анамнезе тонзилэктомия в детском возрасте, операция по поводу паховой грыжи в 1982 году, ХОЗЛ: ХОБ 2 степени тяжести с 2006 г., ХЛН III ст.; с 2008 года повышен уровень глюкозы, с 2012 г. поставлен диагноз нарушение толерантности к углеводам, смешанная нефропатия, метаболический синдром, с 2015 года - СД 2 типа, средней тяжести, декомпенсированный, облитерирующий атеросклероз, диабетическая ангиопатия, хроническая ишемия обеих нижних конечностей IIБ стадии. Клинический диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии 3 степени. Гипертензивное сердце (ГМЛЖ). Осложненный гипертонический криз (11.09.2016 ОЛЖН: сердечная астма). ИБС: стабильная стенокардия напряжения III функциональный класс. Атеросклероз коронарных артерий (коронарография 15.04.2013). Аорто-коронарное шунтирование – 2 шунта (23.10.2013). СССУ: тахикардия форма. Постоянная форма фибрилляции-трепетания предсердий. Катетерная абляция АВ-соединения с имплантацией ЭКС (16.04.2004). Реоперация – деструкция АВ узла (08.11.2004). Реимплантация ЭКС (22.10.10) в режиме VVI. Частота стимуляции 65. ТЭЛА (16.08.2011). Инфаркт-пневмония язычковых сегментов верхней доли правого легкого (2011). ХСН II-Б стадии с сохраненной систолической функцией левого желудочка (ФВ ЛЖ 53%). Очень высокий дополнительный кардиоваскулярный риск.

Пациенту проведено клініко-лабораторне обстеження, виявлена анемія, гіперглікемія, глюкозурія, зниження швидкості клубочкової фільтрації (58 мл/ч). Також були проведені інструментальні методи дослідження: ЕКГ: ритм ЕКС с ЧСС 65 уд/мин на фоні фібриляції передсердь, форма комплексу QRS постійна; УЗДГ артерій нижніх кінцівок: атеросклероз магістральних артерій обох нижніх кінцівок, оклюзія ЛПБА, множинні стенози ППБА до 65 %; ЕхоКГ с Доплер-ефектом: гіпертрофія міокарда лівого шлуночка по ексцентричному типу с утолщенням ЗСЛЖд (15 мм), МЖПд (14 мм), склеротическі зміни стінок аорти, створок аортального і мітрального клапанів, дилатація всіх порожнин серця (КДД ЛЖ 65,6 мм, КСД ЛЖ 47,2 мм, діаметр ПЖ 28,9 мм при вимірюванні в М-режимі, діаметр ПП 49,8 мм), діастоліческа дисфункція міокарда ЛЖ 2 типу, ФВ ЛЖ-53%, трикуспідальна регургітація 3-4 ступені, регургітація на клапані легочної артерії 1 ступені, ознаки легочної гіпертензії, електрод ЕКС в правих порожнинах серця фіксований. В стаціонарі пацієнт отримав лікування: варфарин, валсартан, розувастатин, спіронолактон, ацетилсаліцилова кислота, торасемід, фуросемід, амінофілін, гентаміцин, дексаметазон, сальметерол, флютиказон, іпратропія бромід, фенотерол, тіотропія бромід, сода, калія і магінія аспарагінат, урапідил. При виписці були рекомендовані: модифікація образу життя, варфарин, ацетилсаліцилова кислота, валсартан, ніфедипін, розувастатин, торасемід, спіронолактон, метформін, нітрогліцерин во время приступов грудної болі, при підвищенні АД – каптоприл або ніфедипін.

**Висновки.** Даний приклад показує поширену в клініці ситуацію, коли пацієнт отримує одночасно значительне кількість лікарських засобів (поліпрагмазія), а також про необхідність розуміння основних механізмів лікарського взаємодіяння. Мотивоване, раціональне і цілесобразне призначення медикаментозної може суттєво покращити рівень клініко-фармакологічної реабілітації, а значить прогноз для життя і в відношенні трудоспособності.

## **«ГРУППЫ СМЕРТИ» – РЕАЛИИ СОВРЕМЕННОГО МИРА**

*Романовская К.Б.*

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина  
Медицинский факультет, Харьков, Украина  
Кафедра психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии  
Научный руководитель: Вовк В.И., к.мед.н., доцент

**Актуальность:** «Группы смерти» – это многочисленные группы в социальных сетях, которые в онлайн режиме подталкивают детей, чаще подростков, к суициду. Модераторы «групп смерти» в социальных сетях путем различных психологических манипуляций, жестко воздействуя на психику человека, приводят к реформатированию сознания и мышления подростков, и впоследствии к их массовым самоубийствам.

Цель работы: Проанализировать литературные данные относительно «Групп смерти» - современной смертельно опасной проблемы, получившей распространение благодаря сети Интернет. Изучить способы психологических воздействий на подростков, состоящих в «группах смерти» социальных сетей. Разработать методы предотвращения проявления суицидальной активности среди подростков.

Материалы и методы: На данный момент в Украине самыми популярными «группами смерти» являются «Синий кит», «Тихий дом», «Беги или умри», «Розовые феи», «Исчезни на сутки» и др., целью которых является различными способами довести человека до самоубийства.

По узконаправленным хештегам и запросам через поисковую систему с подростком связываются некие «кураторы» и дают «задания». Часто они сами находят подростков, которые уже и так страдают от депрессии и не скрывают своих суицидальных настроений на личной странице в социальных сетях (слушают депрессивную музыку, публикуют кровавые фотографии, увлекаются субкультурой эмо и пр.). Затем кураторы начинают жесткое и манипулятивное психологическое воздействие на подростков в социальных сетях, цель которого – законченный суицид. Меры деструктивного воздействия, которые используются «кураторами», формируют мнение о ничтожности подростка и его жизни. Все манипуляции сопровождаются депривацией сна и подавлением барьеров восприятия, что переформатирует сознание подростка и подталкивает его к суициду.

При этом стоит отметить, что наказать таких людей сложно, поскольку в Уголовном кодексе Украины не прописан такой способ доведения до самоубийства. Статья Уголовного кодекса «Доведение до самоубийства» четко определяет способы совершения этого преступления, а именно: доведения до самоубийства путем жестокого обращения с человеком, шантажа, принуждения к противоправным действиям или систематического унижения человеческого достоинства. Пока люди массово не пользовались Интернетом, совершать такого рода злодеяния было невозможно. Но теперь это есть. Такая же ситуация в свое время возникла в США, где специально меняли законодательство. И в 2014 году в штате Миннесота был осужден человек за доведение двух женщин до самоубийства по Интернету.

Выводы: Таким образом, вышеописанная проблема является новой для нашего общества. Методы, используемые модераторами «групп смерти», основаны исключительно на всех психофизиологических особенностях и потребностях подростка. Отсутствие серьезного жизненного опыта и навыков решать проблемы, ослабленное чувство самосохранения делают подростка идеальной мишенью для психологического воздействия и дают возможность ими манипулировать, шантажировать и угрожать.

Выход из этой ситуации на современном этапе мы видим в острой необходимости возобновления внутрисемейных связей и эмоциональности в детско-родительских отношениях, осознании взрослыми необходимости укрепления привязанности со своими детьми.

## СТАН СИСТЕМ РЕГУЛЯЦІЇ АДАПТАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ У ПІДЛІТКІВ ІЗ НЕЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

*Рубанова О.О.*

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна  
Медичний факультет, Харків, Україна  
Наукові керівники: Кашіна-Ярмак В.Л., доцент; Летяго Г.В., доцент

У процесі адаптації організму людини відзначається активація двох неспецифічних систем: стрес-реалізуючої та стрес-лімітуючої. Ці системи складаються із багатьох компонентів, які запускають процеси як на рівні центральної нервової системи і периферичних органів, так і на клітинному та мембранному рівні. Від співвідношення активності цих систем залежить повноцінність формування адаптаційних реакцій. Адаптація перебігає більш успішно на фоні активації стрес-реалізуючих систем, що створює необхідні умови для формування специфічної резистентності.

На думку дослідників, індикатором адаптаційних можливостей цілісного організму є система кровообігу, що обумовлено її провідним впливом у пристосувальних реакціях організму, забезпеченні необхідного рівня енергетичних і метаболічних процесів, підтримці функціонального стану організму відповідно до потреб оточуючого середовища.

Тому вдалося доцільним провести дослідження, що мало на меті визначення показників систем регуляції в пацієнтів із незапальними захворюваннями серцево-судинної системи, а саме вторинними кардіоміопатіями (ВКМП) та коливаннями артеріального тиску (артеріальною гіпертензією).

Матеріали та методи. Для оцінки стану стрес-реалізуючої системи вивчалися вміст кортизолу в крові, рівень екскреції катехоламінів (адреналіну, норадреналіну, дофаміну, ДОФА) із добовою сечею, стрес-лімітуючої – вміст серотоніну в сироватці крові. Обстежено 100 підлітків 12-18 років, із них 59 – із ВКМП, 41 – із коливаннями артеріального тиску (АТ), які знаходилися в клініці ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України».

Результати та обговорення. При аналізі рівня екскреції катехоламінів із добовою сечею встановлено, що в пацієнтів обох груп у більшості випадків відзначалося фізіологічне співвідношення адреналіну, норадреналіну та їх попередників. Залежно від нозологічної форми рівень екскреції дофаміну та ДОФА не мав вірогідних розбіжностей, адреналіну і норадреналіну – був дещо вищий у підлітків із коливаннями АТ (адреналіну  $36,26 \pm 3,28$  нмоль/доб. порівняно із  $31,56 \pm 2,64$  нмоль/доб. при ВКМП,  $r = 0,11$ ; норадреналіну  $123,82 \pm 8,99$  нмоль/доб. та  $108,58 \pm 6,75$  нмоль/доб. відповідно,  $r = 0,08$ ). У той же час звертало на себе увагу превалювання екскреції адреналіну порівняно із норадреналіном, що відображалось в збільшенні коефіцієнту адреналін/норадреналін до 0,296 в підлітків із ВКМП і до 0,300 в хворих із коливаннями АТ (порівняно із 0,11-0,22 серед їх здорових однолітків), що свідчить про підсилення гормональної ланки в системі регуляції.

Стосовно вмісту кортизолу в сироватці крові звертає на себе увагу, що за середніми значеннями показники в пацієнтів із коливаннями АТ були вірогідно

вищими, ніж у хворих із ВКМП ( $649,14 \pm 84,76$  нмоль/л і  $369,93 \pm 31,25$  нмоль/л відповідно,  $p < 0,001$ ). Цей факт був обумовлений тим, що в  $28,1 \pm 8,0$  % підлітків із артеріальною гіпертензією вміст кортизолу в крові перевищував нормативні показники (порівняно із  $10,0 \pm 4,3$  % серед пацієнтів із ВКМП,  $p < 0,05$ ). Помірно низький вміст кортизолу реєструвався лише в одному випадку при наявності ВКМП.

У той же час значущих відмінностей рівня серотоніну в крові у хворих обох груп встановлено не було: середні значення рівнялися  $0,628 \pm 0,044$  мкмоль/л при ВКМП і  $0,655 \pm 0,059$  мкмоль/л при коливаннях АТ.

Таким чином, у підлітків із незапальними захворюваннями серцево-судинної системи спостерігаються певні особливості вмісту кортизолу та екскреції катехоламінів, які є компонентами стрес-реалізуючої системи організму людини. Більш суттєві відхилення спостерігаються в хворих із коливаннями АТ, що відображається у високому відсотку гіперкортизолемії та більших рівнях екскреції адреналіну та норадреналіну із сечею, що свідчить про напруження систем регуляції адаптаційних процесів у цих пацієнтів.

## ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ВНУТРИШНЬОВЕННОГО ІМУНОГЛОБУЛІНУ ПРИ ТРОМБОЦИТОПЕНІЧНІЙ ПУРПУРІ У ДІТЕЙ

Рудь В.П.

Харківський національний медичний університет  
Кафедра педіатрії №2, Харків, Україна  
Науковий керівник: Афанасьєва О.О., к.мед.н., асистент

Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура (ІТП) в структурі гематологічних захворювань у дітей займає досить важливе місце, адже майже кожен другий випадок геморагічного діатезу пов'язаний саме з цією нозологією. В умовах сьогодення особливих труднощів при діагностиці ІТП не виникає; розроблені стандартні методи терапії, що являються ефективними у більшості випадків. Проте коли позитивної динаміки в лікуванні не спостерігається, необхідна більш детальна діагностика та корекція терапії. У таких випадках останнім часом все частіше застосовують препарати внутрішньовенного імуноглобуліну (ВВІГ). При ІТП актуальним є саме імуномодельючий ефект ВВІГ, що призводить до подовження часу циркуляції тромбоцитів у кров'яному руслі.

Мета дослідження: оцінити досвід та проаналізувати ефективність застосування ВВІГ у схемах терапії ІТП у дітей.

Проведено аналіз клінічних та лабораторних даних 31 дитини у віці від 1,5 до 16 років, що знаходилися на лікуванні в гематологічному відділенні КЗОЗ «Харківська міська клінічна дитяча лікарня №16» за 2016 рік з діагнозом ІТП, гостра імунна форма. При цьому найчисельнішу групу пацієнтів склали діти 3-5 років (48%).

Результати спостереження показали, що у 24 дітей (77,4%) ознаки захворювання з'явилися через 1-3 тижні після перенесеного гострого респіраторного



захворювання, у 3-х клініці ІТП передували перенесені вітрянка, стрептодермія і травма. У решти дітей провокуючий фактор встановити не вдалося. Без явних причин з`явилася характерна геморагічна висипка у вигляді петехій та екхімозів, переважно на нижніх кінцівках і тулубі, дрібні крововиливи в слизову оболонку рота. У 6 дітей (19,3%) також спостерігалися носові кровотечі і у однієї дитини – крововилив у склеру. При цьому в аналізі крові рівень тромбоцитів у 20 дітей (64,5%) був критично низьким (менш ніж  $30 \times 10^9/\text{л}$ ), у 11 пацієнтів (35,5%) – від 30 до  $50 \times 10^9/\text{л}$ .

Лікування всіх дітей починали з базисної терапії (преднізолон у дозі 2мг/кг на добу, епілтон-амінокапронова кислота, дицинон та аскорутин). На тлі терапії позитивна динаміка спостерігалася у 71% пацієнтів, що проявлялося у ліквідації шкірного геморагічного синдрому і підвищенні рівня тромбоцитів понад  $100 \times 10^9/\text{л}$  у перші 2 тижні від початку терапії.

У 9 дітей (29,0%) значна тромбоцитопенія ( $<50 \times 10^9/\text{л}$ ) зберігалась на протязі більш ніж 2-х тижнів, що вимагало більш поглибленої діагностики та корекції лікування. Так, при вірусологічному дослідженні у 7 дітей з цієї групи виявили персистуючу цитомегаловірусну, герпесвірусну (1 і 2 типу) інфекції, вірус Ебштейна-Бара, що найімовірніше і обумовило резистентність до стандартної терапії та потребувало додаткового призначення протівірусної терапії.

Даній групі дітей призначалась пульс-терапія Солу-Медролом у поєднанні з ВВІГ (Біовен-Моно) у дозі 2,0 г/кг на курс 5 днів. Після 5-денного введення даних препаратів рівень тромбоцитів підвищився до нормального рівня і зберігався таким на протязі всього терміну спостереження. Для попередження рецидивів проводилося «нагадуюче» введення препаратів.

Отже, у більшості випадків ІТП досить успішно піддається базисній терапії, у склад якої входять препарати, що покращують функції тромбоцитів, ангіопротектори та преднізолон у дозі 2мг/кг на добу. При неефективності стандартних схем терапії необхідно виключити вторинну тромбоцитопенію та наявність персистуючої вірусної інфекції. В таких випадках ефективним для досягнення клініко-лабораторної ремісії являється поєднання пульс-терапії глюкокортикоїдами та ВВІГ.

## ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ

*Савво В.В., Стоказ Е.М.*

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина  
Медицинский факультет, Харьков, Украина  
Кафедра педиатрии  
Научный руководитель: Савво И.Д., к.мед.н., доцент

Цель работы – изучить частоту факторов сердечно-сосудистого риска у студентов медиков.

Проведено исследование 68 студентов III курса медицинского факультета ХНУ им. В.Н. Каразина в возрасте 20-23 лет (м-32, ж-36) и 36 студентов II-III курса медицинского колледжа ХМАПО в возрасте 17-19 лет (м-8, ж-28).

Методом анкетирования изучали семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), частоту вредных привычек (курение, употребление алкоголь-

ных напитков, неблагоприятные предпочтения в питании - избыточное употребление в пищу поваренной соли, сладостей, фастфуда), а также низкую физическую активность (НФА), неблагоприятные психо-эмоциональные факторы. Объективно оценивали рост, массу тела, индекс массы тела (ИМТ). Всем исследуемым проводили стандартизированное измерение АД. Также, путем анкетирования, определяли уровень информированности студентов о факторах сердечно-сосудистого риска.

Установлено, частота ССЗ (ИБС, АГ, инсульт) имела место в семьях 36,6% исследуемых (у 20,6% студентов университета и 16% студентов медколледжа, что статистически незначимо); ИМТ – у 24,4% исследуемых, причем у студентов университета достоверно чаще, чем у студентов медколледжа (18,3% против 6,1% соответственно,  $p < 0,05$ , не зависимо от пола); ожирение I степени – у двух юношей (3%) – студентов университета;

НФА отмечена у 70% исследуемых (40% составили студенты университета и 30% – медколледжа). Только физкультурой (2-3 раза в неделю) занимаются 67% исследуемых, из них 40% – студенты университета, которые занимаются в тренажерном зале (преимущественно юноши) и 27% – студенты медколледжа, которые регулярно посещают только уроки физкультуры (среди них преимущественно девушки). При этом регулярно занимаются в спортивных секциях лишь 5% всех обследованных, независимо от пола и возраста. Увеличивает показатель НФА также работа за компьютером – 1/3 студентов проводит более 8 часов в сутки за компьютером (с учетом учебных программ) с одинаковой частотой (по 17%) в каждой группе исследуемых, причем среди студентов университета независимо от пола, а среди студентов медколледжа значительно преобладают девушки. Анализ частоты вредных привычек показал, что регулярно курящих в 3 раза больше среди студентов университета (18% против 6% студентов колледжа,  $p < 0,05$ ). Установлено что слабоалкогольные и энергетические напитки употребляют «иногда» 27% исследуемых (17% составили студенты университета и 10% – медколледжа,  $p > 0,05$ ). Регулярное потребление пива отмечается одинаково часто (по 8% в каждой из обследуемых групп). Алкоголь «по праздникам» употребляют почти 25% всех исследуемых, также одинаково часто в обеих группах, независимо от пола. Что касается алиментарного фактора (неблагоприятных пищевых «пристрастий»), установлено, чрезмерное потребление соли имеют 10% студентов (8,5% – студентов университета против 1,5% – мед.колледжа,  $p < 0,05$ ); ежедневно употребляют фастфуд достоверно чаще студенты университета (12% против 5% – студентов медколледжа,  $p < 0,05$ ); быстроусваиваемые углеводы, в том числе сладкие газированные напитки – 10% студентов университета и 7% – медколледжа, что статистически незначимо, в том числе и по полу. При анализе эмоционально-психологических факторов конфликтность характера отмечена у 9% исследуемых, исключительно среди студентов университета, не зависимо от пола; внутреннее напряжение (неудовлетворенность) – среди студентов университета в 2 раз чаще, чем среди студентов медколледжа (12% против 6%,  $p < 0,05$ ).

При индивидуальном анализе совокупности факторов риска установлено: 3 и более факторов риска имеют 38% обследуемых, при этом почти в 2 раза чаще среди студентов университета, чем медколледжа (24,5% против 13,5%, что статистически не значимо). Наиболее часто встречающиеся сочетания факторов

риска: низкая физическая активность, курение, употребление алкоголя, избыточная масса тела и алиментарный фактор. При этом информированность о значении факторов риска в развитии сердечно-сосудистых заболеваний достоверно выше у студентов университета (60% против 24% студентов медколледжа,  $p < 0,05$ ).

Таким образом, значительное накопление факторов риска (три и более) имеют более 1/3 студентов-медиков (7,5% из них имеют артериальную гипертензию и 5% - высокое нормальное АД). Часть из них ассоциируются с различными факторами сердечно-сосудистого риска (отягощенная наследственность по ГБ, ИБС, ожирению, повышению АД). Модифицированные факторы риска (избыточная масса тела, вредные привычки, нерациональное питание, НФА) можно предупредить или избежать путем формирования здорового образа жизни, совершенствования методов информированности студентов о факторах риска, что будет способствовать снижению распространенности сердечно – сосудистых заболеваний.

#### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. 4-Й ТИП ПСИХОСОМАТОЗОВ ПО А.Б. СМУЛЕВИЧУ**

*Савельева Л.М.*

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина  
Медицинский факультет, Украина, Харьков  
Научный руководитель: Суворова-Григорович А.А., к.мед.н, доцент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологи

Актуальность. Психосоматическими заболеваниями по данным ВОЗ страдает до 70% населения земного шара. Этим заболеваниям подвержены все возрастные категории (за исключением детей до 3-х лет). Клиницисты различных специальностей занимаются вопросами психосоматической медицины. Но для нас наиболее близкой является классификация психосоматических заболеваний по А.Б. Смулевичу. 4-м классом, согласно данной классификации, являются психотические психические расстройства вследствие соматических заболеваний. За психиатрическими масками в этих случаях скрывается вовремя не диагностированные случаи тяжелых соматических или неврологических расстройств.

Клинический случай. Больной С., 29 лет. Катамнестически: 5 лет назад впервые госпитализирован в отделение интенсивной терапии психиатрической больницы с галлюцинаторно-параноидным синдромом (галлюцинации относились к группе истинных) на фоне неясного сознания. В соматическом состоянии на первый план выступала не купирующаяся фебрильная температура с явлениями интоксикации. Был выставлен диагноз «Фебрильная шизофрения» (кататонейроидный синдром). После стандартных обследований (клинический анализ крови и мочи, глюкоза крови, биохимический анализ крови, анализ крови на яйца глист и стронгилоидоз, ЭКГ) больному произведено 8 сеансов ЭСТ. Психотического уровня симптоматика была купирована. Больной в течение 5 лет добро-

совестно принимал назначаемое поддерживающее лечение (разнообразные комбинации атипичного антипсихотика и нормотимика), несмотря на что отмечались периодические амбулаторные ухудшения состояния аффективно-галлюцинаторно-параноидной структуры. Постепенно нарастали психоорганические расстройства личности и неврологические нарушения. Повышение уровня печеночных проб и неврологические нарушения в виде тремора и мышечной ригидности долгое время связывались с побочными действиями антипсихотиков, а парамии с развитием негативных психических расстройств. На момент осмотра у больного в неврологическом статусе: гиперкинезы лица, рук в виде червеобразных движений пальцев, гиперкинез по типу взмаха крыла при нагрузочных пробах, повышение тонуса в сгибателях рук по спастическому типу, атаксия кзади в позе Ромберга, промахивание при выполнении пальце-носовой пробы.

Отмечено кольцо Кайзера-Флейшера.

По результатам определения в крови церулоплазмина, меди и цинка пациенту выставлен диагноз болезнь Коновалова-Вильсона. При назначении специфического лечения (купренил) продуктивные психические расстройства купировались без приема психотропных препаратов.

Выводы. При выставлении диагноза эндогенного расстройства необходимо исключить наличие психосоматоза 4-го типа, так как длительное и зачастую неэффективное лечение у психиатров с одной стороны приводит к неэффективной трате бюджетных средств, с другой, вовремя не диагностируются хронические, зачастую прогрессирующие заболевания, приводящие к инвалидизации пациента.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ОСНОВНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ВАЖНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ У КУРСАНТОВ ХАРЬКОВСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА ВОЗДУШНЫХ СИЛ ИМЕНИ И. КОЖЕДУБА**

*Савченко Д.В.*

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина  
Медицинский факультет, Харьков, Украина  
Научный руководитель: Сукачева О.Н., канд.псих.наук, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии

Сегодня на украинском рынке труда наиболее конкурентоспособной профессией является военная служба по контракту. Это объясняется возможностью получить бесплатное высшее образование, выплату единовременного пособия при заключении контракта, бесплатное медицинское обслуживание и т. д. Кроме этого, многие юноши и девушки хотят полностью посвятить себя военной профессии и стать офицерами. Одним из самых популярных военных вузов в Украине считается Харьковский национальный университет Воздушных Сил имени Ивана Кожедуба.

Реформирование силовых структур и системы высшего военного профессионального образования в Украине, существенное изменение содержания профес-

сиональной деятельности военных специалистов, готовность эффективно выполнять профессиональные обязанности в обычных и экстремальных условиях требуют от офицера постоянного напряжения психических и физических ресурсов, что выводит на передний план проблему адаптивной способности и нервно-психической устойчивости к предстоящей службе.

Цель исследования: на основании психодиагностического исследования выявить уровень развития профессионально важных психологических качеств у курсантов разных годов обучения и его готовность к профессиональной деятельности в рядах Военно-воздушных Сил (ВВС) Украины.

Задачи исследования: 1. Теоретически обосновать проблему формирования профессионально важных психологических качеств военнослужащих.

2. Изучить уровень развития адаптивной способности, нервно-психической устойчивости, коммуникативной особенности и моральной нормативности у курсантов разных годов обучения.

3. Определить степень готовности курсантов к профессиональной деятельности в рядах ВВС Украины.

Материалы и методы исследования. В работе использовался комплекс методов, в который вошли: теоретический анализ проблемы исследования; беседа; психодиагностический метод, включающий использование многоуровневого личностного опросника «Адаптивность» (МЛО - АМ).

Обработка результатов исследования осуществлялась с применением методов математической статистики.

Для оценки профессионально важных качеств было обследовано 60 курсантов, обучающихся в Харьковском национальном университете Воздушных Сил имени И. Кожедуба. Исследование проводилось в такой последовательности:

1. Курсанты были отобраны по одной учебной группе с первого, третьего и четвертого курсов.

2. Тестирование проводилось один раз в год – после сдачи зимней сессии.

Результаты исследования. Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» позволил определить уровень развития адаптивных способностей (АС), нервно-психической устойчивости (НПУ), коммуникативных особенностей (КО) и моральных качеств (МН) личности.

Характеризуя адаптационный потенциал и нервно-психическую устойчивость первокурсников, необходимо отметить, что он выше, чем у курсантов III курса. Данный показатель указывает на то, что курсанты I курса имеют хорошие способности к адаптации, могут успешно осваивать выбранную специальность, обладают достаточными предпосылками для достижения высокой военно-профессиональной работоспособности. У курсантов III курса наблюдается удовлетворительный уровень развития данных качеств, возможно, это происходит из-за большой умственной и физической нагрузки, а также повышенной усталости. А у курсантов IV курса уже наблюдается увеличение показателей по адаптивным способностям и нервно-психической устойчивости.

Проведенный анализ моральных качеств и коммуникативных особенностей личности показал, что у курсантов всех курсов отмечается их удовлетворительный уровень развития.

Выводы: 1. Теоретический анализ проблемы исследования помог выделить основные профессионально важные психологические качества военнослужащих.

2. При помощи многоуровневого личностного опросника «Адаптивность» (МЛО-АМ), мы смогли изучить уровень развития профессионально важных психологических качеств у курсантов разных годов обучения.

3. При проведении исследования было выявлено, чем выше показатели адаптивных способностей, нервно-психической устойчивости, работоспособности, степени развития коммуникативных и моральных качеств, тем больше вероятность успешной адаптации и возможности сохранить работоспособность и тем самым, улучшить свою профессиональную деятельность.

## ИЗУЧЕНИЕ ГЕНОТИПОВ ВИРУСА ЭПШТЕЙНА-БАРР ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Сазонова Т.М., Козлов А.П.*

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина  
Медицинский факультет, кафедра общей и клинической иммунологии и аллергологии,  
Харьков, Украина  
Научный руководитель: Лядова Т.И., к.мед.н., доцент

Актуальность. Инфекционный мононуклеоз (ИМ) – острое инфекционное заболевание, которое сопровождается лихорадкой, ангиной, поражением лимфатических узлов, селезенки, а также изменением гемограммы. На сегодняшний день, по эпидемиологическим данным, инфицированность ИМ, вызванным вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ), среди взрослого населения составляет более 95%. Стремительный рост числа заболеваний из этой группы, а также серьезная гиподиагностика различных форм болезней, вызванных ВЭБ, обуславливает актуальность изучения данной проблемы.

Цель исследования. Определить частоту верификации генотипов вируса Эпштейна-Барр в сыворотке крови пациентов с острой и хроническими формами ВЭБ-инфекции.

Материалы и методы. В исследование было включено 96 пациентов, среди которых 52 больных с острой формой и 44 с хронической формой ВЭБ-инфекции. ДНК вируса Эпштейна-Барр в сыворотке крови определяли методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Типирование вируса осуществляли с помощью рестрикционного анализа.

Результаты. В результате исследования было установлено, что частота верификации генотипов вируса Эпштейна-Барр в образцах от пациентов с ИМ составляла 61,5% для типа А (или ВЭБ-1), тогда как тип В (или ВЭБ-2) был выявлен в 9,6% случаев. У больных, с хроническими формами ВЭБ-инфекции, генотип А вируса Эпштейна-Барр обнаружен в 36,4% случаев, тогда как тип В не выявлялся. При

чем, у 43 пацієнтів генотип вірусу установити не удалось, що, вероятно, связано с низкой репликативной активностью ВЭБ при хронических формах болезни, поскольку максимальная концентрация его сохраняется в слюне и лимфоидных органах.

Выводы. ВЭБ-1 генотип является доминирующим как при остром, так и при хроническом течении ВЭБ-инфекции.

## **ВПЛИВ ВІТАМІНІВ Е І С НА ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНІ ПРОЦЕСИ В ПЕЧІНЦІ ТА СЕЛЕЗІНЦІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ВОДНО-ІММОБІЛІЗАЦІЙНОГО СТРЕСУ**

*Сай В.М., Гвозд М.Г., Шваєвська К.К.*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
Медичний факультет, Львів, Україна  
Наукові керівники: Хаврона О.П., к.б.н., доцент кафедри біологічної хімії;  
Білецька Л.П. к.б.н., асистент кафедри біологічної хімії

Актуальність: Важливою ланкою патогенезу багатьох захворювань є оксидативний стрес, який супроводжується інтенсифікацією процесів ліпопероксидації та накопиченням активованих форм кисню. Дані зміни призводять до дисбалансу ферментативної та неферментативної ланок системи антиоксидантного захисту.

Мета: Дослідження впливу вітамінів Е і С на про- та антиоксидантну системи печінки та селезінки щурів за умов водно-імобілізаційного стресу.

Матеріали та методи: Дослідження проводили на щурах-самцях масою 180-200 г. тварини були поділені на 3 групи: I група – 5 щурів з водно-імобілізаційним стресом(ВІС), II група – 5 щурів, яким на фоні ВІС вводили внутрішньоочередово вітамін С у кількості 200 мг/кг, III група – 5 щурів, яким на тлі ВІС вводили внутрішньом'язово вітамін Е у дозі 150 мг/кг. Препарати вводили за півгодини до моделювання ВІС.

У гомогенатах печінки та селезінки визначали: вміст ТБК-активних продуктів за методом Р. А. Тімірбулатова (1981), активність супероксиддисмутази (СОД) за методом С. Чеварі (1991), каталази за методом М. А. Королюка (1988). Одержані результати статистично опрацьовані за t-критерієм Стьюдента за допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel 8.0.

Результати: Отримані результати показують, що введення вітамінів Е і С спричиняло зниження вмісту ТБК-активних продуктів в печінці та селезінці щурів II та III групи у 1,2 і 3,2 рази та у 2,6 і 5 разів відповідно відносно I групи. Активність СОД у печінці щурів II і III дослідних груп зростала у 1,25 і 1,5 разів відповідно, а у селезінці – знижувалась у 1,1 і 1,25 разів. Активність каталази у печінці щурів II групи збільшувалась у 2 рази, III групи – знижувалась у 1,5 разів; у селезінці щурів II групи активність каталази проявляла лише тенденцію до зниження, а III групи – знижувалась у 3,8 разів відносно першої групи.

Висновки: Введення вітамінів Е і С за умов водно-імобілізаційного стресу призводить до активації ензимів антиоксидантного захисту в печінці, помірного зниження в селезінці та до зниження інтенсивності процесів ліпопероксидації. Причому введення вітаміну Е значно більше сприяло послабленню глибини оксидативного стресу в організмі.

## ДЕКОМПРЕССИОННАЯ КРАНИОТОМИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПО ПОВОДУ РЕЗЕКЦИИ КАРОТИДНОЙ ХЕМОДЕКТОМЫ

*Сальников Р.В.*

<sup>1</sup>Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина  
Медицинский факультет, кафедра психиатрии, наркологии,  
неврологии и медицинской психологии

<sup>2</sup>Харьковская клиническая больница на железнодорожном транспорте №1 Филиала  
«Центр здравоохранения» Публичного акционерного общества  
«Украинская железная дорога»

Научные руководители: <sup>1,2</sup>Лебединец Д.В., к.мед.н., доцент; <sup>1</sup>Лебединец П.В.,  
ассистент; <sup>1,2</sup>Лебединец В.В, ассистент

Каротидная хемодектома (опухоль каротидного гломуса) — в большинстве случаев доброкачественная, медленно растущая васкуляризируемая опухоль, представляющая из себя одну из наиболее распространенных параганглиом головы и шеи.

Расположена на бифуркации сонных артерий (внутренней сонной артерии и наружная сонная артерия). Как правило, опухоли сонных артерий диагностируются в 4-5-й декаде жизни и женщины более предрасположены. Параганглиомы головы и шеи составляют 60-70% от других видов параганглиом. Примерно в 10% случаев являются двусторонними.

Цель данного исследования – показать эффективность декомпрессионной краниотомии при ишемическом инсульте в раннем послеоперационном периоде по поводу резекции каротидной хемодектомы.

Методы: в клиническом случае представлен пациент 60 лет, который поступил в стационар с жалобами на правосторонние головные боли, эпизоды потери сознания. Ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий показало параганглиому правой боковой сонной артерии при бифуркации общей сонной артерии (d = 2,5 см, классификация Шамблин: группа II). Было принято решение провести операцию - резекцию хемодектомы сонных артерий. Гистологическое исследование показало, что опухоль принадлежит ко II типу или поддерживающие гломерулярные клетки. В раннем послеоперационном периоде (6 часов) у пациента развилась дисфагия, левосторонний лицевой парез, тяжелый гемипарез, гемигипестезия. На компьютерной томографии была обнаружена область гиподенсивности в средней мозговой артерии с правой стороны длиной 12 мм, который специфичен для ишемического инсульта. Реперфузионная терапия не проводилась из-за противопоказаний и очень высокого риска геморрагических осложнений в раннем послеоперационном периоде (6 часов). Первоначальная оценка NIHSS была 19. После 5 дней консервативного лечения пациента клинические симптомы ухудшались (NIHSS =24, ШКГ =8). МРТ-исследование показало наличие большого правостороннего инфаркта на территории средней мозговой артерии (136x66x80 мм) с смещением срединной структуры на 20 мм. Выполнена декомпрессионная краниотомия.



Результаты: Последующая компьютерная томография показала аналогичные поражение мозга, но со значительным уменьшением смещения средней линии (5,5 мм). Через 10 дней пациент был выписан с NIHSS= 20, mRS =4. На 90 день после инсульта пациент имел NIHSS =13 и mRS= 3.

Выводы. Декомпрессионная краниотомия после инсульта, связанного с хирургическим вмешательством по поводу резекции каротидной параганглиомы, и в отсутствие положительного эффекта консервативного лечения может увеличивать не только выживаемость, но и качество жизни (через 90 дней mRS =3 и снижение NIHSS с 24 до 13).

## ВПЛИВ СИНДРОМУ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ НА ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

*Семенюк М.О.*

Харківський національний медичний університет  
Кафедра педіатрії №2, Харків, Україна  
Науковий керівник: Алексеева Н.П., к.мед.н., доцент

Актуальність. У дітей на тлі недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) спостерігається недосконалість будови та зменшення колагенових та еластичних волокон сполучної тканини, які складають основу трахеобронхіального каркасу. Це супроводжується ранніми структурними та морфологічними змінами стінок трахеї і бронхів, зниженням їх еластичності, а також виникненням передумови до швидкого прогресування бронхіальної астми (БА).

Мета. Проаналізувати особливості перебігу бронхіальної астми у дітей з ознаками недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

Матеріали і методи. Під наглядом перебувало 62 дітей, які хворіли на БА. Хворі були розділені на 2 групи: першу групу склали 47 дітей з частково контрольованим перебігом астми, другу групу – 15 пацієнтів з контрольованим перебігом хвороби. Проведено аналіз клініко-анамнестичних даних у обстежених хворих.

Результати досліджень. У обстежених хворих виявлені кісткові, шкірні, м'язові і суглобові маркери НДСТ. Найбільш часто відмічались сколіотична деформація хребта, підвищена розтяжність шкіри, гіпермобільність суглобів, плоскостопість. 32% (15) дітей в групі з частково контрольованим перебігом БА мали індекс Варги (ІВ) нижче 1,5; 20% (3) дітей з контрольованим перебігом БА мали ІВ нижче 1,5. У всіх обстежених дітей з БА незалежно від віку і статі визначалися численні стігми дизембріогенезу. Екскреція оксіпроліну з сечею у хворих з БА достовірно вище ніж у здорових дітей. Достовірних відмінностей в показниках оксіпроліну мочі в залежності від тяжкості перебігу БА не виявлено.

Висновки. Проведене клінічне обстеження виявило значну частоту НДСТ серед обстежених дітей з БА. Найбільш часто відмічались сколіотична деформація хребта, підвищена розтяжність шкіри, гіпермобільність суглобів, плоскостопість, арахнодактілія. Дані зовнішні стігми НДСТ достовірно частіше зареєстровані у дітей з тяжким перебігом БА. Підвищення екскреції оксіпроліну з сечею

відображають наявність дисплазії сполучної тканини, але не являються маркером тяжкості запального процесу у дітей з БА. Наявність клінічних ознак НДСТ, низький ІВ у дітей з БА впливають на перебіг захворювання і в 1,87 разів збільшують ризик формування частково контрольованого перебігу БА.

## ЖЕНСКИЕ ПОЛОВЫЕ ГОРМОНЫ

*Симонян К.А.*

ДЗ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины  
Научный руководитель: Маслак А.С., доктор биологических наук, доцент,  
заведующий кафедрой

Актуальность. В женском организме половые гормоны играют большую роль в половой дифференцировке в эмбриональном периоде, характер вторичных половых признаков, в возникновении половых циклов, обеспечении нормального протекания беременности и в подготовке к кормлению новорожденного. Гормоны оказывают огромное влияние на нашу жизнь, но нет никаких причин, для того чтобы организм становился заложником этих гормонов. Чем больше мы понимаем, как гормоны могут влиять на женское тело, ум и эмоции - лучше мы будем минимизировать их негативные последствия и усиливать их положительные действия.

Целью исследования явилось изучение роли женских половых гормонов в организме женщин детородного возраста и во время беременности.

Задачи: изучить синтез женских половых гормонов, исследовать основные пути метаболизма эстрогена и прогестерона, их влияние на органы многих систем организма, провести сравнительный анализ действия этих гормонов на репродуктивную систему женского организма.

Основным местом синтеза женских половых гормонов эстрогенов являются яичники и желтое тело доказано также образование этих гормонов в надпочечниках, семенниках и плаценте. Существуют две группы женских половых гормонов: эстрогены и прогестерон. Секреция эстрогенов и прогестерона яичником носит циклический характер, зависящий от фазы полового цикла, так в первой фазе цикла в основном синтезируются эстрогены, а во второй преимущественно прогестерон. Предшественником этих гормонов в организме является холестерин, который поступая в митохондрии, подвергается последовательным реакциям гидроксирования, окисления и отщепления боковой цепи с образованием прегненолона. Образовавшийся прегненолон покидает митохондрии и попадает в ЭПС. Все дальнейшие реакции образования стероидных гормонов протекают на мембранах ретикула или в цитоплазме. Завершается синтез эстрогенов уникальной реакцией ароматизации первого кольца, предполагается, что процесс ароматизации включает минимум три оксидазные реакции, и все они зависят от цитохрома P-450. Регулируют синтез эстрогенов и прогестерона гонадотропные гормоны гипофиза (ФСГ и ЛГ), которые опосредованно, через рецепторы клеток яичника и систему аденилатциклаза цАМФ, контролируют синтез гормонов.

Естрогены являются производными эстрадиол. Наиболее активным природным эстрогеном является эстрадиол. Основным направлением метаболизма эстрогенов является гидроксилирование стероидного ядра их молекулы в различных положениях. Под влиянием эстрогенов в период полового созревания происходит рост и развитие половых органов. Эстрогены вызывают регенерацию, рост и пролиферацию эндометрия в первую половину менструального цикла. Эстрогены влияют и на яичник, благоприятствуя росту фолликулов, развитию яйцеклетки и функционированию желтого тела. Эстрогены оказывают прямое и не прямое (через переднюю долю гипофиза) стимулирующее влияние на функции щитовидной и поджелудочной желез. Так увеличивается в размерах щитовидная железа при половом созревании, во времени менструации, при беременности и после кастрации. Эстрогены оказывают влияние на рост скелета, особенно в период полового созревания, посредством воздействия на уровень и обмен кальция в крови. Эстрогенные гормоны влияют на водный обмен, что проявляется лабильностью его на протяжении всего времени расцвета функции половых желез, циклическими колебаниями веса женщины, связанного с изменениями содержания воды в организме на протяжении менструального цикла. Задержка воды в организме связана с повышением проницаемости сосудов и усиленным антидиуретическим явлением задней доли гипофиза. Эстрогены в комбинации с гестагенами довольно значительно повышают проницаемость сосудов.

Прогестерон относится к C<sub>21</sub> стероидам. Образование прогестерона в яичниках вне беременности регулируется лютеинизирующим гормоном, а при беременности — хорионическим гонадотропином. Метаболизм прогестерона протекает преимущественно в печени с образованием ряда биологически неактивных производных, основным из которых является прегнандиол. Прогестерон взаимодействует со специфическими цитоплазматическими белковыми рецепторами, образуя комплекс, который переносится в ядро клетки и активирует определенные структуры хроматина. В результате стимулируется синтез специфических белков и изменяется функциональное состояние органов-мишеней. Прогестерон участвует в регуляции циклической трансформации эндометрия. Под его влиянием происходят секреторное преобразование эндометрия в лютеиновой фазе менструального цикла, а также функциональные изменения в маточных трубах, влагалище и эпителии молочных желез. Одной из основных физиологических функций прогестерона является торможение сократительной функции миометрия, особенно во время беременности.

Обобщая сказанное, можно сделать вывод, что эстрогены и прогестерон являются неотъемлемыми участниками и важнейшими регуляторами женского организма. Крайне важно рассматривать влияние эстрогенов на женский организм с учетом прогестерона, а точнее учитывать их равновесие. Прогестероны являются антагонистами эстрогенов и уравнивают негативные последствия, которые вызывает переизбыток эстрогенов в организме. Как правило, следствием нарушения баланса данных гормонов являются многие патологические процессы.

## СИМПТОМ БАБИНСКОГО: ЗНАЧЕНИЕ И ВАРИАНТЫ ЕГО ИНТЕРПРЕТАЦИИ

*Синиченко Е.С., Каминский С.В.*

Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина,  
Медицинский факультет, Харьков, Украина  
Научный руководитель: Савицкая И.Б., к.мед.н., доцент кафедры психиатрии,  
наркологии, неврологии и медицинской психологи

Актуальность. В мире наблюдается рост частоты встречаемости неврологических заболеваний в целом и патологии пирамидной системы в частности (2001г. 11 чел. на 100 тыс. населения, 2016г. 30 чел. на 100 тыс. населения). С неврологической патологией пациент может обратиться не только к неврологу, а к врачу любой специальности. Синдромологический диагноз – первая диагностическая гипотеза, на основании которой осуществляется неотложная терапия с последующим лечением, формируется плана дальнейшего обследования и определяется профиль госпитализации. Это особенно важно на ранних симптомах заболевания. Для врача любой специальности необходимо знание основ краткого неврологического осмотра.

Цель работы: показать важность техники проверки симптома Бабинского на ранних стадиях неврологической патологии и показать варианты ложной и неправильной его интерпретации.

Симптом Бабинского был описан в 1896 г. Жозефом Бабинским, и не потерял актуальности и в наши дни. Симптом Бабинского является важным диагностическим критерием для определения органического поражения центральной нервной системы, в частности – пирамидной системы (основной системы отвечающей за произвольные движения). Выполнение данного симптома основано на штриховом раздражении острым предметом наружной поверхности подошвы от пятки к пальцам. В зависимости от характера ответа возможны варианты: в норме – пальцы стопы сгибаются (отрицательный симптом Бабинского), при патологии – пальцы расходятся веером, и образуют веерообразный симптом. Нами обследовано 25 больных терапевтического профиля с сопутствующим диагнозом – хроническое нарушение мозгового кровообращения у 6 больных отмечался положительный симптом Бабинского, что нашло подтверждение в виде очаговой патологии вещества головного мозга при томографическом исследовании головного мозга и позволило на ранних этапах присоединить к лечебно-диагностическому этапу ведения пациента врача-невролога. Таким образом, симптом Бабинского – надежный прием, позволяющий определить поражения на ранних стадиях неврологической патологии. Симптом Бабинского патогномоничен для органического поражения пирамидного пути; постоянно наблюдается при центральных парезах и параличах, является ранним и наиболее характерным симптомом нарушения целостности пирамидного пути выше уровня расположения сегментов, в которых замыкается дуга подошвенного рефлекса (L5 – S1).

Однако, на основании анализа литературных данных известно, что возможна инверсия симптома Бабинского. Нами были подробно изучены факторы,

влияющие на неправильную и ложную интерпретацию симптома Бабинского. Один из факторов – исходное положение больного. Например, при повороте головы в противоположную центральному параличу сторону, меняется рефлекторная реакция на штриховое раздражение. При положении больного на животе с ногой, согнутой под прямым углом в колене и стопой параллельной бедру симптом Бабинского проявляется сгибанием всех пальцев стопы. Выполнение рефлекса в положении лежа с выпрямленными ногами, на спине или животе, не оказывает влияние на проявление двигательной реакции и дает возможность правильно интерпретировать результат. Таким образом, врач любой специальности должен овладеть методикой правильного вызывания симптома – в положении больного строго на спине или животе с ровно лежащей головой. Еще один важный фактор – сгибание ноги в коленном суставе. При сгибании конечности в коленном суставе симптом исчезает. Поэтому, также важно следить при проверке данного симптома за строго выпрямленными нижними конечностями. Положительный симптом Бабинского необходимо отличать от псевдосимптома Бабинского, который можно обнаружить при миопатии, когда нарушена иннервация сгибателей большого пальца и тыльное сгибание большого пальца является единственной защитной реакцией в ответ на раздражение. Существуют разные теории о причинах инверсии симптома в зависимости от положения тела. 1) При сгибании ноги в суставах происходит ишемия экстензоров пальцев стопы и возникает флексорный подошвенный рефлекс. 2) При сгибании ноги и повороте головы происходит изменение мышечного тонуса и, как следствие, раздражение проприорецепторов и их растяжении. В том числе повышение его в группе мышц, вызывающих подошвенное сгибание пальцев стопы. 3) Механизм функциональных переключений. Изменение возбудимости спинного мозга, соответствующее перемещению тела. 4) Филогенетическая теория. Сгибание ноги в тазобедренном суставе и тыльная флексия стопы с подошвенным сгибанием пальцев рассматривается как хватательный автоматизм, а экстензия большого пальца в положении разгибания как защитный рефлекс.

Выводы. Таким образом, одним из основных патологических признаков, свидетельствующих о органическом поражении центральной нервной системы является симптом Бабинского. Для его проверки необходимо минимум времени, минимум дополнительных возможностей и он достаточно диагностически чувствительный (патогномоничен для органического поражения пирамидного пути – основного пути произвольных движений) и надежный. Врач любой специальности должен уметь при подозрении на поражение нервной системы провести неврологический осмотр, обязательно проверить симптом Бабинского, выполнить все условия его правильного вызывания (ровное положение на спине или животе с выпрямленными ногами и ровно лежащей головой), чтобы избежать ложной и неправильной интерпретации. Все это будет способствовать диагностике неврологической патологии на ранних стадиях и позволит своевременно лечить выявленные нарушения.

## АНЕВРИЗМА ЛІВОГО ШЛУНОЧКУ

Соломахіна А.В.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Медичний факультет, Харків, Україна

Наукові керівники: Яблчанський М.І., д.мед.н, професор, завідувач кафедри

внутрішньої медицини; Штельмах В.О., асистент кафедри;

Усань Н.Ю., лікар-кардіолог

Актуальність. Аневризма серця (АС) - локальне вибухання стінки шлуночку в результаті заміщення сполучною тканиною. За даними статистики, 85% всіх АС виникають внаслідок інфаркту міокарда. З них, 84% складають аневризми стінки лівого шлуночку, 15% - верхівки серця, 1% - міжшлуночкової перетинки і правого шлуночку. Частими ускладненнями при АС є: утворення пристінкового тромбу в порожнині аневризми, розрив АС з подальшою тампонадою серця, а також приєднання серцевої недостатності. Середня тривалість життя у пацієнтів з АС становить 2-3 роки.

Мета. Розглянути аспекти діагностики, складності в постановці діагнозу, медикаментозне ведення пацієнтів з АС і супутньою патологією в кардіологічній клініці на прикладі клінічного випадку.

Наш пацієнт, чоловік 60 років, житель міста, пенсіонер, доставлений у відділення реанімації з підозрою на тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА). При надходженні пацієнт пред'являв скарги на неритмічне серцебиття, стискаючі болі за грудиною, виражену задишку, що підсилюється при мінімальних фізичних навантаженнях, відчуття задухи, загальну слабкість. В анамнезі у пацієнта: гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарду з підйомом сегмента ST, який ускладнився формуванням аневризми міжшлуночкової перетинки, фібриляція передсердь, хронічна серцева недостатність зі зниженням скорочувальної здатності лівого шлуночка. Пацієнту було проведено повне клініко-лабораторне обстеження, а також відновлення синусового ритму. У клініко-біохімічних аналізах відзначалася глікемія і підвищення рівня креатиніну, в зв'язку з чим була розрахована СКФ, яка відповідає хронічній хворобі нирок III стадії. На рентгенограмі – ознаки, характерні набряку легенів. Даних, що підтверджують ТЕЛА, не виявлено. На ЕхоКГ з Допплер-ефектом виявлено: Гіпертрофія міокарда лівого шлуночку (ЛШ) за ексцентричним типом (ЗСЛШД 12,1мм; МШП 12,8мм; товщина передньої стінки ПШ 5,1мм). Дилатація всіх порожнин серця (ліве передсердя 53,7мм; праве передсердя 54,2мм; КДД 75,6мм; КСД 53,9мм; правий шлуночок 28,3мм). Ознаки підвищення тиску в легеневій артерії (СисДла 39ммртст). Гідроперикард (по задній стінці лівого шлуночку 9мм). Показники скоротливості міокарда і насосної функції лівого шлуночка збережені. EF = 54%. На ЕКГ - фібриляція передсердь тахісistolічний варіант, повна блокада лівої ніжки пучка Гіса (без змін у порівнянні з 2007р). Нових ішемічних змін не виявлено. При добовому моніторингу АТ по Холтер: фібриляція передсердь із середньою ЧСС 98 уд/хв, циркадний індекс знижений. Клінічний діагноз: ішемічна хвороба серця: постінфарктний (05/04/2007, передній STEMI) кардіосклероз. Плоска постінфарктна аневризма міжшлуночкової перетинки. Ознаки атеросклеротичного ураження коронарних артерій без гемодинамічної значимості (коронаровентрикулографія 05/08/2015). Гіпертонічна хвороба III стадії, 3 ступе-

ня. Відносна недостатність мітрального і тристулкового клапанів 2ст. Повна блокада лівої ніжки пучка Гіса. Фібриляція передсердь, тахісistolічний варіант. CHA2DS VASc - 3. HAS-BLED-1. Електрична кардіоверсія, відновлення синусового ритму (29/10/2015, 09/12/2016). СН II-A стадії зі збереженою систолічною функцією. ГЛШН, серцева астма 28/11/2016.

Супутній: Порушення толерантності до глюкози, Хронічна хвороба нирок III стадії

Рекомендовано: немедикаментозне лікування (модифікація способу життя, гіполіпідемічна дієта, обмежене вживання кухонної солі, вживання води в кількості з розрахунку 20 мл/кг під контролем маси тіла, обмеження надмірних фізичних навантажень) і медикаментозне лікування (прадакса 150мг 2 р/д; карведилол 25мг 2 р/ д; раміприл 1.25мг ввечері; торасемід 10мг вранці за вимогою; силденафіл 20 мг 3 р/д). Пацієнт виписаний в стабільному стані під спостереження кардіолога за місцем проживання.

Висновки. Пацієнту показана імплантація бівентрикулярного електрокардіостимулятора (ЕКС), так як у нього є важка хронічна СН з вираженими клінічними і ЕХО-КГ проявами, блокада лівої ніжки пучка Гіса, а також аневризма міжшлуночкової перетинки. Імплантація бівентрикулярного ЕКС за даними статистики, в 20% збільшує якість і тривалість життя.

## **БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК ПІДЛІТКІВ М. УЖГОРОДА**

*Стець Т.В., Феєр О.В.*

Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»  
Медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни, Ужгород, Україна  
Науковий керівник: Рогач І.М., професор;  
Палко А.І., доцент

Актуальність: За останнє десятиріччя поширення алкоголізму, тютюнопаління та наркоманії в Україні набуло катастрофічних розмірів. Окремою гострою проблемою є поширення шкідливих звичок серед неповнолітніх. При вивченні даного питання важливо проаналізувати особливості первинного вживання психоактивних речовин, мотиви систематичного вживання, проінформованість молоді про негативні наслідки шкідливих звичок.

Мета: вивчити поширеність шкідливих звичок серед підлітків м. Ужгорода, з'ясувати причини їх поширення та розробити практичні рекомендації для ведення здорового способу життя.

Завдання: - вивчити поширеність шкідливих звичок серед підлітків м. Ужгорода; розкрити причини виникнення шкідливих звичок молоді; розглянути особливості профілактики поширення тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії підлітків.

Матеріали і методи: у якості вихідного матеріалу використано результати опитування підлітків м. Ужгорода (231) у віці від 12 до 17 років.

Результати дослідження. Нами було виявлено, що більшість підлітків (86%) вже пробували алкогольні напої і споживають не регулярно. Тютюнопаління характерно для 48% респондентів, з яких половина виявила бажання відмовитися від куріння цигарок. 12% опитуваних пробували наркотичні речовини, однак здебільшого у підлітків мало інформації про їх шкідливий вплив на організм. Більшість підлітків підтримує пропаганду здорового способу життя і готова приймати участь у її практичній реалізації.

Висновки: 1. Дані досліджень проблем шкідливих звичок підлітків м. Ужгорода підтверджують, що здоровий спосіб життя не є переважаючим для дітей та молоді, хоча здоров'я серед інших цінностей посідає одне із вищих рейтингових місць.

2. Основною причиною тютюнопаління та вживання алкогольних напоїв у більшості підлітків є сліпе наслідування моди, дорослих та ровесників.

3. Для профілактики виникнення шкідливих звичок підлітків необхідно систематично проводити профосвітницьку роботу у вигляді співбесіди, дискусій, тематичних лекцій про негативні наслідки шкідливих звичок, проведення спеціальних тренінгів з участю студентів старших курсів медичного факультету.

## ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ В ОБЕИХ ГЕМИСФЕРАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА У 37 ЛЕТНЕЙ ПАЦИЕНТКИ В РЕЗУЛЬТАТЕ МИКСОМЫ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

*Исаева Я.А., Стецюра Е.Ю.*

<sup>1</sup>Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина,  
Медицинский факультет, кафедра психиатрии, наркологии,  
неврологии и медицинской психологии

<sup>2</sup>Харьковская клиническая больница на железнодорожном транспорте №1 Филиала  
«Центр здравоохранения» Публичного акционерного общества  
«Украинская железная дорога»

Научные руководители: <sup>1,2</sup>Лебединец Д.В., к.мед.н., доцент;

<sup>1</sup>Лебединец П.В., ассистент; <sup>1,2</sup>Лебединец В.В., ассистент

Миксома – это гистологически доброкачественная, внутрисердечная опухоль сердца. Миксомы составляют 50% всех доброкачественных опухолей сердца у взрослых. В 75% случаев опухоль поражает левое предсердие. Наибольшая частота миксом выявляется в возрасте 30–60 лет, у женщин в 4 раза чаще, чем у мужчин. Церебральная эмболия при миксоме составляет не более 0,6–1,9%. Частота встречаемости миксомы левого предсердия с транзиторными ишемическими атаками (ТИА) или ишемическим инсультом (ИИ) может быть диагностирована среди пациентов молодого возраста – 0,4%, а у пациентов старшего возраста – 0,13%.

Цель данного исследования - изучить клиническую особенность течения и лечения ИИ на фоне развившейся миксомы сердца.

Методы: в клиническом случае представлена 37-летняя больная, которая поступила в стационар в течение 3 часов с момента начала симптомов в сопоре (ШКГ =9) с правосторонней гемиплегией и моторной афазией (NIHSS = 25).



Артериальное давление 90/60 мм.рт.ст.. Больной проводилась церебральная ангиография; УЗИ сердца;

эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование с доплеровским анализом; МРТ (в режиме диффузии, в режиме Flair и в ангиорежиме), электрокардиография (ЭКГ). А также у больной были взяты: анализ мочи, клинический анализ крови, анализ крови на свертываемость, биохимический анализ крови.

Произведена интра-артериальная инъекция нимодипина. Больная не получила ревазуляризационного лечения, так как не было найдено стеноза и/или тромбоза.

Результаты: при проведении церебральной ангиографии было обнаружено слева - интракраниально - трифуркация с отхождением левой задней мозговой артерии (ЛЗМА), спазм А-2, А-3 сегментов внутренней сонной артерии (ВСА). Фармакопластика ангиоспазма в бассейне ЛВСА. МРТ признаки показали множественные очаги, ограниченной диффузии в обеих гемисферах головного мозга (с преимущественным поражением левой гемисферы) сосудистого генеза; задняя трифуркация ЛВСА.

Для нахождения возможной причины инсульта было выполнено УЗИ сердца и найдена миксома левого предсердия (21,8x19,9x18,5 мм). При ЭхоКГ исследовании с доплеровским анализом было обнаружено: объемное образование левого предсердия (миксома). В течение 24 часов не было никаких улучшений в неврологическом статусе. Через 14 дней после стабилизации симптомов инсульта (NIHSS =17, MRS =4) и начала процесса реабилитации у пациентки была успешно удалена миксома. На 30 день после инсульта во время продолжающегося пациента реабилитации имели NIHSS =12, MRS =3.

Выводы: Миксома левого предсердия является редкой причиной инсульта в общей популяции, но это одна из самых распространенных причин инсульта у молодых пациентов.

При инсульте с выраженным вазоспазмом интра-артериальное введение нимодипина может быть использовано как один из основных методов лечения.

Ранняя (14 дней после ИИ) операция по поводу удаления миксомы является безопасной и способствует более быстрой реабилитации.

## **ВИВЧЕННЯ ОКСИДАТИВНО-НІТРОЗАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ У ПЕЧІНЦІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ВВЕДЕННЯ ІНДОМЕТАЦИНУ ТА L-ЦИСТЕЇНУ**

*Столяр О.А., Стадник Л.В., Харченко Ю.В.*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Медичний факультет, Львів, Україна

Наукові керівники: Білецька Л.П., к.б.н., асистент кафедри біологічної хімії;

Хаврона О.П., к.б.н., доцент кафедри біологічної хімії

Актуальність. Індометацин є одним із найсильніших нестероїдних протизапальних препаратів, що використовується для лікування невралгій, міалгій та інших захворювань опорно-рухового апарату. Однак через неселективність дії на

циклооксигеназний комплекс він викликає значні побічні ефекти. Тому для оптимізації лікування індометацином важливим є поєднання його з препаратами, що мають захисний вплив на організм.

Мета: вивчити оксидативно-нітрозативні процеси у печінці щурів за умов введення індометацину та L-цистеїну.

Матеріали та методи. Дослідження проводили на білих щурах-самцях масою 180-220 г згідно з міжнародними умовами проведення експериментів з лабораторними тваринами. Всіх тварин поділили на 3 групи: 1-ша – інтактні, 2-га – щурі, яким вводили індометацин в дозі 10 мг/кг, 3-тя – щурі, які отримували індометацин в тій же кількості разом із 30 мг/кг L-цистеїну. У кожній групі було по 10 тварин. Знеболення проводили розчином тіопенталу натрію (40мг/кг маси тварини). У гомогенатах із печінки визначали вміст молекул середньої маси (МСМ) за методом Волчегорського І.А.(2000), вміст ТБК-активних продуктів - за методом Тімірбулатова Р. А. (1981), концентрацію NO - за методом Green L.C. (1982). Одержані результати статистично опрацьовані за t-критерієм Стьюдента за допомогою програмного забезпечення MicrosoftExcel 8.0.

Результати. Результати досліджень показали, що у тварин другої групи (введення індометацину) вміст ТБК-активних продуктів збільшився у 1,7 рази, а у щурів третьої групи (введення індометацину і L-цистеїну) – зменшився у 0,8 рази відносно контролю. Вміст МСМ у другій і третій групах зріс у 7,8 і 2,3 рази відповідно. Концентрація NO збільшилася в другій групі у 2,8 рази, а у третій – зменшилася у 0,75 рази у порівнянні з контролем.

Висновки. Виявлено значне підвищення рівня маркерів оксидативного і нітрозативного стресів при введенні лабораторним тваринам індометацину, що свідчить про активацію перокисного окиснення ліпідів і порушення цілісності мембран клітин. При введенні індометацину разом з L-цистеїном відзначалася менша інтенсивність оксидативно-нітрозативних процесів в печінці, що підтверджує протекторні властивості L-цистеїну. Виходячи з цього, рекомендуємо для зменшення побічних ефектів індометацину використовувати його в комплексі з L-цистеїном.

## ЕНДОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГІДРОНЕФРОЗУ У ДІТЕЙ ЗГІДНО ТЕОРІЇ ГЕТЕРОХРОНІЇ

*Стоян М.С., Свекатун В.М., Поліщук В.Д.*

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна  
Науковий керівник: Дмитряков В.О., д.мед.н., професор, кафедри дитячих хвороб

Актуальність: Вади розвитку органів сечовидільної системи займають одне з провідних місць та складають більше 35-40% серед природжених захворювань дитячого віку. Гідронефроз складає 5% від загальної кількості патології сечостатевої системи та є одним з найбільш важких захворювань у дитячій хірургічній практиці. Через скутість клінічних проявів найчастіше діагностується на пізніх стадіях. Невід'ємною складовою розвитку гідронефрозу є дисфункція розвитку та до-

зрівання (гетерохронія), що зумовлено нерівномірним дозріванням окремих функціональних систем організму у процесі онтогенезу.

Метою нашої роботи було: патогенетичне обґрунтування використання малоінвазивних методик, спрямованих на раннє відновлення уродинаміки, що дозволить корегувати гетерохронію органів сечовидільної системи.

Матеріали та методи: Згідно теорії системогенезу Анохіна П.К., яка ґрунтується на експериментальних дослідженнях, які довели що у ранньому онтогенезі у окремо взятому сегменті органу процеси дозрівання проходять швидше ніж у іншому, або навпаки - принцип фрагментації. Можна виділити два види гетерохронії, як єдиного процесу, притаманного усім живим організмам: акселерацію – прискореного розвитку тканин органу, та ретардацію – затримку розвитку та диференціювання тканин. Вони можуть бути як разом, так і окремо, але їх наявність призводить до дисбалансу між потребою та функціонуванням органу та організму в цілому. Ми бачимо розлади уродинаміки, які призводять до зниження швидкості проходження сечі, що супроводжується її застоєм та підвищенням внутрішньосечовідного тиску, що при виснаженні компенсаторних можливостей призводить до дилатації сечоводу. В подальшому, внаслідок порушення току сечі, підвищується внутрішньомисковий тиск, який тягне за собою морфологічні та патофізіологічні пошкодження структур нирки.

Через те, що організм дитини має великі компенсаторні можливості, тривале, самостійне усунення або мінімізація порушень уродинаміки не дає можливості виключення патологічного впливу гетерохронії на розвиток та функціонування сечовидільної системи. Тому рання діагностика порушень уродинаміки верхніх сечовивідних шляхів дає можливість швидко реагувати та не допускати декомпенсації процесу. Ультразвукова діагностика (УЗД) дає можливість спостерігати динаміку розвитку патологічного процесу та підібрати тактику лікування.

Трансвезикальне внутрішнє стентування сечоводу: маніпуляція полягає у розширенні звуженої зони, шляхом проведення калібрування, дилатації звужених частини сечоводу та миско-уретеральною відділу, використовуючи балон дилататор відповідного розміру з монотричним моніторингом балонного тиску. Вище звуження заводять ригідний металевий провідник. Сам балон встановлюють в зону звуження, рентгеноконтрастні мітки при цьому розташовуються по периферії звуження. Після цього звуження бужують, роздуваючи балон-катетер. Зникнення «рентгенологічної талії» балону говорить про вдалу дилатацію (експозиція 5–7 хвилин). Заключним етапом є стентування: по струні-провіднику ретроградно встановлюють стент відповідний віковим параметрам. При виникненні перешкоди під час просування, стент трохи підтягують назад та, змінивши положення цистоскопу, продовжують його введення. Критерієм правильного встановлення є згортання його дистального кінця у місці під рентгенологічним та УЗД контролем.

Стент утримувався від 1 до 4 місяців при періодичному моніторингу стану уродинаміки скомпрометованої нирки.

Після стентування на 2-3 день при нормалізації стану дитина виписується зі стаціонару на амбулаторне спостереження. Критеріями оцінки стану нирок, крім візуальних методів дослідження, були клінічні та лабораторні показники. Якщо застосування малоінвазивної методики не дає результатів, то застосовується відк-

рите або лапароскопічне оперативне втручання (операція Андерсона-Хайнса), що є «золотим стандартом» при хірургічному лікуванні.

Результати: З 2010 року в клініці дитячої хірургії з діагнозом гідронефроз за запропонованою методикою проліковано 18 дітей у віці від 1,5 до 7 років. Після УЗД, рентгенологічного контролю та відбору: хлопчиків – 10; дівчаток – 8. По локалізації: гідронефроз зліва – 11; справа - 7. Оцінка результатів проводилась через 1 рік після початку лікування за чотирьохбальною шкалою: відмінно - 5; добре - 8; задовільно - 3; незадовільно - 2. Незадовільні результати були отримані у 2 дітей з III ст. гідронефрозу.

Висновки: Використання фактора часу та малий травматизм є перевагою над іншими методами лікування. Малоінвазивні методики дозволяють корегувати явища гетерохронії та мають бути використані, як першочергові втручання. Трансвезикальне калібрування з подальшим внутрішнім стентуванням мискоуретерального сегменту при гідронефрозі, у багатьох випадках є альтернативою хірургічним методам лікування, а також методом підготовки хворого для інших методів лікування. Ефективність запропонованої методики дає право для її подальшого удосконалення та впровадження у клінічних закладах.

## ОСОБЛИВОСТІ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМ ОБСТРУКТИВНИМ БРОНХІТОМ НА ТЛІ СТИГМ ДИЗЕМБРІОГЕНЕЗУ

*Супрун Д.В., Приймак А.А., Попова А.М., Чернуський В.Г., Говаленкова О.Л.,  
Летяго Г.В., Кашіна-Ярмак В.Л.*

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна  
Медичний факультет, кафедра педіатрії, Харків, Україна  
Науковий керівник: Чернуський В.Г., д.мед.н., проф., завідувач кафедри педіатрії

Незважаючи на можливості сучасної діагностики та широкий арсенал лікарських препаратів, проблема розвитку обструктивного синдрому в структурі бронхо-легеневої патології у дітей різних вікових груп залишається найбільш актуальною. Відомо, що малі аномалії розвитку, які формуються в період ембріогенезу і є маркером порушень імунної відповіді, можуть впливати на тяжкість перебігу гострого обструктивного бронхіту у дітей в подальшому. Велике клінічне значення має констатація малих аномалій розвитку – стигм дизембріогенезу (СД), які є результатом впливу різноманітних несприятливих факторів на розвиток органів та систем в ембріогенезі, в тому числі, на стан пухлих структур сполучної тканини організму дитини. Встановлення декількох зовнішніх СД не вирішує питання розвитку та тяжкості перебігу обструктивного синдрому при гострому обструктивному бронхіті у дітей, однак вказує на їх високу значимість при даній патології. Виявлення ектодермальних СД дозволяє інтерпретувати розвиток обструктивного синдрому при даному захворюванні як вторинного на фоні неповноцінності елімінаційної функції клітин, що належать до пухлих структур сполучної тканини (макрофагів, лімфоцитів, еозинофілів, тромбоцитів), по відношенню до вірусних та бактеріальних антигенів в організмі даного контингенту дітей.

Метою даної праці є визначення особливостей гуморальної ланки імунітету у дітей з гострим обструктивним бронхітом на тлі стигм дизембріогенезу.

Матеріали та методи дослідження. Проведено обстеження 40 дітей, хворих на гострий обструктивний бронхіт у віці від 8 місяців до 3,5 років. З них дівчатка становили – 14 (35 %), хлопчики – 26 (65%); група порівняння складалася з 20 здорових дітей у віці від 1 до 3 років. Досліджувані групи були репрезентативними, рандомізованими за віком та статтю. В програму комплексного клініко-лабораторного обстеження входило з'ясування, облік та аналіз анамнестичних даних, об'єктивний огляд, виявлення та систематизація СД, клінічні прояви обструктивного бронхіту, результати лабораторних методів дослідження. Паралельно з загальноприйнятими клінічними методами дослідження проводили обстеження даного контингенту дітей на наявність в сироватці крові імуноглобулінів класу А, М, G за методом Манчини. Циркуючі імунні комплекси (ЦІК) визначали методом преципітації в 3,75 % поліетилеңгліколі по Haskova; рівень загального сироваткового IgE визначали за допомогою імуноферментного аналізу з використанням тест-системи фірми «Labodia» (Швейцарія); титр комплементу в сироватці крові визначали по 50% гемолізу за методом Л.С. Резнікової. Математична обробка результатів дослідження проведена за допомогою загальноприйнятих методів статистики з оцінюванням вірогідності відхилень за t-критерієм Ст'юдента. Нормальність вибірки варіаційних рядів здійснювали на підставі обчислення показників асиметрії та ексцесу за методом Г. Ф. Лакіна. Оцінку патогенетичної дії того чи іншого показника проводили за ступенем відхилення значень даного показника від нормативу t-критерію Ст'юдента ( $Nt=1,96$ ), який є адекватним методом аналізу, тому що вибірка вибірок за показниками, які вивчаються, на їх нормативність, показало відсутність вибірок із ненормальним розподілом показників (показник Ех-ексцесу = 0). Тому t-критерій Ст'юдента є потужним методом статистичного аналізу, що дозволяє з високим ступенем вірогідності оцінити ефективність порівнювальних показників у даного контингенту дітей за методом А.М. Зосимова, В.П. Голика.

Результати та їх обговорення. Поглиблений огляд дітей з гострим обструктивним бронхітом дозволив виявити ряд СД у 12 (30%) дітей у вигляді: широкого перенісся, високого готичного піднебіння, короткої шиї, гіпертелоризм сосків. Виявлено, що у цих дітей розвиток тяжкості та тривалості обструктивного синдрому (частоти дихання, нав'язливого спастичного кашлю, сухих свистячих хрипів, експіраторної задухи) мав достовірні відмінності ( $p<0,05$ ) в порівнянні з групою дітей, які хворіють на гострий обструктивний бронхіт, але не мають СД, під час аналізу лабораторних методів дослідження у обстежених дітей на момент госпіталізації до стаціонару відмічалися достовірні ( $p<0,05$ ) зміни в клінічному аналізі крові у вигляді моноцитозу, в біохімічних показниках сироватки крові – підвищення  $\alpha$ 1-глобулінової фракції та фосфоліпідів, в імунограмі – підвищення фракцій системи комплементу (C0, C1, C2 та C3a), ЦІК в порівнянні із групою дітей без СД та контрольною групою здорових дітей.

Нами проведена рейтингова оцінка змін показників імунного статусу з метою виявлення їх патогенетичної ролі в розвитку захворювання. В групі дітей із гострим обструктивним бронхітом на тлі СД патогенетичний паттерн представлений: C3a→C2→C1→C0→ЦІК→IgE→IgG→IgA→IgM, ( $p<0,05$ ). У групі дітей з гост-

рим обструктивним бронхітом без СД патогенетичний паттерн мав такий вигляд:  $C2 \rightarrow C1 \rightarrow C3a \rightarrow C0 \rightarrow ЦК \rightarrow IgE \rightarrow IgA \rightarrow IgG \rightarrow IgM$ , ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, виявлені зміни в патогенетичних паттернах у групі дітей з гострим обструктивним бронхітом на тлі СД можуть вказувати на неповноцінність елімінаційних систем, пригнічення В-системи імунітету, підвищення ЦК, а переважання активації С3а-фракції комплементу на реалізацію альтернативного шляху з вивільненням хемоаттрактантів з ефекторних клітин, яким притаманні бронхообструктивні властивості, а також підвищеному вивільненню з них гістаміну, серотоніну та гіперсекреції слизу клітинами бронхіального епітелію. Всі ці патогенетичні механізми визначають тяжкість та тривалість обструктивного синдрому у групі дітей з гострим обструктивним синдромом на тлі СД, що потребує індивідуального підходу до лікування даного контингенту дітей.

## ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИ-VEGF ТЕРАПІЇ ПРИ ДІАБЕТИЧНОМУ МАКУЛЯРНОМУ НАБРЯКУ СІТКІВКИ

*Тарабань І.Б.*

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
Кафедра офтальмології, Київ, Україна  
Науковий керівник: Гребень Н.К., к.мед.н., доцент

**Актуальність.** Діабетичний макулярний набряк – це потовщення центральної області сітківки, яке виникає у хворих із цукровим діабетом. Він може супроводжувати будь-яку стадію захворювання, у середньому його визначають у 10% пацієнтів. Діабетичний макулярний набряк полягає в тому, що частіше уражає саме центральні відділи сітківки, найбільш вагомі, які дають високу гостроту зору, можливість читати і розрізняти невеликі предмети. Для гальмування розвитку патологічного процесу необхідне блокування продукції аномального білку та спустошення неповноцінних судин, через стінки яких рідина потрапляє під сітківку, саме такий механізм дії інгібітору VEGF-фактора (АЙЛІЯ).

**Мета.** Вивчити особливості змін органу зору після інтравітреального введення інгібіторів VEGF-фактору (АЙЛІЯ) у пацієнтів з діабетичним макулярним набряком очей.

**Матеріали та методи.** Проведено обстеження 38 офтальмологічних хворих з діабетичним макулярним набряком очей.

Всім пацієнтам проводилось повне офтальмологічне обстеження: візометрія, периметрія, тонометрія, офтальмоскопія, біомікроскопія, додаткові дослідження (ФАГ, ОСТ).

За даними візометрії гострота зору на момент госпіталізації в середньому складала  $0,4 \pm 0,05$ . Середній ВОТ на момент госпіталізації 17,2 мм.рт.ст. За даними ОСТ середня товща оптичного становила  $356.5 \pm 12,8$   $\mu\text{m}$ . Наявність деформованого фовеального контуру за рахунок субретинальної мембрани спостерігався у 89,5%; кістозний набряк у 68,4%; субфовеальне потоншення ПЕС - 42,1% пацієнтів.

Результати. Після проведеного лікування гострота зору в середньому склала  $0,43 \pm 0,05$  (збільшилась на 7,5%). В середньому VOT одразу після інтравітреального введення інгібіторів VEGF-фактору (АЙЛІЯ) був 31 мм.рт.ст., після 2 годин – 23,1 мм.рт.ст, на кінець I доби – 19,5 мм.рт.ст., через тиждень – 17,2 мм.рт.ст., через 1 місяць – 17,1 мм.рт.ст. За даними OCT середня товща оптичного зрізу після лікування становила  $112,8 \pm 10,7 \mu\text{m}$  (зменшилась на 68,4%).

Висновки. Після лікування з використанням анти-VEGF терапії спостерігається зменшення показників, які характеризують набряк макулярної зони сітківки, а функціональні показники покращуються. Значне підвищення VOT відбувається після введення препарату, і знижується вдвічі на кінець першої доби після введення, через тиждень та місяць після лікування підвищення VOT не визначалось.

## ОЦІНКА МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ З РІЗНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

*Тимків У.М., Міхєєва Т.М.*

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»  
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини, Чернівці, Україна  
Науковий керівник: Нечитайло Ю.М., к.мед.н., професор

За останні роки в педіатрії дослідження стану капілярів при різних патологіях у дітей перспективним є дослідження структури та функції капілярів, як ключової ланки мікроциркуляторного русла в яких відбуваються кінцеві процеси метаболізму, дифузії, піноцитозу, фагоцитозу. Виявлені зміни у капілярах дають можливість провести уточнення діагнозу та відкорегувати лікування. Крім того виявлені особливості капілярів відкривають додаткові можливості для розуміння картини глибоких механізмів патофізіологічних аспектів різних захворювань.

Порушення функцій капілярів при артеріальній гіпертензії можна вважати одним із основних елементів патології.

Одним з провідних механізмів розвитку гастродуоденальної патології є порушення у вегетативній сфері, які спричиняють певні зміни у мікроциркуляції.

Мета: дослідити стан капілярів нігтьового ложа у дітей з різною патологією.

Матеріал та методи. Нами було обстежено 50 дітей жителів м. Чернівці. Середній вік дітей 12,2. Дітей розділили на три групи: 1, 2 і 3. До 1-ї групи ввійшло 20 дітей із хронічною гастродуоденальною патологією (хронічні гастродуоденіти); до 2-ї групи – 20 дітей із артеріальною гіпертензією; 3-ю групу склали здорові діти. Капіляроскопію нігтьового ложа проводили на верхніх кінцівках за допомогою цифрового мікроскопу при збільшенні у 25X і 400X разів.

Результати дослідження. У 14 дітей з 1-ї групи були виявлені наступні зміни: локальна спазмованість капілярів (у 12 дітей), уповільнення кровотоку у капілярах (у 8 дітей), зміна калібру капілярів (у 10 дітей). У 7 дітей з цієї групи спостерігався феномен «сладжування».

У 12 дітей з 2-ї групи спостерігались такі зміни в мікросудинах: локальна спазмованість капілярів (у 10 дітей), уповільнення кровотоку у капілярах (у 6 ді-

тей), зміна калібру капілярів (у 6 дітей). У 5 дітей з цієї групи спостерігався феномен «сладжування».

З 3-ї групи тільки в 1 дитини ми побачили картину локальної спазмованості капілярів, зміну калібру та феномен «сладжування». Проте, треба зауважити, що в цієї дитини виявили синдром вегето-судинної дистонії.

Висновки. Застосування капіляроскопії судин нігтьового дозволяє виявити зміни в капілярах та дає можливість побачити патогенетичні механізми розвитку як захворювань серцево-судинної системи, так і травної, в основі яких є вегетативна регуляція.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИПЕРИНСУЛИНЕМИИ И ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

*Тиханский Д.С., Королькова А.А.*

Харьковский национальный медицинский университет,  
Кафедра акушерства и гинекологии №2, Харьков, Украина  
Научный руководитель: Гайворонская С.И., к. мед.н., доцент

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – полиэндокринная патология, сопровождающаяся нарушением функции яичников (ановуляция, повышение секреции андрогенов), поджелудочной железы (гиперинсулинемия), надпочечников, гипоталамуса и гипофиза. Ведущими клиническими симптомами при СПКЯ являются нарушение менструального цикла, бесплодие, различные проявления гиперандрогении (гирсутизм, акне). Множество исследований, посвященных изучению влияния инсулина на уровень андрогенов, установили, что в яичниках человека находятся рецепторы к инсулину, что дает основание для предположения об участии инсулина в регуляции их функции. Проведенные *in vitro* исследования показали, что инсулин может прямо стимулировать продукцию тестостерона в тека-клетках яичников. Также, инсулин может влиять на биосинтез андрогенов, продукция которых стимулируется лютеинизирующим гормоном (J. Cara, 1990). Распространенность СПКЯ в мире варьирует от 4 до 8%, что делает данное заболевание одной из самых часто встречающихся эндокринопатий среди женщин, доказывая актуальность данной темы.

Цель работы: изучить влияние гиперинсулинемии на повышение продукции андрогенов при синдроме поликистозных яичников.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 20 пациенток с СПКЯ (основная группа) и 10 соматически здоровых женщин (контрольная группа). Все женщины были одной возрастной группы от 20 до 30 лет. Проведен анализ анамнеза жизни, соматического и акушерско-гинекологического анамнеза. Диагноз СПКЯ поставлен на основании гиперандрогении, овуляторной дисфункции, данных УЗИ.

Всем женщинам были проведены гормональные исследования: фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) и лютеинизирующий гормон (ЛГ) на 2-7 день менструального цикла, уровень свободного тестостерона на 8-10 день менструального цикла, уровень инсулина.



Результаты исследований. У всех женщин основной группы наблюдалось повышение уровня ЛГ (20,5 – 25,3 мЕД/мл против 1,67 – 15,0 мЕД/мл,  $p < 0,05$ ), незначительное снижение уровня ФСГ (0,97 – 1,1 мЕД/мл против 1,3 – 9,9 мЕД/мл,  $p < 0,05$ ), повышение уровня свободного тестостерона (10,1 – 12,2 против 0,5 – 4,1 пг/мл,  $p < 0,05$ ).

У 13 женщин (65%) при исследовании уровня инсулина было выявлено его повышение (28,4 – 30,5 мкЕД/мл против 2,6 – 24,9 мкЕД/мл,  $p < 0,05$ ).

Женщины контрольной группы не имели отклонений в показателях гормональных исследований.

На основании полученных данных можно предположить, что гиперинсулинемия является одним из факторов, влияющих на повышение уровня андрогенов при СПКЯ.

Выводы. В процессе лечения СПКЯ необходимо учитывать уровень инсулина в крови, как один из этапов патогенетической цепи развития данного заболевания.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ОБМІНУ ЛІПІДІВ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

*Ткаченко-Радогуз Т.В.*

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”

Медичний факультет №1, Полтава, Україна

Науковий керівник: Литвиненко Н.В., д.мед.н., професор кафедри нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою

Актуальність. Проблема цереброваскулярних захворювань і інсульту в останні роки стає все більш актуальною. Щорічно у світі інфаркт мозку вражає більше 15 млн. людей. В Україні поширеність цереброваскулярних захворювань зростає, а смертність від них посідає друге місце в структурі загальної смертності. Дана тенденція обумовлена збільшенням розповсюдженості артеріальної гіпертензії у поєднанні з атеросклеротичним ураженням стінок судин головного мозку, які є основними етіологічними факторами розвитку ішемічного інсульту. Зміни стінки артерій атеросклеротичного характеру знижують здатність адаптації судин до мінливих умов кровопостачання. Базуючись на вищесказаному, поглиблене і детальне вивчення змін метаболізму ліпідів є важливою частиною спостереження за хворими в постінсультному періоді.

Мета роботи: визначити зміни плазмових показників обміну ліпідів, у пацієнтів в ранньому, пізньому, відновному періодах та через 12 місяців після перенесеного ішемічного інсульту.

Матеріали та методи. Обстежено 58 пацієнтів у стані після церебрального ішемічного інсульту. Хворі страждали на атеросклероз і артеріальну гіпертензію. У досліджуваних хворих були вивчені показники аналізу крові: рівень ліпопротеїдів високої (ЛПВЩ), низької (ЛПНЩ) і дуже низької щільності (ЛПДНЩ), рівень загального холестерину (ЗХ), тригліцеридів (ТГ) у залежності від терміну захворювання.

Результати та їх обговорення. При аналізі отриманих результатів виявлено, що найбільш високі показники концентрації ліпопротеїдів низької щільності, ліпопротеїдів дуже низької щільності та загального холестерину були характерні для хворих у ранньому відновному періоді після ішемічного інсульту (1-3 міс). В пізньому відновному періоді після ішемічного інсульту показники ЛПНЩ, ЛПДНЩ, ЗХ незначно знижувались, при цьому стійко підвищувався рівень ТГ. Через 12 місяців після перенесеного ішемічного інсульту встановлена максимальна концентрація ЛПВЩ.

Висновки. Отже, виявлені нами клітинно-метаболичні зміни невід'ємно пов'язані з порушенням ліпідного обміну. Вони можуть повністю охарактеризувати швидкість прогресування атеросклеротичного процесу у осіб, які перенесли ішемічний інсульт. Це дозволить обрати найбільш оптимізовані методи вторинної профілактики та полегшити вибір дієвого комплексу ліпідокорегуючих та антиоксидантних препаратів.

## АНАТОМИЧЕСКАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА КИСТИ ЧЕЛОВЕКА

*Третьякова Е.А.*

Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра анатомии человека, Харьков, Украина  
Научный руководитель: Измайлова Л.В.

Актуальность темы. Изучение артерий мышц кисти представляет не только теоретический интерес, но имеет и практическое значение для хирургии.

Несмотря на то, что артериальное кровоснабжение мышц вообще изучено довольно полно отечественными и зарубежными авторами в доступной нам литературе не оказалось достаточно полных сведений об артериях мышц кисти. В работах, специально посвященных строению и кровоснабжению кисти, также нет подробных сведений по внутриорганному артериальному руслу мышцы этой области. Таким образом, в литературе не оказалось достаточно полных сведений, отражающих все детали вне- и внутриорганного артериального русла мышц кисти в целом.

Целью нашего исследования было восполнить по возможности имеющиеся пробелы в анатомии артерий мышц кисти, знание которой необходимо для хирургии.

Материалом исследования служили 20 трупов людей различного возраста. Изучались внемышечные артерии, для чего производились инъекция артериального русла контрастной, препарирование и протоколирование с зарисовкой и последующая рентгенография отдельных мышц.

При исследовании внемышечного артериального русла выяснилось, что каждая из мышц кисти имеет несколько источников питания (2-4), происходящих из близлежащих крупных артерий по принципу кратчайшего расстояния. Эти источники питания можно разделить для каждой мышцы кисти на главные и доба-

вочные. Под главными источниками мы понимаем артериальные стволы, посылающие ветви к данной мышце в 100% препаратов, т.е. постоянные источники ее питания. К добавочным источникам питания следует относить непостоянные артерии, участвовавшие в кровоснабжении мышцы не во всех исследованных нами препаратах. Наличие их объясняется вариабельностью систем кисти.

Главными источниками питания во всех случаях являлись те артерии, ствол которых расположен в непосредственной близости от той или иной мышцы. От этих сосудов отходит различное количество мышечных артерий (2-12) под острым углом, что обеспечивает лучшие условия питания мышц. Артерии, происходящие от главных источников питания, имеют определенное место вступления в мышцу в участке мышечных ворот. Длина этих артерий до входа в мышцу варьирует у взрослых в пределах от 1,5 до 2,2 мм, а диаметр от 0,1 до 1,55 мм.

Нами были выделены главные и добавочные источники кровоснабжения кисти. Добавочные характеризуются непостоянством и встречаются для каждой мышцы значительно меньшем количестве (1-2). Благодаря непостоянству добавочных источников количество мышечных артерий, происходящих от каждого из них, для той или иной мышцы различно, но обычно незначительно (1-3). Длина этих мышечных артерий варьирует в пределах от 2 до 35 м, диаметр 0,5 до 0,6 мм. Мышечные артерии отходят от данных источников питания, так же, как от главных, под острым углом, и вступают в различные участки мышцы, что объясняется непостоянством самих источников питания.

Таким образом, данные нашего исследования показали, что там, где мышцы расположены в несколько слоев, главные артерии подходят к мышцам по межмышечным пространствам. Ворота мышц в таких случаях располагаются на их обращенных друг к другу поверхностях.

## **СТРУКТУРА НЕЗАДОВОЛЕНОСТІ НАВЧАННЯМ СТУДЕНТІВ 5 КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ НМУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

*Турук Л.С., Мельник Б.Р., Копоть М.М., Фещенко Ю.Ю.*

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Медичний факультет №2, Київ, Україна

Науковий керівник: Гудзенко Г.В., к.мед.н., асистент кафедри неврології

**Актуальність.** Незадоволеність навчанням – потенційно важлива причина зниження мотивації студента до старанного засвоєння матеріалу та формування професійних навичок майбутнього лікаря.

**Мета.** Проаналізувати структуру незадоволеності навчанням студентів НМУ імені О.О. Богомольця.

**Матеріали та методи.** Об'єктом даного дослідження стала задоволеність навчанням студентів 5 курсу з огляду на їхні достатній досвід вивчення різних дисциплін та клінічну орієнтованість. Методом дослідження було опитування сту-

дентів 5 курсу медичного факультету НМУ імені О.О. Богомольця із використанням модифікованої діагностичної методики «Вивчення задоволеності навчанням студентів», що складається із 17 запитань, а також «Карти опитування» для збору демографічних показників і даних щодо навчальної діяльності.

Результати. У дослідженні взяли участь 77 студентів середнього віку  $21,7 \pm 0,18$  років, з яких 56 (72,7%) респондентів навчалися за рахунок коштів державного бюджету, а 21 (27,3%) – на контрактних засадах. Середній бал навчання 3,0-3,9 мали 17 (22,1%) студентів, 4,0-4,4 – 46 (59,7%) і 4,5-5,0 – 14 (18,2%) респондентів.

Серед опитаних студентів 5 курсу переважали незадоволені навчанням – 62 (80,5%). Детальний аналіз структури цієї групи показав, що студенти НМУ виявили незадоволеність переважно: матеріально-технічними умовами – 49 (79,0%), навчальною програмою – 45 (72,6%), системою оцінювання – 42 (69,4%), практичними навичками – 41 (66,1%), якістю викладання – 40 (64,5%), фаховою підготовкою та навчанням у цілому – по 38 (61,3%).

Власні пропозиції всіх опитаних студентів щодо покращення навчального процесу спрямовані на: перерозподіл академічних годин на користь клінічних дисциплін – 41 (53,2%), скасування пріоритетності робочих зошитів/протоколів – 31 (40,3%), вільне відвідування лекцій – 27 (35,1%)

Висновки. Переважну більшість (80,5%) респондентів склали незадоволені навчанням студенти. Детальний аналіз структури виявив найвищий ступінь незадоволеності матеріально-технічними умовами, навчальною програмою, системою оцінювання, практичними навичками, а також стремління студентів до реорганізації навчального процесу.

## РЕЙТИНГОВАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМАТИВА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

*Радченко А. О., Ульянов И. Р., Чернуский В. Г., Говаленкова О. Л., Летяго А. В.,  
Кашина-Ярмак В. Л.*

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина

Медицинский факультет, кафедра педиатрии, Харьков, Украина

Научный руководитель: Чернуский В.Г., д.мед.н., проф., заведующий кафедры педиатрии

Бронхиальная астма у детей (БА) рассматривается как хроническое аллергическое воспаление в бронхолегочной системе, в развитии которого основное значение отводится иммунопатологическим реакциям в клеточно-тканевых структурах бронхолегочной системы. Неудовлетворённость результатами протоколов GINA (2009, 2013) по лечению БА у детей, недостаточная эффективность предлагаемых в них программ, определяет необходимость дальнейших исследований патогенетических механизмов заболевания, в частности преобладания в них тех или иных компонентов гуморального или клеточного звена иммунитета, определяющих различные формы БА у детей. Такой подход является возможным только при использовании современных методов доказательной медицины, что является актуальным и востребованным для науки и практического здравоохранения.

Материалы и методы исследования: обследовано 75 детей с БА в периоде обострения в возрасте от 5 до 14 лет. Контрольную группу составили 25 здоровых пациента. Диагноз БА устанавливался согласно МКБ-10 и рекомендациям GINA (2013). Исследуемые группы были репрезентативными, рандомизированными по возрасту, полу, формам и степеням тяжести течения заболевания. Определялся спектр иммуноглобулинов в сыворотке крови класса А, М, G по Манчини. Титр комплемента (С<sub>о</sub>) в сыворотке крови с учетом 50% гемолиза определяли по Л. С. Резниковой. Компоненты комплемента С<sub>1</sub>, С<sub>2</sub> и С<sub>3а</sub> определяли методом радиальной иммунодиффузии (РИД) по Манчини. Циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) определяли методом преципитации в 3,75%-ном растворе полиэтиленгликоля по Haskova. Уровень общего сывороточного IgE устанавливался с помощью иммуноферментного анализа с использованием тест-системы фирмы «Labodia» (Швейцария). Определение клеточного звена иммунитета (CD95, CD3, CD4, CD8) проводили с помощью моноклональных антител («Сорбент-ЛТД», Москва) в реакции непрямой поверхностной иммунофлюоресценции. Достоверность отличий полученных результатов определяли с помощью t-критерия Стьюдента с уровнем значимости  $p < 0,05$ . Проверку вариационных рядов на нормальность распределения выборки осуществляли на основе вычисления показателей асимметрии и эксцесса. С учетом того, что уровень достоверности отличий в исследуемых показателях проводили с помощью t-критерия Стьюдента, нами была использована методика, позволяющая применять его значения для сопоставления влияния всех исследуемых факторов на патологический процесс, степень отклонения того или иного показателя от норматива и по отношению друг к другу независимо от характеристики параметра и его величины по методике А. Н. Зосимова, В. П. Голика.

Результаты и их обсуждение. Определение ведущей роли в патогенезе клинических форм БА того или иного показателя необходимо определить его степень отклонения от норматива. Для решения этого вопроса был использован нормативный показатель – параметрический t-критерий Стьюдента ( $Nt=1,96$ ).

У детей больных неатопической формой БА (НАБА) наивысшее значение отклонений от норматива отмечено в отношении повышения уровня ЦИК ( $t=16,74$ ). Более низкое ранговое место в патогенетической матрице занимает содержание С<sub>3а</sub> ( $t=8,21$ ). Затем в порядке снижения следует: IgE ( $t=4,55$ )→С<sub>о</sub> ( $t=1,89$ )→IgG ( $t=1,03$ ). Рейтинговое нормирование позволило выявить доминирующее патогенетическое звено у НАБА. Этим звеном оказался иммунокомплексный процесс. Реагиновый тип (IgE) гиперчувствительности выполняет соподчиненную роль и по своей значимости в 4 раза уступает иммунокомплексному ее типу. Рейтинговое нормирование степени отклонения от норматива показателей гуморального иммунитета у больных с атопической формой (АТБА) установило, что в отличие от больных с НАБА главная патогенетическая роль принадлежит реагиновой гиперчувствительности (IgE;  $t=17,39$ ). Значение иммунокомплексного процесса при АТБА уступает реагиновой гиперчувствительности. Иерархическая цепочка в патогенетической матрице выглядит следующим образом: IgE ( $t=17,39$ )→ЦИК ( $t=14,43$ )→С<sub>3а</sub> ( $t=11,85$ )→С<sub>о</sub> ( $t=3,82$ )→IgG ( $t=1,13$ ). У детей, больных смешанной формой БА (СМБА) выявился промежуточный патогенетический вариант, который заключался в примерно равной активности как иммунокомплексных, так и реагиновых реакций с некоторой доминантой первых

ЦИК ( $t=13,66$ )→IgE ( $t=11,19$ ). Затем в порядке иерархии следует С3а ( $t=8,84$ )→С<sub>о</sub> ( $t=1,49$ )→IgG ( $t=1,13$ ).

Рассматривая данные оценки показателей маркеров клеточного иммунитета у обследованных детей с БА, необходимо отметить, что со стороны маркеров Т-лимфоцитов отмечалось снижение CD3 Т-лимфоцитов, при НАБА, АТБА и наиболее при СМБА. При всех формах БА установлено снижение маркеров CD8 Т-лимфоцитов и повышение CD95 моноклеаров, несущих на своей поверхности TАС/АРО-1-рецептор. Определение степени отклонения значений показателей Т-системы иммунитета у детей, больных НАБА показало, что лишь увеличение содержания CD95 вызвало высокое ( $t=11,32$ ) отклонение от контроля. В порядке ранжирования они имели следующий вид CD3 ( $t=1,38$ )→CD8 ( $t=1,28$ )→CD4/CD8 ( $t=1,14$ )→CD4 ( $t=0,44$ ).

У детей, больных СМБА как и при НАБА ведущим отклонением Т-системы иммунитета явилось увеличение содержания CD95 ( $t=13,73$ ). На втором ранговом месте оказалось снижение CD8 ( $t=2,26$ ). При этом степень отклонения от норматива CD95 более чем в 6 раз превосходила таковые CD8. Затем согласно рейтингу следуют: CD95 ( $t=13,73$ )→CD8 ( $t=2,26$ )→CD3 ( $t=1,80$ )→ CD4/ CD8 ( $t=1,22$ )→CD4 ( $t=0,44$ ).

В группе детей, больных АТБА, как и при других формах заболевания, отмечено увеличение CD95 ( $t=9,41$ ). Затем в порядке ранговой иерархии следует: CD95 ( $t=9,41$ )→CD8 ( $t=3,61$ )→ CD4/ CD8 ( $t=2,52$ )→CD4 ( $t=1,48$ ) →CD3 ( $t=0,62$ ).

Учитывая независимость главных патогенетических детерминант от тяжести течения заболевания при различных формах БА, позволяет представить основную пятерку патогенетических детерминант клинических форм БА у детей: при НАБА - ЦИК→ CD95→ С3а→ IgE→С<sub>о</sub> ( $p<0,05$ ); при АТБА - IgE→ЦИК→ С3а→ CD95→С<sub>о</sub> ( $p<0,05$ ); при СМБА - CD95→ IgE→ ЦИК→ С3а→С<sub>о</sub> ( $p<0,05$ ).

Таким образом, для НАБА ведущими в патогенезе выступают нарушения, связанные с иммунокомплексным и аутоиммунным процессом и в меньшей степени с реактивной гиперчувствительностью. При АТБА патогенез определяют реактивная гиперчувствительность и иммунокомплексный и в меньшей степени аутоиммунный процесс, а при СМБА – аутоиммунный процесс и реактивная гиперчувствительность, в меньшей степени иммунокомплексный процесс. Выявленные рейтинговые отличия патогенетических показателей и определяют основные отличия клинических форм БА у детей.

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СІМЕЙНОГО ПІГМЕНТНОПЛЯМИСТОГО ПОЛІПОЗУ (СИНДРОМУ ПЕЙТЦА-ЄГЕРСА)

*Уляновська М.І., Вовк Н.С.*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра хірургії №1, Львів, Україна

Науковий керівник: Маркевич Ю.О., асистент

Актуальність. Синдром Пейтца-Єгерса або сімейний пігментноплямистий поліпоз є рідкісним спадковим захворюванням з аутосомно-домінантним типом

успадкування. Класичними ознаками даного захворювання є: ділянки меланінової пігментації, що виникають на шкірі та слизових оболонках навколо дигестивних отворів; виникнення поліпів у шлунково-кишковому тракті з наявністю в стромі поліпів розгалужених гладком'язових прошарків, що свідчить про їх належність до гамартом; спадково-сімейний характер захворювання.

Мета. Завданням цієї роботи є привернути увагу учасників конференції до рідкісного захворювання, показати методи діагностики, важливість ретельного збору анамнезу і варіант лікування пацієнтів із даним синдромом.

Матеріали та методи: Робота виконана шляхом проведення опитування і огляду пацієнта М., 22 роки, аналіз його медичної документації, участь в оперативному втручанні.

Результати: Пацієнт М., 22 роки, звернувся у хірургічне відділення ЛОКЛ. Скаржить на задишку при фізичному навантаженні, загальну слабкість, з періодичністю 1-2 рази на місяць - кал чорного забарвлення, рідкої консистенції. З анамнезу захворювання стало відомо, що в 2005р. був прооперований з приводу гострої тонко-тонкокишкової інвагінації; проведено дезінвагінацію, резекцію сегмента порожньої кишки з поліпом, накладено анастомоз кінець-в-кінець. В післяопераційному періоді виник тромбоз мезентерійних судин, серозно-фібринозний перитоніт, з приводу чого було проведено релапаротомію, резекцію некротизованої (120см) тонкої кишки, апендектомію. У 2006р., 2011р., 2013р. – ендоскопічне видалення поліпів шлунку. У 2011р. – діагностовано синдром Пейтца-Єгерса. Збираючи сімейний анамнез, встановлено, що двоюрідна сестра пацієнта також страждає від синдрому Пейтца-Єгерса, але з більш важкими проявами. Бабуся пацієнта хворіла подібним захворюванням в молодості, була прооперована, але діагноз на той час не був підтвердженим (імовірно, це також був синдром Пейтца-Єгерса із легким перебігом). Тітка пацієнта померла від захворювання із подібними проявами, але точний діагноз не відомий. Також неможливо встановити наявність захворювання у батька пацієнта, так як вони не спілкуються. Об'єктивно: блідість шкірних покривів, склери білі; навколо губ – чисельні меланінові пігментні плями до 2мм в діаметрі. Фіброколоноскопія: у висхідному відділі товстої кишки – пухлиноподібний утвір 70-60мм із гіперемією та набряком слизової оболонки. Фіброгастроуденоскопія – множинні поліпи шлунку. Мультиспіральна комп'ютерна томографія органів черевної порожнини (МСКТ ОЧП) з контрастним підсиленням: в просвіті сліпої кишки поліпоматозне формування, утворене із стінки кишки з охопленням баугінієвої заслінки розміром 70x66x40мм із помірним накопиченням контрастної речовини та стенозуванням просвіту сліпої кишки без формування кишкової непрохідності; в просвіті тонкої кишки на рівні дванадцятипало-порожнього сегменту тонкої кишки аналогічне поліпоматозне формування розміром 21x17x15мм; на рівні середньо-дистального сегменту група поліпоматозних включень 17x12x12мм та 18x16мм, та масивний конгломерат поліпоїдної тканини із деформацією кишки на рівні порожньо-клубового сегменту тонкої кишки розміром 100x54x60мм без формування кишкової непрохідності. Ознак метастазування та проростання в суміжні структури не виявлено. Проведено оперативне втручання (20.07.16р): резекція клубово-сліпого кута кишки, ілеоасцендоанастомоз бік-в-бік, резекція порожньо-клубового

сегменту тонкої кишки. Гістологічне заключення: множинні поліпи Пейтца-Єгерса у видалених фрагментах сліпої та тонкої кишки.



**Висновки.** На підставі відповідності клінічної картини до класичної тріади симптомів, діагноз синдрому Пейтца-Єгерса можна вважати підтвердженим. Найточнішим методом діагностики була МСКТ ОЧП з контрастним підсиленням. Достовірну інформацію дозволяє отримати гістологія. Важливий позакишковий симптом цього захворювання – гіперпігментація, на яку слід звертати увагу лікарям усіх спеціальностей, особливо, дерматологам. Також в результаті ретельного розпитування вдалось з'ясувати обтяженість сімейного анамнезу. Найоптимальнішим методом лікування є оперативне втручання, обсяг якого визначається індивідуально, залежно від розмірів поліпів та функціональних обмежень. Для вчасної діагностики поліпів і попередження виникнення кишкової непрохідності та інших ускладнень пацієнтам рекомендовано перебувати під наглядом хірурга, гастроентеролога, дерматолога, онколога.

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФУЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ**

*Фам Нгок Фионг Ян, Квасневский А.А.*

Одесский национальный медицинский университет  
Кафедра общей и военной хирургии, Одесса, Украина  
Научный руководитель: Каштальян М.А., д.мед.н., профессор,  
заведующий кафедрой общей и военной хирургии

**Актуальность.** Проблема хирургического лечения острого холецистита (ОХ) все еще остается нерешенной в неотложной абдоминальной хирургии. По часто-



те встречаемости желчекаменная болезнь (ЖКБ) стоит на 2-м (15%) месте после острого аппендицита. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является "золотым стандартом" и операцией выбора при лечении острого и хронического калькулезного холецистита. Техника прошивания и лигирования сосуда в тканях с использованием интра- и экстракорпорального шва технически сложна из-за труднодоступного местоположения, тем самым требует специальных навыков и инструментария. Альтернативой данному способу является клипирование. В то же время отмечается увеличение числа больных с хроническими диффузными заболеваниями печени, преимущественно циррозы, ассоциированные с гепатитами В и С, которые сопровождаются высоким операционным риском и техническими трудностями, наиболее часто обусловленными паренхиматозным кровотечением из ложа желчного пузыря.

**Цель исследования.** Провести анализ хирургической тактики лечения и оптимизировать лечение больных калькулезным холециститом с хроническими диффузными заболеваниями печени.

**Материалы и методы.** Для исследования были выполнены пальпаторные, клинические, лабораторные, инструментальные методы. С 2013 по 2016 гг. в хирургических отделениях Военно-медицинского клинического центра Южного региона было выполнено 2917 лапароскопические холецистэктомии. Проведен анализ результатов хирургического лечения 149 пациентов. Для остановки кровотечения из ложа желчного пузыря у 38 больных (25,5%) применили аргоно-плазменную коагуляцию, у 22 (14,9%) – ультразвуковую коагуляцию, у 73 (48,9%) – электрокоагуляцию, у 16 (10,6%) использовали гемостатические губки «Тахокомб» и «Surgicel». У 65(43,6%), из числа исследуемых, пузырный проток и артерия клипировались не рассасывающимися полимерными клипами системы «Нет-о-лок» (основная группа). Остальные 84(56,4%) пациента составили группу сравнения, у которых пузырный проток и артерия в этой группе клипировались танталовыми клипами.

**Результаты.** Использование гемостатических средств позволило избежать релапароскопий и релапаротомий по поводу кровотечения из ложа желчного пузыря в послеоперационном периоде. У 3 пациентов (2,0%) из-за неэффективности вышеуказанных методов установили тампон из гемостатической марли, пропитанной хитазином. Одному пациенту (0,7%) была выполнена релапаротомия и прошивание ложа желчного пузыря. При гангренозных изменениях желчного пузыря, которые распространяются на шейку и пузырный проток, не следует сильно сжимать клипы, чтобы не прорезать деструктивные ткани. В таких случаях были применены пластиковые клипы размером L, которые не приводят либо к прорезыванию, либо к неполной obturации просвета клипируемой структуры. Идентификация пузырной артерии при отсутствии перифокального воспаления и анатомических аномалий не представляет значительных трудностей. Трудности и опасности возникали при работе в плотном инфильтрате. Препарирование в воспаленных тканях с помощью L-образного электрода-диссектора следует проводить как можно ближе к желчному пузырю. Пузырная артерия нередко делится на две ветви очень низко, и ее более глубокая латеральная ветвь может оказаться основной, тем самым требуется клипировать все сомнительные трубчатые

образования в области шейки желчного пузыря. При использовании полимерных клипов в послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось, сроки дренирования составили в среднем не более суток, что позволило пациентам уменьшить сроки пребывания в стационаре и количество назначений обезболивающих препаратов. В группе сравнения желчеистечение возникло у 2-х пациентов (1,3%), у 2-х пациентов (1,3%) – кровотечение из культи пузырной артерии. Двум пациентам с желчеистечением была выполнена релапароскопия и дополнительное клипирование культи пузырного протока. Одному пациенту с кровотечением с целью окончательного гемостаза была выполнена релапароскопия, второму – конверсионная лапаротомия.

Выводы. Применение электро-, ультразвуковой, аргонно-плазменной коагуляции, гемостатических губок «Тахокомб» и «Surgicel», гемостатической марли на основе хитозина, не рассасывающихся полимерных клипов позволяет не задерживать времени оперативного вмешательства, позволило снизить количество осложнений с 5,9% до 3,7% и послеоперационную летальность с 4,4% до 2,4%, длительность стационарного лечения, а также позволяет выполнить МРТ пациентам с гепатитами и циррозом печени в послеоперационном для дальнейшего прогноза заболевания.

## ВИВЧЕННЯ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ СТРЕСУ І ВПЛИВ ЙОГО НА ПРОЦЕСИ ПАМ'ЯТІ СТУДЕНТІВ- МЕДИКІВ 1 КУРСУ

*Федоренко М.*

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
Медичний факультет, Харків, Україна  
Науковий керівник: Сукачова О. Н., канд.п.наук, асистент кафедри психіатрії,  
наркології, неврології та медичної психології

Переживання стресу в навчальний і, особливо, в екзаменаційний період для будь-якого студента є нормою. Уміння правильно справлятися зі стресом є запорукою успіху протягом всієї навчальної діяльності. Але, на жаль, не кожен може подолати стрес і це часто призводить до погіршення процесів пам'яті.

Мета дослідження: вивчення факторів формування стресу та стресостійкості у студентів- медиків 1 курсу, а також особливості впливу на процеси пам'яті.

Завдання дослідження: 1. Теоретично обґрунтувати вплив стресових факторів на процеси пам'яті.

2. Виявити особливості причин стресу у студентів 1 курсу.

3. Визначити рівень розвитку логічної (сміслової) і механічної пам'яті у студентів 1 курсу.

4. Виділити основні рекомендації студентам щодо подолання стресу і поліпшення роботи пам'яті.

Матеріал і методи. У дослідженні брали участь 77 студентів 1 курсу медичного факультету Харківського Національного університету імені В. Н. Каразіна (24 юнаки та 53 дівчини) віком від 16 до 23 років.

Для виявлення психологічних особливостей реакції на стрес був використаний тест на навчальний стрес, розроблений Ю. В. Щербатих (даний тест дозволяє визначити основні причини навчального стресу; виявити, як виявляється стрес; визначити основні прийоми зняття стресу студентами). Рівень розвитку логічної (смысловой) і механічної пам'яті визначався методом запам'ятовування двох рядів слів. У першому ряду між словами існували смислові зв'язки, у другому ряду вони були відсутні.

Обробка результатів проводилася за допомогою програмного забезпечення Microsoft Office XL 2010.

Результати дослідження. При проведенні аналізу наукової літератури з даної теми, було виявлено, що саме студенти 1 курсу ставляться до навчання, як до найсильнішого інтелектуального і емоційного перевантаження. А особливо підвищується емоційне перенапруження при тривалому очікуванні іспиту або коли занадто вимогливий викладач, складний предмет і жорсткий ліміт часу. Згідно з дослідженнями, під час іспитів, у деяких студентів тиск і пульс досягають показників гіпертоніків зі стажем захворювання. Але, з іншого боку, можна зустріти випадки емоційно-конструктивної поведінки при стресі, коли у студентів підвищується інтелектуальна діяльність, вони не зазнають сильних емоційних переживань, а тільки зосереджують свою увагу на наявній задачі. Інакше кажучи, короткочасний і несильний стрес може іноді навіть «підстобнути» здатність до запам'ятовування, але якщо стрес стає тривалим, він однозначно негативно буде впливати на пам'ять.

При дослідженні студентів за допомогою тесту на навчальний стрес, були виділені найбільш виражені причини стресу серед юнаків - це відсутність підручників, а у дівчат - невміння організувати свій режим дня, незручність і сором'язливість. Найбільш сильними чинниками формування стресових розладів у всіх студентів незалежно від статі були нерегулярне харчування і велика навчальне навантаження.

Слід зазначити, що у дівчат був нижчий фактор - «Проблема спільного проживання з іншими студентами», що доводить велику адаптаційну можливість осіб жіночої статі в соціальному середовищі та їх легшу пристосованість при роботі в групі.

Дослідження логічної (смысловой) і механічної пам'яті показало, що середні значення індексу логічної (смысловой) пам'яті, як у дівчат, так і у юнаків вищі, ніж середні значення індексу механічної пам'яті. Але в той час, був виявлений цікавий факт, що всі показники змістової і механічної пам'яті у дівчат переважно вищі, ніж у юнаків. Це може свідчити про те, що дівчата більш уважні і можуть краще зосередитися на процесі навчальної діяльності.

Виходячи з проведеного дослідження, можна зробити висновок про те, що всі студенти в процесі навчальної діяльності піддаються сильним емоційним переживанням, які серйозно впливають на процеси пам'яті і на всю когнітивну сферу в цілому. Велике навчальне навантаження і неправильний режим дня сприяють розвитку в учнів хронічного стресового стану. І треба відзначити, що,

згідно з дослідженням, дівчата зі стресового стану виходять набагато швидше і краще пристосовуватися до будь-яких видів діяльності, ніж юнаки.

Рекомендації щодо подолання стресу і поліпшення пам'яті: якщо ви хочете впевнено почувати себе в будь-якій складній ситуації – розслабтеся, заспокойтеся, глибоко дихайте і не приймайте все занадто близько до серця; використання прийомів тренування пам'яті, таких як «імена й обличчя», «слова», «поезія» і найголовніший прийом - кожного дня, перебуваючи в різних місцях, докладайте свідомих зусиль для того, щоб що-небудь запам'ятати.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

*Филиппов А.А.*

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина  
Научный руководитель: Кириченко М. П., к.мед.н., доцент, завуч кафедры физической реабилитации и спортивной медицины

Актуальность. Ожирение в настоящее время является одним из наиболее распространённых хронических заболеваний представляющих медико-социальную проблему, так как наряду с высокой распространённостью, ожирение является одной из основных причин ранней инвалидности и летальности больных трудоспособного возраста. Особенно если ожирение развивалось с детского или подросткового возраста. Лица с ожирением имеют повышенный риск развития сахарного диабета, артериальной гипертензии и других сердечно - сосудистых заболеваний, смертность от которых является самой высокой. Не вызывает сомнения, тот факт, что проблема ожирения требует врачебного вмешательства.

Цель исследования. Оценка эффективности лечебной физкультуры для лечения ожирения в подростковом возрасте.

Методы исследования. Проанализированы истории болезни и амбулаторные карты 60 подростков 15-18 лет с ожирением I-II степени, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении Института охраны здоровья детей и подростков (ИОЗДП). Среди обследованных было 23 мальчика и 27 девочек. У 32 подростков диагностировано экзогенно-конституциональное ожирение и у 28- нейроэндокринное. Все исследуемые получали лечение, включающее гипокалорийную диету. Больные нейро -эндокринным ожирением получали медикаментозную терапию согласно протокола. У 36 подростков в комплексном лечении применялась лечебная физкультура по 40 минут 2 раза в день под наблюдением врача и методиста ЛФК. Перед началом лечения всем подросткам проводилось общеклиническое обследование с оценкой сердечно – сосудистой системы и определением толерантности к физической нагрузке. Лечебная физкультура включала общую разминку, механотерапию в виде занятий на велоэргометре, устройстве для гребли. Курс лечения составлял 18 дней. В ходе исследо-

вання оцінювалась маса тела, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), окружность бёдер (ОБ) до начала и в конце лечения.

Результаты. На фоне лечения в группе занимавшихся лечебной физкультурой (I группа) масса тела уменьшилась, в среднем, на  $3,5 \pm 0,4$  кг. А в группе не занимавшихся ЛФК (II группа) - на  $1,8 \pm 0,5$  кг. Клинически значимая потеря массы тела (на 5-10 % от исходного) отмечено соответственно у 80,4 % и у 40,3 %. ( $p < 0,05$ ). Снижение массы тела сопровождалось достоверным уменьшением ИМТ от 44 до 31 кг/м<sup>2</sup> ( $p < 0,05$ ). Окружность талии уменьшилась на 10 см у 55,5% и у 8,3% ( $p < 0,02$ ), на 7-9 см у 27,7 % и у 41,7 %, на 4-6 см у 16,8 % и у 50,0 % ( $p < 0,02$ ; 0,05 и 0,02). Динамика соотношения ОТ/ОБ в см. свидетельствует о том, что в I группе после лечения этот показатель снижался чаще и значительнее чем во II группе. Если до лечения соотношения ОТ/ОБ больше 1 было одинаковым у половины подростков в обеих группах, то после лечения в I группе он снизился до 0,8. У 50,3 %, а во II группе только у 10,4 %, и стал меньше 0,8 в I группе у 20,1 %, а во II группе оставался без динамики.

Выводы. 1. Результаты лечения ожирения у подростков только гипокалорийной диетой или диетой в сочетании с ЛФК, свидетельствуют о том, что сочетанная терапия более эффективна. 2. Двигательная активность увеличивает расход энергии, является основным фактором нормализации или уменьшения массы тела при ожирении.

## ІНДІВІДУАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ТОПОГРАФІЇ ПОПЕРЕКОВОЇ ДІЛЯНКИ

*Хабаль А.В., Гньотов М.І.*

Харківський національний медичний університет

Харків, Україна

Науковий керівник: Колісник І.Л., к.мед.н., доцент кафедри анатомії людини

На сьогоднішній день однією з найменш освітлених хвороб людства є грижі, яскравим прикладом тому є грижі поперекової ділянки. Грижі поперекової ділянки складають біля 2 % від загальної кількості всіх гриж передньої та бокової черевної стінки. Ці грижі бувають вродженими та набутими. Діагностика вроджених гриж найбільш проста, тому що вони часто сполучені з іншими аномаліями розвитку (агенезія яєчок). Найбільш складними для діагностики є спонтанні грижі. Для вивчення проблеми на трупах дорослих людей треба розробити анатомічні орієнтири (індекси) для визначення взаємовідносин між поперековими трикутниками та типом будови тіла. Незважаючи на наявність сучасних методів діагностики (УЗД та КТ), вони не завжди можуть бути виконані та не завжди інформативні. Набуті грижі поперекової ділянки в 95 % випадків виходять через слабкі місця поперекової ділянки – *trigonum lumbale inferius* та *trigonum lumbale superius*. Верхній поперековий трикутник (*trigonum lumbale superius*), трикутник Лесгафта – Грюнфельта, може набувати різної форми. Нижній поперековий трикутник (*trigonum lumbale inferius*),

трикутник Пті, також полігональний. До теперішнього часу недостатньо досліджені питання анатомії слабких місць поперекової ділянки, взаємозв'язків між трикутниками та типами будови тіла та таза, статтю та індивідуальністю. Тому необхідні комплексні дослідження анатомії поперекової ділянки та її трикутників для розуміння анатомічних передумов формування набутих гриж. Якщо довести критерії індивідуальної анатомічної мінливості та статевих особливостей поперекових трикутників та їх зв'язок з формуванням гриж поперекової ділянки, то отримані результати матимуть безпосереднє застосування в діагностиці гриж поперекової ділянки та інших захворювань, а знання індивідуальної анатомічної мінливості трикутників поперекової ділянки дозволять прогнозувати формування слабких місць з можливим виходом гриж в залежності від типу будови тіла, таза, грудної клітки та статі.

## ВИЗНАЧЕННЯ МЕТОДУ КОРЕКЦІЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ

*Хворостінко Р.Б., Дубівська С.С., Бітчук М.Д.*

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Наукові керівники: Дубівська С.С., доцент;

Бітчук М.Д., асистент

Метою проведеного нами дослідження стала оцінка впливу загальної анестезії на когнітивну функцію пацієнтів хірургічного профілю різних вікових груп з подальшою розробкою адекватних методів терапії.

Дослідження проводилося в хірургічних відділеннях на базі Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги. Оперативне втручання було проведене в умовах загальної анестезії з використанням штучної вентиляції легень, а також пропофолу, тіопенталу - натрію з фентанілом.

При проведенні даного дослідження стан когнітивної функції в післяопераційному періоді аналізувався у пацієнтів молодого та літнього віку. Отримані показники оцінювалися в порівнянні з доопераційним періодом, а також на 1, 7, 30 добу після операції.

Дослідження когнітивної функції виконувалося за шкалою MMSE, шкалою FAB, за допомогою тесту малювання годинника, тесту А.Р. Лурія, методу Шульте.

У доопераційному періоді стан когнітивної функції мав наступні показники: в осіб молодого віку тест MMSE нижче норми на 9%, тест малювання годинника і дані по методу Шульте в межах норми, за шкалою FAB нижче норми на 6%, тест А.Р. Лурія нижче норми на 14%.

У пацієнтів похилого віку стан когнітивної функції мав більш виражені зміни: за тестом MMSE нижче норми на 23%, тест малювання годинника нижче норми на 10%, дані за методом Шульте нижче на 17%, за шкалою FAB нижче норми на 16%, тест А.Р. Лурія нижче норми на 40%.

З огляду на літературні відомості щодо патогенетичного впливу загальної анестезії на стан когнітивної функції, корекція виникаючих когнітивних порушень стала можливою з використанням в схемі лікування цитиколіну та цитофлавіну. На підставі використання даних схем нейропротекторної корекції отримано Патент України на корисну модель (2014 року).

На першу добу після операції були отримані дані щодо стану когнітивної функції у молодих осіб: за тестом MMSE нижче від показників доопераційного періоду на 6%, проте цей показник повністю відновився на 7 добу. Стан тесту малювання годинника, тесту А.Р. Лурія і за шкалою FAB також відновилися на 7 добу. Показники за методом Шульте відновилися на 30 добу. У осіб похилого віку: показники за тестом MMSE, тестом малювання годинника, за шкалою FAB і таблицями Шульте відновилися на 30 добу по відношенню щодо доопераційного стану.

Отримані показники стану когнітивної функції в післяопераційний період по відношенню до доопераційного періоду дозволили сформулювати спосіб корекції післяопераційної когнітивної дисфункції. Основним напрямком якого є застосування нейропротекторних препаратів за 30 хвилин до закінчення операції, повторно через 12 годин і щодня протягом 5 днів за схемою в залежності від віку.

Отримані результати позитивних змін у стані когнітивної функції в післяопераційний період під час використання схем нейропротекторної терапії, в залежності від віку, дозволило рекомендувати ці методи корекції.

## **ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ ЯК ПРОЯВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ПУБЕРТАТНИЙ ДИСПІТУЇТАРИЗМ**

*Хромих А.В.*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Кафедра ендокринології, Вінниця, Україна  
Науковий керівник: Фіщук О.О., к.мед.н., доцент

Актуальність: Ожиріння у дітей та підлітків являється однією з актуальних проблем сучасної охорони здоров'я. Практично у всіх країнах світу невпинно збільшується кількість дітей з ожирінням. Аналогічна динаміка поширеності ожиріння серед дитячого населення спостерігається і у Вінницькій області. Так, протягом 2012-2016 рр. майже вдвічі збільшилась кількість дітей з цією патологією, особливо підлітків. Ожиріння, як складова, входить до класичного поняття метаболічного синдрому. На сьогоднішній день немає єдиних критеріїв визначення даного синдрому. Часто вважають, що у дітей з ознаками метаболічного синдрому відсутні зміни сечової кислоти. З цим і пов'язана неповна характеристика метаболічного синдрому.

Мета: Дослідити і вивчити рівень сечової кислоти у дітей з ожирінням, хворих на пубертатний диспітуїтаризм.

Матеріали та методи: Обстежено 14 дітей (10 хлопчиків, 4 дівчинки) віком 16-18 років, хворих на пубертатний диспітуїтаризм, які звернулись у Вінницький клінічний високоспеціалізований ендокринологічний центр. Всім підліткам прове-

дено клінічні, антропометричні та гормональні дослідження. Хворі були обстежені згідно протоколів надання спеціалізованої медичної допомоги дітям з ендокриною патологією №254 від 27.04.2006 р. та додатку до протоколів №55 (2009 р.). У всіх дітей проводилось визначення зросту, маси тіла, визначався ІМТ (його оцінка проводилась за допомогою перцентильних графіків), вимірювався артеріальний тиск. З лабораторного обстеження всім дітям проводився оральний тест толерантності до глюкози, визначався рівень сечової кислоти. Гормональне дослідження включало визначення рівня інсуліну, кортизолу в крові. Також всім підліткам розраховувався індекс НОМА.

Результати: За результатами проведеного дослідження встановлено, що у всіх 14 підлітків (100%) виявлено ожиріння – ІМТ > 97 перцентелі та стрії. Високий артеріальний тиск > 90-ї перцентелі, відповідно статі та віку і перцентелі зросту згідно рекомендаціям Європейського товариства дитячих ендокринологів (ESPE, 2007 р.) виявлено у 13 підлітків (92,8%). Високий індекс НОМА зафіксовано у 4 хлопчиків (28,5%), проте порушення вуглеводного обміну не встановлено. Разом з тим підвищений рівень сечової кислоти був виявлено у 11 підлітків (78,5%), із них: у 9 хлопчиків (64,2%) рівень сечової кислоти був значно підвищений (369,1 + 11,3 ммоль/л), а у 2 (14,3%) незначно, порівняно з референтною нормою для 16-18 років (210-350 ммоль/л).

Висновки: 1. Пацієнти з пубертатним диспітуїтаризмом мають класичні ознаки метаболічного синдрому: ожиріння, артеріальна гіпертензія, високий індекс НОМА. 2. Рівень сечової кислоти, як складової метаболічного синдрому, підвищений, в переважній кількості хворих на пубертатний диспітуїтаризм. 3. Повне обстеження пацієнтів з ознаками порушеного метаболізму дасть змогу підійти ближче до більш коректної та вірно вибраної терапії основного захворювання.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: НЕСТАБИЛЬНАЯ (ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ) СТЕНОКАРДИЯ

*Цемина А., Виноградова А.*

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

Научный руководитель: Матюхин П.В, к.мед.н., доцент кафедры внутренней медицины

Кардиальная патология и прогрессирующая стенокардия в частности являются частой причиной инвалидизации и смертности, что обуславливает актуальность рассматриваемой темы. Задачей нашей работы было изучить исследуемую патологию для лучшего понимания путей ее диагностики с целью коррекции.

Использовались стандартные материалы и методы исследования: опрос, осмотр, объективное мануальное, инструментальное и лабораторное обследование.

Под нашим наблюдением находилась больная с жалобами на одышку смешанного характера, давящие боли в левой половине грудной клетки, возникающие при небольшой физической нагрузке, иррадиирующие в левую руку; сердцебиение; нестабильное АД; отеки нижних конечностей; быструю утомляемость; общую слабость.



Считает себя больной с 45 лет, длительное время страдает гипертонической болезнью, макс АД 230/100 мм.рт.ст., адаптирована к 130/80 мм рт.ст. Последние несколько лет отмечает снижение уровня АД без регулярного приема гипотензивной терапии. В течении полугода появились боли в грудной клетке, снизилась толерантность к физическим нагрузкам. На диспансерном учете у кардиолога состоит с августа 2016 года, принимает декриз 25 мг, дикор лонг, аторкор 20 мг, кориол 6, 25 мг /2 раза в сутки, рамизес 2,5 мг. В течении нескольких дней стала нарастать одышка, появились приступы удушья. Поступила планово в кардиологическое отделение для обследования и коррекции лечения.

Туберкулез, желтуху, венерические заболевания, операции: отрицает. Наследственность отягощена - у матери артериальная гипертензия. Аллергологический анамнез: не отягощен. Вредные привычки: отрицает.

При поступлении состояние средней степени тяжести, обусловленное сердечной недостаточностью. Сознание ясное, положение ортопное, в контакт вступает легко. Телосложение: гиперстеник. Кожные покровы чистые, бледные, эластичные. Подкожная жировая клетчатка развита чрезмерно. Ожирение III ст. При определении границ сердца выявлено смещение левой границы относительной сердечной тупости на 1,5 см наружи от среднеключичной линии. Аускультация сердца: 1-й и 2-ой тоны приглушены. Акцент второго тона на аорте. Систолический шум на верхушке. Ритм правильный, 95 уд/мин, пульс умеренного наполнения, умеренного напряжения, АД 130/80 мм рт.ст.

Выраженные отеки голеней, лимфостаз, варикозное расширение вен нижних конечностей. Подкожные вены малозаметны.

Эхокардиограмма: Склеротические изменения стенок аорты, створок аортального и митрального клапанов. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Дилатация полостей обоих предсердий и левого желудочка (Л.Ж.). Показатели сократимости миокарда левого желудочка диффузно снижены. Диффузная гипокинезия миокарда левого желудочка, преимущественно с преобладанием по передней стенке Л.Ж. Диастолическая дисфункция миокарда Л.Ж. II типа. Митральная регургитация II-III ст. Трикуспидальная регургитация I-II ст. Легочная гипертензия I ст.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Диффузные нарушения процессов реполяризации. Синусовая тахикардия.

Клинический диагноз основного заболевания: ИБС, Нестабильная (прогрессирующая) стенокардия. Недостаточность митрального клапана II-III ст. Недостаточность трикуспидального клапана I-II ст. Систолическая дисфункция левого желудочка (ФВ 40%) СНIIa, ФКIII по NYHA. Синусовая тахикардия. Гипертоническая болезнь 2 ст, II ст., риск IV ст. Сопутствующий: Ожирение III ст.

Факторы риска: ИБС, высокая артериальная гипертензия, дислипидемия с индексом атерогенности 7,0, пожилой возраст.

Лечение: Режим палатный, стол №15, спиронолактон 50 мг утром, розарт 40 мг на ночь, торсид 10 мг утром, бетакор 10 мг 2 р/сут, фленокс 0,4 мг 2р/сут. п/к., магникор 75 мг, клопидогрел 75 мг/сутки, аторвастатин 40 мг/сутки. Проведено титрование дозы ингибитора АПФ и бета-блокаторов. На фоне терапии состояние больной улучшилось, АД стабилизировалось на уровне 130/80 мм рт.

ст. ЧСС стабілізувалась на рівні 64-68 уд/мин. Отеки уменьшились. Но сохранилась низкая толерантность к физической нагрузке.

Поддерживающая терапия: спиронолактон 25 мг утром длительно, трифас 10 мг утром, бетакор 20 мг утром, клопидогрель 75 мг/сут., аспирин кардио 100 мг после еды.

Выводы. Клинический случай интересен в плане изучения сочетанной кардиальной патологии. Рекомендовано:

1. продолжить медикаментозную терапию, контроль пульса и артериального давления, контроль ЭКГ через 7 дней, наблюдение кардиолога поликлиники по месту жительства, коррекция лечения при необходимости;
2. учитывая слабopоложительную динамику - консультация кардиохирурга для уточнения тактики дальнейшего лечения.

## АУТОДЕРМОПЛАСТИКА У ЛІКУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК ПРИ СИНДРОМІ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

*Цибульський О.С., Щепанський С.О.*

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна  
Медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, Харків, Україна  
Науковий керівник: Морозов С.О., к.мед.н., доцент

Актуальність теми: В останні 30 років відзначається різке зростання захворюваності на цукровий діабет (ЦД). По даними літератури поширеність виразок при ЦД становить 4-15%. Серед стаціонарних хворих дефекти шкіри нижніх кінцівок спостерігаються в 6-20% випадків. Хронічні виразки стоп розвиваються у 15% хворих на ЦД протягом життя. Тривалість перебування в стаціонарі цих пацієнтів перевищує таку у хворих без виразок і становить 6-14 тижнів. У випадках, що не піддаються консервативному лікуванню або неможливості проведення радикальних оперативних втручань на судинах ураженої кінцівки, найважливішим моментом у лікуванні в'ялогранулюючих ран (ВГР) та трофічних виразок (ТВ) нижніх кінцівок (НК) при синдромі діабетичної стопи (СДС) стає підготовка та проведення аутодермопластики (АДП).

Мета дослідження: Метою даного дослідження є розробка шляхів оптимізації місцевого лікування ВГР та ТВ НК при СДС, що забезпечують поліпшення результатів і скорочення термінів лікування.

Об'єкт дослідження: Було відібрано 34 хворих з ВГР та ТВ НК при СДС, розподілених на 2-і групи за схемами лікування. Група А (основна група) – 17 хворих, яким була виконана аутодермопластики модифікованим способом. Група Б (контрольна) – 17 хворих, яким була виконана аутодермопластика традиційним способом по Тіршу-Ревердену. Пацієнти в досліджуваних групах були репрезентативні за віком, статтю, важкості супутньої патології та розмірами ранового дефекту.

Методи дослідження: Методи клінічного контролю перебігу ранового процесу: ліквідація запалення, гіпергідратації навколо рани; терміни очищення від гній-

но-некротичного вмісту; терміни появи грануляцій; терміни появи крайової епітелізації, швидкість загоєння виразки за формулою Л.Н. Попової. Для об'єктивного контролю перебігу ранового процесу використовували такі методи: цитологічне вивчення мазків-відбитків з поверхні ВГР та ТВ з визначенням регенеративно-дегенеративного індексу (РДІ); бактеріологічний контроль; гістологічне дослідження біопатів з ВГР та ТВ з фарбуванням гематоксилін-еозином та пікрофуксином за Ван-Гізоном.

Методи лікування: На тлі стандартних схем лікування ВГР і ТВ НК в обох групах проводили стимуляцію мікроциркуляторних і регенераторних процесів та підготовку сприймаючого ложа рани до АДП за методикою, розробленою в нашій клініці, відповідно до якої проводилось системне введення даларгіну та місцевий віброакустичний вплив апаратом «Вітафон». Можливості проведення АДП визначали з урахуванням критеріїв, розроблених Криса В.М., Телемуха С.Б., (2008 р.): відсутність гнійного відокремлюваного та фібринової плівки в рані; відсутність кровотечі та ексудації з дна виразки; наявність крайової епітелізації; наявність «відбитка сіточки марлі» після зняття пов'язки; висока адгезивність рани (марлева кулька прилипає до рани); відсутній або помірний набряк гомілки; регенераторний тип цитограми з явищами фагоцитозу; поверхня ВГР або ТВ заповнена дрібнозернистими грануляціями рожевого або червоного кольору; відсутність грибової флори та низький рівень мікробного обсіменіння (непідготовленою вважали наявність на поверхні виразки грибової флори та мікробного обсіменіння  $>10^5$  на 1 г тканини); відсутність зростання патогенної флори при посівах виділень з ВГР або ТВ. Аутодермопластику проводили за розробленою в клініці методикою, відповідно до якої перфорації на аутодермотрансплантат наносили в суворій відповідності з силовими лініями шкіри тієї області, звідки її брали (стегно), та вклали трансплантат на грануляції з дотриманням розташування насічок за силовими лініями шкіри, але вже відповідно до області ураження (стопа або гомілка).

Результати дослідження: РДІ в обох групах зростав, та склав 4,26 та 4,36 для груп А та Б відповідно, що клінічно відмічалось як перехід ранового процесу з 1-ої до 2-ої та 3-ої фази з активними грануляціями та крайовою епітелізацією. На тлі лікування мікробна забрудненість в обох групах знизилася нижче критичного рівня ( $<10^5$  на 1 г тканини) до 3-5 доби. В обох групах при спільному використанні віброакустичного впливу та системного введення даларгіну протягом 7 – 12 днів в більшості випадків відмічено зменшення площі ранового дефекту приблизно на 50% щодо площі до лікування. У біоптатах із ВГР та ТВ НК виявлялася переважно зріла грануляційна тканина або дерма, що регенерувала, кількість судин в грануляційній тканині була особливо велика (20 – 22 екз. у полі зору при збільшенні  $\times 400$ ). Ендотеліоцити гіперплазовані, мали крупне, світле ядро. Кількість фібробластів в грануляційній тканині помірна, але розміри їх ядер збільшені ( $260,7 \cdot 6,2$  мкм<sup>2</sup>), що свідчить про високу їх морфофункціональну активність.

Висновки: 1. Розроблений спосіб аутодермопластики в поєднанні з підготовкою сприймаючого ложа рани шляхом системного введення даларгіну та місцевого віброакустичного впливу підвищують відсоток приживлюваності аутодермотрансплантатів до 94,1%.

2. Наявність у розробленого способу АДП вищевказаних переваг дозволяє скоротити середні терміни стаціонарного лікування (середнього ліжко-дня) у даної категорії пацієнтів до 20-ти діб.

**«РОЗБУДИ МЕНЕ В 4:20...»  
(ПСИХОПРОФІЛАКТИКА ІНТЕРНЕТ ДЕТЕРМІНІРОВАНОЇ  
СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ)**

*Цьоміна А.В.*

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна  
Медичний факультет, Харків, Україна  
Науковий керівник: Денісенко Д.М, асистент кафедри психіатрії, наркології,  
неврології та медичної психології

Актуальність теми. Самогубство завжди були проблемою у суспільстві. Найчастіше вони були пов'язані з психічними хворобами, періодично з гострими соціально-економічними змінами у суспільстві. У теперішній час мотивація цієї неадекватної поведінки різко змінилася. Протягом останніх 2 місяців 2017 р. в Україні зафіксовано сплеск самогубств підлітків та молоді, яких спонукають до цього так звані «групи смерті», що діють у соцмережах інтернет павутиння. Страшна інтернет-гра, що приводить молодь до самогубства за 1,5 роки з Росії розповсюдилась на територію пострадянського простору та масово забирає життя. Подібні групи блокуються адміністраторами сайтів через звернення правоохоронних органів, але на зміну їм з'являються нові. Ускладнює ситуацію інтернет залежність сучасної молоді, не спроможність налагоджувати комунікативні зв'язки з мікро- та макросоціумом, сприйняття життя крізь призму інтернет спілкування, подача у формі «гри», особливості поглядів та інфантильність підлеглого контингенту, а також бажання спробувати «екстрим».

9.02.2017 р. Департамент кіберполіції України опублікував на своєму сайті інструкцію про те, як розпізнати у соцмережах «групи смерті» на кшталт спільнот «синій кит», «Тихий дом», «Розбуди мене в 4:20...». У молоді не має розуміння необоротності смерті. Не усвідомлення, що по той бік монітора з ними «грають» не однолітки, а дорослі високодосвідчені у певних специфічних галузях люди, які діють у своїх інтересах та інтересах своїх спільнот.

Як зберегти життя молоді від гравців-вбивць? Широке розповсюдження інформації о складній ситуації через засоби масової інформації, підключення до розповсюдження інформації осіб, що постійно працюють з молоддю (вчителів, лікарів, тренерів, психологів). Створення гарячих ліній, куди можуть звернутися за професійними роз'ясненнями та підтримкою як самі постраждали, так і їхні родини. Проведення тематичного удосконалення та тренінгів для усіх причетних осіб. Головну роль у боротьбі з цим явищем грає близьке коло об'єктів впливу й у тому числі на нього мають бути направлені державні програми з психопрофілактики. У навчальних та спортивних закладах мають бути впроваджені скринінг-методики по виявленню як членів цих груп, так і стигм самогубної поведінки (що включає в себе не тільки вчинки, алей думки, потяги, спроби). Шкільні лікарі та психологи мають пройти майстер-класи по ранньому виявленню та попередженню аутоагресивних тенденцій. Усе це має скласти державну програму по протидії негативному психічному впливу на молодь України.

## МЕТОДИКА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ

Чакрам А.П.

Харьковский национальный университет им. Н.В. Каразина.

Медицинский факультет, Харьков, Украина.

кафедра психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии

Научный руководитель: Рощупкина Т.Н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии

**Актуальность:** Инсульт является одной из основных причин заболеваемости и смертности в мире. По данным ВОЗ около 60% больных, перенесших мозговой инсульт, становятся инвалидами со стойкими неврологическими нарушениями, среди которых ведущими являются двигательные. Именно поэтому для повышения качества жизни людей с ограниченными возможностями восстановление двигательной активности является ведущей целью. Поэтому во всем мире все большую популярность приобретают различные методы физической реабилитации.

**Цель исследования:** Изучить особенности новой авторской методики физической реабилитации, оценить ее эффективность для восстановления больных, перенесших ишемический инсульт.

**Материалы и методы:** Новая методика физической реабилитации представляет собой сочетание основ рефлексотерапии, шиацу, точечного и меридианного массажа с использованием древнеиндийских знаний о биоэнергоинформационных центрах. Данная методика была использована на пациентке Б., 1982г.р., которой был поставлен диагноз: «Состояние после перенесенного ишемического инсульта в бассейне правой средней мозговой артерии (март 2016г.) с левосторонним спастическим гемипарезом (грубым в руке и умеренным в ноге)».

**Результаты исследования:** Учитывая жалобы пациентки (снижение силы и отсутствие чувствительности в левых конечностях, повышение мышечного тонуса, боли в плечевом суставе, головные боли, бессонница) ей была рекомендована в качестве физической реабилитации данная методика. Так как именно этот комплекс направлен на восстановление не только нарушенных в результате болезни и повреждения функций человека, но и весь организм в целом. У данной пациентки особое внимание уделялось активным точкам на лице, шейно-воротниковой зоне, стопах, кистях, а также глубоко прорабатывались мышцы левых конечностей. Сеансы лечения длились около часа и проводились через день, а сам курс состоял из 10 сеансов. После курса физической реабилитации состояние больной улучшилось: выросла сила в левых конечностях, снизился мышечный тонус, исчезли головные боли и боли в плечевых суставах, нормализовался сон.

**Выводы:** Таким образом, данная современная методика физической реабилитации оказалась достаточно эффективной у пациентки, перенесшей ишемический инсульт. Учитывая этот факт, можно рекомендовать для восстановления двигательной функции и улучшения качества жизни постинсультных больных эту методику.

## РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Чепелюк А.А., Ивахненко Д.А.*

Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра хирургии №2, Харьков, Украина  
Научный руководитель: Тесленко С.Н., д.мед.н., профессор  
кафедры хирургии №2 ХНМУ, врач хирург высшей категории

На сегодняшний день тема диагностики и хирургического ведения больного с травматическим повреждением поджелудочной железы как в составе изолированной, так и сочетанной травмы является проблемной. Сложность обусловлена трудностями распознавания травмы поджелудочной железы и риском возникновения интра- и постоперационных осложнений. На сегодняшний день показатели успешности и выживаемости больных с разными степенями травматического повреждения поджелудочной железы являются достаточно низкими и не обнадеживающими.

За последние 30 лет доля травматического повреждения поджелудочной железы выросла с 1-2% относительно всех травматических повреждений органов брюшной полости до 6,3 – 8%. При этом доля травматических повреждений поджелудочной железы составляет 1-3% при закрытых и 6% при открытых травмах брюшной полости. Это связано с увеличением числа пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, а также появление большого количества травм вследствие боевых действий.

**Цель исследования.** Провести ретроспективный анализ диагностики травм поджелудочной железы в условиях изолированных и сочетанных повреждений на базе Хирургического отделения №1 Харьковской областной клинической больницы, Харьковской больницы неотложной медицинской помощи №4 им.проф. А.И. Мещанинова, Харьковского института неотложной хирургии.

**Объект и методы исследования.** Были изучены данные 226 пациентов с травмой поджелудочной железы (ПЖ) с 1980 по 2015 гг., которые находились на лечении в хирургических отделениях ХОКБ, ХГКБСНМП №4 им. проф. А.И. Мещанинова"

**Результаты исследования.** В ходе изучения материалов была определена структура пострадавших по степени повреждения, по локализации, а также эффективность хирургического лечения в зависимости от степени повреждения и тактики операционного вмешательства.

В работе использована классификация Pancreas Injury Scale 1990 г., согласно которой по степени тяжести травмы поджелудочной железы делятся на: I ст. – гематома ПЖ с нарушением или без нарушения брюшного покрова и/или паренхимы органа, но без повреждения головки ПЖ и магистральных сосудов, II ст. – дистальная травма с повреждением ПЖ (а) без повреждения магистральных сосудов, б) с повреждением магистральных сосудов), III ст. – проксимальная травма ПЖ без вовлечения ампулы ДПК, IV ст. – объединенное повреждение ПЖ и ДПК.

Пострадавших с повреждениями ПЖ I ст. было 126 (55,8%), II ст. – 38 (16,8%), III ст. – 34 (15,1%) и IV ст. – 28 (12,3%). Чаще всего повреждения локализовались: в теле ПЖ – 101(44,7%), хвосте – 41(18,1%), головке – 33 (14,4%), перешейке – 11 (4,9%). Полифокальное повреждение ПЖ имело место у 40 (17,7%) пострадавших.

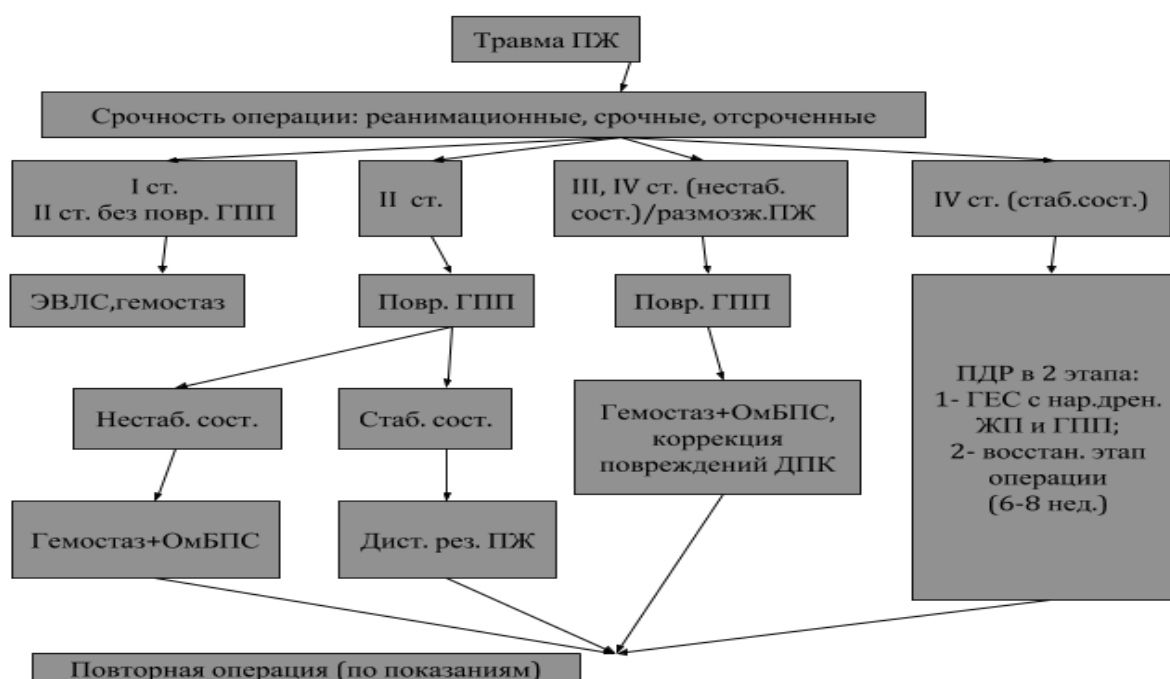
Время поступления пострадавших в клинику с момента получения травмы составлял от 30 минут до нескольких часов. Большинство (50,1%) были доставлены в течении первых 2 часов.

У 14 пострадавших на момент поступления было до 10 баллов по шкале APACHE II(прогнозируемая летальность 10%), у 45 - до 20 (прогнозируемая летальность 22%), у 152 - от 20 до 30 (прогнозируемая летальность 50%), 15 поступило в терминальном состоянии ( прогнозируемая летальность 82%).

Существенные трудности при клинической диагностике повреждений ПЖ были обусловлены тяжестью повреждений (72,6% пострадавших поступило с прогнозируемой летальностью 50-82%). Кроме того, клиника повреждения ПЖ нивелировалась нарушениями функции ГМ, тяжелой ОДН и ,наоборот, клиника внутрибрюшной патологии была спровоцирована переломами костей таза. Это сопровождалось недостаточной объективизацией данных и приводило к неоправданным лапаротомиям.

Был разработан алгоритм диагностически-лечебной тактики, который повысил информативность с 38,6% при традиционных методах диагностики до 94,3% при современных, что привело к снижению частоты диагностических ошибок с 29,6% до 8,7%, то есть в 3,4 раза.

#### Лечебный алгоритм хирургических вмешательств при травме поджелудочной железы



Выводы. В ходе проведенного ретроспективного анализа было установлено, что при травме брюшной полости частота повреждений ПЖ в структуре множественных составляла – 39,8%. Тяжелая (III-IV) степень повреждения ПЖ наблюдалась у 44,2% пострадавших.

Разработанный стандартный алгоритм диагностики повреждений ПЖ позволил достоверное повысить точность диагностики с 38,6% до 94,3%, снизить количество диагностических ошибок с 29,6% до 8,7% и число неоправданных лапаротомий на 18,6%.

## ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ ЛИЧИНКАМИ МУХИ *LUCILLIA CAESAR*

*Шпиленко О.Ф.*

Запорізький державний медичний університет  
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»  
Кафедра амбулаторної, гнійно-септичної хірургії і УЗД, Запоріжжя, Україна  
Науковий керівник: Савон І.Л., д.мед.н, доцент

Актуальність. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ), кількість людей на цукровий діабет (ЦД) зросла з 108 мільйонів у 1980 році до 422 мільйонів у 2014. Розповсюдженість синдрому діабетичної стопи (СДС) в розвинутих країнах серед хворих ЦД складає біля 4-10 %. Розвиток гнійно-некротичних процесів на фоні СДС у 50-75% випадків приводить до ампутації, що в 17-45 разів вище ніж, у осіб без ЦД. До 30% пацієнтів, після першої ампутації, підлягають ампутації другої кінцівки протягом 3 років, 50% протягом 5 років. Покращити віддалений результат та знизити соціально-економічні витрати можуть нові органозберігаючі методи при розвитку локальних некрозів. Один з методів некретомії - біологічна, з використанням стерильних личинок.

Мета. Продемонструвати ефективність та безпечність біологічної некретомії в комплексному лікуванні гнійно-некротичних ускладнень СДС.

Матеріали та методи. Нешкідливі для людини, але ефективні у лікуванні гнійних ран є личинки зеленої м'ясної мухи. Нами взято у дослідження вид *Lucillia caesar* з родини *Caliphoridae*. Мухи утримувалися у спеціально збудованому інкубаторі при температурі 28-30 °С, з встановленими у ньому поїлками та годівницями. Яйця мухи дезінфікували 70% розчином спирту та ультрафіолетом, для зберігання та транспортування використовували стерильні одноразові пробірки з кришкою. Після отримання згоди хворих, за розробленою нами методикою личинки розміщували в рані. Стан рани та дія личинок контролювалась візуально під час перев'язок з фото фіксацією. Оцінювалась кількість залишкових некротичних тканин, фібринозного нальоту в рані, поява чистих, блискучих, кровоточивих грануляцій. Обстежено 10 хворих на СДС, що перебували на лікуванні в гнійно-септичному центрі з ліжками діабетичної стопи КУ «Міська клінічна лікарня № 3» м Запоріжжя



за період з 2016 до 2017 роки. В дослідження включались хворі на ЦД II типу, з локальними гнійно-некротичними ускладненнями СДС.

Хворі пройшли комплексне клінічне, лабораторне (загальноклінічні аналізи, глікований гемоглобін, ліпідограма, кількість тромбоцитів, електролітний баланс та інші) й інструментальне обстеження (ультразвукову доплерографію (УЗДГ) судин нижніх кінцівок). Пацієнти поряд з хірургічним лікуванням отримували комплексну консервативну терапію з урахуванням рекомендацій лікарів-консультантів. З них в основну групу увійшли 5 хворих, які отримували місцеве лікування личинками, та 5 хворих які лікувалися за стандартними методами. За віком, статтю, супутньою патологією, станом магістральних судин та медикаментозним лікуванням групи достовірно не відрізнялися ( $P > 0,05$ ).

Результати. У 4 (80 %) хворих основної групи вдалось досягти часткового очищення рани вже після першої процедури, і позитивної динаміки при наступних. При очищенні рани від некротичних тканин з'являлись грануляції (перехід від гнійно-некротичної фази раньового процесу у фазу регенерації). Не спостерігалось ознак суперінфекції, не страждав загальний стан. 2 (40 %) хворих відмічали свербіж та помірний біль у ділянці рани на третю добу після заселення рани личинками, але після заміни «дорослих» особин на «юні» скарги припинялися. В одному випадку (20 %) отримано негативний результат, зумовлений прогресуванням ішемії та тяжкою загальною патологією хворого. Зона вологого некрозу поширювалася без тенденції до демаркації, лікування личинками була припинено.

В основній групі у 4 (80 %) хворих повне очищення рани відбулося за  $14 \pm 3$  діб, у контрольній - 5 хворих (100 %) –  $22 \pm 5$  діб.

Кількість заселень рани личинками становила від 4 до 5 разів, тривалість знаходження личинок в рані близько 48 - 72 годин.

Висновки. «Личинкотерапія» гнійно-некротичних уражень при СДС - безпечний, ефективний метод, що сприяє більш швидкому очищенню та загоєнню ран у хворих на ускладнений СДС, дозволяє більш дбайливо видаляти нежиттєздатні та зберігати непошкодженні тканини. Але ця методика лікування ефективна при обмежених некрозах з демаркацією та не може замінити хірургічні методи лікування при прогресуванні гнійно-некротичних процесів, постійному розширенні зони некрозу та при тяжкій ішемії кінцівки.

## НАВЧАЛЬНИЙ СТРЕС ЯК ПРОВОКУЮЧИЙ ФАКТОР МІГРЕНІ

*Щебетенко В.О.*

Харківський національний медичний університет

Харків, Україна

Науковий керівник: Різниченко О.К., к.мед.н., доцент

Актуальність: мігрень є доволі поширеним та соціально значимим захворюванням. У 2000 році вона була включена до списку захворювань, що мають глобальне значення. Мігрень зустрічається частіше, ніж такі захворювання як цукровий діабет і бронхіальна астма. Приблизно 12 % населення страждає мігренню.

Задачі нашої роботи полягають у приверненні уваги до проблеми навчального стресу серед студентів, виявлення його зв'язку з виникненням нападів мігрені, популяризації здорового способу життя.

Метою нашої роботи є виявлення відсотку студентів, що страждають мігренозною цефалгією, визначення основних тригерів, що провокують приступи головного болю та розробка заходів профілактики мігрені. Матеріали, методи дослідження: Нами було проведено анкетне опитування 87 студентів 4 курсу ХНМУ за допомогою спеціально розроблених анкет на виявлення ознак мігрені. Анкета для виявлення ознак мігрені спеціально містила велику кількість запитань, що стосувалися сімейного анамнезу, характеру тривалості болю. Важливим було з'ясувати чим супроводжувався больовий напад, як довго він тривав і чим супроводжувався. Велика кількість запитань та деталізація були використані з метою отримання найбільш достовірних даних. Потім статистичним методом було визначене відсоткове відношення отриманих результатів. Після встановлення відсотку студентів з ознаками мігрені, було проведено додаткове анкетування данної групи для виявлення основних тригерів, що викликають напади головного болю.

Результати даного дослідження переконливо свідчать про наявність у 28 опитаних ознак мігрені. Шляхом додаткового анкетування студентів, було виявлено наявність одночасного впливу кількох факторів, один з яких є основним. 28 студентів, тобто усі опитані основним фактором, який провокує головний біль назвали стресове напруження. 14 студентів зазначили, що даний тригер діє самостійно. Решта 14 повідомили, що стрес сполучається з такими тригерами, як невчасне харчування (8 опитаних) або порушення сну (6 опитаних). Ці тригери було визнано додатковими. На підставі отриманих результатів було розроблено спеціальну систему заходів для попередження нападів мігренозної цефалгії.

Висновки: Мігрень на сьогодні можна розглядати як хронічне захворювання головного мозку, що призводить до вираженого зниження якості життя пацієнтів і значних економічних втрат. У ході даного дослідження було підтвержено, що мігренозна цефалгія є доволі поширеною серед студентів, також були визначені основні тригери, такі як: стрес, несвоєчасне харчування, порушення режиму сну. Найбільш актуальним фактором є стресова напруженість. Доволі важливим є попередження виникнення приступів головного болю, оскільки лікування даного захворювання є доволі складним і багатоплановим. Саме тому нами було розроблено систему заходів профілактики мігрені. Для студентів важливе значення має своєчасна підготовка матеріалу, уникнення стресів та конфліктів, пов'язаних з навчанням, правильне, вчасне та вітамінізоване харчування 5 разів на день, а також здоровий сон 7-8 годин.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕЛЕКТИВНОГО ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА И СЕЛЕКТИВНОГО ВНУТРИВЕННОГО ТРОМБОЛИЗИСА. АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА В ХКБ НА ЖДТ №1 В 2016 ГОДУ

*Щербина А.Р., Стецюра Е.Ю., Сальников Р.В.*

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

Научные руководители: Лебединец Д.В., к.мед.н, доцент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии;

Лебединец П.В., ассистент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии.

Инсульт – одна из главных причин инвалидизации взрослого населения. Ишемический инсульт преобладает над геморрагическим – в мире 6-7:1, в Украине – 3,6:1. В 2010 г.: 16,9 млн. новых инсультов (на 68% больше, чем в 1990 г.); 18,1 млн. смертей от сердечно-сосудистых заболеваний (5,9 млн. от инсульта). Риск инсульта зависит от уровня доходов по странам (2/3 инсультов – Восточная Европа). В Украине ежегодно развивается 100-120 тыс. новых случаев инсульта. В 2013 г инсульт перенесли 112 тыс. жителей Украины – 280,2 на 100. тыс. Люди трудоспособного возраста – 35,5%.

Задачи работы: провести сравнительный анализ селективного внутриартериального тромболитика и селективного внутривенного тромболитика; анализ использования внутриартериального тромболитика в ХКБ на ЖДТ №1 в 2016 году.

Преимущества в/а тромболитика перед в/в тромболитиком: препарат доставляется непосредственно к месту окклюзии; использование меньшей дозы тромболитиков; частота реканализации выше по сравнению с в/в тромболитиком при окклюзии крупных и среднего калибра сосудов достигает 70% и выше.

Проанализировано 10 случаев применения в/а тромболитика у больных поступивших в ХКБ на ЖДТ №1 в 2016 году с верифицированным диагнозом ИИ. Отбор кандидатов осуществлялся по рекомендациям ESO и ASA. Неврологический дефицит составлял от 10 до 15 баллов по шкале NIHSS. Диагноз был подтвержден на основании данных КТ, ультразвуковой доплерографии церебральных и церебральных сосудов. Выполнена селективная церебральная ангиография, по данным которой обнаружена острая тромботическая окклюзия крупного сосуда. Произведена инфузия 2-3 мл rt-PA в болюсно, затем, продолжена инфузия rt-PA в дозе до 20мл. Исход оценивался по данным КТ и NIHSS через 24 часа после инфузии и по NIHSS и шкале Рэнкина на 30 день.

Результаты по шкале Рэнкина:

На 30-й день после в/а тромболитика показатели составили: 1 балл у трех пациента; 2 балла у четырех пациентов; летальность три пациента.

Выводы: применение в/а тромболитика при ИИ дает возможность применять меньшую дозу тромболитика и доставлять его непосредственно в место окклюзии по сравнению с в/в тромболитика. Хороший исход и динамика пациентов дает возможность применять в/а тромболитика более широко в практике. Необ-

ходим анализ геморрагической трансформации и летальных исходов с целью их минимизации в будущем.

## ТРОМБОТИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

*Яремко І.Я., Кітченко С.С., Сапай А.В., Бабаєва А.Р.*

Харківський національний медичний університет  
Кафедра хірургії №3, Харків, Україна

Науковий керівник: Лупальцов В.І., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор, завідувач кафедри хірургії №3

**Актуальність.** В Україні виникає до 260 випадків тромбозу глибоких вен (ТГВ) та його ускладнень на 100 000 населення, а летальність від тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) складає до 25%.

Найбільш розповсюдженим методом хірургічного лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок (ВХНК) на сучасному етапі є флебектомія. На сьогодні дані про венозні тромбемболічні ускладнення (ВТЕУ) та безсимптомні ТГВ після флебектомії з приводу ВХНК носить досить суперечливий характер.

**Мета роботи.** Виявити частоту ТГВ та фактори ризику виникнення ВТЕУ у хворих прооперованих з приводу ВХНК.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 23 хворих (17 жінок, 6 чоловіків), яким було виконано флебектомію з приводу ВХНК. Вік хворих  $52 \pm 5,4$  років. У всіх обстежених пацієнтів в анамнезі не виявлено ТГВ, онкологічних захворювань, тромбофілічних станів. В якості факторів ризику наявність тільки варикозно змінених вен – у 3-х (13,1%), хворих поєднання двох факторів ризику – у 5-ти (21,7%) хворих, трьох – у 13 (56,5%), чотирьох – у 2-х (8,7%) пацієнтів. Всім хворим проведено ультразвукове дуплексне дослідження (УДД) підшкірних та глибоких вен з оцінкою спроможності клапанного апарату до оперативного втручання та на 7, 10 добу після флебектомії з застосуванням компресійних проб.

**Результати.** Оперативне втручання в басейні великої підшкірної вени виконано у 83% хворих, у 72% було виконано субфасціальну перев'язку перфорантних вен. ТГВ в післяопераційному періоді було виявлено у 4(17,4%) хворих. У всіх випадках ускладнення спостерігалось в області прооперованої кінцівки. У 50% тромбоз виник на рівні гомілкового сегменту, один випадок (25%) – тромбоз підколінно-гомілкового сегменту, один (25%) – тромбоз на рівні клубово-стегнового сегменту. У 7 (30%) пацієнтів тромботичне ускладнення супроводжувалося клінічними проявами у вигляді болю, почуття важкості, розпирання в області гомілки; в інших випадках – безсимптомний перебіг. При вивченні найбільш значимих факторів ризику виникнення ВТЕУ у хворих яким виконано флебектомію найбільший вплив на частоту виникнення ТГВ створює збільшення ступеню хронічної венозної недостатності. Вік більше 40 років, збільшення об'єму операції, індексу маси тіла призводить до деякого збільшення частоти виникнення ТГВ, але достовірного впливу цих факторів на частоту виникнення ВТЕУ нами не виявлено.

Висновки. В післяопераційному періоді у хворих з ВХНК, яким виконано флебектомію, частота виявлення ТГВ за допомогою УДД складає 17,4%. Найбільш значимим в відношенні виникнення ВТЕУ є збільшення ступеню хронічної венозної недостатності.

## EPIDEMIOLOGY, CLINICAL HISTORY, DIAGNOSTICS, TREATMENT AND PREVENTION OF POST-TRAUMATIC SYNDROME IN CHILDREN

*Adeola Tomilade Kayode*

V. N. Karazin Kharkiv National University

Introduction: Post-traumatic syndrome (PTS) in children occurs as a result of a exposure to major traumatic event(s), which may include domestic violence, physical or sexual assaults, natural disasters, accidents, death or injury of a loved one, and emotional abuse or neglect; consequently arousing fear, helplessness, or horror in the affected child.

Concept: Estimates from worldwide studies on children and adolescents population indicate the prevalence of PTS to be about 8%. Approximately 14%-43% of this children have experienced a traumatic event including the death of a loved one, a natural disaster, sexual abuse or rape. 3%-15% of girls and 1%-6% of boys from this group could present with PTS. However, when obtaining the clinical history, the child's developmental history, family history and abuse history must be considered. A valid diagnosis of PTS requires that symptoms persist for more than one month. Treatment options for PTS may include the use of medications (antidepressants, mood stabilizers, etc.) or Cognitive-Behavioural Therapy (CBT), which involves substituting negative, unhelpful thoughts and feelings with more positive thinking. Treatment and relief can also be achieved through support groups. This provides a safe atmosphere to share feelings, promote care, and offer support and understanding among kids experiencing similar stress disorder. Prevention of PTS includes various psychological and pharmacological approaches. Psychological approach such as Critical Incident Stress Debriefing (CISD) may re-expose child to relive the incident in his mind especially when compelled to discuss in details. This method has been shown to increase the risk of developing PTS and can be avoided.

Conclusion: The occurrence of post-traumatic syndrome remains on the rise with inadequate and ineffective measures of prevention. However, children suffering from post-traumatic syndrome require support not only from parents, guardians or caregivers but also from the society at large. This will assist to gain the normal social skills and emotional stability that were not developed during the period of withdrawal.

## CORRELATION BETWEEN GENOTYPES OF 5-METHYLTETRAHYDROFOLATE-HOMOCYSTEINE METHYLTRANSFERASE REDUCTASE GENE AND LABORATORY INDEXES IN CHILDREN WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

*Ajayi E.A, Golovko T.A., Adhikari R.*

V.N. Karazin National University, Kharkiv, Ukraine  
Department of pediatrics

The 5-methyltetrahydrofolate-homocysteine methyltransferase reductase (MTRR-66) gene codes a cytoplasmic enzyme, which has an important role in protein synthesis, biochemical reactions associated with the transfer of a methyl group such as metabolism of methotrexate.

Study purposes to determine correlation relationships between MTRR gene and laboratory indexes in children with systemic lupus erythematosus (SLE).

Materials and methods. The study included 12 patients with SLE within 2 – 18 years old with duration of disease  $50,0 \pm 11,51$  months. All patients were on the background therapy. Group of patients consisted of 83,3% of girls, and 16,7% boys.

There were assessed next indexes in the blood: erythrocytes (RBC), hemoglobin (Hb), leukocytes (WBC) with their subtypes, erythrocyte sedimentation rate (ESR), glycoproteins, sialic acids, seromuroids, total hemolytic complement assay, circulating immune complex, circulating immune complex constant, immunoglobulin G (IgG), immunoglobulin A (IgA), immunoglobulin (IgM), alfa2macroglobulin, haptoglobin, apolipoprotein, cholesterol, triglycerides, total bilirubin, glucose, alanine transaminase (ALT), aspartate transaminase (AST), gamma-glutamate transferase (GGT). For determination of genotype MTRR-66 gene PCR, for statistic processing of the material Stagraphics 3.0 and correlation data mining were used.

Results. According the genotype of MTRR-66 gene only 9% of patients had a neutral type. 91% of patient had a mutation in this gene. 58% of them had a heterozygous genotype, 33% homozygous genotype with mutated alleles. 17% of patients had an anemia, 25% had reduction of total hemolytic complement assay and elevation of circulating immune complexes, 25% had elevation of sialic acid and glycoproteids. There were found high correlation between MTRR gene and Hb ( $r=0.9$ ,  $p<0.05$ ), MTRR gene and RBC ( $r=0.9$ ,  $p<0.05$ ). Between MTRR gene and ALT level average correlation ( $r=0.6$ ,  $p<0.05$ ) were traced.

Conclusion: most of investigated children with SLE had mutated genotype of MTRR gene, that leads to a higher risk of affection of hemic system and involving of liver.

## STH – SECRETING PITUITARY ADENOMA. ACROMEGALY CASE WITHOUT SUCCESSFUL RESULT

*Akala O., Shakirah, Makharynska O., Golubkina E.*

V.N. Karazin Kharkiv National University

Clinically confirmed diabetes mellitus is observed in approximately one quarter of all patients with acromegaly and is known to have a worse prognosis in these patients (Michael Droste, 2014). A 60-year old woman with diagnosis: Acromegaly, tumor stage, chiasmal syndrome, benign clinical course. STH –secreting pituitary adenoma. Polynodular thyroid goiter, euthyroid state. Diabetes mellitus II type, decompensated (HbA1C – 9%). Acromegalic cardiomyopathy. Diabetic low extremities polyneuropathy. Chiasmal syndrome, partial bilateral ocular nerves atrophy, bitemporal hemianopsia presented with complains on constant headache, sweating, discomfort in the neck area, partial loss of vision and squeezing pain in the heart area after some physical load. First time in 1999 she was diagnosed STH –secreting adenoma of pituitary gland, but patient refused surgical treatment; polynodular goiter of thyroid and refusal of surgical treatment in 2006; in 2008 was diagnosed diabetes mellitus II type treated with combination of glimepiride with metformin. Family history burdened by brother's thyroid pathology. During objective examination remarkable were: hypertrophied soft tissues of the facial skull with pronounced inion and frontal eminence, diastema of teeth, hypertrophic osteoarthropathy, partial loss of vision, BP 150/90, heart borders enlargement and diffuse thyroid size increasing with small nodule in 3 cm diameter palpated from the right side. On Skull X-ray, was seen structural separation of joints and compaction of the sella turcica, the posterior wall is not differentiated and bottom expanded showing signs of increased intracranial pressure (pituitary adenoma). Oculist diagnosed partial atrophy of ocular nerves of both eyes, bitemporal hemianopsia. On thyroid ultrasound: diffuse size enlargement with presence of different sizes hypoechoic nodules founded in both lobes giving a conclusion of polynodular goiter. Cardiologist diagnosed Arterial hypertension II grade, acromegalic cardiomyopathy. On ECG: sinus rhythm with left axis deviation, hypertrophy of left ventricle. Biochemical data indicates increased STH levels about 10.4 ng/ml (N 0 – 4), fasting blood glucose 9.6-12.5mmol/l and lipid profile shows dyslipidemia. Thyroid function was compensated despite of goiter presence (TSH 2,0 mME/l (N – 0.3 -4.0)). Concomitant diseases: Arterial hypertension II grade. Chronic heart failure IIA stage, II-nd functional class by NYHA.

Diabetes mellitus type 2 is characterised by existence of peripheral and hepatic insulin resistance, i.e. elevated insulin levels and increased tissues sensitivity to growth hormone (Leung KC, 2000). So thiazolidinediones therapy of diabetes in patient with acromegaly could prove patients prognosis by increasing of insulin peripheral resistance effect and decreasing of serum insulin levels ie sensitivity to growth hormone.

## TUBERCULOSIS MENINGITIS IN INDIA

*Allwin Jenifer Dsouza*

Mentor: Merkulova O.Yu.

**Introduction.** Tuberculosis meningitis (TBM), tuberculosis infection of the meninges, is a serious public health problem in developing countries as it leads to significant mortality and residual neurological sequelae. The estimated mortality due to TBM in India is 1.5 per 100,000 population. Despite being an endemic country for tuberculosis (TB), data regarding clinical, radiological and laboratory (biochemical and microbiological) parameters and final outcome of adult TBM is sparse in India.

**Epidemiology.** TBM was ranked as the 5th most common type of extrapulmonary tuberculosis. In areas where TB prevalence is high, TB meningitis is most common in children aged 0 - 4 years, and in areas where TB prevalence is low, most cases of TB meningitis are in adults. There are around 200 cases of TB meningitis reported each year in the UK. TBM usually develops slowly. It is more likely to affect those living in poor conditions, such as the homeless, and those with other illnesses, especially HIV infections. TB infection usually begins in the lungs and in about 2% of cases the infection can progress to TB meningitis. At least 20% will suffer long-term after-effects. Tragically, between 15-30% of patients will die despite receiving treatment and care. People having HIV/AIDS, excess of alcohol consumption, pulmonary tuberculosis, weakened immune system are at a higher chance of developing tuberculous meningitis.

**Signs and symptoms.** A person can also have loss of appetite and feel tired, usually with a persistent headache. Meningism is generally absent in patients with TB meningitis. Patients may also have focal neurological deficits. These symptoms can last for several weeks before the more specific symptoms of meningitis, such as fever, severe headache, dislike of bright lights and neck stiffness occur. The slow progression of the disease makes it difficult to diagnose and it is often advanced before treatment begins. They are often severe and may include severe brain damage, epilepsy, paralysis and hearing loss.

**Pathophysiology.** The pathophysiology of TBM has bacilli root itself to the brain parenchyma, which causes the formation of small subpial focus (Rich focus). Rich focus is a tuberculous granuloma, increase in size and develops within the choroid plexus or ventricular walls as a result of haematogenous dissemination, subsequently rupturing into the sub-arachnoid space. Direct extension from an adjacent structure such as the vertebrae results in development of meningitis.

Tuberculosis bacteria enter the body by droplet inhalation i.e. breathing in bacteria from the coughing/sneezing of an infected person. The bacteria multiply within the lungs, pass into the bloodstream and are able to travel to other areas of the body. If the bacteria travel to the meninges and brain tissue, small abscesses (tubercles/microtubercles) are formed. These abscesses can burst and cause TB meningitis. This can happen immediately, or several months or years after the initial infection. The infectious process causes a rise in pressure within the skull, resulting in nerve and brain tissue damage, which is often severe.



Blood-borne spread certainly occurs, presumably by crossing the blood–brain barrier; but a proportion of patients may get TBM from rupture of a cortical focus in the brain; an even smaller proportion get it from rupture of a bony focus in the spine.

Differential diagnosis: herpes; mumps; syphilis; toxoplasmosis; brain abscesses; viral encephalitis; subdural hematoma; meningeal metastases; neisseria species infection; intracranial epidural abscess; systemic lupus erythematosus.

Diagnosis: biopsy of the brain or meninges; blood culture; chest X-ray; cerebrospinal fluid (CSF) examination for cell count, glucose, and protein; CT scan of the head; gram stain, other special stains, and culture of CSF; polymerase chain reaction (PCR) of CSF; skin test for tuberculosis (Mantoux test).

Diagnosis of TB meningitis is made by analyzing CSF collected by lumbar puncture. When collecting CSF for suspected TB meningitis, a minimum of 1 ml of fluid should be taken (preferably 5 to 10 ml). The CSF usually has a high protein, low glucose and a raised number of lymphocytes. Acid-fast bacilli are sometimes seen on a CSF smear, but more commonly, *M. tuberculosis* is grown in culture. A spider web clot in the collected CSF is characteristic of TB meningitis, but is a rare finding.

Nucleic acid amplification tests (NAAT). This is a group of tests that use polymerase chain reaction (PCR) to detect mycobacterial nucleic acid. These tests vary in which nucleic acid sequence they detect and vary in their accuracy. The two most common commercially available tests are the amplified mycobacterium tuberculosis direct test (MTD, Gen-Probe) and Amplicor. In 2007, review concluded that for diagnosing tuberculous meningitis "Individually, the AMTD test appears to perform the best (sensitivity 74% and specificity 98%)", they found the pooled prevalence of TB meningitis to be 29%.

Treatment. The treatment of TB meningitis is isoniazid, rifampicin, pyrazinamide and ethambutol for two months, followed by isoniazid and rifampicin alone for a further ten months. Steroids help reduce the risk of death in those without HIV. Steroids can be used in the first six weeks of treatment. Hydrocephalus occurs as a complication in about a third of people with TB meningitis. The addition of aspirin may reduce or delay mortality, possibly by reducing complications such as infarcts.

Possible Complications. If left untreated the disease can cause: brain damage; build-up of fluid between the skull and brain (subdural effusion); hearing loss; hydrocephalus; seizures.

Prevention. The BCG vaccine is effective in babies and young children. It gives good protection against the more severe forms of TB, such as TB meningitis. The current program of vaccination targets babies, children and older people who are most likely to catch the disease. The vaccine is also recommended for healthcare workers who may be exposed to TB.

## CLINICAL CASE OF CARDIAC CYST IN THE LEFT VENTRICLE (LV)

*Al-mter M.*

V.N. Karazin Kharkiv National University  
School of Medicine, Ukraine, Kharkov  
Department of Surgery  
Scientific Supervisor: Evgeni K., MD

**Introduction:** Cardiac cyst is a rare disease, it accounts for 2-4% of all cases of cyst in body world wide. Treatment of cardiac cyst can includes puncture methods, sclerotherapy and different methods of surgical removal.

**Case presentation:** Patient X was identified as a candidate for this case report.

The study included a 24 year old man who had chest pain which was associated with dyspnea. CBC showed low PCV (38%) , high WBCs ( $10 \times 10^9/l$ ) and high ESR (40 mm/h). Chest CT scan with contrast showed hypodense mass (5 cm) seen in the lateral aspect of the LV. Ultrasound of the heart showed a lateral cyst lesion on the wall of the LV and the estimated size of it was  $4 * 4.25$  cm. The patient was admitted to the cardiac center. Classical sternotomy, pericardiectomy was made, ectocyst was removed with part of the myocardium of LV where ectocyst was attached.

**Results:** Surgical removal of the cardiac cyst is the most radical and effective method of treatment.

**Discussion:** Puncture treatment for cardial cysts is unjustified, since it provides only a temporary effect. Further there is an accumulation of fluid and re-formation increase in size. Sclerotherapy is inappropriate, since the introduction of sclerosant may enter the pericardial cavity and cause constrictive pericarditis.

Surgical removal of the cardiac cyst allowing to get rid of the disease and avoid complications.

## ASSESSMENT OF POSSIBLE COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH MULTIPLE TRAUMA AND CONCOMINANT SOMATIC PATHOLOGY

*Anyanwu Chibuzor Felix*

V.N. Karazin Kharkiv National University  
School of Medicine, Ukraine, Kharkov  
Scientific Supervisor: Matvieienko M.S.

**Background.** The trauma from road accidents and penetrating and blunt violence, falls characterized by a significant degree of damage to various tissues and organs. It can be multiple, connected and combined injury, which is the direct cause of traumatic disease (TD). Traumatic disease characterized by abnormal and adaptive reactions, the latter of which are aimed at saving the life of the individual and the restoration of disturbed functions. Injuries combine and lead to the phenomenon of mutual aggravation in severe trauma. Pathological factors are not just added up

and form a deepening effect which manifests severity of each injury with a greater risk of complications and death.

This study aimed to assess the likelihood of complications in the early period of traumatic disease and their relationship with somatic pathology in patients with severe combined trauma in the department of anesthesiology and intensive care unite.

**Methods.** This was a retrospective study of 32 adults patients with combined injuries (18 (56,25%) men and 14 (43,75%) women) aged 18 to 55 years. The most common pre-existing comorbidities were coronary artery disease, asthma, diabetes and a lot of victims suffered from had bad habits such as smoking and alcohol.

According to the mechanism of injury all the victims were divided as follows: accident - 18 (56.25%) patients, falls from height - 10 (31.25%) and household trauma in 4 (12.5%) patients.

The severity of the injury assessed by the scale Injury Severity Score (ISS), depending on the number of points all patients were grouped as follows: 25 points and more than 25 points. The group study included patients with severity on a scale APACHE II 10-20 points at the time of admission. All patients were treated according to local protocol, such as fluid management, analgesia, anti-inflammatory, antibacterial, coagulation, metabolic therapy etc, according to trauma severity and condition.

**Results and discussion.** In the distribution of the affected volume injuries revealed the following combination of injuries, chest trauma and skeletal trauma - in 19 patients, abdominal trauma and skeletal trauma - in 11 patients and in 2 cases abdominal trauma and uncomplicated spinal injuries. According severity assessment scale for the ISS in 20 (62.5%) affected the severity of injuries was 25 points and in 12 (37.5%) - more than 25 points.

Twenty one patients (65,6%) developed posthemorrhagic anemia, 22 (68.75%) patients - bronchitis and pneumonia. The local infectious complications (abscesses, festering wounds) occurred in 2 (6.25%) patients, and urinary tract infection in 2 (6.25%) patients.

**Conclusions.** Pneumonia, anemia, urinary tract infection and local infectious complications were considered as the most common complications of acute period traumatic disease.

The patients who developed hospital complications were older, had more comorbidities, and more severe injuries than patients who did not develop complications.

## MYOCARDIAL BRIDGE CAUSING ANGINA: A POSITIVE OUTCOME AFTER STENTING

*Awotunde A.G., Afolabi O.B.*

V. N. Karazin Kharkiv National University  
School of Medicine, Ukraine, Kharkov  
Scientific Supervisors: Yabluchansky N.I., professor,  
Head of the Department of Internal Medicine;  
Shmidt E.Y, MD.; Medved E.P, MD;  
Abdueva F.M., PhD

**Background.** Myocardial bridge is defined as a segment of the major coronary artery running intramurally through the myocardium, deviating from its usual epicardial course. The original definition and classification of myocardial bridge has been developed with invasive coronary angiography. At coronary angiography, the myocardial bridge typically appears as a systolic narrowing, or “milking” of the vessel, with a “step-down” and “step-up” demarcating the affected area, and complete or partial decompression in diastole.

**Pathophysiology.** The myocardial bridge causes coronary artery narrowing during systole and therefore technically speaking, myocardial bridges should not compromise blood supply to the musculature during diastole. Systolic narrowing at the myocardial bridging segment may result in endothelial damage, which may provoke platelet aggregation, coronary vasospasm and eventually acute coronary syndrome. From the other hand the segment proximal to the region of the myocardial bridging has been associated with atherosclerosis rather than the myocardial bridging segment itself (the vessel segment proximal to the bridge appears to develop atherosclerosis at increased rates, approaching 90%) By some researches vasoactive agents (endothelin-1, endothelial nitric oxide synthase and angiotensin-converting enzyme) have been shown to be present in higher concentrations in the proximal portion of the myocardial bridging artery in comparison to the myocardial bridging segment. It can be alternative causes of ischemia in patients with myocardial bridging.

It usually has a benign prognosis. But symptomatic patients with myocardial bridging may present with myocardial ischemia, acute coronary syndromes, coronary spasm, exercise-induced arrhythmias (such as supraventricular tachycardia, ventricular tachycardia, or atrioventricular block), myocardial stunning, transient ventricular dysfunction, syncope, or even sudden death.

**Case presentation.** A 67-year-old woman was examined in the hospital, she presented with retrosternal pressing pain that occurs either after emotional stress or without clear connection with any provoking factors but relieved at rest. She also has been suffering from arterial hypertension for the past 20 years.

No significant changes on resting ECG were revealed. Exercise stress test showed ST depression in leads II, III, aVF, V4-V6. Echocardiography shows signs of left ventricular hypertrophy.

Coronary angiography revealed significant coronary tortuosity and prolonged myocardium bridging in the middle segment of the left anterior descending coronary artery with systolic compression 90%. Stent implantation was performed.

The patient's condition improved after stenting: she didn't present any above mentioned angina-like complaints and her treadmill test (in one year after stenting) didn't show any sign of ischemia.

Conclusion. Significant myocardial bridge in a symptomatic patient can simulate angina. Coronary angiography might be useful to better characterize the length, location and significance of the myocardial bridge. In asymptomatic patients a myocardial bridge is not treated, in patients with symptoms medicines such as beta-blockers and calcium channel blockers are usually the first line of treatment. In refractory cases or in cases with significant systolic compression of coronary artery, stent implantation can be one of the method for surgery management of myocardial bridge.

## ROLE OF OF PERSONALITY IN CAREER PLANNING

*Boakie - Iadom Valentina, Shvets A.N., Shvets Y.N.*

V. N. Karazin Kharkiv National University  
Medical faculty, Department of hygiene and social medicine  
Scientific supervisor: Shvets A.N.

Introduction. Social cognitive career theory (SCCT) recognises the importance of individual differences in the career decision-making process. Implications for parents, teachers and guidance counsellors as well as recommendations for future research directions are discussed.

Relevance. The final school years are critical in the career-making process, as this is when students typically begin to plan, make decisions about employment or further education. Objective: to investigate the contemporary generation of school seniors have multiple career options available, and factors such as individual personality add complexity to the career decision-making process.

Materials and methods. The study was conducted in 2016. The study included 546 schoolchildren aged 15–17 of 55 secondary schools of Ukraine. Statistical analysis was performed by MS Excel.

Results and discussion. The present study sought to extend the SCCT choice model to the domain of career process and social support contribute to the career readiness actions and exploration. Results indicate that personality are related to the career choice directly.

Conclusions. This research has extended the SCCT choice model to the process of career decision-making and examined the self-reported career decision-making readiness actions of students. It extends and builds on earlier research and theory, and contextual variables play in the career process.

Keywords: personality, social supports, career planning.

## CHARACTERISTIC OF THE CAUSES OF DEATH FROM THE ALCOHOLIC DISEASE ACCORDING AUTOPSY

*Butolina E.A., Malashchuk T.G.*

Department of Pathological Anatomy  
Grodno State Medical University, Belarus  
Research supervisor: Hryb A.K., MD, PhD

**Relevance.** Abuse of alcohol is important medicobiological, social and economically significant problem. According to WHO, alcoholism in structure of causes of the world's dead takes the 3rd place, conceding only to malignant neoplasms and cardiovascular diseases. 2.5 million people die from alcohol abuse that makes 6.2% of all death of men and 1.1% of all death of women every year in the world. The quantity of the fatal cases connected with alcohol intake is in RB at rather high level and tends to increase, first of all, affecting people of working-age.

**Research objective.** To characterize the causes of death from alcoholic disease in Grodno and Grodno region according to the pathoanatomical autopsy. Material for research were data of protocols of autopsy for 2012-2014.

**Results.** For the analyzed period 529 cases of death connected with abuse of alcohol that has made 5.8% of all autopsy have been revealed. In hospitals 371 (70%) patients, out of a hospital - 158 people (30%) has died. The age of the dead ranged from 24 to 77 years (middle age -  $52.8 \pm 9.6$  years). There were 436 (82%) men, 93 (18%) women. At working-age has died 358 (68%) people: 72% of all men and 46% of all women.

In 279 (53%) patients has been diagnosed with chronic alcoholism, in 188 (35%) - alcoholic disease, and 62(12%) people have died of acute intoxication with ethanol.

In all cases at the dead who takes alcohol, alcoholic heart damage was noted which has been presented by dilated cardiomyopathy. However only in 84 (18%) cases the main diagnosis of alcoholic cardiomyopathy was exposed. Hepatic form of alcoholic disease was noted in 241(52%) cases. Among them in 225 cases cirrhosis of the liver, in 9 - alcoholic hepatitis and in 7 cases - steatosis was diagnosed. Alcoholic damage of pancreas was revealed in 12 (2%) cases. The exacerbation of chronic pancreatitis was observed with development of pancreatic necrosis. In 46 (10%) cases the alcoholic encephalopathy was appeared. Polyorgan defeats in the main diagnosis were specified at 84 (18%) the dead.

Acute cardiovascular insufficiency (11%), chronic heart failure (6%) and thrombembolia of a pulmonary artery (1%) which were complication of alcoholic cardiomyopathy became an immediate cause of death. In 123 cases (26%) patients have died of acute liver failure, in 78 cases (17%) - of bleeding from the esophageal varices. 11 people (2%) died of endotoxin shock from the pancreonecrosis. In 1 patient had bleeding into the cavity of the pancreatic cyst and the abdominal cavity. In 79 (17%) cases, the main mechanism of death was toxic cerebral edema. Immuno-deficiency at prolonged alcohol abuse in 91 (19%) observation promoted development of the pneumonia which has become the cause of death.

Conclusion. The proportion of diseases associated with alcohol abuse in structure of causes of death for the analyzed period is relatively small. The main number of the dead from alcoholic disease have made men of working-age. Alcoholic cirrhosis and an alcoholic cardiomyopathy were the leading lesions.

## STRESS AND DEPRESSION AMONG MEDICAL STUDENTS OF V.N KARAZIN KHARKIV NATIONAL UNIVERSITY

*Dada Ademola, Obayelu Oluwatobi, Osikoya Nuriyat, Awofolaju Tomilayo*

V.N. Karazin Kharkiv National University  
Scientific Supervisor: Olena Makharynska, MD. PhD

Background. This study aims to assess the stress level and depression among medical students using the Bologna system of education.

Method. A cross-sectional study was performed among medical students of V.N Karazin Kharkiv National University. Data was collected from students of the 1st and 6th year and was analysed using the Becks Depression Inventory (BDI) and Higher education stress inventory (HESI)

Results. In total, 52 Students participated in the study which included 24(46.2%) male students and 28 (53.8%) female students. Nationalities involved in the study were: 76.9% Nigerians, 7.7% from Other African Countries (Ghana, Tanzania, Egypt and Morocco) and 15.4% Non-African countries (India, Turkey, Italy, Nepal and Iraq). The mean age of participants was 23.0. 92.3% of the subjects were single, but 7.7% were married, and none were divorced. Of the students that filled the questionnaire, 38.5% live in an apartment, and 61.5% live in the hostel. In total, 17 (32.7%) first-year students and 35(67.3%) sixth-year students participated in the study. In all the students that took part in the study, 90,4% get financial support from home while 9.6% do not receive financial support from home. 17.3% have a part-time job, and 82.7% do not have a job, 67.3% are satisfied financially, while 32.7% are not satisfied financially. In total, 26.9% reported managing their time poorly, 26.9% manage their time well, while 46.2% were indifferent about their time management. 71.2% were without depression, 21.2% have mild mood disturbances, and only 7.6% have borderline clinical depression. In total, 46.2% reported feeling pressure from parents, while 53.8% reported no parental expectation. 88.5% claim to enjoy medical school, 71.2% feel studying in the medical school puts them under a significant amount of stress. 62.7% don't know what the faculty expects of them, 59.6% feels that the course relies on passive reception of knowledge rather than active learning. 90.4% feel that the type of education they are receiving is not giving them adequate preparation for clinical years. 61.5% feel there is a lack of time to study on their own based on course content, 75% think there is a lack of opportunity to explore academic subjects of interest, and 69.2% believe there is a lack of encouragement from teachers.

Conclusion. There is a high level of stress and depression among both the senior students (6th year) and junior students (1st year). However, Stress in junior stu-

dents was more likely to be medical training-related and due to climatic changes and adaptation to a new culture while stress among senior students is due to personal problems and pressure as a result of decision-making about the future. Even though many students do not like the mode of learning and are not optimistic about their future, a large number of students are still happy with their choice of profession.

## **ANEMIA AND THE CHRONIC HEART FAILURE (Role of Anemia in the Developing Heart Failure)**

*David, Nsirik-Abasi M.*

V.N Karazin Kharkiv National university, Ukraine  
School of Medicine

Scientific supervisors: Yabluchanskyi M. I., MD, PhD, Prof.,  
Head of the Department of Internal Medicine;  
Kornieieva K.I., assistant; Stehnyi D. I., assistant

**Introduction:** Anemia [most commonly iron deficiency (ID) anemia] is found in about one-third of all cases of chronic heart failure (CHF). ID is associated with a worse prognosis in the HF patient population and is an independent risk-factor for mortality, poor exercise capacity and low quality of life.

**Aim:** To bring awareness to the prevalence of anemia and CHF, and influence of ID anemia in the progression of CHF while also focusing on diagnostic testing and treatment strategies, as well as a Clinical Case demonstrating the role of anemia in the developing heart failure.

**Method:** Patient N., a 58 years old female admitted to the hospital on 14th of November 2016. She complained of lethargy, palpitations, stabbing chest pain, fingertips numbness and dyspnea during physical activity. All methods of examination and diagnosis indicated Iron Deficiency (ID) Anemia with the following concomitant diseases: Essential Hypertension II<sup>nd</sup> stage 2<sup>nd</sup> degree, Chronic Heart Failure (CHF) 2<sup>nd</sup> Class according to the NYHA classification and chronic gastritis. Patient was transfused with red blood cells (RBCs) and started on beta-blockers, angiotensin converting enzymes inhibitors (ACEIs) and oral iron formulations.

**Results:** In Patient N, her hemoglobin (Hb) and iron levels remarkably improved after treatment, that alleviated heart failure symptoms, improve exercise capacity and quality of life. Her prognosis for recovery is favorable due to quick and efficient diagnosis and treatment of Iron Deficiency and its concomitant diseases.

**Conclusion:** The origins of anemia in heart failure are multifactorial, its pathways are complex and not well understood. Though there is no single treatment that will suit all patients, treatment must be based on an understanding of the causes of anemia in each patient and then only can the prognosis for recovery be favorable, as seen in the case of Patient N.



## MEDICAL SUPPORT OF THE CARDIOVASCULAR AND METABOLIC DISEASED PATIENT WITH CARDIAC PACEMAKER AT THE ANNUAL STAGE OF OBSERVATION

*Eran Ammar, Aroyewun Opeyemi Taofeek, Ajewole Olamide Michael*

V. N. Karazin Kharkiv National University  
Internal medicine department, Kharkiv, Ukraine  
Scientific advisers: Yabluchanskyi M. I., MD, PhD, Prof.,  
Head of the Department of Internal Medicine;  
Derienko T.A., Asst. Prof.

**Topicality:** The proportion of cardiovascular disease (CVD) in the structure of mortality is about 56% of all cases, of which almost 90% of cases take death from coronary heart disease (CHD). Hypertension is often associated with CHD as a major cause of left ventricular hypertrophy and diffuse myocardiosclerosis - remodeling of the heart muscle, which in turn contributes to different, sometimes fatal, arrhythmias and conduction disorders of the heart.

Implantation of a permanent pacemaker is effective method of treatment resistant to medical therapy life-threatening cardiac arrhythmias and bradysystolic arrhythmia, however, it does not eliminate the problem of support. AH is one of the most important clinical syndromes requiring therapeutic support.

**Goal:** To show the features of medical support of the cardiovascular and metabolic diseased patient with cardiac pacemaker at the annual stage of observation.

**Our patient:** The man, 55y.o. with complaints on dyspnea, during physical activity, absent at rest. Fatigue. Chest pain, behind the breastbone during physical activity(400m). In 1978 - myocarditis(not confirmed by medical records), then diagnosed full right bundle branch block. From 2011 - hypertension (max 170/100 mmHg, usual BP 140/90 mmHg(with drugs)).2011 - chest pain behind the breastbone during ordinary physical activity absent at rest (refused to do coronary angiography)In 2011 - during stress test first diagnosed transient atrioventricular block stage 2 Mobitz II. In 26/10/2015 - during usual physical activity felt dizziness, weakness, tinnitus, nausea, loss of consciousness was not noted, on the ECG recorded complete atrioventricular block. In 27/10/15 implantation of cardiac pacemaker ESPRITE DDR (Dual Chamber Ventricular pacemaker), was carried out with mode of stimulation DDD:HR-60bpm, stimulation threshold-0,75V, impedance-3500m. During the last year he took: perindopril 4 mg, amlodipin 5 mg, atorvastatin 40 mg, aspirin 75 mg. After the implantation of cardiac pacemaker B-blocker: bisoprolol 5 mg in the morning, ACE-inhibitor: enalapril 5 mg in the evening, statin: rosuvastatin 20 mg in the evening was prescribed.

**Conclusion:** Cardiac pacing in the presence of possible solutions to the problem of arrhythmias and HF it does not cancel, but modifies the medical support of patients

Reliability and quality of modern devices that are based on science and technology, gives confidence to physicians and patients that the number of people who live fully life with pacemaker (ECS) will continue to grow up.

## HEART RATE VARIABILITY IN PATIENTS WITH HYPERTENSION DEPENDING ON THE TYPE OF CIRCADIAN BLOOD PRESSURE PROFILE

*Gorantla S.G.B. Krishna*

V.N. Karazin Kharkiv National University  
School of Medicine, Ukraine

Scientific supervisors: Yabluchanskyi M. I., MD, PhD, Prof.,  
Head of the Department of Internal Medicine;  
Petrenko O., ass. prof.

Arterial hypertension (AH) remains one of the most worldwide health and social problem due to its high prevalence, high risk of complications and the lack of adequate blood pressure (BP) control.

Violation of functioning of the autonomic nervous system, along with heredity and endocrine-metabolic imbalance is an important factor in the formation and progression of the AH. Therefore, the study of autonomic regulation may be the key to understanding the clinical and pathogenetic features of hypertension.

At the present time to assess the state of the autonomic nervous system is widely used study of heart rate variability (HRV). Studies in this area show that increasing the degree of hypertension reduces the overall HRV, increase low frequency (mainly sympathetic) influences, reduce high-frequency (vagal) effects on the heart rhythm.

In accordance with the results of recent studies lack of adequate physiological nocturnal BP reduction or excessive BP lowering at night regarded as an independent prognostic factor for cardiovascular complications in patients with hypertension. One of the possible factors that determine the violation of BP circadian rhythm can be imbalance of different parts of autonomic nervous system.

**Aim.** To study HRV in patients with AH, dependently of BP profile.

**Materials and methods.** 72 patients with AH were examined. The study involved 28 men (39%) and 44 women (61%). Average age  $57 \pm 11$  years.

All patients underwent ambulatory BP (ABPM) and ECG monitoring. ABPM was performed using a computer system "Cardiosens" (HAI Medica, Ukraine) with the oscillometric method of blood pressure measurement. To define the daily profile the nocturnal BP dip was quantified and the following types of daily BP profile were defined: «dipper» - sleep-time relative BP decline 10-20%; «overdipper» - sleep-time relative BP decline > 20%; «nondipper» - sleep-time relative BP decline < 10%; «night-peaker» - sleep-time relative BP decline < 0.

Calculation of HRV was performed after exclusion of artifacts and arrhythmias. From the ECG recordings were isolated 5-minute intervals in the morning, during the rest according to the patient's diary.

For HRV evaluation the frequency analysis method was used, the following indicators were investigated: the total power (TP), the power of the frequency components in the low range (LF) (0.04-0.15 Hz), very low (VLF) (0.003-0.04 Hz) and high (HF) (0.15-0.4 Hz) frequencies, the LF / HF ratio (vagosympathetic balance index).

In each group the average value (M) and standard deviation (Sd) were calculated for each HRV index. The pathological types of circadian blood pressure profile - nondipper, night-picker and overdipper - were compared with physiological type -

dipper - according to the selected index of BPM, as well as pairs of profiles in groups of SBP and DBP, and with normal ranges of HRV in healthy. Software STATISTICA 10.0 was used for data analysis. The significance of differences between groups was calculated using non-parametric test for independent groups - Mann-Whitney U-test. Differences between obtained results and the recommended norms was calculated using t-test for the case of 2 different samples with known standard deviation (TP, HF, LF) and for the case of known population average (L/H).

Results. SBP daily profile type "dipper" was set in 39% of the patients, "nondipper" type - 43%, "night-peaker" type - 10%, "overdipper" - 8%. DBP daily profile type "dipper" was defined in 36% of cases, type "nondipper" - 29%, type "night-peaker" - 4%, "overdipper" - 31%. When comparing HRV in pairs of profiles in groups of SBP and DBP significant differences were not found. When comparing the HRV in groups of various types of daily profile within the selected index ABPM in subgroups of dippers and night-peakers spectral HRV parameters, except the index of vagosympathetic balance were slightly higher in DBP groups, and the values of LF / HF ratio, on the contrary, were higher in SBP groups. When compared HRV with the standards most of the indicators in all groups was significantly different from standard values.

Conclusion. HRV in patients with hypertension with different types of circadian blood pressure profile was significantly different from the recommended standards for healthy population. Existing differences in HRV in hypertensive patients with different types of SBP and DBP daily profiles must be taken into consideration in the diagnosis and management of patients with hypertension.

## URINARY BLADDER CANCER AND A REVIEW OF 786 CASES OF BLADDER TUMOR OVER 24 YEARS IN BENGHAZI\LIBYA

*Hamza Osman*

7th of April hospital (Benghazi\Libya)  
Urology department

Scientific supervisor: Prof. Amin Osman (F.R.C.S.I)

Bladder cancer is a common urologic cancer with high survival rate especially if it discovered during the first stages, as it has a high survival rate it also has the highest recurrence rate of any malignancy.

According to the statistics Bladder cancer is the most common tumor of the urothelium, it is the 4th common malignancy in males and 8th most common cancer in females and 2.9% of all cancers deaths in man and 1.5% in women.

There are many types of bladder cancer:

Transitional Cell Carcinoma: the most common type of bladder cancer and it develops from the cells of the bladder lining. These are called transitional cells.

Squamous Cell Carcinoma: is the second most common cell type Squamous cells are flat cells that make up the moist, skin like tissues lining your body organs. This type of bladder cancer develops from these cells.

Adenocarcinoma: This is a very rare type of bladder cancer and It is usually invasive.

In this work we present bladder cancer with some details about its statistics worldwide, symptoms, diagnosis and treatment and comparing with the 786 patients that we collected data in 24 years about their types of cancer, their ages, sex and their presenting symptoms, site of the tumors, histopathological differentiation and how they treated.

Conclusion. A uniform standard protocol must be formulated for the subcategorization of the bladder tumor and for the selection of the appropriate therapeutic modality with a curative intent.

The protocol must emphasize the need for strict follow up for evaluation of success and/ or pitfall of treatment as well as to assess the causes and consequences of temporal and spatial recurrences in the natural history of the bladder tumor in local population.

## NEUROHORMONAL PECULIARITIES OF ACUTE NON-Q-WAVE MYOCARDIAL INFARCTION FORMATION DEPENDING ON GENDER

*Isa M.A.*

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Scientific supervisor: Gretcko S.I., MD Ph.D

Introduction: Coronary heart disease(CHD) is a leading cause of death globally. It is a well known fact that women develop CHD years later than men, yet the reasons for this are unclear. Myocardial ischemia occurs when the demands on the heart exceed the blood supplied by the coronary arteries. The leading cause of which is: atherosclerosis or blockage of coronary arteries due to accumulation of lipid plaques and/or thrombus. Differences in risk factor distribution between sexes could explain this phenomenon, particularly why men develop acute MI earlier than women.

Aim: To determine several neurohumoral peculiarities of acute non-Q-wave myocardial infarction formation depending on sex.

Method: 43 patients (32% male and 67% female) with a mean age of 57 years having non-Q-wave myocardial infarction were observed in order to study the neurohumoral factors of ischemic cardiac disease (ICD) destabilization.

Blood lipids level was studied using the Paragon electrophoresis Manual device.

Thyroid hormone levels – thyroxine (T3), triiodothyronine (T4), thyrotrophin (TTH), and cortifan as well as estradiol, progesterone and testosterone levels were measured using a radioimmune analyzer.

Results: Initial Total serum cholesterol level (TSC) - 6.51mmol/l and Triglycerides (TG) level – 2.17mmol/l

Lipids haemostasis disorders were more expressed in male patients than in females with respect to TSC: 6.71mmol/l and 6.47mmol/l ( $p>0.5$ ), TG: 2.85 and 1.81mmol/l ( $p>0.2$ ) respectively

Initial levels of high density lipoproteins (HDL) – 40.7%, low-density lipoproteins (LDL) – 26.5+1.5% and chylomicrons – 0.68+0.11%.

The lipid fraction, HDL was higher in male patients than in females; 38.1+2.9% and 29.4+2.2% ( $p<0.02$ ), respectively, whereas the LDL level was relatively lower: 22.1+1.9% and 26.8+1.4% ( $p<0.05$ ) respectively

In general patients with non-Q-wave MI had mean thyroid secretion levels as follows; T3 - 1.61mmol/l and T4 – 120.1mmol/l. Males had a decreased level compared to the females: T3 - 1.53mmol/l and 1.72mmol/l ( $p>0.5$ ) respectively; T4 - 75.3mmol/l and 131.4mmol/l ( $p<0.005$ ) respectively. An increase in the level of TTH to 104.3 IU/l was observed. The mean level of cortisol was 404.3nmol/l, Estradiol - 0.05mmol/l, progesteron - 1.52 and testosterone was 2.84mmol/l.

Conclusion: Changes in the blood lipid spectrum of non-Q-wave Myocardial infarction patients is closely connected with hormonal disorders and participates in Ischemic Cardiac Disease destabilization.

## **HARTMANN'S PROCEDURE AND RECONSTRUCTION PROCEDURE: RISKS AND BENEFITS**

*Iweh Ijeoma C., Kosov E.V.*

V. N. Karazin Kharkiv National University

**Introduction.** The Hartmann's procedure with a proximal end colostomy or ileostomy is the most common operation carried out by general surgeons for management of malignant obstruction of the distal colon. Despite great efforts to treat such surgical conditions with primary anastomosis, Hartmann's operation is preferred in selected cases. It requires, though, secondary reconstruction, which might be associated with complications.

**Background/Aim.** To analyze the risks associated with Hartmann's procedure; ranging from health risks to social risks and to analyze also the risks and complications associated with the reconstructive procedure after the first surgery.

**Materials and Methods.** After studying several reports in V. T. Zaitsev Institute of General and Emergency Surgery, which had conducted the operation, and gone further in performing the reconstructive procedure in 25 patients that have been treated from 2013 till 2016, it was noted that the average age of patients who had the procedure performed was 66 years (age range from 35-92) years with more males (18) than females (7). The reason for which Hartmann's operation was performed in patients was intestinal obstruction stemming from colon cancers. All patients were examined before reconstructive surgery for local cancer recurrence and metastasis.

**Results.** Reconstructive operations were performed in the period from 2 to 12 months after the first operation. In patients, during the postoperative period, the following complications were observed: wound infections (2), pneumonia (1) and stenosis (1). It was also noted that the complications after reconstruction were higher in patients with high morbidity and patients who went earlier than 6 months after the first operation.

**Conclusion.** Hartmann's procedure is still very applicable as both an emergency and an elective surgical process. The rate of complications, especially after reconstruction, is high in patients with high morbidities and so yields best results in patients with less morbidity.

**Keywords:** Hartmann's procedure, reconstruction, complications, morbidity.

## ENDOVASCULAR TREATMENT OF LOWER LIMB ISCHEMIA IN DIABETIC PATIENTS – CASE SERIES ANALYSIS

*Authors: Kaczmarski Mateusz, Gług Wojciech*

Institution: Student Research Group at Department of General ,  
Vascular and Oncological Surgery in Międzylesie Specialist Hospital  
Medical University of Warsaw, Poland  
Supervisor: Kowalewski Radosław PhD, MD

**Introduction:** Lower limb ischemia in diabetic patients is result of macro- and microangiopathic changes and without treatment can result in infections and necrosis of lower extremities, which might require amputations. In order to prevent this, macroangiopathic changes can be treated using Percutaneous Transluminal Angioplasty – PTA.

**Aim of study:** To analyze the effectiveness of treatment of lower limb ischemia below the knee in patients with diabetes mellitus type 2 – DMT II.

**Material and methods:** It was the analysis of medical documentations of 25 patients (age median 69 years, 19 men, 6 women) having lower limb ischemia. In this group there were 11 patients with diagnosed type 2. All of them were treated using PTA. Failure was defined as necessity to performing amputation after endovascular procedure. We also analyzed necessity of reperforming PTA or thrombolysis and occurrence of complications after procedure.

**Results:** Two patients with diabetes underwent amputation after endovascular treatment (8% of whole group, 18% of patients with diabetes). One of them died after amputation due to cardiac arrest. Two patients without diabetes needed revision procedure. There were no post-operational complications.

**Conclusions:** PTA is a safe procedure (no complications found in group) and an effective method of treatment of lower limb ischemia. It treats macroangiopathic changes thus it lowers risk of leg amputation.

The effectiveness of the treatment seems to be lower in DMII patients, however diabetes-associated complications and a small number of patients in this study should be taken into consideration.

## CASE REPORT OF NOONAN'S SYNDROME IN CLINICAL PRACTICE

*Maroun B., Hanan S.*

V. N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine  
School of Medicine

Scientific supervisors: ass. prof. Zolotarova T.V., MD; ass. prof. Brynza M.S., MD, PhD

In 1962, Jacqueline Noonan, a pediatric cardiologist, identified 9 patients whose faces were remarkably similar and who, in addition, had short stature, significant chest deformities, and pulmonary stenosis. Additionally, congenital heart diseases, digestive problems, swallowing difficulties, cryptorchidism, lymphedema, mental retardation and poor coordination, learning disabilities, speech delays, joint or muscle pain, coagulation deficiencies, bluntly ended fingers and keloids have been reported. Over 80% of patients with Noonan syndrome (NS) have abnormalities of the cardiovascular system. Pulmonary valve stenosis (PVS) is the most common. The valve may be dysplastic in 25% to 35% of those with PVS and is often associated with an atrial septal defect (ASD).

The aim. To study features of the process and clinical manifestations of NS in an adult patients.

Materials and methods. A 23 years old male patient who presented to Kharkiv Railway Clinical Hospital № 1 complaining of dyspnea, dizziness, general fatigue for a long period. 15 years ago an endovascular dilatation of PVS was performed due to congenital heart defect. Also he had uncorrected ASD. Physical examination revealed facial dysmorphism, triangular face shaped, small chin, ocular hypertelorism, ptosis, thick helix, incomplete folding ears, low set and widely spaced nipples, webbed neck, low neck-hair line. A genetic disease was not suspected previously. Different laboratory and instrumental test was made in clinic: complete blood count (CBC), biochemical analysis, urinalysis, electrocardiography (ECG), 24h-ambulatory ECG monitoring, echocardiography, ultrasonography of the abdomen. Also he was consulted by of cardiac surgeon-arrhythmologist.

Results. According Van Der Burgt (1997) criteria – definitive NS (criterion 1A+).

CBC showed elevation in red blood cells, hemoglobin, hematocrit values; biochemical analysis, urinalysis were in normal range; ECG showed irregular sinus rhythm with heart rate 48 beats per minute, asymptomatic sinus arrest during in-hale, right bundle branch block morphology, right ventricular hypertrophy with strain. 24h-ambulatory ECG monitoring showed frequent sinoatrial blockades II degree Mobitz 1 and Mobitz 2 with a maximum pause less than 2000 ms. On Echocardiography - signs of mild pulmonary valve stenosis, right ventricle hypertrophy and dilatation, dilatation of right atrium; ASD with left to right shunt. Results of ultrasonography of the abdomen- right nephroptosis. Cardiac surgeon didn't detect indications for pacemaker implantation. Complete clinical diagnosis were made and the necessary treatment was prescribed.

Discussion. The diagnosis of NS is often missed as a childhood, due to the lack of prevalence of the syndrome, insufficient data about it in the literature, difficulties with genetic evaluation, even less data about adult patients with NS. In the

result bleeding disorders, for example, could be missed in such patients (because the symptoms are often mild, such as excessive bruising, epistaxis, or menorrhagia) and bleeding with surgical procedures can be significant. Also insufficient information create difficulties of adequate treatment and prognosis in adult patients.

Conclusion. NS is a genetic disorder and prognosis for recover is an unfavorable. Physicians who specialize in diagnosing and treating heart abnormalities should suspect the possibility of NS in any individuals who have congenital pulmonary valve stenosis, unusual facial features and certain eye abnormalities typically found even in the more mild cases. Patients often require diversified evaluations and regular follow-up care for their identified matters. Certainly, many questions remain unsolved regarding the optimal care of these individuals not only in childhood but throughout adulthood.

## CHRONOTHERAPY OF ARTERIAL HYPERTENSION: A NEW APPROACH TO THE OLD PROBLEM

*Mohammed Hassan Al\_fahham*

V.N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine  
School of Medicine

Scientific supervisors: Yabluchanskyi M. I., MD, PhD, Prof.,  
Head of the Department of Internal Medicine;  
Petrenko O., ass. prof.

Chronotherapy and is one of the main and most developed parts of chronomedicine. Chronomedicine is a separate area of chronobiology, the purpose of which is to improve the existing and develop new methods of prevention, diagnosis and effectiveness of treatment of various diseases on the basis of the human body biorhythms data. The Chronotherapy main task is the development of methods to influence the disease process, taking into account the individual chronobiological characteristics of the patient.

Chronotherapy occupies an important place in cardiology, particularly in patients with arterial hypertension (AH). A disorder of circadian rhythm of blood pressure (BP) is a fairly common phenomenon in AH and makes a significant contribution to the progression of target-organ damage.

The daily fluctuations in BP have a biphasic rhythm and determined by a number of internal and external factors. At night, BP in the vast majority of people is reduced by 10-20% compared with day-time values. To assess the biphasic BP pattern the ambulatory BP monitoring (ABPM) method is widely used. According to the degree of BP night-time reduction, the so-called "sleep-time relative BP decline", the following types of daily BP pattern are distinguished: «dippers» - physiological decrease in BP during the night - sleep-time relative BP decline 10-20%; «overdippers» - an excessive fall in BP at night, sleep-time relative BP decline  $\geq 20\%$ ; «nondippers» - the lack of BP reduction at night, sleep-time relative BP decline  $\leq 10\%$ ; «night-



peakers» - night-time BP more than during daily activity, sleep-time relative BP decline  $< 0$ .

In our previous research it has been shown that frequencies of occurrence distribution of systolic BP (SBP), diastolic BP (DBP) and pulse pressure (PP) daily profile types in patients with AH are significantly different. In the SBP daily profile structure types "nondipper" and "dipper" are dominate, DBP daily profile structure - "dipper" and "overdipper" and PP daily profile structure - "night-picker".

Different incidence ratio of SBP, DBP and PP daily profiles in patients with AH requires that in its diagnosis, management and prognosis the changes in each of them should be taken into account.

The presented Clinical Case demonstrates, how the BP profiles control, using ABPM method, allows to provide the more precise treatment and avoid polypharmacy.

Patient T., female, 59 y.o., presented complaining of BP instability with increasing up to 150/100 mm Hg is accompanied by headache, nausea provoked by stress, weather changes. AH firstly was diagnosed in 2000 in National Institute of Therapy. Last three years took Losartan 50 mg + Hydrochlorothiazide 12,5 mg daily in the morning and Carvedilol 12,5 mg in the evening. In August 2016 on the background of BP of 150/100 firstly occurred chest pain with irradiation to interscapular region, was treated in a day time hospital 7.09.16 – 28.09.16 and was discharged with improvement: chest pain stopped, BP was stabilized on 135-140/85-90 mm Hg. Now takes combined medicine "Tiara-Trio": Amlodipine 5 mg + Hydrochlorothiazide 12,5 mg + Valsartan 160 mg, according to the home BP monitoring SBP varies between 110-140, DBP – 60-105 mm Hg. Physical examination revealed thyroid hyperplasia, abdominal obesity. Lungs were clear to percussion and auscultation. Heart sounds were muffled, heart borders shifted to the left. Laboratory evaluation showed hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia. ECG – heart axis deviation to the left, left anterior bundle branch blockage. EcoCG confirmed LVH presence. ABPM showed the normal level of SBP and DBP during all period of monitoring but with an excessive fall in BP at night – "overdipper" type of BP profile both for SBP and DBP. Based on the principles of chronotherapy there was decided to decrease the dose of antihypertensive meds and to take all of them in the early morning.

Thus, in the management of patients with AH, it is important not only to achieve the target BP levels, but also to preserve its physiologic circadian rhythm. ABPM allows performing comprehensive chronobiology analysis of BP profile in patient real-life conditions for further treatment optimization in accordance with the obtained data about the daily BP fluctuations and variability.

## THE PREVALENCE AND CAUSATIVE FACTORS OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE

*Mohime Joshua Ndubuisi*

V.N Karazin Kharkiv National University,

Faculty of medicine

Supervisor: Nastya Sochneva

**Introduction:** Jaundice is a common sign in clinical settings. It presents as a yellowish pigmentation of the skin, the conjunctival membranes over the sclerae, and other mucous membranes caused by hyperbilirubinemia with total bilirubin > 2.5 mg/dL. Obstructive jaundice occurs when the essential flow of bile to the intestine is blocked and remains in the bloodstream. This might be due to blocked bile ducts caused by gallstones, or tumors of the bile duct which can block the area where the bile duct meets the duodenum. The incidence of obstructive jaundice increases as age advances.

**Concept:** The prevalence of obstructive jaundice occurs after age of 50 years. The age group of 66 - 80 years old is the most affected group. This is consistent with Gameradin et al. who stated that the most affected groups were 45 - 75 and 75 - 95 years old respectively. In a study, biliary stone (in bile duct or gall-bladder) is the first common cause of obstructive jaundice (61.3%) as it obstructs flow of bile which is retained in liver tissue and causes yellow discoloration. The sonographic appearance of stone is characterized by its echogenicity, focal shape and produces sharp acoustic shadowing. A study done by Verna et al. had studied the aetiological spectrum of obstructive jaundice; they reported that malignant obstructive was more common than benign (62.73% vs. 47.27%), carcinoma of the head of pancreas was the commonest. In a recent study, gall stones are more common in females than males (61.33% vs. 27.33%). In the United States the risk for Africa-American M. Gameraddin et al. is over 50% greater than for whites, but the rates in Africa and East Asia are much lower than those in North America or Europe.

**Conclusion:** it is observed that obstructive jaundice involves female more than male. This is consistent with Gameradin et al. and another study confirms that the frequency of obstructive jaundice is higher among female population. The most frequent causes of obstructive jaundice are gall stones. The incidence of obstructive jaundice increases as age advances, this is attributed to deficiency of immunity, and thus the incidence of masses and stones are probably increased. Ultrasound plays a great role in detecting and evaluating obstructive jaundice and it should be the first line of investigation.

## LATE COMPLICATIONS AFTER THERAPY IN PATIENT WITH HODGKIN'S DISEASE

*Monu*

V. N. Karazin Kharkiv National University  
School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Scientific advisor: Babiy O.

**Relevance.** During the past five decades, dramatic progress has been made in the development of curative therapy for hematologic malignancies, including Hodgkin's Lymphoma. The therapy responsible for this survival can also produce adverse long-term health-related outcomes, referred to as late complications, which manifest months to years after completion of cancer treatment. By 15 years follow-up, the majority of deaths are related to treatment related complications while deaths from Hodgkin's disease are unusual. The cumulative excess risk of mortality from causes other than Hodgkin's Lymphoma is mainly related to second malignancies, cardiac disease and lung disorders.

**Goal.** The purpose of this report is to pay attention to the problem of late complications, which develop in remote period after combined therapy (beam and chemotherapy) of Hodgkin's lymphoma on example of illustrative clinical case.

**Patient.** 37 year old female was admitted to cardiologic department. Main complains was about dyspnea during exertion (especially when going uphill or upstairs), even ordinary physical activity cause breathlessness, ankle edema in the evening, face and eyelid puffiness in the morning, palpitations, hypotonia (average blood pressure was 85/55 mmHg). In 1993, when she was fifteen, Hodgkin's Lymphoma of mandibular, cervical, intrathoracic lymph nodes had been diagnosed. The combination therapy had been carried out: chemotherapy (particular regimens and medicines patient currently do not remember) and radiotherapy (bilateral cervical, supra-, infraclavicular, axillar and mediastinal regions). Since 1996 remission occurs, relapses do not observed. Since 2013 dyspnea and ankle swelling bother this patient. She was surveyed in cardiologic center and for the first time was established pericardial effusion. She was prescribed salt restricted diet, ivabradine, torasemide. But treatment compliance is not complete: regular intake was only for torasemide, ivabradine use occasionally. Physical intolerance progressed, and patient sought for medical aid. Cardiovascular system examination revealed soft S1 and S2, systolic murmur over mitral valve, pericardial friction rub along the left sternal border, hypotension (80/60 mmHg) and tachycardia (110 bpm). Marked hepatosplenomegaly was detected. Lymphnodes were not palpable. Rest physical examination was unremarkable. Kreatinine was on the upper limit of normal. Glomerular filtration rate decreased down to 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>. Mild hypokaliemia occurred. Complete blood count, urine analysis, plasma glucose, liver function tests, thyroid hormones fell into normal range. Echocardiography revealed mild pericardial effusion and aortic fibrosis, heart chambers were diminished in size, but myocardial contractility was preserved. Chest CT scan detected lung fibrosis. Abdomen ultrasound revealed hepatosplenomegaly, decrease size of left kidney with cortex thinning.

Final diagnosis: Mild pericardial effusion. Congestive heart failure II FC NYHA. Aortic fibrosis. Pneumofibrosis. Nephrosclerosis. Chronic kidney disease II stage. Hodgkin lymphoma remission .

Despite of therapy pericardial effusion persist by control echocardiography data. Symptoms ceased insignificantly, physical tolerance slightly increased.

Conclusion. In this clinical case was represent the patient who have been treated for Hodgkin's disease, despite being cured of their malignancy, may develop iatrogenic complications that lead to premature mortality. A substantial excess risk of mortality may be attributable to second cancers and cardiac diseases. Multitude of patients have been treated with anthracyclines or chest radiation, both of which may cause cardiovascular and kidney damage. The frequency of long-term complications in patients treated for Hodgkin's disease makes continued follow-up an important part of their care. This follow-up should include efforts to prevent morbidity and mortality by early diagnosis and attention to risk factors. Future treatment regimens for Hodgkin's disease should be designed attempting to minimize these complications.

## EXTERNAL RESPIRATION FUNCTION IN A PATIENT AFTER REMOVAL OF THE MIDDLE AND LOWER LOBES OF THE RIGHT LUNG (PULMONARY COMPENSATORY POSSIBILITIES OF VENTILATION LUNG FUNCTION)

*Nayak S.R., Surya Prabha P.*

V.N. Karazin Kharkiv National University  
School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific adviser: Shevchuk M.I., candidate of medicine, associate professor;  
Skokova N.I., associate professor

Relevance. Bilobectomy of the lungs, the surgical removal part of a lung, elicits a number of anatomical changes within the thoracic cavity that augments the diffusion capacity of the remaining lung. Bilobectomy of the lungs initiates compensatory hypertrophy of the remaining lung tissue that restores normal mass, structure and function. So, How removal part of lung influence to compensatory possibilities of a lung?

Goal. Show of compensatory possibilities of the lungs on the example of a patient after right-sided bilobectomy.

Our patient. The patient, born in 1956, admitted to the hospital with complaints of recurrent dry cough, shortness of breath, headache, dizziness, fatigue, weakness, decreased resistance to physical stress, high blood pressure periodically to 160/90 mm Hg.

Anamnesis morbi: Patient notes recurrence of obstructive bronchitis since birth. At the age of 14 bronchoscopy was performed, year later - right-sided bilobectomy was held in connection with congenital bronchiectasis. Consequently, with a diagnosis of chronic bronchitis she was observed by the pulmonologist, during exac-

erbatations – inpatient treatment at the hospital. The patient didn't follow prescribed treatment, used drugs irregularly.

The diagnosis: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Chronic diffuse bronchitis in remission, condition after right-bilobektomii (1970) about congenital bronchiectasis. Pulmonary fibrosis. Chronic heart disease (CHD). Stable angina II fc. Cardioatherosclerosis. Cerebral atherosclerosis. Arterial hypertension stage III, 2 degree. Heart failure (CH) III f.c. by NYHA. Risk III (high). Encephalopathy 1-2 st hypertensive and atherosclerotic with cephalgic syndrome. Osteohondrosis of cervical spine in a stage of unstable remission. Deforming osteoarthritis with the defeat of the small joints of the feet, hands. Insufficiency of joint function 2 st., Ro 1-2st. Postmenopausal osteoporosis. Angiopathy of the retina in both eyes. Myopia initial stage. Autoimmune thyroiditis, diffuse goiter focal 1 degree. Euthyroidism. (2015.). Peptic ulcer of duodenum state after upper gastrointestinal bleeding 2 st. (2002.). The following studies were performed: clinical analysis of blood - of Hb 143 g / l, er - 4.56 10<sup>12</sup> (signs of secondary polycytemia), lipid profile - hypercholesterolemia, X-ray (2016): A diffuse fibrosis. The contour of the diaphragm on the right flattened, sinus obliterated by spikes. COPD. Condition after surgery on right lung. Spirography (2002): ventilation lung function is not impaired. Discharged with recommendation of observation by local pulmonologist, endocrinologist and cardiologist.

Instrumental investigations can not be assessed outside the individual patient and clinical situation. Thus, despite of compensatory possibilities of lungs of external respiration function is not enough for compensation of lost lung volume and the patient must be considered as a whole.

Key words: COPD, congenital bronchiectasis, right-sided bilobectomy of the lungs, compensatory possibilities.

## **CASE OF TB/HIV CO-INFECTION'S UNFAVORABLE OUTCOME IN DEAF OPIUM DRUG ADDICT FEMALE PATIENT**

*Olha S. Konstantynovska<sup>1</sup>, Ilesanmi Olorunfemi I<sup>1</sup>, Tetyana O. Synenko<sup>2</sup>, Iryna S. Yurchenko<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Department of General and Clinical Allergology and Immunology,  
V.N. Karazin Kharkiv National University

<sup>2</sup> Kharkiv Regional Tuberculosis Hospital #1

<sup>3</sup> Kharkiv Regional Clinical Tuberculosis Dispensary #1

The epidemiological situation of tuberculosis (TB) in Ukraine is extremely unfavorable - Ukraine is among five countries with the highest burden of multiple drug-resistance tuberculosis (MRD-TB). MDR TB was found in 22 % of new cases of TB and in 56 % of re-treated cases in Ukraine, the incident rate of co-infection of TB/HIV is 18 per 100,000 with mortality of 1,2 per 100,000 (WHO, 2015). Among young adults with negative social determinants there are large numbers of TB-cases with "lost to follow-up" outcomes (27,6 %) and "treatment failure" (24,2%). These categories of patients are potential sources of TB infection.

Opium drug addiction problem is very serious in Ukraine. No money, no jobs, the war in Eastern Ukraine, internal migrations are the main boosters of TB/HIV/drug addiction comorbidity.

In January 2017, a 32-year-old female patient was treated in Kharkiv Regional TB Hospital #1. At the moment of hospitalization, she was diagnosed with “HIV with many co-infections”: relapse of TB (RTB, generalized disseminative TB), candidiasis of esophagus, and multiple regional lymphadenitis, in addition to total deafness. The contact and communication with the patient was very difficult – the hospital staff had no idea how to ask questions and get answers. We used just signs and writing, nobody knew sign language.

The patient complained of total apathy, absence of strength, sub-febrile body temperature, enlargement and painfulness of all lymph nodes groups, and pain in the abdomen. It was known that HIV and TB were diagnosed for the first time in 2005, but after ending the continuation phase of TB treatment she was lost to follow up. All these 12 years, she took opium drugs, avoided contact with doctors and did not take any medicines. This time, the patient was transferred from home to the hospital in severe condition.

Objectively: malnourished (32 kg). Peripheral lymph nodes were visibly enlarged, painful on palpation. There were no auscultative changes in the lungs.

Pulse was 100 per 1 minute, with normal sounds of heart.

Abdomen was totally painful, but without peritoneal symptoms. Liver was enlarged by 5 centimeters, constipation for four days.

First line TB drugs, antiretroviral therapy and detoxicating solutions were prescribed.

Condition became better. Nevertheless, after 10 days, intestinal perforation, peritonitis was diagnosed. The patient died.

Autopsy results showed fistula of jejunum, perforation, peritonitis because of pressure sore by the giant conglomerate of enlarged mesenteric lymph nodes.

Severity of this clinical case was complicated with the patient's total deafness, and maybe because of it, the intensity of abdominal pain was interpreted incorrectly.

Conclusions. Co-morbidity TB-HIV is always difficult to treat, but sometimes it is impossible because of low patient's adherence at the beginning of the disease. To improve the effectiveness of TB treatment, it is very important to pay attention to the patients' social factors, to provide prophylactic conversations about importance of regularly taking medicines, impossibilities and dangers of breaking off the course of therapy.

Keywords: tuberculosis, HIV, outcome, autopsy, pressure sore, peritonitis

## HCV-RELATED LIVER CIRRHOSIS AND CHRONIC KIDNEY DISEASE. DIFFICULTIES IN DIAGNOSTICS ON THE EXAMPLE OF A CLINICAL CASE

*Oluwasayo M.*

V.N. Karazin Kharkiv National University  
School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Scientific adviser: Litvin A.S., associate professor

**Relevance.** Hepatitis C virus (HCV) infection is a major cause of chronic liver disease and it is often associated with a number of extrahepatic manifestations including glomerulopathies. Patients with HCV infection have a higher risk of end-stage renal disease, what is proved by number of investigations. Both HCV and chronic kidney disease (CKD) are common and potentially dangerous medical problems throughout the world. Combination of liver and renal insufficiency leads to significant worsening of patient's condition and serious prognosis. Among patients with CKD, HCV infection causes significant morbidity and mortality and results in substantial healthcare costs.

**Goal.** Demonstrate the importance of timely diagnostic and adequate treatment on an example of a real clinical case; evaluate the difficulties in diagnostics on a background of comorbidity on the example of a clinical case.

**Our patient.** A 53 y.o. male, townsman, was hospitalized with nonspecific complaints of general weakness, fatigue, increase of body temperature to subfebrile numbers among with edema of low extremities and face, abdominal distension. Anamnesis morbi: Patient suffers from CKD on a background of chronic pyelonephritis, secondary arterial hypertension for about 15 years. Was treated for many times due to exacerbations. Current worsening lasts for about 2 weeks, previously was treated in another hospital due to pneumonia, where signs of renal failure were evaluated (serum creatinine 321  $\mu\text{mol/l}$ , serum urea 11,2  $\text{mmol/l}$ ) among with anemia (CBC: RBC -  $3,1 \times 10^9/\text{l}$ , Hb - 103  $\text{g/l}$ ). Examination and routine laboratory and instrumental tests confirmed renal and hepatic insufficiency due to CKD and liver cirrhosis. Further diagnostic search evaluated HCV according to results of immunologic blood tests: anti-HCV (S/CO) - 7,4; HCV RNA - positive. Clinical diagnosis: HCV-associated liver cirrhosis, decompensation phase. Ascites. CKD IV, chronic glomerulonephritis. Secondary arterial hypertension. Secondary contracted right kidney. Hypochromic anemia. Ischemic heart disease, cardiosclerosis. After proper diagnostic patient received adequate therapy, his condition improved. Still, even after the provided therapy the results of treatment leave much to be desired due to chronic organic insufficiency. Discharged with recommendation of observation by local nephrologist and gastroenterologist.

**Conclusions.** Diagnosis of CKD in combination with HCV-associated cirrhosis is a serious challenge both for MD and patient. It's exceptionally important to provide a timely evaluation of such diagnosis and modern appropriate therapy. Our clinical case represents such an information on an example of a real patient, and stresses the importance of an attentive diagnostic search. It is obvious that timely diagnosis of hepatitis C and it's timely treatment would prevent development of such compli-

cations as HCV-related liver cirrhosis and CKD, what would significantly improve the patient's life quality and prognosis.

Keywords: CKD, HCV, liver cirrhosis, renal insufficiency.

## PREVENTION, INTERVENTION AND POSTVENTION OF SUICIDES

*Owoeye Samuel Oluwatimileyin*

V. N. Karazin Kharkiv National University

**Introduction:** Suicide, in its simple sense is the act or an instance of taking one's own life voluntarily and intentionally via different means of self-inflicted damages. Suicide is the third leading cause of death among 15-24 year olds. It is now the tenth leading cause of death in America. In the month prior to their suicide, 75% of elderly persons had visited a physician and over half of all suicides occur in adult men aged 25-65. Males are four times more likely to die from suicides than are females and more teenagers and young adults die from suicide than from cancer, heart disease, AIDS, birth defects, stroke, pneumonia and influenza, and chronic lung disease, combined. Suicide is the leading cause of death among people who abuse alcohol and drugs.

**Concept:** Prevention, Intervention and Postvention (PIP) are the three areas of focus when working in the area of suicide. They can be understood as the before, during and after experiences of thoughts of suicide, attempts or death. Everyone has a role and contribution to preventing suicide in one or more of these areas. Prevention is the umbrella in working toward reducing deaths by suicide; increasing awareness, eliminating stigma, knowing what to do in the event that you or someone you know experiences thoughts or behaviours associated with suicide. It's having the skills, awareness, before someone is in crisis. In preventing suicide, intervention and postvention are components toward the goal of reducing suicides. Intervention includes coping and intervening in the event that you or someone you know is experiencing suicidal thinking or behaviours. Postvention includes the skills and strategies for taking care of yourself or helping another person heal after the experience of suicide thoughts, attempts or death.

**Conclusion:** Suicides are the most preventable cause of death and deserve the attention and commitment of society as a whole, not just specific groups or individuals, including the families who have been directly touched by their own tragic losses. At least seven individuals ( though often many more) are immediately and intimately affected by each loss through suicide. This number continues to grow and adds to those survivors who are left with unanswered questions and who struggle to make sense of what seems to be a senseless act. Understandably, hoping no one else would ever endure this kind of pain.



## MENSTRAL SYNCHRONIZATION

*Owoeye Samuel Oluwatimileyin*

V. N. Karazin Kharkiv National University

Medical faculty, Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology

Supervisor: Osypenko A.A., Ph.D.

**Introduction.** Synchronized menstrual periods known as the McClintock effect, or the dormitory effect, is a theory that proposes that the menstrual cycles of women who live together (such as in prisons, convents, bordellos, or dormitories) tend to become synchronized over time.

Menstrual synchrony is the process whereby women who begin living together in close proximity experience their menstrual cycle onsets (i.e., the onset of menstruation or menses) becoming closer together in time than previously.

**Purpose of the research.** is to study menstrual synchronization among females living together or having close proximity and the differences in the degree of menstrual synchronization between African and Ukrainian females.

**Materials and methods.** Different methods of research were used, such as: theoretical (comparative analysis, a systematic approach to the analysis of a phenomenon, modeling); empirical method (use of a questionnaire); and mathematical and statistical methods (Microsoft Excel).

The questionnaire was developed by the author and consists of 12 questions about the issue. Oral interviews and several observational studies. The answers, provided by the participants, are mostly "yes/no" and connected with the time intervals when the events occurred. Oral interviews and several observational studies. 60 female subjects were involved, 30 Ukrainian girls and 30 African girls with age ranging from late teens to early twenties.

**Results.**

1) Time Vs Same menstrual cycle

A: 0-6 months – 8,3% of participants noticed that they menstruate at the same time during less than 6 months of living together

B: 6-12 months together – 13,3%

C: *more than 1 year together* – 45%

D: no close friends or no changes – 31,7%

E: no answer -8,3%

2) Length of menstrual period before and after close proximity

A: 20% - length of menstrual period is the same

B: 46,7%! - *length of menstrual period is different*

C: 33,3% - didn't give any answer

3) Regularity of menstrual cycle Vs Changes in menstrual cycle

A: 63,3%! - *had regular menstrual cycle before but noticed changes now*

B: 3,3% - had NOT regular menstrual cycle before and noticed changes now

C: 31,7% - had regular or not regular menstrual cycle before and didn't notice any changes after

D: 1,7% - didn't give any answer.

## 4) Use of hormonal contraceptives Vs Changes in menstrual cycle

A: 1,7% - were using hormonal contraception and noticed changes in menstrual cycle

B: 65%! - were NOT using hormonal contraception and noticed changes in menstrual cycle

C: 5% - were using hormonal contraception and didn't notice any changes in menstrual cycle

D: 26,7% - were not using hormonal contraception and didn't notice any changes in menstrual cycle

### Differences between ukrainian and african girls' menstrual synchrony results (comparative analysis)

	Foreign students	Ukrainian students
<b>1) Term of friendship Vs Changes in menstrual cycle</b>		
Group A: 0-6 months together	16,7% (foreign students live together in a hostel with their friends)	0% (Ukrainian students live with their families at home)
B: 6-12 months together	16,7%	10%
C: more than 1 year together	46,7%	43,3%
D: no close friends or no changes	13,3%	46,6%
Without the answer	6,7%	0
<b>2) Same menstrual cycle Vs Term of changes</b>		
A: 0-6 months together	0%	0%
B: 6-12 months together	56,7% (noticed that they menstruate at the same time before 1 year of living together)	23,3%
C: more than 1 year together	23,3%	30% (noticed that they menstruate at the same time 'living together' more than 1 year)
D: no close friends or no changes	0%	0%
Without the answer	20%	46,7%
<b>3) Term of friendship Vs Same menstrual cycle</b>		
A: 0-6 months together	16,7%	0
B: 6-12 months together	16,7%	10%
C: more than 1 year together	46,7%	43,3%

D: no close friends or no changes	16,7%	46,7%
Without the answer	3,3%	0
<b>4) Knowledge about menstrual synchrony Vs Interest in it</b>		
A: know about menstrual synchrony and want to know more	0	0
B: don't know about the menstrual synchrony and want to know more	16,7% (foreign students are not ready to talk about such kind of topic because of shyness)	80% (Ukrainians are more confident when talk about personal)
C: don't know and don't want to know	83,3%	13%
Without the answer	0	6,7%

Discussions: For the first variety of result, females started experiencing menstrual synchrony after few months (less than 6months) of close proximity depending on environmental and social factors. The longer the time the females stayed together, the higher the tendency to have synchronized menstrual periods. Also noted from the result is the changes with the length of menstrual period after experiencing menstrual synchrony, which in most cases, the days increased more than before usually in the range of 4 to 5days. Few ladies using contraceptives could not experience menstrual synchrony because of the unstable hormonal secretion and menstrual periods. Another interesting thing worthy of note is the comparative analysis of menstrual synchrony between Ukrainian and African females. It was noted that African girls experience menstrual synchrony faster (within the first six months) than Ukrainian girls because the formal stay in hostel while the latter live with their parents at apartments, so there's no room for close proximity with their friends except in school where there is only limited time to have close contact. The longer the time, the more synchronized the menstrual cycle of Ukrainian girls are. In general, African girls(80%) experience menstrual synchrony more than Ukrainian girls(53.3%).

Conclusions. From this research, it was clearly verified that females who have close proximity as roommates or close friends for a long time experience menstrual synchrony. This simply indicates that there's a biochemical communication of a substance called pheromone secreted from a girl and transferred to the system of her close friend, acting on her hypothalamus, altering the menstrual cycle till it synchronizes with the donor's menstrual period. The longer the time the females stayed together, the higher the tendency to have synchronized menstrual periods. Contraceptives disturb menstrual synchrony because of hormonal imbalances. Environmental and social factors have got some roles to play in experiencing menstrual synchrony. Factors like diet, culture and traditions and individual lifestyles have all summed up the reasons why some discrepancies of menstrual synchronization are observed in females from different nations and continents of the world.

## IMPACT OF LEARNING ENVIRONMENTS ON THE PHYSICAL DEVELOPMENT OF KHARKIV TEENAGERS

*Periyasvami Satishkumar, Shvets A.N., Shvets Y.N.*

V. N. Karazin Kharkiv National University  
Medical faculty, department of hygiene and social medicine  
Scientific supervisor: Shvets A.N.

**Introduction.** Physical development (PD) of today's schoolchildren are influenced by various factors. The study showed that the number of teenagers with no abnormalities in their PD was significantly higher in health promoting school while the number of overweight students there was significantly lower.

**Relevance.** PD in childhood and adolescence still remains an important area of research. Adjustments in teaching help to improve the quality of knowledge, to motivate the child to choose a future profession. Innovative practices introduced at schools are often accompanied by health problems in teenagers, including functional deficits and diseases.

**Objective:** to investigate how new learning and teaching practices influence PD of modern children in Kharkiv schools.

**Materials and methods.** The study was conducted in 2011-2016. The study included 1585 schoolchildren aged 15–17 of 35 secondary schools of Kharkiv. Statistical analysis was performed using the application package MS Excel.

**Results and discussion.** The comparative analysis of PD of schoolchildren showed that the number of teenagers with no abnormalities in their PD was significantly higher in health promoting school. The numbers of children with no abnormalities in their PD and body weight deficit in schools with advanced courses were comparable; the number of overweight children was 1.3 times lower.

**Conclusions.** This study revealed a number of factors that have a negative impact on the PD of schoolchildren. The results of this work helped to elaborate recommendations for preventing abnormalities in the PD of schoolchildren that can be used by medical personnel and schoolchildren.

**Keywords:** physical development, health promoting schools, physical activity

## PECULIARITIES OF EBOLA VIRUS IN NIGERIA

*Princess Sule*

Supervisor: Olga Merkulova, PhD

Ebola virus disease is one of the deadliest pathogens known to man, with rate between 25-90% depending on its species and outbreak of Ebola. Ebola virus causes Ebola Virus Disease (EVD) formally known as Ebola Hemorrhagic Fever. Ebola virus disease outbreaks occur primarily in remote villages of Central & West Africa, near tropical rain forests.

Ebola virus disease was named after a river in the Congo where it was first found. Ebola has appeared sporadically since it was first discovered in 1976. The virus is transmitted to humans from wild animals and spread in human population through human to human contact.

It belongs to the Family Filoviridae and has 5 distinct sub-species namely: Cote d'Ivoire (Ivory Coast) Ebola virus; Reston Ebola virus; Sudan Ebola virus; Zaire Ebola virus; Bundibugyo Ebola virus.

The mode of transmission into human population is through contact with blood, secretions, organ or other body fluids of infected animal or persons.

Ebola is characterized by sudden onset fever, intense weakness, muscle pain, headache, sore throat, maculopapular rash, followed by vomiting, diarrhea, abdominal pain, shortness of breath and chest pain impaired kidney and liver function etc. This disease may also affect the Nervous System.

A number of neurologic complications can occur after Ebola, such as seizures, hallucinations, meningitis and coma, memory loss, headaches, cranial nerve abnormalities and tremor. The incidence of neurologic manifestation is unknown, but brain hemorrhage and post infections syndrome have been reported in viral hemorrhagic fevers. Ebola may also persist in some immunologic privileged sites, including the central nervous system and can rarely lead to relapse in disease and individuals with neurological symptoms have a higher risk of death.

The first case of the disease in Nigeria was seen on the 20th of July 2014 when an infected Liberian man arrived Nigeria's Lagos airport. Since then a total of 28,637 (according to WHO) has been recorded and 11,315 deaths in the region of West Africa.

In conclusion, although the Ebola virus disease took the nation of Nigeria and the region of West Africa by surprise as they were both unprepared and overwhelmed by this disease, the nation has grown from this experience and would definitely be well equipped/ prepared to face any of such cases in the future.

## **MASSIVE PULMONARY EMBOLISM CLINICAL CASE WITH HAPPY ENDING**

*Rahul Mandal, O.Makharynska*

V.N. Karazin Kharkiv National University  
School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
Internal medicine department

A 73-year old man was admitted by ambulance in the Hospital with complains on sudden severe dyspnea in the slightest physical exertion, periodical burning pain in the heart area without clear connection with physical exertion ~ 15 min duration. All complains started a day ago, in anamnesis morbi remarkable were myocardial infarction in 2009, transition ischemic attack in January 2016, arterial hypertension for many years. Preliminary diagnosis of unstable angina with community-acquired pneumonia was done because of appearance of significant leukocytosis ( $19,5 \cdot 10^9/l$ ), with left-side shift in CBC, symptoms and anamnesis morbi data of the

patient, who haven't took medication as it was needed: BR was 20-22 in min, HR around 120 bts in min, BP 110/90, low extremities - without significant changes. Troponin I level were in the normal ranges, there were no specific changes in the Chest X-ray patient's data but ECG strip showed specific for Pulmonary embolism (PE) S1Q3T3 pattern (McGinn-White sign) and QR pattern in V1 lead. Echocardiography identified dilation of the right heart chambers, tricuspid valve regurgitation I degree with presence of floating clots in the cavity of the right ventricle. Having regard to presence of sudden severe dyspnea, appearance of pulmonary embolism patterns on ECG and clots on echocardiography were prescribed CT pulmonary angiography. CT findings were: in the main branches of the pulmonary artery seen defects of contrasting thicknesses up to 15 mm on the right and 11 mm on the left, which is spread on all lobular and segmental branches of the pulmonary artery with subtotal or partial occlusion of the lumen with visualized subpleural areas of lung parenchyma lightening by the type of "frosted glass" (see. In the right atrium are visualized defects of contrasting with dimensions of 35 \* 22 mm. Massive PE is life-threatening disorder. The overall mortality rate associated with massive PE remains at approximately 30% (Yalamanchili K et al. Ann Thorac Surg 2004). This patient Pulmonary Embolism Severity Index was 303 points (Class V, Very High Risk: 10.0-24.5% 30-day mortality in this group) but patient has survived and still is alive. Among the survival factors in this case could be clinically stable hemodynamics and prescription of enoxaparinum injection from admission day.

## EARLY ONSET SCHIZOPRENIA: DIAGNOSTIC AND TREATMENT CHALLENGES

*Rawan Iraqi*

V.N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine  
School of Medicine  
Scientific Supervisor: Ass. Dmitry Dymshyts, MD

As a consequence of its premorbid impairments, insidious onset, and relative treatment resistance, childhood-onset schizophrenia (COS) presents clinicians with a number of diagnostic dilemmas and treatment challenges.

Characterized by the onset of psychosis before the age of 13 years, COS is typically preceded by behavioral and cognitive symptoms that overlap with features of autism spectrum disorders, affective and disruptive behavior disorders, and speech and language disorders. Premorbid and comorbid psychiatric disorders make the diagnosis of COS a challenge and its treatment complicated. Persons with COS appear to have the poorest outcome among those in whom schizophrenia is diagnosed, so early detection of and intervention for COS may be important to maximize the impact of treatment for children and their families.

COS occurs in fewer than 1 in 10,000 children<sup>1</sup> and fewer than 1% of patients with schizophrenia receive this diagnosis in childhood.<sup>2</sup> The ages and rates at onset are similar in boys and girls.

The diagnosis of COS requires the presence of persistent hallucinations or delusions, disorganized speech and behavior (positive symptoms), and/or lack of developmentally appropriate affect and goal-directed behaviors (negative symptoms) for at least 1 month, and enduring impairment for at least 6 months. The current criteria in DSM-IV-TR for the diagnosis of COS are identical to those for a diagnosis of schizophrenia in adults with only one modification, namely, a child's failure to achieve an expected level of interpersonal, academic, or occupational achievement, which may replace a deterioration in function. There is no minimum age requirement for COS, and therefore, it can be diagnosed in very young children who meet the above criteria. However, it is rarely diagnosed before preschool age.

Children with COS often fail to acquire the necessary social skills to fit in with same-age peers and frequently end up isolated. Significant rejection from peers, isolation from sports and other social activities, and generalized confusion and fear may emerge and permeate daily life.

Treatment strategies focus on alleviating positive and negative symptoms, reducing long-term morbidity, and preventing relapse. Clinical experience supports a combination of psychopharmacologic and psychosocial interventions to address the treatment needs in COS.

#### Psychopharmacologic interventions

The available studies, as well as anecdotal clinical experience, suggest that response to antipsychotics in children with COS is less robust than in adolescents or adults with schizophrenia. Current pharmacologic research for COS is focused on identifying antipsychotic agents that provide optimal efficacy without significant adverse events. Atypical antipsychotics, including risperidone, olanzapine, and clozapine, have been shown in randomized clinical trials and open trials to be efficacious in the treatment of COS; however, significant adverse effects, including weight gain, extrapyramidal adverse effects, and metabolic abnormalities, have occurred.

The superiority of clozapine over typical and atypical antipsychotics was shown in 2 randomized clinical trials for the treatment of COS; however, the use of clozapine was associated with serious adverse events such as tachycardia, hypertension, cardiac and lipid abnormalities, agranulocytosis, seizures, and nocturnal enuresis.

In a 1-year open-label trial of olanzapine for the treatment of COS, positive symptoms improved after 6 weeks and negative symptoms showed improvement after 1 year of treatment.<sup>22</sup> Adverse effects included increased appetite and weight gain,<sup>23</sup> sedation,<sup>24</sup> GI symptoms, headaches, agitation, liver function abnormalities, and sustained tachycardia.

Pharmacologic treatment for COS remains an area of active research with 2 large ongoing multisite trials. The Early Onset Schizophrenia Study is investigating newer atypical antipsychotic agents. Preliminary open-label data suggest that ziprasidone was beneficial in approximately 13 of the 40 patients with COS after 12 weeks of treatment, with a mean final dosage of 118 mg/d. In over 1 year of this study, 50% of patients gained weight but no significant ECG changes occurred. The preliminary data suggest that ziprasidone may be useful in the treatment of COS.

Early-onset schizophrenia typically has a poor outcome. Early detection and specialised treatment for the first psychotic episode appear to be more effective at improving long-term functional outcomes in people with early-onset schizophrenia as

in those with adult-onset schizophrenia. This possibility and the reasons for it need further investigation.

As you can see Early-onset schizophrenia (childhood-onset schizophrenia) is quite a challenging condition. While adult onset schizophrenia (AOS) has been studied in great detail for many decades, research on Early-onset schizophrenia is still more limited. This way this disorder requires more researches and trials development, improvement in diagnostics, psychoeducation and treatment processes.

## TYPES OF ORTHOSTATIC REACTIONS OF SYSTOLIC BLOOD PRESSURE IN HEALTHY VOLUNTEERS

*Sangita Gautam*

V.N. Karazin Kharkiv National University  
School of Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific advisers: Yabluchanskyi M.I., Doctor of Medicine, PhD, Full Professor,  
Head of the Department of Internal Medicine;  
Zhuravka N.V., Assistant of the Department of Internal Medicine

**Objective:** To study the incidence of different types of orthostatic reactions (OR) depending from changes of systolic blood pressure (SBP) during the active standing test (AST) in healthy volunteers to develop proposals to improve diagnostic efficiency. AST, as a way to influence on the venous return of blood to the heart, allows us to study the compensatory hemodynamic and autonomic changes, and thus judge the function of the circulatory system.

**Materials and Methods:** On the polyclinic № 24 examined 63 healthy volunteers (51 men and 12 women), aged (23,  $7 \pm 3$ , 9) years. We take into account the raw data of blood pressure. The study was conducted in the morning, 24 hours before it was limited to the use of coffee, alcohol, medication, and after 30 minutes physical activity. Blood pressure was measured by the method of Korotkov by tonometer Microlife BP AG120 in a lying position after 5 minutes of rest, and after 3 minutes after the transition to a standing position. As a result of measurement of SBP in the AST in the supine position and in the third minute after a transition from a lying position to a standing position healthy volunteers are assigned to one of three types of orthostatic reactions SBP: Type 1 - hypertonic (increase SBP by more than 5%); Type 2 - isotonic (SBP changes within  $\pm 5\%$ ); Type 3 - hypotonic (SBP decrease by 5% or more). For statistical evaluation used parametric criteria (mean - M and the standard deviation - sd).

**Results:** In the transition from a lying position to a standing position in 38% of healthy volunteers had an increase SBP in 48% of healthy volunteers did not change systolic and 14% of healthy volunteers had reductions in SBP. Hypertonic type reaction SBP in women (50%) is more common than in men (31%). Hypotonic type is less common in men (14%), there is less likely than women (8%). Isotonic common type in men (55%) is more likely than women (42%).



Tab №1

**Distribution of healthy volunteers into groups OR SBP considering factors age and gender (% ,  $M \pm sd$ ):**

Indicators		Types of orthostatic reactions		
		Hypertonic	Isotonic	Hypotonic
Total		14%	48%	38%
Age		23,7 ± 3,8	23,8±9,7	23±9,6
Gender	Men	14%	55%	31%
	Women	8%	42%	50%

Conclusions: These data indicate the prospects of AST in the diagnosis of cardiovascular diseases, based on a study of the average values of parameters in healthy volunteers. There are three types of OR in healthy volunteers: hypertonic - (14%), isotonic - (48%), hypotonic - (38%). Changes in body position can have marked effects on the circulatory system. These reactions are designed to maintain a certain level of systolic blood pressure in the changed circumstances. This indicates the possibility of widespread use AST for the diagnosis of the regulation of the cardiovascular system.

## ACTUAL COURSE OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS IN CHILDREN

*Sekar Sanjay, Chaudhary Shikha*

V. N. Karazin Kharkiv National University  
School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
The scientific supervisor: Dr. Nataliya O. Panko, PhD,  
Assistant Professor of Department of Pediatrics

Introduction: Systemic lupus erythematosus (SLE) is a rheumatic disease characterized by autoantibodies directed against self-antigens, immune complex formation, and immune dysregulation, resulting in damage to essentially any organ. The use of corticosteroid therapy in the 1950s resulted in improvement in 5-year survival from 5% to 70%. Mortality rates rise over time, with the major causes of death being infection, nephritis, central nervous system disease, pulmonary hemorrhage, and myocardial infarction. Early diagnosis and treatment can decrease mortality rates.

Aim: The goal of our research was to determine the actual course of SLE in children.

Methods: The study involved 12 children with SLE aged from 7 to 18 years. There were 1 male and 11 females with disease duration from 7 month to 11 years. Half of them had anamnesis of disease more than 5 years. Assessment of children were based on physical and laboratory examination, which included clinical, biochemical, immunological analysis of blood, instrumental tests, such as electrocardi-

ography, echosonography of internal organs and joints. For the statistic processing of the material Stagraphics 3.0 Student-Fischer test was used.

Results: Onset of disease was characterized by nephritis in 33% of cases; malar rash and arthritis in 25 %, about 8 % of patients were presented with neurological disorders and nasal bleeding. 67 % of children complained about weakness, 33 % of them had fatigability. Most of the patients had headache. 1/3 of patients had arthritis and about 17 % of cases included only arthralgia. Antiphospholipid syndrome was determined in 33 % of children. Trophic disturbances, such as mucosal ulcers and alopecia, were diagnosed in 8,3 % of the patients. Heart involvement was present frequently: 42 % - myocarditis and 8 % - pericarditis. Some children with SLE had Raynaud's phenomenon (33 %). Most cases included increased antinuclear and ds-DNA antibodies.

Conclusion: With modern treatment available these days, there has been a considerable decrease in the death rate in SLE patients compared to the past few decades. But clinical symptoms, which is important for SLE diagnosis, persists in spite of treatment.

## THE TREATMENT OF HEART FAILURE IN A PATIENT WITH INFECTION ENDOCARDITIS ON CONGENITAL BICUSPID AORTIC VALVE

*Sharif B.J.R.*

V. N. Karazin Kharkiv National University  
Medical faculty, Kharkov, Ukraine

Scientific advisers: ass. prof. Liuta Ie.A., ass. prof. Oktiabrova I.I.

The relevance of the topic: Congenital heart defects targeted for infectious complications with the development of chronic heart failure (CHF), which significantly impairs the quality of life of patients and worsens the prognosis. Currently remains the only effective surgical treatment with implantation of prosthetic valves and further medical support.

Materials: Man, 29 years old, a resident of the city in history: congenital heart disease (bicuspidal aortic valve). After suffering a sore throat in December 2013, he had complaints on fatigue, dyspnea (paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)), tachycardia, dizziness, swelling of lower limbs. In February 2014 on EchoCG were found vegetations on the aortic valve with predominance of insufficiency and, according to the diagnostic criteria of the Duke, was diagnosed: Infective endocarditis of the aortic valve, acute phase. Septicaemia (Str.pneumoniae). AV insufficiency III degree. MV insufficiency II degree. Congenital bicuspid aortic valve. HF IIB st., II FC. The patient underwent antibiotic therapy with complete eradication of the infection. But despite a full recovery and the absence of infective endocarditis, heart failure was progressed. According to the repeated EchoCG was found the progression of aortic valve regurgitation to III stage and for the first time revealed associated mitral valve insufficiency III degree. To prevent the progression of heart failure in September of 2014 was made prosthetic aortic and mitral mechanical valves followed by the ap-

pointment of lifelong anticoagulant therapy. In the early postoperative period the patient developed clinical death due to complete AV block, for correction of which as urgent procedure was implanted pacemaker. After discharge, the recommended treatment includes anticoagulative therapy, prevention to pacemaker-associated arrhythmias with beta-blockers, diuretics and ACE inhibitors. Through this therapy, the patient's condition has improved. Heart failure is fully compensated.

Conclusions: Timely combined tactic of management of patients with valvular heart disease, despite increased risk of complications, and commitment to treatment greatly improve prognosis and facilitate to full compensation of heart failure.

## CLINICAL COURSE AND MANAGEMENT OF A PATIENT WITH ACUTE PERICARDITIS

*Tandzile Dlamini*

V.N Karazin Kharkiv National University

School of Medicine, Kharkov, Ukraine

Scientific advisor: Babiy O.

Relevance. Pericarditis occurs in every category of disease, common and exotic: acute, recurring and chronic pericarditis can be differentiated. To avoid misdiagnosis which can lead to therapeutic mismanagement, pericarditis must not be mistaken for other syndromes of pericardial diseases. The etiological and clinical spectra of acute pericarditis change frequently and some classic assumptions and descriptions are outdated.

Goal. To reveal clinical course and management of patient with acute pericarditis on an illustrative clinical case, which is an example.

Patient. 46 years old male admitted in the cardiologic department. Main complaints were dull, aching pain in retrosternal region of the chest with radiation to the cervical spine, shoulders, interscapular area. Pain is persistent and three weeks duration. Pain becomes worse on inspiration and supine position. Occasionally patient notices palpitations. Other symptoms included: weakness, fatigue, high grade fever (up to 39,5°C), body weight loss up to 2 kg. Three weeks prior to presentation, patient had been exposed to cold, since that moment in patient developed low grade fever (up to 37,5°C) and pain in the heart region. Patient thought he had caught the cold, and had been using NSAIDs to relief symptoms. However, symptoms were not reduced, and fever gradation increase up to 39,5°C. General practitioner had prescribed for patient antibiotics. Five days of treatment were not effective and patient had been referred to cardiologist. On examination he had fever (39.5°C) and tachycardia (100 bpm). The point of apex beat is diffuse (3 cm in diameter), impulse is diminished force, unchanged location (palpated in the 5th intercostal space, 1,5 cm toward the sternum from left midclavicular line). S1 and S2 are soft; diffuse holosystolic grade 3 murmur best heard at the apex. Signs of inflammation included raised level of C-RP, neutrophilic leucocytosis, increased ESR. Procalcitonin level indicates low risk of severe sepsis and/or septic shock. Signs of cardiomyocyte damage, thy-

roid dysfunction were not elicited. Blood culture findings were diverse; it likely to be due to inappropriate blood sampling. Serum PCR infection identification showed low viral load of herpes simplex virus type 1, 2 and cytomegalovirus, but data were not sufficiently convincing for viral etiology of pericarditis. ECG on the date of admission showed sinus rhythm, 89 bpm, normal heart axis, PR-segment depression in II, III, AVF, and PR-segment elevation in AVR, T waves flattened. Echocardiography on the date of admission revealed signs of mixed serous-fibrinous pericardial effusion, mild severity. Thyroid ultrasound showed goitre II-III degree with hyperaemia and diffuse changes of parenchyma. Abdomen ultrasound revealed splenomegaly with diffuse changes of parenchyma. Chest X-ray revealed heart is enlarged, left border is displaced to the left. Chest CT scan revealed pericardial sac with fluid with max thickness up to 20 mm. Endocrinologist diagnosed him with diffuse goiter I degree, euthyroidism and condition does not require any correction at the present time.

**Final Diagnosis.** Main disease: Acute idiopathic serofibrinous (seroplastic) pericarditis with small amount of effusion. Complication: Inflammatory splenomegaly. Concomitant: Diffuse non-toxic goiter grade I.

In this instance positive trend of illness against the background of the conservative therapy: symptoms abated, body temperature turned into normal, lab results were normalized, second echocardiogram after treatment revealed reduction of effusion occurred.

**Conclusion.** The clinical case displayed particular features of the acute pericarditis: course of disease, diagnostic consideration, treatment recommendations. In 15% to 30% of patients with acute pericarditis recurrence may develop. The risk of recurrence is higher for women and for patients who do not have a response to initial treatment with NSAIDs. It is important to provide medication that will prevent complications during the conservative therapy such as gastro protectors and medication against fungal infection.

## LIVER FUNCTION IN CHILDREN WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS WITH DUE REGARD TO DISEASE DURATION

*Vineet Saurabh, Gorantla S.G.B. Krishna*

V. N. Karazin Kharkiv National University  
School of Medicine, Kharkiv, Ukraine  
The scientific supervisor: Dr. Nataliya, O. Panko, PhD,  
Assistant Professor of Department of Pediatrics

**Introduction.** Systemic lupus erythematosus (SLE) is referred to be as an autoimmune inflammatory connective tissue disorder, which is caused by production of auto antibodies and leads to tissue inflammation through immune complex and complement activation mechanisms, resulting in damage to essentially any organ. The life of patients with SLE was improved in 5-year survival from 5% to 70% because of adrenocorticotrophic hormone treatment. Liver has important role in proteins metabolism and inflammatory process.

**Objective.** Assessment of liver function in children with SLE with due regard to disease duration was goal of our research.

**Materials and methods.** The study involved 12 children with SLE aged from 7 to 18 years. There were 1 male and 11 female with disease duration from 7 month to 11 years. Patients were divided for 2 groups according to disease duration. Into the 1st group cases with disease anamnesis up to 5 years were added and 2nd group contained patients with disease duration from 5 to 11 years. Assessment of children were based on physical and laboratory examination, which included clinical, biochemical, immunological analysis of blood, instrumental tests, such as electrocardiography, echosonography (US) of internal organs and joints. Liver function was investigated by measurement of alanine aminotransferase (ALAT), aspartate aminotransferase (ASAT), haptoglobin, triglycerides, gamma glutamine transferase (GGT), apolipoprotein-A (Apo-A), a2-macroglobulin, cholesterine levels. The equation for calculating the FibroTest score regression coefficient had been done according U.S. patent 6,631,330. For the statistic processing of the material Stagraphics 3.0 Student-Fischer test were used.

**Results.** According physical examination and US 33 % of patients had enlargement of liver in both comparative groups. In 25 % of cases liver enlargement was determined by US only. The level of a2-macroglobulin, Apo-A, total bilirubin did not depend on duration of disease and was within normal limits. 8 % of children with SLE had increased GGT content, which most probably caused by damage of liver cellular membrane under the autoimmune inflammation. Frequency of increased rate of haptoglobin was the same in the both groups (17 %) and also was associated with prolonged inflammatory process. Half of patients in both groups had increased level of cholesterine and 17 % of children were presented with increased triglycerides rate. It can be assessed as a risk of yearly development of atherosclerosis. In spite of involvement of liver, which was proved by physical examination, US and biochemical tests, nobody from investigated patients had not fibrosis (corresponding to Fibro Test).

**Conclusion.** According results of our research, children with SLE have risk of atherosclerosis development. Liver function damage does not depend on SLE duration. Liver fibrosis was not diagnosed in patients with long duration of disease.

## **LAPAROSCOPIC RESECTION OF RIGHT AND TRANSVERSE COLON AS A METHOD OF TREATMENT OF SYNCHRONOUS COLON CANCERS – CASE REPORT ANALYSIS**

*Wojciech Gług, Mateusz Kaczmarek*

Student Research Group at Department of General and Vascular Surgery in Międzyzylesie Specialist Hospital, Medical University of Warsaw  
Supervisor: Jakub Radziszewski PhD, MD

**Background:** Diagnosis of synchronous cancers of colon is confirmed when two or more primary tumours of large intestine are found. About 3.5% of patients affected with colon cancer are diagnosed with synchronous tumours. This disease is

more likely to occur in patients suffering from inflammatory bowel disease and genetically predisposed for the colon cancer.

Differentiation between synchronous cancers and metastases is significant for choosing proper treatment. Number of tumours, presence of metastases and severity of disease are essential to qualify patient for the surgical procedure, chemotherapy or radiation therapy.

Case report: Patient, a 44 years old male was referred from the outpatient clinic to the surgical department due to tumours found during colonoscopy. First tumour was found in distal transverse colon, second in distal caecum. CT imaging studies revealed regional location of the neoplasm. Other manifestations were anaemia, weight loss and constipation.

Family history suggest predisposition for the disease – patient's brother was treated for the colon cancer in his 40's. Mother had a neoplasm of internal organs of reproductive system.

The first choice in this case was surgical treatment. Patient underwent right hemicolectomy and resection of transverse colon with laparoscopic technique. During same procedure, the caecum and descending colon were anastomosed using open surgery. Follow-up after procedure was uneventful.

Post operational treatment was adjuvant chemotherapy.

Histopathological examination of the specimen revealed carcinoma of caecum and adenocarcinoma of transverse colon with no metastases.

Conclusions. Choose of treatment depends on proper diagnosis and intra-operational examination. Colon resection is recommended method of treatment of colon cancer. Less invasive technique of surgery requires experienced operator but minimize risk of the procedure.

## MULTIPLE SCLEROSIS IN DIFFERENT REPRODUCTIVE PERIODS OF WOMEN

*Yurtyн B.I.*

Bogomolets National Medical University

Department of neurology, Kyiv, Ukraine

Scientific coordinator: Gudzenko G.V., candidate of medical sciences

Actuality. Progressive course of multiple sclerosis (MS) and its development in young women during their reproductive age frequently resulting into their permanent disability has made this problem very significant.

Aim. To investigate the development and course of MS in women in different reproductive periods.

Materials and methods. Research subject: MS course features depending on women reproductive period. During the investigation in Kyiv city centre of MS, the survey was held among 29 women with MS from 18 to 58 years old (y.o.) with previous delivery. Criteria of the survey: age, course of the disease, disability status on the EDSS (Expanded Disability Status Scale) and duration of the disease depending on the onset and course of pregnancy.

Results. According to the obtained data women were divided into three groups. First group: 7 women (24,1%) with MS onset after the delivery, average age  $33\pm 5,7$  y.o., duration of the disease  $8,6\pm 2,1$  years and disability status on the EDSS  $4,2\pm 0,47$  points. Second group: 18 women (66,7%), average age  $39\pm 7,2$  y.o. and duration of the disease at the moment  $17,8\pm 3,25$  years in which pregnancy occurred during the MS course. Neurological deficit at the beginning of pregnancy was  $3,5\pm 0,59$  points (EDSS), during pregnancy the remission occurred. In patients of this group in the postpartum period the increase of neurological deficit was observed ( $4,1\pm 0,64$  points on the EDSS scale). Third group: 4 women (9,2%) average age  $46\pm 10,6$  y.o., average EDSS  $3,25\pm 0,47$ , duration of the MS  $6,75\pm 1,7$  years and onset of the disease  $7\pm 5,7$  years after delivery. In each group there were some patients with the pregnancy course and delivery being complicated with late gestosis, preterm delivery or delivery traumas: in the first group – 57,1% patients, in the second group – 64,3%, and in the third group it occurred only in 25% woman.

Conclusions. After comparing the results in these three investigated groups we have found out that the presence of the disease reliably affects the pregnancy course: women with MS had frequent pregnancy complications ( $p<0,05$ ). During the postpartum period neurological deficit on the EDSS scale increased comparing to the period before pregnancy. Collected data have showed that it is necessary to consider the reproductive period of woman during the observation and treatment of MS.

Наукове видання

XIV Міжнародна наукова конференція студентів, аспірантів,  
докторантів, молодих вчених та фахівців

## **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ**

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

(30–31 березня 2017 року, м. Харків, Україна)

У 2 томах

Том 1

Підписано до друку 20.01.2017. Формат 60x84/16.

Папір офсетний. Друк ризографічний.

Обл.-вид. арк. 22,49. Ум. друк. арк. 17,99.

Наклад 100 пр. Ціна договірна.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна.

61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.09