



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,
присвячена 100-річчю
з дня народження
К. БАРНАРДА



СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

(для студентів та молодих вчених)

2–3 червня 2022 року

Тези доповідей



ОДЕСЬКИЙ
МЕДУНІВЕРСИТЕТ



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,
присвячена 100-річчю з дня народження
К. БАРНАРДА



СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

(для студентів та молодих вчених)

2–3 червня 2022 року

Тези доповідей



ОДЕСЬКИЙ
МЕДУНІВЕРСИТЕТ

Головний редактор:

ректор, академік НАМН України,
проф. В. М. Запорожан

Заступники голови:

в. о. проректора з науково-педагогічної роботи,
з. д. н. т. України, проф. О. О. Шандра,
науковий керівник Ради СНТ та ТМВ
проф. О. Г. Юшковська

Редакційна колегія:

проф. В. Г. Марічереда, проф. І. П. Шмакова
доц. К. О. Талалаєв, доц. Я. В. Бєседа

Технічні секретарі:

к. мед. н. О. В. Філоненко,
А. Л. Добровольський, Н. С. Будігай

Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини (для С 91 студентів та молодих вчених) : наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвячена 100-річчю з дня народження К. Барнарда. Одеса, 2–3 червня 2022 року : тези доп. — Одеса : ОНМедУ, 2022. — 174 с.
ISBN 978-966-443-112-2

У тезах доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю для студентів та молодих вчених, присвяченої 100-річчю з дня народження К. Барнарда, подаються стислі відомості щодо результатів наукової роботи, виконаної учасниками конференції.

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875



«КРУГЛИЙ СТІЛ», ПРИСВЯЧЕНИЙ 100-РІЧЧЮ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ ПРОФЕСОРА КРИСТІАНА БАРНАРДА “Round Table”, Dedicated to 100th Anniversary of Birth of professor Christian Barnard

ОДНЕ ЖИТТЯ — ДВА СЕРЦЯ: КРИСТІАН БАРНАРД — ЛЮДИНА ЛЕГЕНДА

Грбарчук І. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Перша успішна пересадка серця людини виконана 3 грудня 1967 р. в м. Кептауні, ця подія перетворила кардіохірурга Крістіана Барнарда на світову знаменитість, та стала однією з найяскравіших подій в історії медицини ХХ ст. Зараз через 55 років у багатьох країнах пересадка серця є буденною операцією, але подія 1967 р. цікава цілеспрямованості, сміливістю та харизмою людини, яка зробила великий внесок у розвиток кардіохірургії та подарувала надію багатьом людям.

Даний доклад присвячений події першої трансплантації серця людини від людини, а також біографії К Барнара, як кардіохірурга, пісенника та благодійника.

ВПЛИВ ПРАЦЬ В. П. ДЕМІХОВА НА НАУКОВІ ДОСЯГНЕННЯ К. БЕРНАРДА

Хоробріх О. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

В. Оноприєв у своїх спогадах написав наступне: К. Барнард опинився вдячним учнем. Напередодні той першій у світі операції з пересадки серця він дзвонить Деміхову через пів земної кулі. Прилетів після видатної операції в черговий раз в Москву, оглянув ряди чиновників, що зустрічають його, і вигукнув: «Вибачте, але я не бачу тут мого вчителя, пана Деміхова. Де він?». Чиновники здивовано переглянулися: — «А хто це?» Слава Богу хтось згадав, довелося викручуватися: — «Пане Деміхов не прийхав через надзвичайну зайнятість в інституті швидкої допомоги імені Скліфосовського». Гість відразу виявив бажання негайно вирушити до нього. Довелося вести. У напівтемному холодному підвалі, де розміщувалася лабора-

торія першого в СРСР відділу трансплантології органів, та знайшов Крістіана Барнарда, свого вчителя. К. Барнард вважав В. П. Деміхова своїм головним вчителем. В. П. Деміхов відразу після війни приходить до інституту експериментальної та клінічної хірургії. Незважаючи на матеріальні труднощі, робить унікальні операції. Вже у 1946 року Деміховим вперше у світі було успішно пересаджено собаці друге серце. Тоді ж, у 1946 році, була проведена перша у світі пересадка комплексу серце-легені. У 1960 році вийшла книга Деміхова «Пересадка життєво важливих органів в експерименті», яка стала першою у світі монографією з трансплантології. В 1962 книга перевидана в Нью-Йорку, Берліні, Мадриді. Роботи В. П. Деміхова здобули міжнародне визнання. Йому було надано звання почесного доктора медицини Лейпцизького Університету, почесного члена Королівського наукового товариства в Упсалі, а також Ганноверського Університету. Крістіан Барнард, перш ніж виконав першу у світі операцію з пересадки серця від людини до людини в 1967 році, в 1960 відвідував лабораторію Деміхова і назвав його батьком трансплантології. У всіх своїх роботах він керувався працями Деміхова.

ЖИТТЯ ТА НАУКОВІ ДОСЯГНЕННЯ К. БАРНАРДА

Романів Д. Ф.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Крістіан Барнард людина, яка назавжди залишала своє ім'я в історії медицини усього світу.

Він народився 8 листопада 1922 року в містечку Бьюфорд Уест у Південній Африці четвертим сином у родині священника данського походження. 1946 року здобув ступінь доктора медицини в медичній школі при Кейптаунському університеті. Кардіохірургію, яка стала його справжнім покликанням, Крістіан Барнард почав вивчати в резидентурі на базі лікарні «Гроот Шур» — клінічної

бази Кейптаунського університету. Після повернення додому Барнард очолив хірургічне відділення лікарні «Гроот Шур», а згодом і кардіохірургічну службу країни вже не лише як кваліфікований кардіоторакальний хірург, а і як талановитий і завзятий організатор. Започаткована ним програма охоплення населення кардіохірургічною допомогою за короткий час стала чи не найкращою у світі.

За кілька років до свого зіркового часу Барнард уже був досить знаним у світі фахівцем, із його думкою рахувалися провідні кардіохірурги. Цю повагу він здобув завдяки досягненням у сфері корекції вроджених вад серця. Оперував у дитячій лікарні Червоного Хреста, займався розробленням штучних клапанів серця. Після 10 років операцій на відкритому серці Барнард відчув, що готовий прийняти головний виклик.

Слід зазначити, й на цьому наголошують як історики, так і колеги, які безпосередньо працювали з видатним хірургом, що не Барнарду належить ідея пересадки серця й не він винайшов методику операції. Він виявився тією людиною, котра, маючи відповідні досвід, кваліфікацію, прагнення та амбіції, а також необхідні для такої справи харизму та лідерські якості, в потрібний час і в потрібному місці стала на верхівку піраміди, яку довго вибудовували не менш видатні сучасники й попередники.

3 грудня 1967 року Барнард очолив бригаду кардіохірургів, яка в лікарні «Гроот Шур» провела першу ортотопічну трансплантацію серця. Безнадійно хворому 54-річному комерсанту Луїсу Вашканські пересадили орган від молодшої жінки, котра отримала несумісні з життям травми в автокатастрофі. Хоча перший пацієнт прожив із пересадженим серцем усього 18 днів, це був успіх, який дозволив вдосконалити методику в майбутньому та врятувати чимало життів.

ПИСЬМЕННИЦЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ ПІВДЕННОАФРИКАНСЬКОГО КАРДІОХІРУРГА К. БАРНАРДА

Назаренко О. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Всесвітньо відомий південноафриканський кардіохірург Крістіан Барнард зробив великий внесок не тільки в розвиток медицини, а й брав участь у громадській діяльності. Через ревматоїдний артрит медик досить рано припинив оперувати, натомість у цей час почала розвиватися його письменницька праця.

Крістіан Барнард є автором більш ніж трьохсот наукових робіт, присвячених медицині, серед яких навіть присутні бестселери. Наприклад, одна з його відомих робіт — «Гарне життя та гарна смерть», в якій кардіохірург виголошує, наскільки важливо надавати тяжкохворим пацієнтам можливість гідно піти з життя. «Справжній ворог — це не смерть, справжній ворог — негуманність» — цитата з твору.

3-поміж книг, присвячених медицині, є твори на тему суспільно-політичної ситуації в Південній

Африці. Разом із З. Сандером Крістіан Барнард пише та публікує книгу під назвою «Небажані елементи», яка виступає проти політики апартеїду в ПАР. Кошти від проданих книг пішли до фонду у Кейптауні, що сприяв розвитку дослідженням у галузі серцево-судинної хірургії.

КРИСТІАН БАРНАРД ТА ЙОГО ШЛЯХ ДО ПЕРЕСАДКИ СЕРЦЯ

Горова А. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Крістіан Барнард народився 8 листопада 1922 р. у маленькому містечку Бофорт-Уест у Південній Африці. Після закінчення школи Барнард вступив на медичний факультет Кейптаунського університету, який закінчив у 1946 р. Потім Крістіан отримав роботу сімейним лікарем у невеликому містечку Церес, проте через кілька років повернувся до Кейптауну, де продовжив працювати в інфекційній лікарні і навіть написав дисертацію про туберкульозний менінгіт. Після захисту цієї дисертації Барнард перейшов до університетської лікарні Гроот Шур на посаду хірургічного резидента. Тут же під керівництвом професора Дженні Лоу (1915–1992), відомого спеціаліста в галузі загальної та дитячої хірургії, Барнард розпочав наукову роботу з етіології атрезії кишківника у новонароджених, яка потім завершилася отриманням ступеня PhD. в США. Повернувшись до Південної Африки, Барнард отримав посаду директора хірургічних досліджень у відділенні хірургії і дуже енергійно приступив до організації програми хірургії серця. До 1965 р. за плечима Барнарда і шести інших хірургів, які працювали під його керівництвом, було вже більше 1500 операцій на серці, у тому числі 834 операції при набутих пороках серця і 737 — при вродженій патології. Серед цих операцій багато хто був новаторським. Так, Барнард був першим, хто виконав протезування тристулкового клапана при аномалії Ебштейна, а його публікації з втручань при зошиті Фалло та інших вроджених пороках серця, а також по хірургії грудної аорти та кардіостимуляції були серед перших у своїй області. Першу спробу з пересадки серця К. Барнард зробив ще в 1967 році пацієнту Луї Вашканські. Операція розпочалася близько 1 години ночі 3 грудня та закінчилася о 8:30. Проте за дві доби новина про успішну пересадку серця людині поширилася по всьому світу. Тим часом Вашканські одужував досить швидко. Але на 12-ту добу стан донора погіршувався, а на рентгені грудної клітки з'явилися інфільтрати в легенях. На жаль, ці інфільтрати були спочатку розцінені як набряк легенів через гостру серцеву недостатність на тлі реакції відторгнення, тому була посилена імуносупресивна терапія. Ця критична помилка коштувала першому хворому з пересадженим серцем життя: він помер від тяжкої двосторонньої пневмонії на 18-й день після операції. Засмучений результатом, Барнард проте почав підготовку до другої пересадки, яка відбулася вже 2 січня 1968 р. Другий реципієнт Філіп Блайберг прожив після операції 19 міс. і навіть встиг напи-

сав книгу про досвід. Успіх другої операції, ймовірно, забезпечив майбутнє всієї трансплантації серця, тому що в іншому випадку, треба думати, наступні спроби були б відкладені ще на кілька років. У 1974 р. Барнард вперше виконав і гетеротопічну пересадку серця людині. З цього моменту Барнард повністю перейшов на використання гетеротопічної техніки, виконавши загалом 49 таких з непоганими результатами: навіть з перших п'яти хворих троє прожили більше 10 років після операції.

**ПОСТАТЬ ХХ СТОЛІТТЯ: К. БАРНАРД
Філоненко О. В.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

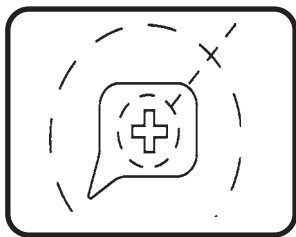
К. Барнард — людина, яка уперше в світі провела операцію по пересадці серця від людини до людини. Сьогодні той день здається далеким миналим: 1967 рік. Сьогодні успішні трансплантації

серця вже не дивує суспільство, але ще півстоліття тому щось подібне було навіть складно уявити: реакція діячів з різних сфер життя не могла бути одностайною. Однак це єдиний спосіб на життя для багатьох мільйонів людей по всьому світу.

Дуже цікаво жити у один час з такими великими «мрійниками», які намагаються втілити своє мрії у життя. Сприйняття часу часто змінюється не від течії останнього, а від подій які відбулися. Життя К. Барнарда стало такою «призмою», яка змінила також і людей.

Мені здається, що найбільше, що може залишити у світі людина — це подяка поколінь. Крістіану це вдалося! Бо с кожною подякою його послідовникам, подяка адресована й йому!

Час від часу ми отримуємо нові можливості, але не слідуємо за ними з різних причин. Якщо це стосується місць — можна повернутися, якщо знайомству або взаємодії з іншою людиною — можна втратити свою можливість...



СЕКЦІЯ СУСПІЛЬНИХ І ГУМАНІТАРНИХ НАУК, ФІЛОСОФІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Section of Social Sciences and Humanities, Philosophy and Social Medicine

ПОСТАТЬ ЗАСЛУЖЕНОГО ЛІКАРЯ УРСР Ф. Д. ГЕТЬМАНЦЯ

Дегтярьов А. О.

*Донецький Національний Медичний Університет,
Україна*

Федосій Деомидович Гетьманець народився 27 січня 1902 року в селі Іванівка Голованівського району на Кіровоградщині. З 8-ми років — різноробочий Ярошівської цукроварні. Закінчив церковно-приходську та Надлацьку земську школу, а згодом — Єлизаветградський сільськогосподарський технікум.

В 1924 р. вступив до Одеського Медичного Інституту, паралельно працює різноробочим в порту. В навчанні неодноразово був відмічений ректорами М. М. Костямінін та Л. В. Громашевським. Через 30 років викладач епідеміології Одеського Медичного інституту професор І. Л. Дайліс напише про Ф. Д. Гетьманця, свого колишнього студента, біографічний нарис. У квітні 1929 року направлений лікарем у село Добрянку, теперішнього Голованівського району на Кіровоградщині. На 14, 5 тис. населення він — єдиний лікар. В той час на дільниці нараховувалось бл. 1500 хворих на малярію, 500 хворих на скарлатину, сотні хворих на кір, кашлюк, віспу, черевний тиф, холеру. За короткий термін лікар будує на місці старого фельдшерського пункту повноцінну лікарню на 70 ліжок, в тому числі інфекційне відділення на 10 ліжок. Паралельно ініціює зведення мостів та створення гідроелектростанції на р. Синюха.

З початком Радянсько-Німецької війни Ф. Д. Гетьманець евакуюється в с. Урлейку Кондольського району Пензенської області. В рекордно короткі терміни ліквідує епідемії тифу та малярії, створює і керує курсами медичних сестер. Разом з колективом відсилає на фронт 500 пудів картоплі, 120 кг овочів, 64 пари рукавиць, шкарпетки та теплу білизну. При лікарні ініціює створення ясел для дітей загиблих воїнів. Майже всю свою заробітну платню перераховує на потреби фронту. Загалом, на зібрані колективом лікарні кошти су-

мою 360 000 карбованців в 1943 році будується літак Як-3 під назвою «Урлейська дільнична лікарня». В 1945 р. нагороджений орденом Леніна. В тому ж повертається у село Добрянку, за короткий термін відбудовує лікарню. За показниками своєї діяльності вона стає кращою дільничною лікарнею УРСР за 1948 р. В тому ж 1948 р. лікарю присвоєно звання заслуженого лікаря УРСР. В 1949 р. — делегат Всесоюзної конференції прихильників миру, а в 1973 р. — делегат Всесвітнього конгресу миролюбних сил. Разом з Олексієм Мерьєсьєвим та Борисом Полевим ініціює створення фонду миру, в який за своє життя віддав кілька тисяч карбованців власних заощаджень. 27.01.1962 р. Гетьманцю присвоєно звання Почесного Громадянина села Добрянки. Посаду головного лікаря Ф. Д. Гетьманець обіймає до 1977 р., а лікарської практикою займається до 30.09.1982 р.

1988 року заслужений лікар УРСР Феодосій Деомидович Гетьманець пішов з життя.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕКЛАДУ АНГЛІЙСЬКИХ МЕДИЧНИХ РЕЦЕПТІВ НА УКРАЇНСЬКУ МОВУ

Багузова А. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Фахівець, який займається професійним перекладом, повинен володіти не просто термінологічною англійською, а й медичною латиною. Особливу складність для медичних перекладів є проблема синонімів. Наприклад, в англійській мові слово «пухлина» позначається такими термінами як *tumor*, *formation*, *mass*, *growth*, *blastoma*, *swelling*, *neoplasm*. Також для позначення різних видів болю існують різні терміни. Такі як *pain*, *ache*, *hurt*, *pang*, *throe* та *twinge*. З *ache* утворюються назви хвороб: *headache* — головний біль, *toothache* — зубний біль, *stomachache* — біль у животі, та інші.

Так само варто відзначити наявність аналогічних один одному висловлювань, таких як «метео-

ризм» та «здуття живота», у професійних колах віддадуть перевагу першому. Якщо перекладач цього не врахує, припущена помилка або непрацьовите трактування коштуватиме комусь дуже дорого.

Про переклад рецептів йдеться у більшості підручників англійської мови для медичних вузів, але цієї інформації далеко недостатньо для професійного та грамотного перекладу, недостатньо просто знати значення слів, як *dispense*, *refills*, *side*. Всі вони є у словнику (*refills* — повторні заповнення, *dispense* — відпускати, *side* — сторона). Вони не посилюють розуміння тому, що важливо відрізняється система виписки та продажу препаратів в аптеці.

Поясню лише кілька понять, що спрощують процес перекладу рецепту. Дієслово “to dispense” в онлайн-словнику перекладається як «роздавати, відпускати ліки, розподіляти, виписувати ліки». У тексті це слово і переклали б як «відпустити ліки» або «продати ліки». Але, в аптеках США за рецептом вам не продадуть готову упаковку, а відрахують потрібну кількість препарату. Тому термін “dispense” в контексті рецепта перекладається як “відпустити”, “відрахувати”. До речі, в українській існує запозичений термін «диспенсер» — прилад для розподілу та видачі чогось. “Drug label”, буквально — «етикетка ліки». Враховуючи, що в Україні етикетка — це частина анотації, що вкладається в упаковку, то вираз так і перекладають — анотація. Але насправді *drug label* — це індивідуальна наклейка на упаковку, що відображає рецепт для конкретного пацієнта. Вона включає зміст рецепту без використання латині і абrevіатур, в максимально доступному для пацієнта вигляді.

Достовірність інформації, що міститься в рецепті, з урахуванням особливостей лікування в країні, де його виписано, — головна цінність результату при роботі з таким складним типом документа, як медичний рецепт.

ЗАСТОСУВАННЯ СЛЕНГУ ПРИ ВИВЧЕННІ ІНОЗЕМНОЇ МОВИ

Нестеренко Н. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Сленг займає значну частину словникового складу будь-якої мови, становлячи активний компонент живої розмовної мови. Молодіжний сленг сприяє швидкому процесу розвитку мови, його поповнення та різноманіття. Сленг надає можливість вільного спілкування серед однолітків, представляючи «візитну картку» певних груп населення. Поява електронних гаджетів та інтернет-чатів сприяє появі простих вербальних конструкцій та символів, за допомогою яких можна максималь-но швидко передати свою думку.

Сучасні пісні та серіали є також продуктивними джерелами поповнення лексичного запасу молоді. Використовуючи ці засоби масової комунікації на заняттях з англійської мови, викладач навчає студентів іноземній мові на основі оригі-

нального матеріалу, оперує взятими з життя ситуаціями спілкування. Використання на заняттях з іноземної мови матеріалів, що містять сленгові вирази, зацікавлює студентів та підвищує інтерес до навчання, адже після заняття вони можуть вживати вивчений матеріал у щоденному житті, а не тільки у навчанні. Найбільш цікавими для студентів є лексика з наступних сфер:

— навчання — *to cram* — зубрити; *to bomb a test* — завалити екзамен;

— дозвілля — *caf up* — пити каву; *bar hop* — відвідувати бари; *Vibe* — енергія, що позначає відчуття, які передає будь-яка людина, твір мистецтва, ситуація;

— антисоціальна поведінка — *dead soldier* — пляшка пива; *crackhead* — наркоман;

— особисті взаємовідносини — *crush* — шалене кохання; *cringe* — соромно;

— мода/поведінка — *chicalean* — модно вдягнений;

Також існує таке поняття як сленгові абrevіатури (слово, утворене скороченням слова або словосполучення, яке читається за алфавітною назвою початкових букв), які допомагають прискорити звичне написання фраз та інколи «зашифрувати» інформацію від тих, хто ці абrevіатури не розуміє: *TGIF* — *Thanks, God, it's Friday*, *BTT* — *Back to topic*, *ICYMI* — *In case you missed it*.

Таким чином, сленг знайомить студентів з різноманітними особливостями країни, мова якої вивчається, бо несе в собі лінгвокраїнознавчу та культурологічну інформацію. Вивчення сленгу підвищує рівень мотивації студентів, активізує їх зацікавленість до предмету «Іноземна мова».

СПІВІСНУВАННЯ ЛАТИНСЬКОЇ ТА АНГЛІЙСЬКОЇ МОВ У МЕДИЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Негребчук Л. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Широке запозичення слів з латинської мови (та грецької мови через латинську) в англійську мову, яке почалося приблизно в XV ст. н. е., триває вже сотні років. Латинські, грецькі та латинізовані грецькі медичні терміни проникли в англійську медичну термінологію в різних формах: терміни, збережені в оригінальній давньогрецькій формі (наприклад, *diabetes*, *pneumonia*, *carcinoma*, *trauma*); латинізовані грецькі медичні терміни (*bronchus* від грецьк. *bronchos*; *colon* від *kolon*; *coma* від *koma*; *bacterium* від *bakterion*); терміни, збережені в оригінальній латинській формі (*abdomen*, *aorta*, *tonsillitis*, *virus*); латинські терміни, асимільовані англійською мовою (*mandibula* → *mandible*; *musculus* → *muscle*; *pulsus* → *pulse*); терміни з усіченими закінченнями (*organon* → *organ*; *spasmos* → *spasm*; *stomachos* → *stomach*).

Особливо характерним для спеціалізованої термінології є використання латинських і грецьких афіксів, напр. префікси або префіксоїди: *all(o)-* — інший, *poly-* — множинний, *opso-* — пов'язаний з раком, *hypo-* — надмірний, *hypo-* — недостатний;

суфікси або суфіксоїди: -itis — запалення, -algia — біль, -logy — знання про щось), а також очевидні відповідності між афіксами, коренями та значенням терміна. Однією з характерних ознак медичної мови є наявність скорочень, ініціалізмів і усичені форми. Оскільки англійська мова має статус *lingua franca* в сучасній медицині, англійські акроніми вводяться іншими мовами та використовуються як медичними працівниками, так і пацієнтами, наприклад: СТ, MRI, ТЕР (tromboembolia pulmonare), СРР (c-reactive protein) тощо. Ще однією особливістю є наявність дублетів — термінів (зазвичай грецького та латинського походження), які мають свої відповідники: search — investigate, heart attack — myocardial infarction. При вивченні англійської медичної термінології варто звертати увагу на ці особливості медичної мови.

ВПЛИВ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ НА ФОРМУВАННЯ УКРАЇНСЬКОЇ ЛЕКСИКИ

Місяновська К. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Наявність іншомовних слів у мові є закономірним явищем, яке презентує зв'язки одного народу з іншими, та є шляхом збагачення лексики. Запозичення з латинської мови становлять одну з найчисленніших груп гетерогенної лексики у європейських мовах. Сьогодні вивчення латинських компонентів як засобу культурної комунікації європейських народів є особливо актуальними. Лексичний латинізм — це лексична одиниця латинського походження, яка функціонує на певному етапі розвитку мови-реципієнта і, відповідно, зафіксована у словнику. Сфери використання латинізмів в українській мові найрізноманітніші: освітня лексика (абітурієнт, студент), мовознавчі терміни (літера, суфікс), математичні терміни (синус, квадрат), технічні терміни (апаратура, генератор), юридичні терміни (адвокат, нотаріус), адміністративно-ділова лексика (документ, інструкція), лексика різних галузей мистецтва (література, фабула). Досить виразною є тенденція до латинізації слів при зростанні активності як твірних (базових) основ, так і афіксальних морфем, які набувають загальноєвропейського значення. Серед афіксів особливо продуктивними є латинські за походженням морфеми: супер — (суперакція); пост — (постіндустріальний); ре — (реструктуризація); екс — (екс-президент). Для латинізмів характерні префікси де-, екс-, ім-, ін-, ре-, суфікси -альн(ий), -ат, -ація(я), -тор, -тур(а), -ум, -ус: депресія, експозиція, імпонувати, інкубатор, інтервал, реконструкція. Для дослідження шляхів проникнення та поширення латинізмів необхідно використовувати поняття етимологічного матеріалу, етимологічного джерела — мови-донора, історичного джерела — мови-посередниці, та мови-реципієнта. При вивченні латинізмів в українській мові особливу увагу слід приділити саме мовам-посередникам, які сприяли поширенню запозичень на українських територіях. Це польська, німецька, французька та інші мови.

СПОСОБИ УТВОРЕННЯ МЕДИЧНИХ ТЕРМІНІВ: МОРФОЛОГІЧНИЙ, ЛЕКСИЧНИЙ, СИНТАКСИЧНИЙ

Бессонова А. Ф.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Медична терміносистема є досить різноманітною за семантичними та структурними характеристиками.

Серед морфологічних способів утворення медичних термінів продуктивними є: основоскладання чи словоскладання (словотвірні терміноелементи грецького чи латинського походження, що походять від самостійних слів, кожен має певне значення, але як окреме слово не вживається — муо-, гепато-, -algia, -tomia); афіксальні способи (утворення слів за допомогою префіксів чи суфіксів -meta-, de-, dys-, hyper-, -itis, -osis, -oma); аббревіація (утворення термінів з початкових букв словосполучень — ДНК, АТФ, КТ, МРТ, COVID-19).

За допомогою лексико-синтаксичного способу словотворення утворюються слова зі словосполучень шляхом поєднання їхніх компонентів (оперблок — операційний блок, медсестра — медична сестра); епоніми — одним з компонентів термінів є власні імена (синдром Дауна, метод Бейлі, тест Діка), метафора використовується як зразковий опис явища шляхом порівняння з добре відомим предметом (суглобова сумка, бронхіальні гілки, ниркова миска, зуб мудрості, заяча губа).

Інокли для утворення термінів використовуються одночасно і морфологічний, і лексико-синтаксичний способи. Так, наприклад, у слові Poltram, утвореного шляхом аббревіації, використовується топонім Pol — від Poland (Польща) або в слово Viagra — утворене шляхом аббревіації від латинського словосполучення Vis Niagarae — сила Ніагари.

Морфолого-синтаксичний спосіб найчастіше виражається у переході слів з однієї частини мови в іншу, наприклад субстантивіація — граматичний перехід в розряд іменників слів інших частин мови: операційна (прикметник) палата — операційна (іменник).

НЕВЕРБАЛЬНІ ІНСТРУМЕНТИ СПІЛКУВАННЯ З ПАЦІЄНТОМ

Малишева А. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Хоча ключ до успіху як в особистих, так і в професійних стосунках полягає у здатності добре спілкуватися, найголосніше говорять не слова, а невербальні сигнали чи «мова тіла». Мова тіла — це використання фізичної поведінки, виразів і манер для невербального спілкування, часто інстинктивно, а не свідомо.

Існує багато різних типів невербального спілкування:

а. Мимика: обличчя людини надзвичайно виразне, здатне передати незліченну кількість емо-

цій, не кажучи ні слова. І на відміну від деяких форм невербального спілкування, міміка є універсальною.

b. Рухи тіла і постава: Те, як людина рухається і підносить себе, передає світові масу інформації. Цей тип невербальної комунікації включає поставу, позицію та дрібні рухи.

c. Жести: жести вплетені в тканину нашого повсякденного життя. Махати рукою, вказувати, манити — все це приклади повсякденних жестів.

d. Зоровий контакт: оскільки зорове відчуття є домінуючим для більшості людей, зоровий контакт є особливо важливим видом невербального спілкування.

e. Особистий простір: усі ми відчували коли-небудь незручності під час розмови, тому що співрозмовник стояв занадто близько і вторгався у наш простір. Кожен має потребу у фізичному просторі, хоча ця потреба відрізняється залежно від культури, ситуації та близькості стосунків.

f. Голос: важливо не тільки те, що каже лікар, а й те, як він це каже. Коли хто-небудь говорить, інші люди «читають» його голос, а не слухають слова.

Невербальне спілкування може суттєво допомогти лікарю покращити взаєморозуміння між пацієнтом і лікарем.

СПЕЛЕОТЕРАПІЯ: ДО ПИТАННЯ ІСТОРІЇ КЛІМАТОТЕРАПІЇ ТА ЛІКУВАННЯ АСТМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Юсеф М. Е.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Алергія є однією з найбільш актуальних проблем ХХІ століття. На жаль, поки що не знайдено способів повного лікування алергії, і все, що можна зробити — це пом'якшити перебіг та наслідки хвороби. Серед сукупності профілактичних практик особливе місце займає кліматотерапія, зокрема, спелеотерапія. Це один із методів немедикаментозної реабілітації та лікування органів дихання з використанням мікроклімату підземних соляних шахт та карстових печер.

Розробки перших методик спеліотерапії сягають початку ХХ століття. Головним лікувальним фактором спелеотерапії є кам'яна сіль (хлорид натрію). Її дрібні частинки розміром 1-5 мікрон проникають у найвіддаленіші відділи бронхіального дерева і надають протизапальну та імуномодуючу дію на респіраторний тракт.

За часів Другої світової війни переховуючись від бомбардування у соляних печерах відомий лікар Карл Герман Шпангель помітив поліпшення стану пацієнтів з астмою. Після війни він почав вивчення питання та опублікував результати у 1949 р. Цей рік можна вважати відправною точкою розвитку спелеотерапії, бо вже незабаром з'явилися спелеолікарні в Угорщині та Чехословаччині.

З 1968 року у Солотвину, що на Закарпатті, була відкрита перша на території СРСР спелеоте-

рапевтична лікарня. Успіх у Солотвину підштовхнув до відкриття нового санаторію у місті Артемівську. Незабаром було відкрито найбільшу й найвідомішу лікарню-санаторій у місті Соledарі на Донеччині, який завжди славився своїми солоними родовищами.

Природні ресурси України пропонують багато напрямків спелеотерапевтичного оздоровлення. Основний цілющий фактор цих санаторіїв — відсутність бактеріальної флори й алергенів у повітрі. У печерах не застосовують метод примусового розпилення соляного пилу — хімічні елементи розпиляються природним шляхом, це набагато корисніше за штучні соляні кімнати.

Щороку публікуються нові результати досліджень цілющого ефекту спелеотерапії. Можна з впевненістю сказати, що ця профілактична практика має вагомий цілющий ефект для хворих на бронхіальну астму та алергію.

ДО ІСТОРІЇ РОЗВИТКУ ЗЕМСЬКОЇ МЕДИЦИНИ (СЕРЕДИНА ХІХ — ПОЧАТОК ХХ СТОЛІТТЯ)

Візіньська І. Р.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Із запровадженням земської реформи 1864 року розпочався новий етап розвитку доказової медицини на території Російської імперії. Після скасування кріпацтва справу медичної допомоги сільському населенню було зосереджено в земських управах. Від Приказів громадського опікування земства прийняли губернські та повітові лікарні, здебільшого у вкрай незадовільному стані: розташовані в непристосованих старих будинках без належного медичного і господарського обладнання. Лікувати там мали за сумісництвом повітові лікарі. Вони жили в містах і повинні були приїжджати у визначені дні до певних сіл, маючи при собі медикаменти та інструменти. При такій системі подання населенню медичної допомоги часто траплялося так, що лікар у призначеному місці не знаходив хворих. Лікарі називали цю систему не обслуговуванням, а «грою в хованки». Крім того, населення мало зверталось до лікарів, бо медична допомога була платною.

Оскільки в земських сільських лікарнях працював лише один лікар і він мусів надавати медичну допомогу з усіх галузей медицини. Найчастіші звернення до земських лікарів: защемлені грижі, травматичні й акушерсько-гінекологічні кровотечі, переломи тощо. Через брак транспорту і віддаленість спеціалізованих відділень не можна було своєчасно подавати хворим дієву допомогу.

Виховані на ідеях громадського служіння народів, передові земські лікарі в часи Визвольних змагань 1914-1920-х рр. в основній своїй масі безпосередньо включилися в героїчну боротьбу із страшною хвилею епідемій, яка розлилася внаслідок голоду і розрухи.

Історія розвитку і становлення земської медицини є складовою історії розвитку доказової медицини і потребує на подальше вивчення.

ЗНАЧЕННЯ ВИВЧЕННЯ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ ДЛЯ СТАНОВЛЕННЯ ФАХІВЦЯ У МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ

Трегубенко В. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

З давніх давен і до наших днів вивчення медицини неможливе без базових знань термінів та понять на латинській мові. Латина в медицині традиційно використовується як міжнародна термінологія анатомії, фармакології, клінічних дисциплін, а також при складанні рецептів. Спеціальні поняття на латинській мові студенти-медики зустрічають в медичній науці. Це, насамперед, назви органів, кісток та частин тіла, хімічних сполук та лікарських препаратів, хвороб та методів їх лікування, приборів, інструментів, методів дослідження тощо. Склад ліків, їх найменування, лікарські форми, способи виготовлення й видачі оформлюються теж на латині. Як ми бачимо, саме латина лежить в основі медичної термінології. Вивчення латини покращує також лексичний запас медика та полегшує процес вивчення слів, які мають іноземне походження. В англійській мові, де медична термінологія майже вся латинізована, наприклад, зустрівши такі слова латинського походження, як vertebral, parietal, occipital, gastric студенти з легкістю перекладуть їх на рідну мову, знаючи значення латинських термінів. Оскільки наукова медична термінологія відноситься до інтернаціональної лексики, в значній мірі побудованій на основі латинської мови та її форм, то вона однаково зрозуміла і доступна медикам всього світу. Хоча лікарі у професійному спілкуванні перейшли на національні мови, перевага надається греко-латинським елементам, словам та словосполученням, тому назви хвороб, діагностик і лікувань упізнаються на будь-якій мові. Тож, для того, щоб правильно розуміти і конструювати медичні терміни, потрібно володіти основами медичної термінології на латинській мові. Отже, знання елементів латинської мови необхідне майбутнім медикам для успішного засвоєння своєї спеціальності й правильного використання в майбутньому професійної мови лікарів — медичної термінології.

ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ СПРЯМОВАНІСТІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ МОВАМ

Гожелова Н. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Аналіз сучасного стану медичної освіти і нові вимоги щодо підготовки медичних спеціалістів дозволяють розглянути організацію учбового процесу в медичних вузах у новому ракурсі. Домінуючою метою цієї підготовки стає не стільки набуття студентами спеціальних знань, скільки формування цілісної, різносторонньо розвинutoї особистості. З цієї позиції формування професійної спрямованості особистості означає встановлення міц-

ної мотиваційної системи по відношенню до майбутньої професії, виявленню свого місця та ролі в обраній сфері діяльності, відповідність суспільним вимогам до професійної придатності.

Професійна спрямованість в гуманітарному контексті складається з трьох основних компонентів: розвитку професійної спрямованості як особистісної властивості, принципу професійної спрямованості в навчанні та його реалізації шляхом встановлення міжпредметних зв'язків.

Організація мовленнєвої діяльності в умовах вищої медичної освіти передбачає засвоєння студентами-медиками знань про мову і мислення, набуття ними власного мовленнєвого досвіду, спрямованість особистості до саморозвитку і самореалізації, формування самосвідомості як передумови самостійності в оволодінні професійними мовленнєвими вміннями, що супроводжуються відповідним корегуванням, підвищенням рівня професійної зрілості під час оволодіння різними мовленнєвими функціями.

Для визначення педагогічних умов формування професійної спрямованості майбутніх медичних працівників в процесі навчання мовам необхідно:

1. Визначити критерії і показники рівня сформованості професійної спрямованості студентів, за якими провести аналіз існуючого стану.

2. Враховуючи цілі навчання мові, визначити зміст (фонетичний, лексичний, граматичний аспекти) з урахуванням міжпредметних зв'язків, методи навчання (проектний, проблемно-дослідницький та ін.) і контролю, й засоби (навчальні, інформаційно-комунікаційні, оцінюючі, інструментальні та ін.), з метою формування професійної спрямованості майбутніх лікарів.

Тобто, необхідно враховувати наступні педагогічні умови:

— організація поетапного навчання мовам у відповідності з динамікою формування та розвитку професійної спрямованості майбутніх лікарів;

— вплив особливостей майбутньої професійної діяльності на відбір змісту, форм, методів та засобів навчання мовам;

— володіння викладачем знаннями з термінології та специфіки медичної роботи.

Отже, аналізуючи сучасний підхід до формування справжнього фахівця-медика, професіонала своєї справи, інтелігента, патріота своєї держави, не слід забувати про консолідуюче значення мовленнєвого фактора як одного з основних чинників професійного формування особистості у світі нових державотворчих, національно-культурних та морально-виховних перетворень.

ВПЛИВ ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ТА ОБМЕЖЕНЬ СОЦІАЛЬНИХ ЗВ'ЯЗКІВ НА ПСИХІЧНИЙ СТАН ЛЮДИНИ

Нігрецук В. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Епідемія, викликана COVID-19, визнана надзвичайною ситуацією міжнародного масштабу. Вірус став причиною тисяч людських смертей у всіх країнах і змінив усі сфери життя і системи ко-

мунікації суспільства, у т. ч. робочій та освітній процеси. Нетиповість умов і різкий перехід на дистанційне спілкування викликали низку труднощів як організаційно-технічного, так і психологічного характеру. Фахівці ВООЗ вважають, що пандемія коронавірусу вплине на психічне здоров'я населення Землі в довгостроковій перспективі.

Зарубіжні дослідження впливу карантину під час епідемії останнього десятиліття на психіку людей показали, що більшість людей відчували різні за проміжком часу проблеми з психічним здоров'ям: стрес, безсоння, емоційне виснаження, депресії, зловживання алкоголем і психоактивними речовинами. Психолог Стівен Тейлор навіть увів новий термін — синдром COVID-стресу (COVID stress syndrome).

На психічне здоров'я впливає не лише занепокоєння через можливе зараження та ізоляцію, але також наслідки, пов'язані із соціальною сферою, безробіттям і так далі. У світі погіршився і стан дітей, які нудьгували за школою та друзями й боялися, що родичі можуть заразитися коронавірусом. Підлітки ж заявляли, що часто почуваться пригніченим чи мало зацікавленим у тому, щоб чимось займатися. Пандемія торкнулася системи освіти у всьому світі, що призвело до повного закриття шкіл та університетів. Проведене автором опитування показало, що незважаючи на комфорт перебування вдома під час дистанційного навчання, певна кількість респондентів заявила про бажання навчання оффлайн через потребу підтримки спілкування у соціумі.

Важливою сьогодні є психологічна допомога та підтримка, спрямована на адаптацію до нових умов життя та формування мотивації до роботи та навчання.

ПСИХОЛОГІЯ ОДЯГУ: ЛІКАРСЬКИЙ ХАЛАТ

Стародубцева В. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Одяг виконує не тільки функцію захисту тіла, але й низку соціальних задач, безпосередньо пов'язаних з психологічними компонентами. Стильові та індивідуальні особливості одягу є одним з факторів, що формують особистісну довіру. Набуття позитивного професійного іміджу є невід'ємною складовою соціального успіху. Імідж — важливий фактор конкурентоспроможності на ринку медичних послуг. Формування позитивного іміджу — своєрідний маркетинговий хід, що сприяє залученню пацієнтів, а також підвищує їхню задоволеність медичною допомогою. Правильна стратегія формування іміджу системи охорони здоров'я призведе до підвищення задоволеності населення якістю медичної допомоги. Медичний одяг — важливий атрибут лікаря, доктора, лаборанта, викладача та студента медичних та фармацевтичних вузів. Історія медичного одягу налічує багатотисячолітній період часу і складається з різноманітних консервативних поглядів і модних змін. Зовнішній вигляд є надзвичайно важливим для медичного працівника, бо це є одна із складових

успіху його діяльності та сприйняття пацієнтами. Форма лікаря повинна бути не тільки акуратною, практичною, комфортною та бути бар'єром, який захищає від мікробів та забруднень, але й викликати довіру у пацієнта. Але, з іншого боку, у всьому світі уніформа лікарів починає змінюватись і внаслідок тенденцій моди, і з гігієнічних цілей, бо халат, можливо, є переносником хвороб від одного пацієнта до іншого. Відомі експерименти, результати яких виявили, що велика кількість халатів медичних працівників були забруднені мікроорганізмами. Все більше лікарів схильються до відміни халату як обов'язкового атрибуту. Тому правила носіння халату можуть бути переглянуті та доповнені. Враховуючи, що сьогодні форма відносин між пацієнтом та лікарем змінюється з патерналістської на партнерську, авторами було проведено опитування для виявлення думки пацієнтів про зовнішній вигляд лікаря. Результати показали, що у сприйнятті людей залишається традиційний образ лікаря у білому халаті.

ВІДОМІ БЛАГОДІЙНИКИ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ ОДЕСИ У ХІХ СТОЛІТТІ

Бурлак С. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Надання допомоги — складова частина медичної сфери. В історії міста Одеси два напрями — благодійність і лікарська справа — розвивалися паралельно. Бурхливо зростаюче місто потребувало вирішення медичних проблем безлічі мешканців, і на допомогу цьому приходили люди щедрих сердець. Загалом в Одесі розвивалися найрізноманітніші форми благодійності. Розвиненими були об'єднання корпоративного характеру — товариства взаємодопомоги. Існували благодійні заклади, в яких надавалась допомога бідним, хворим, сиротам тощо. Благодійність фінансувалась здебільшого значними сумами пожертвувань та заповітів заможних громадян. Через деякий час до цього підключилися такі форми допомоги нужденним, як влаштування благодійних концертів та підписки. Існувала і практика патрунування.

Багато одеситів залишилися в історії міста ХІХ ст. як благодійники у медичній сфері. Найвідоміший філантроп — Григорій Григорович Маразлі — міський голова 1878–1895 рр. У 1894–1895 рр. коштом Г. Г. Маразлі було споруджено будинок для першої у Російській імперії бактеріологічної станції, яка розпочала свою діяльність ще у 1886 р., але мала проблему з наявністю постійного приміщення. Характерною рисою родини Стурдза була благодійність. Олександр Стурдза є засновником Богадільні жалісливих сестер і лікарні при ній. У цьому закладі надавали стаціонарну медичну допомогу тим, хто не міг сплатити за послуги лікаря. Здійснювався і платний прийом хворих. Його сестра Роксандра Едлінг — одна із засновниць Одеського жіночого благодійного товариства. Стараннями родини Толстих — Михайла Михайловича і його матері Олени Григорівни — в Одесі з'явилася станція швидкої допомоги, оснащена за останнім словом науки і техніки по-

чатку ХХ ст. Багато інших мешканців Одеси різними справами підтримували розвиток медицини і надавали допомогу нужденним.

ЄВРЕЙСЬКА ГРОМАДА ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ОДЕСИ

Козак А. О

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

На момент заснування міста за офіційною датою у 1794 р. євреїв у ньому налічувалося 246 осіб (10 % всього населення), причому більшу частину з них становили переселенці з Волині, Поділля та Литви. Тим часом, єврейський цвинтар тут був започаткований роком раніше, і саме з 1793 року починаємо відлік історії єврейського населення Одеси. У перші роки свого існування єврейська громада міста почала створювати установи, необхідні для повноцінного життя. Перша синагога в місті побудована на вулиці Балківській, у 1850 році, на Єврейській вулиці будуватиметься більша синагога, яка потім стала Головною синагогою міста.

Перша сучасна синагога нового зразка — Бродська — була трансформована у стилі мавританської архітектури. Там же наприкінці ХІХ століття з'явився і орган — зразок єврейського богослужіння в місті. У синагозі служив понад шістьдесят років (1841-1903 роки) Нісан Блюменталь. У головній синагозі, відкритій у перші роки існування міста, 1795 року, кантором служив уродженець Умані Бецалель Шульзінгер, співак класичної канторської музики.

На початку ХІХ століття, за часів отримання Одесою статусу «порто-франко» до неї дедалі почали прибувати у великій кількості євреї (зокрема і хасиди, на чолі зі своїм лідером — ребе Моше-Цві, якого називали Савранським ребе). І якщо основним заняттям перших єврейських поселенців в Одесі була дрібна торгівля — згідно з звітом Одеської міської магістратури за 1797 рік, євреї відігравали провідну роль у торгівлі шовком, вовною, тканинами, залізними виробами та взуттям, а найбільше сіллю (при цьому великих торговців серед . було всього дві людини), то новоприбулі євреї здебільшого були дуже бідні, і багато хто заробляв собі на життя важкою фізичною працею, працюючи вантажниками в порту, робітниками з видобутку каменю в одеських катакомбах.

Згодом Одеса стала не тільки найбільшим містом південного заходу імперії, а й її головним культурним центром (якщо хочете, столицею) євреїв. Як відомо туди переїхав і там працював з 1881-1917 рр. великий письменник, основоположник єврейської літератури Менделе Мойхер-Сфорім (С. Я. Абрамович).

Одеса, звичайно, не набула статусу «міста — матері Ізраїлю», але з усіх міст риси осілості вона найбільше нагадувала «суперечливе індивідуалістичне сучасне столичне місто, яке незабаром замінить типові європейські громади». У цьому місті «євреїв цінували саме з тих причин, через які їхня діяльність придушувалася і обмежувалася в інших російських містах» (С. Ципперштейн).

КОЛАБОРАЦІОНІЗМ ТА ЙОГО ІСТОРИКО-ПОЛІТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

Насонов А. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Автором терміну «колабораціонізм», був голова уряду Віші у Франції часів другої світової війни генерал Петен. Колабораціонізм завжди розглядався і розглядається як дуже небезпечна та неприємна тема для дискусії. Колабораціонізм асоціювався у свій час з ідеєю створення «Середньої Європи», Європейських Сполучених Штатів, ще у далекій Франції часів правління кардинала Ришельє. У сучасній історії колабораціонізм був тогочасною антикомуністичною діяльністю країн Західної Європи. Він також був поєднаний у Другій світовій війні з «Дивною сидячою» війною, швидкою капітуляцією Європи.

Загально відомо, що напад нацистської Німеччини на СРСР розцінювався різними європейськими інтелектуалами як «Хрестовий похід Європи» проти більшовиків. В німецькій армії Вермахту та військових частинах «СС» перебували на службі представники різних європейських країн, а під час війни з СРСР представники радянських республік.

Під час встановлення радянської системи на територіях підконтрольних СРСР, також мав місце колабораціонізм, у Другій світовій війні колабораціонізм був не лише антибільшовицьким, але й антигітлерівським з урахуванням анексованими державами «Осі» європейських територій.

Йому притаманно також співробітництво радянських громадян окупованих територій з ворогом тощо.

ВПЛИВ АКЦЕНТУАЦІЇ ХАРАКТЕРУ НА МАЙБУТНЮ ПРОФЕСІЙНУ СПЕЦІАЛІЗАЦІЮ

Ліхтарьов О. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Акцентуація характеру є важливою складовою на етапі соціалізації та вибору професійної спеціалізації серед підлітків. Сумнівно виглядає точність раніше опублікованих робіт, які виявляли відмінності в частоті різних акцентуацій у студентів різних спеціальностей. Передбачається, що між цими групами студентів немає різниці в частоті типів акцентуації.

Для підтвердження цієї гіпотези було опитано по 50 студентів з медичних та технічних закладів вищої освіти з використанням модифікації анкети Лічко, що включає 143 твердження, 10 діагностичних і одну контрольну шкалу (шкала брехні). Кожна шкала має 13 тверджень.

За допомогою бібліотеки SciPy був зроблений хі-квадрат тест Пірсона. Він допомагає у визначенні зв'язку між двома категоріальними змінними. Результати показали, що тип акцентуації не залежить від напрямку університету та статі людини. Рівень значущості дорівнює 0.1.

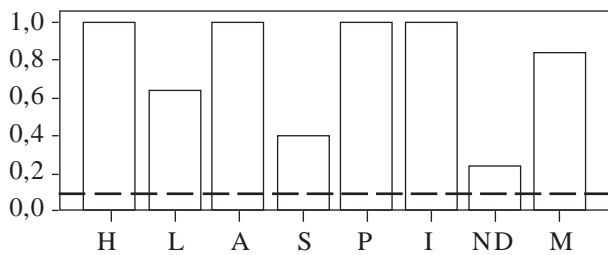


Рис. 1. Значення p-value χ^2 -квдрат тесту незалежності напрямку університету та типу акцентуації

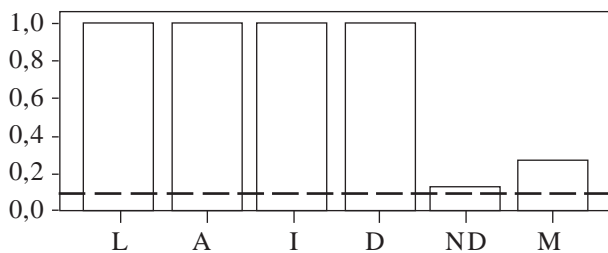


Рис. 2. Значення p-value χ^2 -квдрат тесту незалежності напрямку університету та статі

Як і очікувалося, залежності між акцентуацією та спеціалізацією студентів немає, за винятком кількості студентів, що перевищили контрольну шкалу (шкала брехні): 20 випадків (40 %) серед студентів-медиків і 15 випадків (30 %) технічних ($p = 0,0698683$). Кількість студентів зі змішаним темпераментом — 9 (18 %) для студентів-медиків і 13 (26 %) для технічних ($p = 0,617533$). Також було 21 студент медичного факультету (42 %) та 14 студентів технічного факультету (28 %) з недиференційованим темпераментом ($p = 0,65564$).

Тип акцентуації вказує на слабкість характеру і тим самим дозволяє передбачити фактори, які можуть викликати психогенні реакції, що призводять до дезадаптації. Тема потребує подальшого поглибленого вивчення!

ВИКЛАДАННЯ ЛЕКСИКИ ДЛЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Мокрієнко Е. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Курс іноземної мови у медичному ВНЗ має включати мовні потреби студентів, що стосуються їхньої майбутньої професії, а саме використання англійської мови в такій професійній діяльності:

- 1) читання наукових праць,
- 2) вербальне спілкування з пацієнтами та медичним персоналом,
- 3) письмове медичне спілкування (написання історій хвороби, направлень до спеціалістів, заповнення медичних документів тощо),
- 4) виступ доповідей та доповідей на міжнародних конференціях.

Студенти-медики повинні вивчати спеціальну лексику, оскільки це необхідно для розвитку всіх навичок, необхідних для їх майбутньої роботи. Вони повинні знати граматичні структури типові

для мови, яка використовується в їх професійній діяльності. Майбутні лікарі повинні дізнатися, що означають певні медичні терміни, як вони вживаються та як вимовляються, як слова поєднуються разом і поводяться як семантично, так і граматично, а також які слова слід використовувати в конкретному контексті.

Основними методичними принципами викладання нових слів є:

- 1) Слова мають бути представлені в контексті, який показує, як вони вживаються.
- 2) Слова слід відпрацьовувати та закріплювати за допомогою різноманітних вправ, таких як: заповнення пробілів, множинний вибір, категоризація, надання синонімів, антонімів, колокацій, словотворення.
- 3) Рецептивні завдання слід поєднувати з творчими.
- 4) Стратегія виведення значення слів із контексту є однією з незамінних стратегій, які використовуються при вивченні лексики.
- 5) Словникові вправи повинні пропонувати нову інформацію, засновану на знаннях учнів з основних предметів. Ці вправи повинні бути цікавими та корисними.

РОЛЬ МЕТОДИКИ «СТАНДАРТИЗОВАНИЙ ПАЦІЄНТ» У НАВЧАННІ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Лисенко А., Добровольський А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Методика «Стандартизований пацієнт» відіграє важливу та зростаючу роль серед інструментів освіти, які використовуються для підготовки фахівців сфери охорони здоров'я, надаючи альтернативну можливість отримати клінічний досвід та вдосконалити практичні навички із консультування пацієнтів. Актуальність ще зростає у зв'язку з певними викликами, що спостерігаються сьогодні, насамперед із пандемією COVID-19, коли обмеження унеможливають звичний робочий процес студентів-медиків на навчально-лікувальних базах.

Викладання у іноземних студентів-медиків з використанням методики СП має декілька особливостей. Серед них — аспект мови, релігійні та культуральні відмінності. Постійно зустрічаючись із цими викликами, ми розробляли оптимальний алгоритм для подолання цих труднощів, який з роками отримує ще більше позитивних викликів як від учасників освітнього процесу, так і від роботодавців наших колишніх студентів, тепер — одиниць систем охорони здоров'я різних країн.

Маючи досвід проведення занять за методикою «Стандартизований пацієнт» із іноземними студентами протягом років, в якості дійсних членів міжнародної Асоціації Педагогів Стандартизованих Пацієнтів ASPE, автори вважають за потрібне визначити низку провідних питань, якби-то мовити «найліпших практик», які є корисними для усіх охочих впроваджувати у навчальний процес цей корисний інструмент.

СУЧАСНІ МЕТОДИКИ ВИКЛАДАННЯ ІНОЗЕМНИХ МОВ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Циба А. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Серед видів навчання загалом виділяють традиційний (робота в класі), дистанційний (через інтернет) та змішаний (коли студенти поділені на тих, що присутні у класі, та на тих, що присутні на занятті дистанційно) типи.

Дистанційна форма навчання, коли студенти не займаються у класі поруч з викладачем, а тримають зв'язок з навчальним середовищем за допомогою інтернету, у сучасному світі вже є невід'ємною частиною навчання, і ця система постійно набуває нових форм та можливостей. Вона може бути реалізована за допомогою синхронної методики, коли студенти і викладач взаємодіють у реальному часі на онлайн-занятті, або асинхронної, коли зв'язок між ними у реальному часі не може здійснитися.

Залежно від типу взаємодії викладача та студентів використовують ті чи інші методи навчання. При дистанційному синхронному типі здебільшого можливі такі форми, у яких важливу роль відіграє насамперед викладач: лекція, інструктаж, розповідь, пояснення — це ознайомлення студентів з темою, можливе використання ілюстрацій, схем, графіків, демонстрація аудіо- та відео-матеріалів, але без практичної часті; бесіда, дискусія — активна словесна взаємодія між викладачем та студентами у формі діалогу або полілогу. Для дистанційного асинхронного типу характерні такі форми, як: виконання вправ, інтерактивних завдань, творчих завдань, лабораторно-практичних робіт, проєктів, різних пошукових завдань, резюме матеріалу.

Методи, вживані для синхронного та асинхронного типів навчання, можуть бути взаємозамінними, наприклад, виконання різноманітних вправ реалізується також під час синхронного онлайн-заняття і одночасно перетинається з дискусією, отже усе це контролюється викладачем під час самого заняття; і навпаки, лекцію, інструктаж може бути подано асинхронно для самостійної обробки студентами з можливою допомогою, консультаціями викладача. Головними відмінностями між синхронним та асинхронним типами у такому разі буде те, що в першому випадку основну роботу буде виконувати викладач, а у другому — буде переважати роль студентів.

Дискусійним на сьогодні є змішаний тип навчання, що сам по собі може передбачати реалізацію окремо синхронного чи асинхронного типів, або їх поєднання. Він є нескінченним джерелом ідей для викладача.

Слід зазначити, що поєднання різних методів та типів навчання є можливим, але їх використання повинно бути доцільним в залежності від обраної мети, наприклад асинхронний тип з проєктами, пошуковими завданнями є доречним для набуття студентами навичок самостійної обробки та освоєння інформації.

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ ГІПОФІЗА

Боришполь Т. О.

*Донецький національний медичний університет,
Кропивницький, Україна*

Гіперфункція аденогіпофіза викликається аденомами. Аденоми, що продукують соматотропний гормон, дають такі клінічні синдроми: акромегалію, гігантизм, гіперпролактинемію і хворобу Іценка Кушинга. Акромегалія — наслідок гіперсекреції соматотропного гормону в дорослих людей. До характерних проявів акромегалії належать такі: збільшення кінцевих частин тіла (рук, ніг, щелеп), вісцеромегалія — збільшення печінки, селезінки, нирок, слинних залоз, шлункової риси обличчя, збільшення носа, язика, слинних залоз. Гігантизм розвивається тоді, коли виникає гіперфункція аденогіпофіза в молодому віці, до закриття епіфізарних хрящів. Зріст людини може сягати 250–270 см. У молодому віці всі органи гігантів розростаються рівномірно. Потім на фоні гігантизму розвивається акромегалія. Нарешті аденома, що викликала хворобу, кістозно перероджується, і в гігантів-акромегалів з'являються ознаки гіпофункції аденогіпофіза. Середня тривалість життя таких хворих — 21 рік. Вони гинуть від інфекції. Гіперпролактинемія — стійке підвищення вмісту пролактину в плазмі крові у невагітних жінок і у чоловіків, яке може бути обумовленим як фізіологічними, так і патологічними причинами. Фізіологічна гіперпролактинемія розвивається у жінок у період вагітності та грудного вигодовування, а патологічна гіперпролактинемія є пухлиною гіпофіза — пролактинома, що супроводжується порушеннями репродуктивної системи у вигляді гіперпролактинемічного гіпогонадизму. При хворобі Іценка Кушинга спостерігається ожиріння, артеріальна гіпертонія, порушення статевої функції, психоемоційні порушення, остеопороз та стероїдна міопатія.

Гіпофункція аденогіпофіза дає такі синдроми: євнухїдизм та інфантилізм — при недостатності статевих гормонів; карликовість (нанїзм) — при недостатності соматотропних гормонів. Для цієї хвороби характерні відставання в рості (у віці 20 років — менше 120 см у жінок і 130 см у чоловіків), пропорціональне зменшення всіх частин тіла і внутрившніх органів, статевий недорозвиток. До продовження роду вони не здатні.

Гіпофункція нейрогіпофіза. Фізіологічне значення нейрогіпофіза визначається антидіуретичним гормоном. Він відіграє важливу регуляторну роль у затримці води і підтриманні осмолярності рідин організму. Головний механізм його дії полягає в збільшенні реабсорбції води в дистальних відділах звивистих каналців нефрона і збірних протоках. Дефіцит антидіуретичного гормону проявляється у вигляді нецукрового діабету. Захворювання характеризується виділенням великої кількості сечі низької густини і компенсаторною спрагою.

Гіперфункція нейрогіпофіза викликає синдром Пархона (нецукровий антидіабет).

Гіпофункція середньої долі гіпофіза. Недостатність меланотропіну призводить до порушення процесів розподілу пігменту в клітинах, шкіра втрачає свою пігментацію.

ВАЖЛИВІ АСПЕКТИ У ВИКЛАДАННІ ІНОЗЕМНИХ МОВ ДЛЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

Кир'язова О. В.

*Одеський національний педагогічний університет,
Одеса, Україна*

В умовах модернізації медичної сфери важливим аспектом сьогодні є підготовка кваліфікованого, професійного та всебічно розвинутого лікаря, що влучно володіє іноземними мовами. Для спеціалістів медичної сфери знання іноземної мови є не тільки засобом отримання інформації з першоджерел, а й в майбутньому засобом здійснення ділових контактів із закордонними колегами.

Важливим питанням у викладанні іноземних мов в медичних ВНЗ є компетентність викладача. Можемо виділити кілька актуальних аспектів на які слід звернути увагу сучасному педагогу з іноземних мов у медичному ВНЗ. Зазвичай основна увага приділяється розвитку навичок роботи з професійною лексикою, а також вмінню використовувати даний лексичний матеріал у різних комунікативних ситуаціях. Проте окрім іноземної мови викладач повинен впевнено володіти знаннями з предмету що вивчається. Так, при опрацюванні теми «Гіпертонія», педагог має добре орієнтуватись не тільки у загальній лексиці з цієї хвороби, а й розумітись в особливостях її термінології, вивчаючи спеціальну медичну літературу, готуючи матеріали до заняття.

Ще одним важливим аспектом вивчення технічної іноземної мови є нерозривний зв'язок із технічною дисципліною. Таким чином, вивчення тем іноземною мовою має співпадати з вивченням відповідних тем із технічної дисципліни. Тобто, велику увагу потрібно приділити зкоординованості відповідних навчальних програм. У такому разі студентам набагато легше засвоїти потрібний матеріал, доповнити новими знаннями та провести своє власне дослідження з актуальних проблем дисципліни

Також, важливим аспектом вивчення нових медичних тем іноземною мовою є врахування їх зв'язку з основними дисциплінами курсу. Перед складанням календарно-тематичного плану для занять з іноземної мови слід звернути увагу на те, чи вивчались ці теми на основному курсі. Оскільки для кращого засвоєння матеріалу іноземною мовою, студент-медик має в першу чергу розуміти інформацію рідною мовою, в іншому випадку таке вивчення не буде продуктивним.

Наступний аспект, що заслуговує на увагу — використання інноваційних методів у викладанні іноземних мов для студентів-медиків. Навчальний процес у медичному ВНЗ завжди насичений та досить важкий, тому для урізноманітнення та зацікавлення студентів у вивченні непрофільного предмету викладачу іноземних мов не буде зайвим

звернутися до сучасних методів навчання таких, наприклад, як: ділові ігри, метод-кейсу, дискусія, проектний метод, мозковий штурм та інші.

ВПЛИВ ГРЕЦЬКОЇ ТА ЛАТИНСЬКОЇ МОВ НА МЕДИЧНУ АНГЛІЙСКУ

Осмоловська І. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Протягом століть розвиток медичної термінології базувався на процесі створення міжнародних термінів, відомих у всьому світі та чітко визначених. У галузі медичної науки таким надійним засобом спілкування були латинська та грецька мова. Вважається, що близько 90 % англійської медичної лексики має грецьке або латинське походження.

Більшість слів, які використовуються сьогодні, включаючи слова «medicine» та «physiology», насправді походять із давньогрецької та латинської, і навіть новоутворенні терміни використовують ті самі мови.

Деякі з цих слів насправді повертають нас до витоків медичної дисципліни, в історію медицини, яка є дуже довгою, і сьогодні ми бачимо навіть найновішу термінологію, яка використовує ці коріння.

Якщо подивитися на уривок, який описує ситуацію із симптомами COVID-19, можна зрозуміти, що більшість слів мають давнє походження.

«Covid-19 infection may be asymptomatic, but may cause septic shock, Multiple Organ Dysfunction Syndrome, and hypercytokinaemia, precipitating Acute Respiratory Distress Syndrome, which is often fatal. Other serious pathologies may include myocardial injury, thrombosis, pulmonary embolism and ischemic events.»

Для створення нових слів та їх чіткого визначення є певні компоненти слова.

Корінь є основною одиницею кожного медичного слова, яка встановлює основне значення. Більшість медичних коренів не є словами і їх потрібно використовувати в комбінаціях.

Суфікс — частина слова, яка додається в кінці для зміни значення. Існує багато груп, які мають певне значення: стан (-ia, -ism, -sis, -y), медичні спеціальності (-ian, -iatrix, -iatry), відносність (-ac, -al, -ar, -ical) та інші.

Префікс — коротка частина слова, що додається перед коренем. Їх також можна розділити на групи: префікси чисел (mono-, poly-), кольорів (erythr/o, leuk/o-), негативу (anti-, dis-, a/an-), напрямку (ab-, trans-), ступеня (hyper-, hypo-, super-), розміру і порівняння (macro-, neo-), часу і положення (ante-, pre-, pro), позиції (dextr/o-, end/o-, mes/o-).

Тож грецьку та латинську мови можна використовувати систематично. Слова є захоплюючими, а деякі мають дивовижну історію. З практичної ж точки зору — використання цих мов у медицині, розуміючи значення термінів та понять.

Мудреці зазначили: «Стародавні мови можуть навчити нас знанням про тіло, а тіло може навчити стародавнім мовам».

**ТОВАРИСТВА
ПРАВОСЛАВНИХ ЛІКАРІВ ІМЕНІ
СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ КРИМСЬКОГО
(В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦЬКОГО)**

Радченко А. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Значущість діяльності одного з видатних діячів релігії та медицини ХХ ст. святителя Луки Кримського (В. Ф. Войно-Ясенецького) була підкреслена в ХХІ ст. відкриттям в країнах пострадянського простору низки товариств на його честь, перше з яких, «Товариство православних лікарів Криму імені святителя Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького)», було створено в Україні у 2001 р., через рік після прославлення архієпископа у лику святих. Сьогодні, за словами його голови Т. А. Шевченко, лише активістів цього об'єднання, тобто головних лікарів лікувальних закладів, завідувачів відділень, налічується понад чотириста осіб. Також при епархіальному управлінні діє лікарський кабінет, в якому можуть отримати консультацію, першу лікарську допомогу та направлення до вузьких спеціалістів усіх, хто на це потребує. Дане товариство має свій статут та традиції. Вступаючи до нього, людина урочисто приносить присягу у храмі, долучається до Святих Христових Тайн. Обов'язковою умовою прийняття присяги є наявність медичної освіти, а також благословення духовника. Крім даної організації в Україні працюють асоціація «Православні лікарі Слобожанщини», яка була створена у березні 2010 р. з благословення митрополита Харківського та Богодухівського Никодима, а також заснована в 2014 р. в Одесі Марфо-Маріїнська обитель при храмі на честь ікони Божої Матері «Усіх скорботних радості». Товариства займаються місіонерською діяльністю, надаючи безоплатну медичну допомогу пацієнтам.

Слід відмітити й плідну працю подібних організацій в інших країнах. Так, з 2007 р. здійснює свою діяльність «Всеросійське товариство православних лікарів імені святителя Луки архієпископа Кримського», що має представництва в семи містах Російської Федерації: Москві, Санкт-Петербурзі, Тулі, Новосибірську, Архангельську, Владивостоці та Чебоксарах. Ці спільноти спрямовані на безкорисливу допомогу в діагностиці та лікуванні захворювань у незможних, а також багатодітних сімей. У Мінську чотири роки займається катехизаторською діяльністю серед пацієнтів та медпрацівників «Білоруське товариство православних лікарів імені святителя Луки архієпископа Кримського».

Сподіваємося, що святитель Лука Кримський стане провідником і прикладом для лікарів багатьох країн, об'єднавши їх у великій справі служіння на варті людського життя та здоров'я.

**ТИП ПОВЕДІНКИ У КОНФЛІКТАХ
ЯК ЧИННИК ЕФЕКТИВНОЇ СОЦІАЛІЗАЦІЇ
СТУДЕНТА-МЕДИКА**

**Кастіро Н. А., Рацібурицька В. Д.,
Коцар А. О.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Необхідною умовою плідної взаємодії в системі «лікар-пацієнт» є вибір лікарем ефективною стратегією поведінки у ситуації міжособистісного конфлікту. Тому при підготовці майбутнього медика важлива об'єктивна оцінка сформованих у студента стратегій поведінки у конфліктних ситуаціях та її відповідність до професійних стандартів.

В нашому дослідженні приймали участь 21 студент-стоматолог першого курсу, та була використана методика Кеннета У. Томаса і Ральфа Х. Кілменна (1972), в якій виділяється п'ять основних стратегій людської поведінки у конфліктній ситуації на підставі динаміки між ступенем наполегливості в задоволенні своїх інтересів та ступенем готовності піти назустріч іншому в задоволенні його інтересів. Проведено порівняльний аналіз даних досліджених студентів-медиків, студентів економістів [1] та професійної групи лікарів [2] (табл. 1).

Таблиця 1

**Стратегії поведінки у конфліктних ситуаціях
різних респондентів, %**

Стратегії поведінки у конфліктах	Студенти-економісти	Студенти-медики	Професійні лікарі
Конфронтація	23	17	10
Співробітництво	32	22	21
Компроміс	23	22	24
Ухилення	9	22	25
Пристосування	13	17	20

З'ясовано, що студенти медицини більш схильні до стратегій «Співробітництва», «Компромісу» та «Ухилення», що не є типовим для молоді сьогодення, для яких домінуючими є взаємовигідна взаємодія та рівнозначні стратегії суперництва або пошуку компромісу. Студенти медицини більш орієнтовано на урахування інтересів пацієнта та пошук сумісного з ним рішення конфліктних ситуацій. Однак рівень конфронтації, як засобу взаємодії з іншими у них ще дуже високий відносно групи професійних медиків.

Таким чином, формування неконфліктних стратегій взаємовідносин є актуальним у подальшій професіоналізації майбутніх медиків.

**ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ СТУДЕНТІВ
У ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ У МЕДИЧНОМУ
ВИЩОМУ ЗАКЛАДІ ОСВІТИ**

Назаренко О. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Емоційне вигорання є досить поширеною проблемою не тільки серед людей середнього віку, які

мають постійне навантаження з боку сім'ї, роботи, соціальних обов'язків, а й серед молоді, а саме студентів. Молодь після школи тільки починає адаптуватися до навколишнього світу, зустрічається з великою кількістю проблем та розуміє, що вже настав час брати на себе відповідальність за власні вчинки. На фоні цього студенти повинні досягати успіхів у навчанні для того щоб не тільки стати успішними фахівцями, а ще й виправдати сподівання батьків та суспільства. Саме через перенапруженість новими обов'язками у багатьох трапляється емоційне вигорання, яке супроводжується прокрастинацією, небажанням щось робити та отримувати нові знання, тотальним безсиллям. Навіть час, проведений з друзями чи батьками вже не приносить ніякого задоволення.

Згідно з даними багатьох досліджень саме студенти-медики найбільш схильні до емоційного вигорання. На них звалюється додаткова відповідальність, так як студент вже на початковому етапі навчання розуміє, що він у майбутньому повинен дбати не тільки про себе та своїх родичів, а ще й про життя інших людей, які прийдуть до нього як до кваліфікованого лікаря, якому зможуть довірити найголовніше — своє здоров'я.

Найвища ймовірність емоційного вигорання припадає саме на кінець семі, коли студенти вже повністю виснаженні об'ємом інформації, але ще потрібно зробити останні кроки перед тим як можна буде нарешті відпочити. Саме таку тенденцію ми аналізуємо у нашому дослідженні, яке присвячено з'ясуванню найбільш вразливих чинників емоційного вигорання студентів-медиків під час екзаменаційної семі.

Таким чином, емоційне вигорання — це не просто погане самопочуття та відсутність гарного настрою, це хвороба, яка супроводжується своїми симптомами, а також має свої профілактичні методи. Якщо знати як не довести себе до такого стану та що роботи внаслідок появи перших ознак, можливо вдало запобігти емоційному вигоранню під час навчання та подальшої професійної самореалізації.

ЦІННІСНІ ОРІЄНТАЦІЇ СТУДЕНТІВ-СТОМАТОЛОГІВ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СТИЛЬ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ У ПРОФЕСІЙНИХ СИТУАЦІЯХ

Козоріз А. С., Базовкіна С. О.,
Сазанська М. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Ціннісні орієнтації, як стрижнева система особистості, впливає на всі її рівні, у тому разі і на формування професійної складової особистості, особливо на ранньому етапі професіоналізації. Гармонійність та збалансованість ціннісної сфери особистості (ЦСО) майбутнього професіоналу, її гуманістична спрямованість особливо важлива для с професій типу «людина-людина». Тому для студентів-стоматологів проведення дослідження ЦСО є ефективним інструментом саморозвитку та своєчасного формування необхідної професійної компетентності.

В нашому дослідженні приймали участь 22 студенти-стоматологи першого курсу ОНМедУ, була використана методика «Діагностика реальної структури ціннісних орієнтацій особистості» С. С. Бубнової та «Шкала самооцінки особистості прийняття рішення в професійних обставинах Т. В. Рябової, М. Н. Шевцової», що дозволило розглянути структуру ЦСО та її вплив на стилі прийняття рішення притаманні студентам.

Домінуючими цінностями дослідженої групи майбутніх стоматологів є «Приємне проведення часу, відпочинок», «Визнання і повага людей, вплив на оточуючих» та «Допомога і милосердя до інших», а цінності, що мають найменше значення — «Соціальна активність» та «Здоров'я». Домінування гуманістичних цінностей є типовим для всіх представників соціономічних професій, а наявність у першій трійці цінності впливу на людей та приниження цінності здоров'я — типове лише для педагогів та лікарів.

Для досліджених найбільш характерним стилем прийняття рішень в ситуації не визначеності (що найбільш характерно для медичної практики) є вольовий та комунікативний стилі. Тобто високий рівень саморегуляції, контролю емоції та схильність до колективних рішень. Антиципаційний стиль (використання власного досвіду та інтуїції) та інформаційний стиль (вміння працювати з великими потоками інформації) розвинуті значно менше, що є небажаним в умовах інформаційного суспільства. На розвиток антиципаційного стилю статистично значимо впливає креативність ($k=0,611$, $p\leq 0,01$) та ранг цінності «Визнання і повага людей, вплив на оточуючих» ($k=0,469$ $p\leq 0,05$).

Таким чином, для розвитку ефективних для сьогодення та професії медика стилей прийняття рішень можливо рекомендувати розвиток креативності особистості та зростання її самоповаги завдяки високому рівню професійних знань та навичок взаємодії з людьми на підставі поваги та гуманізму.

ВПЛИВ РИЗИКОВАНИХ ФОРМ ПОВЕДІНКИ НА СОМАТИЧНІ ВІДХИЛЕННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ, ЩО СФОРМУВАЛИСЯ ПІД ЧАС КАРАНТИННИХ ОБМЕЖЕНЬ

Ворона Д. А., Кобзар Д. С., Матюшенко Є. О.

*Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, Харків, Україна*

Актуальність. На сьогоднішній день проблема розповсюдженості ризикованих форм поведінки (РФП) набуває актуального значення. Важливим питанням наразі є прогнозування, як ті чи інші прояви адиктивної поведінки вплинуть на соматичне здоров'я молоді у разі певних соціальних обмежень, що сформувалися за час тривалого карантину.

Мета роботи. Характеристика та визначення впливу проявів ризикованих форм поведінки студентської молоді, що сформувалися чи підсилюються під час карантину, як предикторів порушення соматичного здоров'я.

Матеріали та методи. Проведено анонімне анкетування 799 здобувачів вищої освіти з використанням Google форм, серед яких 287 зазначили хоча б одну ознаку РФП. Питання пропонувалися таким чином, щоб виявити зміни, які з'явилися чи підсилилися саме під час карантинних обмежень. Визначалися окремі РФП чи їх комбінації. До РФП відносили: тютюнопаління, вживання алкоголю та фаст-фуду. Враховуючи тривалі соціальні обмеження та «умови замкнутого простору», до РФП ми також віднесли байдужість до навчання та зовнішнього вигляду. Отримані данні оброблялися у програмі IBM SPSS Statistics 22 із визначенням відносної величини та її похибки.

Результати. За результатами проведеного дослідження показано, що РФП частіше визначалися у наступній послідовності: 44 % відмітили появу байдужості до навчання, 36 % — байдужість до зовнішнього вигляду, 9 % — вживання алкогольних напоїв, 8 % — тютюнопаління та 2 % — нерациональне харчування. Також відмічалися комбінації наведених ознак, такі як «вживання «фаст-фуду» + вживання алкогольних напоїв» (15 %), «байдужість до зовнішнього вигляду + байдужість до навчання» (27 %), «тютюнопаління + байдужість до навчання» (9 %) тощо. В залежності від наявності РФП окреслювалися певні соматичні прояви, такі як головний біль (38 %), біль у серці (12 %), збільшення ваги (30 %), гіподинамія (55 %), погіршення зору (41 %), нервозність та роздратованість (48 %), немотивована тривожність (34 %). Серед студентів, що відмітили різні комбінації РФП, частота ознак порушень соматичного здоров'я була дещо вищою. Так, достовірно частіше визначалися: головний біль ($p < 0,05$), збільшення ваги ($p < 0,05$), зниження рухової активності ($p < 0,05$), нервозність та роздратованість ($p < 0,05$).

Висновки. Встановлено, що під час карантину у значній частині опитаних визначилися окремі РФП, так і у ряді чисельних комбінацій. Були виявлені ознаки порушень соматичного здоров'я, такі як головний біль, кардіалгії, гіподинамія, збільшення ваги, нервозність та роздратованість, погіршення зору. Показано, що частота певних проявів порушень соматичного здоров'я зростала від наявності комбінацій РФП.

ДИСТАНЦІЙНА КОМУНІКАЦІЯ З ПАЦІЄНТАМИ ПІД ЧАС КАРАНТИНУ

Сікорська М. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

В основі телемедицини лежать цифрові технології, які трансформують традиційний візит пацієнта до лікарні у виклик лікаря на дім, тільки без його особистої присутності. Ідея віртуального відвідування існує вже кілька років, проте в Україні ринок таких послуг почав зароджуватися не так давно, а сплеск популярності розпочався під час карантину COVID-19, і зараз тільки набирає оберті.

Дистанційне консультування — сучасний робочий інструмент як для фахівців первинної ланки, так і для вузькопрофільних спеціалістів. Імплемен-

тація даної послуги у клінічну діяльність дозволяє розширити можливості і лікувати пацієнтів всюди, де є підключення до Інтернету.

Для того, щоб будувати правильну комунікацію з пацієнтами, можна виділити наступні поради для лікарів. По-перше, лікарю потрібно визначитися, як до нього можуть дистанційно звертатися пацієнти: дзвонити на мобільний телефон чи писати у месенджер. При можливості, краще виділити окремий номер для дзвінків від пацієнтів або створити окрему сторінку в соціальних мережах. Але не забувати про вік пацієнта та його навички спілкування онлайн. По-друге, чітко окреслити питання для дистанційних комунікацій. Наприклад, виписати електронний рецепт або направлення, повідомити результати обстеження тощо.

Лікар — людина. Лікар має право обирати не тільки спосіб дистанційного зв'язку, а й години такого прийому. Тому обов'язково слід інформувати пацієнтів про зручний для лікаря час спілкування засобами телекомунікацій. Вимикати звук, коли час для дистанційного консультування не передбачено.

Також потрібно пояснити пацієнту, з чого відразу потрібно починати розмову, телефонуючи лікарю, або за яким принципом краще будувати повідомлення. Наприклад, представитися, надіслати фото останнього призначення та повідомити про поточну ситуацію, стан здоров'я. Заздалегідь проговорити доречність відправлення вам аудіо та відео-повідомлень.

Крім того, завжди потрібно пам'ятати, задоволеність пацієнтів — ключовий показник ефективності впровадження телемедицини в закладах охорони здоров'я. Лікарі, які вже практикують онлайн консультування на платформах медичних закладів зазначають, що пацієнти, яким вони запропонували такий формат комунікації, залишилися задоволеними та пообіцяли звернутись за медичною допомогою онлайн ще раз.

КОНКУРЕНТНІ ПЕРЕВАГИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Борщ В. І., Рудінська Е. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Одним з основних результатів реформування галузі охорони здоров'я в Україні стало формування ринкового середовища галузі, учасниками якого стали як приватні, так і державні заклади охорони здоров'я. Підвищення конкуренції серед постачальників медичних послуг, тобто закладів охорони здоров'я, за споживача — пацієнта — актуалізувало питання практичної реалізації механізмів управління конкурентоспроможністю таких закладів.

Ми вважаємо, що таке завдання є нагальним як для приватних, так і державних установ, оскільки важливо сформувати механізм управління конкурентоспроможністю закладів охорони здоров'я таким чином, щоб повністю задовольнити усіх учасників ринку в умовах еволюційного переходу до економічних та маркетингових відносин у процесі надання та отримання медичних послуг.

Відтак, нагальним завданням для національних закладів охорони здоров'я є визначення їх конкурентних переваг, тобто унікальної пропозиції чи характеристики послуги (продукту), що вигідно вирізняє їх з-поміж конкурентів на ринку. Для того, щоб визначити свої конкурентні переваги, існує декілька підходів. Проте найбільш ефективний — це аналіз закладу у порівнянні з конкурентами, який у науковій літературі отримав назву «бенчмаркінг». Він здійснюється за певними критеріями, такими як:

1) Довіра: ніхто з пацієнтів не буде довіряти своє здоров'я не професіоналам. Так прикладами конкурентних переваг, які побудовані на цьому критерію, є: термін існування закладу, офіційні підтвердження надійності завдяки ліцензуванню діяльності, соціальна підтримка надійності, кваліфікація персоналу, участь чи організація масштабних проєктів та програм тощо.

2) Комфортність, а саме територіальна доступність, швидкість обслуговування, особливості сервісу тощо.

3) Гарантії: гарантувати ступінь повного одужання при умові невиліковних хвороб не може бути правильним вибором, проте надання гарантій на надані послуги, гарантії якості цих послуг може стати оптимальним вибором конкурентної переваги. Наприклад, надання трьох річної гарантії на проліковані зуби.

4) Особливості закладу, тобто те, що робить заклад унікальним, не схожим на один з існуючих у місті або країні.

5) Аутсорсінг маркетингу та здійснення рекламних кампаній.

Як показує практика бізнес-підприємств, сьогодні складно конкурувати на ринку однією конкурентною перевагою. Важливим є формування їх сукупності:

I. Безумовною конкурентною перевагою є якість надання медичних послуг, яка досягається

за рахунок залучення до процесу надання послуг висококваліфікованих медичних фахівців, інноваційних медичних технологій, новітнього устаткування та обладнання тощо.

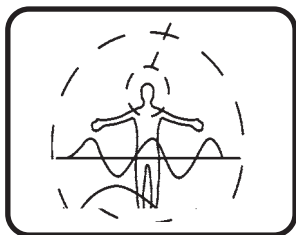
II. Географічна «прив'язка», що акцентує увагу на розміщенні закладу (наприклад, житловий масив з розгалуженою транспортною мережею, де не представлено жодного закладу охорони здоров'я).

III. Рівень цін. Тут є необхідність на початкових етапах проаналізувати свою цільову аудиторію: чи це є пацієнти з високим або низьким рівнем доходів, економічно активні або пенсійного віку. Це є важливим для визначення, чи стане рівень цін, який визначає заклад, конкурентною перевагою, оскільки різні категорії пацієнтів будуть сприймати рівень цін по-різному.

IV. Рівень обслуговування. При умові однакових характеристик надання медичних послуг, які нами вище перераховані, рівень обслуговування може стати одною з найважливіших конкурентних переваг закладу охорони здоров'я. Так, наприклад, швидкість та оперативність обслуговування, привітність та компетентність адміністративного та допоміжного персоналу, можливість отримання додаткових опцій до медичних опцій, а саме лабораторна та інструментальна діагностика, медичне страхування тощо.

V. Популярність закладу, високий рівень якої досягається за рахунок маркетингових та PR-кампаній, відгуків та рекомендацій пацієнтів, якості та різноманітності контенту сайту, присутності в інформаційному полі тощо.

Реальні конкурентні переваги є у небагатьох українських закладів охорони здоров'я. Проте сьогодні важливо нарощувати їх, створюючи систему надання медичних послуг, яка буде відповідати запитам пацієнтів та передбачати їх побажання та потреби.



СЕКЦІЯ МОРФОЛОГІЧНИХ, ФІЗІОЛОГІЧНИХ НАУК, МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ, БІОФІЗИКИ ТА МЕДИЧНОЇ АПАРАТУРИ

Section of Morphological, Physiological Sciences,
Medical Biology, Biophysics and
Medical Equipment

КЛІНІКО-АНАТОМІЧНІ АСПЕКТИ ШИЗОФРЕНІЇ

Бурячківський С. Е., Максимовський Д. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Серед наукової спільноти набула популярності думка щодо безпосередньої ролі епіфізу у розвитку шизофренії (Савельєв С. В., Єрофєєва В. А., Фокін Є. І., Гулімова В. І., Нору де Клерк, Постнов О. О., Асадчиков Є. В., Сенін Р. О., Бузмаков О. В. [2004, 2006]).

Мета. Визначити вікові зміни епіфіза і порівняти їх зі змінами при шизофренії.

Обговорення. З віком епіфіз зменшується в розмірах, з'являється інкрустація солями металів, але свою активність зберігає усе життя людини.

Іволюція епіфіза супроводжується скупченням композитних гідроксиапатитів і флюорита.

При вікових змінах найчастіше визначаються позаклітинні скупчення солей кальцію. При шизофренії солі скупчуються в центральній частині епіфіза і проявляють схильність до резорбції і повторного утворення.

Висновок. Кількість інкрустатів та петрифікатів та їх щільність зменшується при шизофренії порівняно з віковими змінами епіфіза.

МОРФОЛОГІЯ УРОЛІТІАЗУ

Свириденко Р. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Утворення конкрементів у сечовидільних шляхах є наслідком порушення обміну мінералів і пуринового обміну. Уролітіаз ускладнюється запаленням, некрозом, атрофією тканин і т. ін.

Мета. Встановити характер конкрементів в сечовидільних шляхах та наслідки уролітіазу.

Обговорення. Зовнішній вигляд конкрементів залежить від порожнини, де вони утворюються: коралоподібні — в мисках нирок, кулясті — в сечовому міхурі. За хімічним складом в сечовидільних шляхах знаходять урати, фосфати, оксалати, рідше конкремент из цистину і ксантину. Хімічний склад конкрементів залежить від кислотої або лужної реакції сечі. Ускладненням уролітіазу може бути некроз миски або уретера. Запалення: пієліт, уретерит, цистит. Атрофія тканини нирок — гідронефроз, виникає як наслідок порушення пасажу сечі.

Висновок. Кисла реакція сечі сприяє утворенню уратів. Оксалатні конкременти формуються незалежно від реакції сечі.

МОРФОЛОГІЯ ХОЛЕЛІТІАЗУ

Персіанова М. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Загальне ожиріння та атеросклероз сприяють утворенню конкрементів в жовчному міхурі. З місцевих факторів — запалення жовчовиводящих шляхів та холестаза, а також зміна якості жовчі також сприяють формуванню холелітіазу.

Обговорення. За хімічним складом у жовчному міхурі знаходять холестеринові, пігментні, вапняні конкременти, але переважають змішані.

Ускладненням холелітіазу може бути запалення: гострий і хронічний холецистит, обструкція міхурової протоки: емпієма, мукоцеле, обструкція загальної жовчної протоки: підпечінкова жовтяниця, обструкція фатерова соска: підпечінкова жовтяниця, панкреатит. Пролежні та перфорація — жовчний перитоніт. Обструкція каменем просвіту тонкої кишки.

Висновок. Холелітіаз ускладнюється обструктивними, запальними, некротичними станами. Калькульозний холецистит вважається фоновим для розвитку аденокарциноми.

МОРФОЛОГІЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Баран М. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. При туберкульозі уражаються всі органи людини, але найчастіше — легені. Ускладнення туберкульозу можуть бути причиною інвалідності, або мати смертельні наслідки.

Обговорення. Морфологічними особливостями первинного туберкульозу є формування первинного туберкульозного комплексу. Варіантами перебігу первинного туберкульозу є затухання первинного туберкульозу з загоєнням елементів первинного комплексу, прогресування первинного туберкульозу, хронічний перебіг.

Гематогенний туберкульоз виникає після первинного туберкульозу і перебігає у вигляді генералізованого туберкульозу, з переважанням ураження легень або позалегеновими ураженнями.

Вторинний туберкульоз розвивається у дорослих, які перенесли первинну інфекцію.

Розрізняють наступні форми вторинного туберкульозу: гострий вогнищевий, фіброзно-вогнищевий, інфільтративний, туберкулема, казеозна пневмонія, гострий кавернозний, фіброзно-кавернозний, циротичний.

Висновок. Люба форма туберкульозу може ускладнюватися амілоїдозом. Хронічний перебіг туберкульозу супроводжується розвитком легеневого серця та легенево-серцевої недостатності.

ОСОБЛИВОСТІ АЛКОГОЛЬНОГО УРАЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Пархоменко О. Ю., Жеронкіна О. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. На сьогоднішній день проблема зловживання алкогольними напоями охопила весь світ. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, станом на 2017 рік, серед країн, населення яких вживає найбільше всього алкоголю, Україна займає 6 місце, а кількість випитого чистого алкоголю становить 13,9 літрів за рік. Постійне вживання алкоголю та його суррогатів негативно впливає не лише на поведінку людини, а також призводить до патологічних змін в різних органах: печінці, підшлунковій залозі, серці, а також в мозку. Зміни в останньому викликають особливу цікавість, так як негативно впливають не лише на здоров'я пацієнта, але й на його соціальне середовище і соціальну активність.

Мета. Визначити основні патологічні зміни нервової системи при хронічній алкогольній інтоксикації.

При патогістологічному дослідженню мозку пацієнтів з хронічною алкогольною інтоксикацією в першу чергу відмічається атрофія кори головного мозку, розширення шлуночків, фіброз лептоменікса, некроз нейронів, їх пікноз, збільшення кількості ліпофусцина в них. В мозочку також відбувається атрофія кори, що чітко виражено в пе-

редніх і верхніх відділах його черв'яка, зменшення кількості та атрофія клітин Пуркін'є. Описані вище зміни являються класичним описом алкогольної енцефалопатії. Дане захворювання навіть відображене в МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб), і записане як «Дегенерація нервової системи, спричинена алкоголем», і кодується шифром "G31.2".

Висновки. Тривале вживання алкогольних напоїв має негативно впливає на головний мозок та мозочок, що проявляється, в першу чергу, атрофією кори мозку, а також дегенеративними змінами в нейронах, що стають необоротними.

МОРФОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЗМІН В ЕПІФІЗИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Котляр А. Г. З.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Епіфіз, або як його ще називають шишкоподібне тіло, це невеличка непарна залоза вагою 0,2 г, яка відіграє важливу роль в процесах регуляції біологічних ритмів організму. Хоч і функція епіфіза до кінця не з'ясована, в останні роки вдалось виявити, що епіфіз допомагає людині пристосовуватися до зміни дня і ночі (біологічний годинник), а також до інших природних ритмів. Також вважається, що епіфіз гальмує швидкий ріст скелета і розвиток статевих залоз. Патологія епіфіза мало досліджена і в основному представлена розвитком у ньому пухлин.

Мета. Визначити основні морфологічні зміни в епіфізі при його захворюваннях

Обговорення. Серед найпоширенішої пухлинної патології шишкоподібного тіла виділяють такі пухлини як: пінеоцитома та пінеобластома (остання синтезує серотонін і мелатонін). Пінеоцитома, хоч і являється гістологічно доброякісною пухлиною, але її розташування часто призводить до клінічної злоякісності (як і кожна пухлина головного мозку), що проявляється низкою неврологічних симптомів. Макроскопічно пухлина має вигляд розовато-сірого вузла, що чітко відмежований від оточуючих тканин, мікроскопічно новоутворення представлене скупченням клітин пінеальної паренхіми епіфіза, без клітинної атипії. Пінеобластома є злоякісною пухлиною, яка вважається примітивною нейроектодермальною пухлиною (ПНЕП) низького ступеню диференціювання (за новою редакцією — ембріональна пухлина). Вона складається з малодиференційованих клітин пінеоцитарного ряду і має тенденцією до метастазування. Патоморфологічна діагностика пінеобластом складна, тому що пухлина своєю будовою нагадує будову інших дрібно-блакитно-круглоклітинних пухлин. У пінеобластомах виявляються некрози коліквацийного типу і велику кількість новоутворених судин.

Висновки. Захворювання епіфіза представлені в основному пухлинною патологією, яка незалежно від типу становить небезпеку для пацієнта. Пінеобластома в міру своєї низької гістологічної диференціації створює труднощі для її діагностики.

ТАЛІДОМІД І ЙОГО ПОБІЧНА ДІЯ

Золотухіна А. В., Ковтун Г. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Талідомід (Тал) — це речовина, яка має протизапальну, імуномодулюючу та антиангіогенну дію, так само має посилений седативний ефект. Проте механізм дії остаточно не встановлено.

Мета. У зв'язку з широким діапазоном клінічних ефектів препарату було вирішено проаналізувати інформацію щодо побічної дії Тал.

Обговорення. У 1950-х роках Тал. вважався великим відкриттям, оскільки його спектр дій був надзвичайно широким. Препарат використовувався як седативний, заспокійливий, протикашльовий, противірусний засіб, навіть використовувався від нудоти. Клінічні випробування на той час були необов'язковими, препарат вживався безконтрольно, без урахування особливих станів пацієнтів.

З'ясувалося, що вживання Тал. (при нудоті й блюванні вагітних) становить велику небезпеку на ранніх стадіях вагітності, особливо 3-5 тижні гестації. Імовірність появи дитини з фізичними деформаціями з'являється після прийому всього однієї таблетки талідоміду в цей проміжок часу. Пошкодження плоду стосуються найрізноманітніших частин тіла. Найбільш поширені зовнішні прояви стосуються дефектів або відсутності верхніх або нижніх кінцівок, відсутності вушних раковин, дефектів очей і мимічної мускулатури. Крім того, Тал. впливає на формування внутрішніх органів, руйнівним чином діючи на статтеву систему, серце, печінку, нирки, травну систему, крім того іноді приводить до народження дітей з відхиленнями в розумовому розвитку, епілепсію, аутизм. Дефекти кінцівок носять назви фокомелія і амелія («гноленяча кінцівка» і «відсутність кінцівки» відповідно).

Відомо, що Тал. існує у вигляді ізомерів, один з яких є причиною його тератогенного впливу. Цей ізомер вклинюється в клітинну ДНК на ділянках, багатих GC зв'язками, він перешкоджає нормальному процесу реплікації ДНК. Не можливо максимально очистити препарат від тератогенного ізомеру, тому що ізомерні форми в організмі вільно трансформуються одна в іншу.

Висновки. Тал. був заборонений, але в 1998 році знову допущений FDA для лікування прокази, його випробування досі продовжуються і не відомі строки вивчення всіх його властивостей.

ПОБІЧНА ДІЯ ЛІКІВ НА НЕРВОВУ СИСТЕМУ

Вінніченко Д. О., Коваленко Є. М.,
Золотухіна А. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Загальновідомий факт можливого негативного впливу ліків, як хімічних речовин і сполук на функціональний стан і морфологічні структури організму. Тому при призначенні тих, або

інших ліків співвідносять лікувальну дію і ймовірні ризики їх застосування.

Мета. Визначити основні морфологічні зміни на нервову систему при робочій дії ліків.

Обговорення. Для позначення негативного впливу на нервову систему застосовують термін нейротоксичність НТ. Вона проявляється у формі порушень моторних, сенсорних функцій, емоційного статусу, інтеграційних функцій мозку, таких як концентрація, пам'ять, навчання. Часто порушуються зір, слух, тактильна та больова чутливість тощо, до повного зникання, або парестезій. Сенсомоторні порушення призводять до появи м'язової слабкості, парезів та паралічів. НТ може проявлятися в ушкодженні механізмів регуляції функцій життєво важливих органів та систем (дихальної, серцево-судинної, сечостатевої) може закінчитися загибеллю отруєних. У ряді випадків основними проявами НТ процесу можуть стати зміна поведінки пацієнтів або експериментальних тварин.

Морфо-функціональні порушення пов'язані з розбалансуванням вегетативної нервової системи, її саморегуляції, порушенням трансмембранного транспорту, клітинної синтетичної активності, змінами у структурі клітинних органел. Прискорене серцебиття, хиткість ходи, запаморочення, помутніння свідомості, пітливість і це лише частина того, що відчуває людина. Різноманіття симптомів може бути пов'язане з різною чутливістю ділянок мозку та периферичної системи до дії ліків. Ще один негативний вплив на нервову систему є розвиток депресії. Має місце тенденція до зростання випадків суїцидальних думок та депресивного стану, наприклад: депресивних розладів (40 %) і суїцидальних думок (47 %) у антиконвульсантів. Це, як вважають, може бути пов'язане з біохімічними порушеннями ділянок мозку. До проявів НТ ліків відносять зміну смаку, ураження зорового нерва, делірій, психотичні реакції, генералізовані судоми, наприклад при передозуванні лідокаїну.

Висновки. Отже, призначення будь-якого препарату вимагає врахування можливого побічного впливу на нервову систему пацієнта при тій чи іншій патології.

КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК: СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА

Суворова А. С., Коломійченко Ю. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Колоректальний рак (КРР) займає четверте місце серед усієї онкологічної патології у світі та кількість його зростає з року в рік, особливо у розвинутих країнах. В Україні КРР у чоловіків посідає друге місце (12,8 %) і четверте у жінок (8,2 %) з виживанням близько 33 %. Щорічне зростання частоти КРР в Україні складає до 5,2 %. Від КРР та його ускладнень щорічно помирає до 500 тис. людей у світі.

Дослідження проведено за даними патоморфологічного відділення Одеського обласного онкологічного диспансеру. Було проведено аналіз результатів морфологічного дослідження операцій-

них біопсій пацієнтів з КРР за 2020-2021 роки. Гістологічні препарати досліджували за стандартними методиками, застосовували світлову мікроскопію. Випадки КРР у жінок і чоловіків розподілили за віком пацієнтів з інтервалом по десять з 30 до 90 років та аналізували їх за відділом товстої кишки, за ступенем диференціювання, за глибиною інвазії пухлини, за наявністю метастазів. Ці показники впливають на перебіг захворювання, розвиток ускладнень, ризик розвитку віддалених метастазів та цілком на життєвий прогноз для пацієнта.

Дослідження показало, що загальна кількість КРР у 2020 році склала 286 випадків з більш частотою локалізацією у прямій і сигмовидній кишці 100 і 51 відповідно. При цьому 57,24 % випадків траплялися у жінок і найчастіше КРР виникав у віковій групі 71-80 років, переважно це була G3-аденокарцинома з проростанням всіх шарів стінки кишки, та оточуючої жирової тканини. 36,05 % давали метастази.

У 2021 році кількість випадків склала 219, серед яких незначно переважали жінки 52051 %. За ступенем диференційовки також переважав низькодиференційований рак — G3-аденокарцинома з проростанням стінки кишки і оточуючих тканин. Частіше КРР виникав у віковій групі 71–80 років, а у чоловіків ще й в групі 61–70 років, 36,07 % з пухлин метастазували.

Таким чином, дослідження з'ясувало, що кількість захворювань на КРР між чоловіками та жінками приблизно однакова. Зі збільшенням віку пацієнтів зменшується диференціювання пухлини, поглиблюється інвазія і зростає кількість метастазів. Крім того, у чоловіків глибина проростання стінки кишки й оточуючих тканин збільшується раніше за віком а ніж у жінок.

МОРФОЛОГІЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА

Коломійченко Ю. В., Суворова А. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Виразкова хвороба (ВХ) шлунка залишається одним із актуальних захворювань внутрішніх органів, що поширене приблизно у 10 % дорослого населення у світі. За даними медичної статистики захворюваність на ВХ в нашій країні за останні 10 років зросла майже на сорок відсотків, хоча шлункова локалізація у дорослих зустрічається у чотири рази рідше, ніж локалізація у дванадцятипалій кишці.

Дослідження проводили на біопсійному матеріалі Одеського обласного патологоанатомічного бюро (операційна та ендоскопічна біопсія) шляхом світлової мікроскопії з застосуванням стандартних методик та аналізом архівованих даних.

Макроскопічне дослідження виявило, що більшість випадків на ВХ супроводжувались формуванням рецидивуючого виразкового дефекту овальної або округлої форми, який розташований на малій кривизні: у зоні переходу фундальних у пілоричні залози, проте зустрічаються або лише пілорична, або лише фундальна локалізація вираз-

ки. Значно рідше зустрічаються кардіальна та субкардіальна локалізація виразок. Найчастіше виразки поодинокі, але зустрічаються множинні і так звані «виразки, що цілюються», розташовані на протилежних стінках антрального відділу. За розмірами частіше зустрічаються виразки від кількох міліметрів до 1-2 сантиметрів. Великі виразки зустрічаються рідко, а гігантські — дуже рідко. Глибина виразкових дефектів варіює від 3 мм до 15-50 мм залежно від наявності ускладнень у вигляді пенетрації в навколишні органи та тканини. На розрізі форма виразки може бути схожа на кратер з однаковими краями або мати підритий проксимальний і пологий дистальний край. В операційному матеріалі в області дна виразкового дефекту можна виявити тромбоз судини з якої була кровотеча. В області проекції виразки на серозну оболонку виявляється фіброз.

Мікроскопічне дослідження виявило різницю у будові виразки у періоди загострення та ремісії ВХ. При загостренні в зоні дна виразки виділяють зону ексудації (тканинний детрит), фібриноідного некрозу, грануляційної тканини та сполучнотканинного рубця. У період ремісії залишаються рубцева тканина, яка залишається недосконалою з порушенням колагеногенезу та грануляційна тканина. Грануляційна тканина дозріває, але часто порушується баланс між проліферацією та секрецією колагену; при нових загостреннях ВХ вона росте у рубцеву тканину, порушуючи її, що, як вважають, сприяє хронізації процесу.

Отже, морфологія ВХ шлунка і складна, і проста одночасно. Вона змінюється в залежності від стадії захворювання, реактивності та репаративних особливостей організму.

МОРФОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ШКІРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН ПІСЛЯ СУБДЕРМАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ ПОЛІМОЛОЧНОЇ КИСЛОТИ

Остапенко Л. О., Попова А. Р.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

З часом, а також під дією сонячних променів, раціону харчування та генетичних аспектів, шкіра може втрачати молодий облік, особливо на обличчі. Для омолодження застосовують різні методи, та пацієнти надають перевагу ін'єкціям різних препаратів, що забезпечують більш швидкі та видимі результати. Для усунення вікових змін використовують великий арсенал філерів, які активують процеси неколагенезу (Ларкіна С. О., 2018). Згідно з даними літератури до філерів, які мають такий ефект, відноситься і полімолочна кислота — синтетичний біодеградуючий полімер (ПК) (Vleggar D., Fitzgerald R., 2014; Могиляная Г. М. та ін., 2018). Але морфологічні зміни в шкірі після введення ПК до кінця не вивчені і активно дискутуються.

Метою дослідження є вивчення морфологічних змін у шкірі експериментальних тварин після субдермального введення полімолочної кислоти.

Експериментальне дослідження проведено в умовах хронічного експерименту на 20 статевоз-

рих щурах лінії Вістар, які знаходились у приміщенні біологічної клініки ОНМедУ. Тварини розміщувались у пластикових боксах. У приміщенні підтримувалась температура 20 °С, 12-годинний день/ніч. Тварини були розподілені на дві групи. Кожній тварині першої групи у область спини субдермально вводили по 0,1 мл AestheFill-суміші полімолочної кислоти з фізіологічним розчином. Щурам другої групи вводили фізіологічний розчин в такому ж об'ємі, як і досліджуваний препарат. При роботі з тваринами керувались Законом України за № 759-VI від 15.12.2009 р. Тривалість спостереження склала 60 днів. Після закінчення терміну спостереження у тварин виділяли шматочки шкіри та фіксували у 10 % розчині формаліну протягом 72 годин. Далі обробляли по загальноприйнятій методиці з заливкою у парафін. Гістологічні зрізи забарвлювали гематоксиліном і еозином та за Ван Гізоном.

Отримані результати морфологічного дослідження шкіри експериментальних тварин демонструють активацію процесу розвитку сполучної тканини у місці введення ПК, що сприяє збільшенню екстрацелюлярного матрикса шкіри. Такий ефект необхідно враховувати при складанні комплексної схеми корекції вікових змін шкіри.

МЕНІНГІОМИ ОРБИТИ: КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ

Бурячківський С. Е.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. У клінічній патології менінгіома більше відома як внутрішньочерепна пухлина, пов'язана з оболонками головного мозку. Проте, в офтальмоонкологічній практиці домінують первинні менінгіоми, оскільки у разі поширення пухлини з порожнини черепа в орбіту хворі, зазвичай, стають пацієнтами нейрохірургічних клінік. Серед первинних менінгіом орбіти розрізняють менінгіоми, пов'язані з оболонками зорового нерва, та менінгіоми, що утворюються в ретробульбарній частині орбіти, без зв'язку з зоровим нервом. Відповідно до цього, прийнято виділяти як гістогенетичне джерело даних пухлин клітини арахноїдальної та твердої мозкової оболонки зорового нерва, а також гістогенетично близькі до них клітини, закладені в періорбіті поблизу зорового нерва та навколо нервових стовбурів.

Мета. У цьому дослідженні проведено аналіз первинних менінгіом орбіти з метою виявлення гістологічних особливостей даних пухлин на основі сучасних класифікаційних критеріїв, що важливо враховувати в офтальмоонкологічній практиці.

Матеріали та методи. Для дослідження було відібрано видалені у період з 2017 по 2021 рр. орбітальні пухлини з наявністю в морфологічній картині патернів, характерні для менінгіом. Всього гістоморфологічно вивчено 12 внутрішньоочних менінгіом орбіти. У деяких випадках гістоморфологічна картина доповнювалася даними імуногістохімічного дослідження.

Результати. Клініко-морфологічний аналіз показав переважання первинних менінгіом, що виникають в ретробульбарній частині орбіти, без зв'язку з зоровим нервом. Менінгіоми, зв'язок яких із оболонками зорового нерва чітко простежено під час хірургічного втручання, були у 4-х випадках. Причому лише в одній з них був очевидний зв'язок з м'якою оболонкою. У гістологічній картині тут переважали менінготеліоматозні патерни при поодиноких псаммомних тільцях, що формуються. Ще в 5 менінгіомах також переважали менінготеліоматозні патерни за наявності ангиоматозних та псаммоматозних патернів. Як особливий варіант орбітальних менінгіом треба також відзначити остеопластичну менінгіому (3 спостереження), яка не виділена в останніх класифікаціях.

АКТУАЛЬНІСТЬ ОПАНУВАННЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ НАВИЧОК У КУРСІ КЛІНІЧНОЇ АНАТОМІЇ ТА ОПЕРАТИВНОЇ ХІРУРГІЇ

Максимовський Д. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Відомо, що ендоскопічні операції мають перевагу при виконанні великої кількості хірургічних втручань, тому знання основ ендоскопічної техніки надзвичайно актуальне для студентів медичного університету.

Під час засідання студентського гуртка з клінічної анатомії та оперативної хірургії на кафедрі нормальної та патологічної клінічної анатомії проводиться обговорення методики проведення та оволодіння навичками окремих елементів виконання ендоскопічних втручань. Для опанування ендоскопічною технікою використовується симуляційний тренажер "Simu Vision LTS-40". Крім цього, процес підготовки до ендоскопічних втручань, має обов'язково включати в себе цикл модельованого навчання. Студенти відпрацьовують наступні практичні навички ендоскопічній хірургії: кліпсування, накладання швів, лігатур. Використовуючи відеокамеру, студенти вчаться просторовій візуалізації при оперативному втручанні. Робота з симулятором надає можливість відпрацювати окремі хірургічні навички для подальшого розвитку ендоскопічної техніки.

Таким чином, теоретичні знання та практичні навички з ендоскопічної хірургії які отримують студенти на засіданні хірургічного гуртка, дозволяє поліпшити якість підготовки майбутніх лікарів.

ПРАКТИЧНА СПРЯМОВАНІСТЬ РОБОТИ СТУДЕНТСЬКОГО НАУКОВОГО ГУРТКА З КЛІНІЧНОЇ АНАТОМІЇ ТА ОПЕРАТИВНОЇ ХІРУРГІЇ

Максимовський Д. В., Урсу О. Ю.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Через зменшення аудиторних годин з клінічної анатомії та оперативної хірургії, з'явилась необхідність до самостійного вивчення багатьох розділів цього предмету. Але самостійне навчання

передбачає наявність відповідної матеріально-технічної бази, тому рішення цієї задачі значною мірою залежить від організації роботи студентсько-наукового гуртка.

Студенти-гуртківці отримують навички роботи в колективі, встановлюють зв'язки теоретичних знань з майбутньою клінічною роботою, реалізують свої дослідницькі амбіції, набувають досвід виступів на наукових форумах.

НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ПЕРВИННОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ОБРОБКИ РАН У ЦИКЛІ «КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ ТА ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЯ»

Сергієнко В. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність теми. Знання лікарями первинної хірургічної обробки ран (ПХО) та їх удосконалення, є одним із важливих напрямків в медицині. Кількість пошкоджень, які потребують первинної хірургічної обробки рани, суттєво зростає, що пов'язано з урбанізацією, частими випадками недотримання правил техніки безпеки на виробництві та в повсякденному житті. Велика кількість різного роду ушкоджень потребують індивідуального підходу.

З метою опанування студентами теоретичних та практичних основ ПХО на засіданнях гуртка з клінічної анатомії та оперативної хірургії, в тому числі вивчається сучасна класифікація ран, методи ПХО ран та способи їх лікування. Для цього, із застосуванням технологій мультимедійних презентацій, програм дистанційного спілкування, студенти обговорюють кожен етап обробки рани, отримують знання сучасних методів лікування та інновацій, що застосовуються при проведенні ПХО.

Також студенти навчаються правильній техніці обробки рук, переглядаючи відеоматеріал, по черзі здійснюють контроль один за одним. Обговорюється використання місцевих анестетиків та їх роль в первинній хірургічній обробці ран. Демонструються сучасні методики лікування ран: вакуумно-компресійна терапія (VAC-терапія), покриття неадгезивними, оклюзійними, біологічними, біосинтетичними, антимікробними засобами та шовний матеріал. Для закріплення матеріалу використовують муляж з раною та необхідні хірургічні інструменти.

Висновок: теоретичні та практичні знання ПХО ран, що їх отримують студенти під час занять в студентсько-науковому гуртку з клінічної анатомії та оперативної хірургії, та правильність їх виконання, являються запорукою успішного оволодіння хірургічними дисциплінами.

ДО 100-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ ПРОФЕСОРА-АНАТОМА Є. М. ПОПОВКІНА

Унгурян Г. В., Москва Г. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Євген Михайлович Поповкін народився в березні 1922р. в Кіровограді (нині Кропивницький),

дитячі та шкільні роки він провів в Одесі. Вступив до медичного факультету Одеського медичного інституту, де старанно та наполегливо навчався, але Друга світова війна змінила плани. Євген Михайлович служив розвідником, як і в навчанні, був дуже відповідальним, за хоробрість та відвагу нагороджений багатьма орденами та медалями.

Після успішного завершення навчання, працював хірургом в Гайвороні Вінницької області. В 1949 р. повернувся до Одеси де вступив до аспірантури на кафедрі нормальної анатомії. Цікавість до науки Євген Михайлович проявляв ще в студентські роки, брав участь в роботі студентського наукового товариства на кафедрі патологічної фізіології, топографічної анатомії та оперативної.

Свою кандидатську дисертацію на тему «Іннервація легень людини», Євген Михайлович захистив в 1954 р. під керівництвом професора Волинського Ф. А., та залишився працювати на кафедрі нормальної анатомії асистентом. Працюючи на кафедрі, він вдосконалював майстерність викладання, освоював нові методи навчання студентів із застосуванням контролюючих машин.

Євген Михайлович захоплено займався дослідженнями в експериментальній лабораторії, де він виконав операції з вимкнення нервових вузлів і стовбурів у різних видів тварин для дослідження аферентних шляхів. В 1966 р. Євген Михайлович захистив докторську дисертацію на тему: «Міжорганні нервові сплетення грудної клітки». В 1967 р. він заслужено обирається професором кафедри.

Талановитий та наполегливий Євген Михайлович в 1969 р. був призначений виконуючим обов'язки завідувачого кафедрою, але за радянських часів кон'юнктурні питання вирішували в партійних органах, тому з 1974 р. Є. М. Поповкіна переводять на посаду професора кафедри. Але він не припинив своєї наполегливої праці над вдосконаленням роботи кафедри, організації учбового процесу, діяльності і експериментальній лабораторії, під його керівництвом підготовлено 9 кандидатських та одна докторська дисертації, до наукової праці залучалися студенти, які активно брали участь в наукових конференціях, його плідна праця зробила вагомий внесок в життя кафедри анатомії та всього медичного інституту.

ВИВЧЕННЯ СЕДАТИВНОЇ ТА ПРОТИСУДОМНОЇ АКТИВНОСТІ ПОХІДНИХ БЕНЗДІАЗЕПІНОВОГО РЯДУ

Ткаченко Є. О., Рябенка О. Д.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

У сучасному світі тривожні порушення посідають все більш значуще місце в структурі захворюваності населення, це пов'язано із значною напруженістю соціально-психологічних умов життя, інформаційним перевантаженням у психологічно значущих сферах та стресами. За даними літератури, близько 70 % людей знаходяться в умовах постійного стресу, який у 35 % стає причиною соматичних захворювань. Профілактика та лікуван-

ня цих порушень — одна з пріоритетних медичних проблем, що має велике соціальне значення. З літературних джерел відомо, що застосування бенздіазепінів викликає заспокійливу дію та проти судомну дію. Вивчення орієнтовно-дослідницької поведінки вивчали за методом «відкритого поля» у дослідах на мишах. Під час перебування тварин у відкритому реєстрували показники рухової активності: вертикальна рухова активність число вставань на задні лапи, горизонтальна рухова активність кількість переходу із квадрату у квадрат, дослідницька поведінка число зазирань в отвори. Протисудомну активність вивчали по методу «антагонізму з коразолом».

Дослідна сполука має дозозалежний вплив на загальну рухову активність, так в дозі 0,07 мг/кг загальна рухова активність зменшується на 7 %, а в дозі 0,7 мг/кг загальна рухова активність зменшується на 11 %. По тесту антагонізму с коразолом для дослідної сполуки визначили ЕД 50 = 0,08 мг/кг.

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ПОХІДНИХ БЕНЗДІАЗЕПІНІВ НА ПАМ'ЯТЬ У ВОДНОМУ ЛАБИРИНТІ МОРІСА

Разінкін О. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Спектр фізіологічних станів, при яких є порушення когнітивних функцій, таких як пам'ять, навчання, концентрація уваги, орієнтація у просторі — дуже широк. Він включає когнітивний дефіцит при інсультах та хронічних цереброваскулярних захворюваннях, різних нейродегенеративних пошкодженнях та травм мозку, нейроінфекціях, інтоксикаціях (включаючи алкогольну кому), затримки розвитку у дітей. З літератури відомо, що порушення спостерігаються і при різних захворюваннях (неврозах, невроподібних станах, астеноневротичних реакціях, тощо) і ступінь цих порушень збільшується при гострих і хронічних стресових впливах.

Вплив на пам'ять вивчали за методом Д. Морісом, для оцінки просторової орієнтації і пам'яті. По даному методу необхідним є басейн в одному з кутів цього басейну поміщали платформу. Для кожної тварини проводили 5 повторних пред'явлень. Через 10 днів тестування слід пам'яті проводили за тією ж схемою, що і в перший день досвіду. Тваринам першої групи (пасивний контроль) вводили фізіологічний розчин внутрішньочеревно. Тваринам другої групи досліджували сполуки.

Проведені нами дослідження, показали, що тварини, під дією дослідної сполуки в дозі (0,4 мг/кг) на першу добу здатні швидше розпізнавати сектор, в якому знаходиться рятувальна платформа, в порівнянні з контрольною групою тварин. При тестуванні на 10 добу вплив на довготривалу пам'ять показав, що дослідна сполука не впливає на довготривалу пам'ять, тому що латентний час знаходження платформи у порівнянні з контрольною групою не змінюється.

ВПЛИВ ІНТЕЛЕКТУ НА РЕАЛІЗАЦІЮ АМБІТНОЇ ОСОБИСТОЇ СТРАТЕГІЇ

Пустовойченко Д. О., Балабан А. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Нині є безліч визначень інтелекту. Види інтелекту допомагають деталізувати, вимірювати та керувати розвитком інтелектуальних здібностей людей. У сучасній медицині високий інтелект дає здатність швидко та правильно давати відповіді на питання, схоплювати суть проблеми та правильно вирішувати її.

Крім понять, пов'язаних зі стратегічним плануванням, є поняття, які є специфічними для людей різних спеціальностей. У нашій роботі ми розглянули ті з них, які найбільше впливають на базові здібності та можливості майбутнього лікаря.

Метою цього дослідження стало визначити коефіцієнт інтелектуальності IQ опитаних студентів Одеського національного медичного університету та провести порівняльний аналіз впливу інтелекту на реалізацію амбітної особистої стратегії.

Дослідження виконано на 48 студентах 2 курсу медичного та стоматологічного факультету. Досліджували інтелект із використанням тесту Г. Айзенка для оцінки рівня загального інтелектуального розвитку.

Показано, що IQ студентів спеціальності «Медицина» недостовірно вищі, ніж IQ студентів спеціальності «Стоматологія».

Лінгвістичні здібності у студентів спеціальності «Стоматологія» вищі, ніж у студентів спеціальності «Медицина».

У результаті нашого дослідження ми встановили, що вищий інтелект студента, то вище мотивація на отриманні знань. Вони легше реалізується амбітна особистісна стратегія у виборі спеціальності.

ВПЛИВ ЕКЗАМЕНАЦІЙНОЇ СЕСІЇ НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН СТУДЕНТІВ

Данилець Д. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Тривожність, імпульсивність, фрустрація, агресія — всі ці перелічені фактори для студентів можуть негативно позначатися на результатах іспиту, тому що хвилювання може призвести до того, що він забуває знайомий матеріал, стає менш уважним, розсіяним. Більше часу йде на те, щоб упоратися з емоціями. Успішність складання іспиту підвищується, якщо студент вміє справлятися з хвилюванням чи іспит не викликає в нього тривоги, тобто. він впевнений у собі, своїх здібностях.

Метою цього дослідження стало досліджувати вплив екзаменаційної сесії на емоційний стан студентів.

Робота проведена на 29 студентах 2 курсу жіночої статі Одеського національного медичного університету та 24 студентах чоловічої статі. Ви-

користували тест Айзенка (1999) «Самооцінка психічних станів». Вивчали показники фрустрації, агресії та ригідності. Дане дослідження було виконано двічі: вересень 2021 року (час поточного навчального процесу) та грудень 2021 року (час екзаменаційної сесії).

В результаті проведених досліджень показано, що у всіх студентів на першому етапі обстеження відзначалися низький рівень фрустрації та агресії. Другий етап обстеження показав підвищення рівня фрустрації та агресії, особливо у студентів чоловічої статі. Частина студентів показала неготовність до змін програми дії відповідно до нових ситуаційних вимог; використання випробуваних неадекватних для цієї ситуації стереотипів поведінки (ігнорування навчального процесу).

Таким чином показано, що екзаменаційна сесія є потужним стресовим фактором для студентів молодших курсів.

ФІЗІОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ РЕЖИМІВ ХАРЧУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ

Єловикова Є. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Зайва вага у сучасному світі набуває проблеми глобального масштабу.

Через надмірну вагу збільшується ризик виникнення багатьох смертельно небезпечних захворювань, таких як інфаркт, інсульт, цукровий діабет, онкозахворювання. Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я був складен рейтинг країн з надмірною вагою. За даними ВОЗ у 2018 році зайву вагу мали 48,9 % населення України, тобто на кожні 100 чоловік 58 мають зайву вагу, а 25 страждають на ожиріння.

Метою нашої роботи було проаналізувати та скласти фізіологічно обґрунтовану програму харчування для пацієнтів з ожирінням.

З метою зниження ваги було відібрано 50 пацієнтів з зайвою вагою (ІМТ 30-46) та запропоновано спосіб харчування, адаптований під українську їжу.

Проаналізувавши спосіб харчування країн, де рівень ожиріння дуже низький, був складений раціон, який базувався на продуктах, які вживають в Японії (риба, морепродукти, нежирні сорти м'яса, злаки, овочі та фрукти, та включав 2 основних прийоми їжі та 2 перекуси.

В результаті проведеного дослідження показано, що після використання режиму 4-разового харчування протягом 4–6 місяців у всіх пацієнтів відзначалася позитивна динаміка зниження ваги (від 13 % до 40 кг). А індекс маси тіла знизився на 15–18 %.

Таким чином, можна зробити висновок, що програма чотирьох разового харчування з використанням збалансованого раціону є ефективною для включення до програми зниження ваги для пацієнтів з ожирінням.

МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ СУДОМНОГО СИНДРОМУ, ВИКЛИКАНОГО НИЗЬКОЧАСТОТНОЮ ТРАНСКОРНЕАЛЬНОЮ СТИМУЛЯЦІЄЮ У МИШЕЙ

Бестанчук М. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність теми полягає в тому, що на сьогоднішній день існують усього кілька моделей хронічного епілептичного синдрому у тварин, які найбільш відповідають нейроморфологічним змінам у хворих людей на епілепсію, резистентну до дії існуючих терапевтичних засобів. Метою нашого дослідження було сформувати модель епілептиформної активності, відтвореної за допомогою низькочастотної електричної стимуляції частотою 6 Гц, яка дозволяє відтворити невропатологічні зміни, подібні до таких у пацієнтів з наявністю фармакорезистентних форм судомного синдрому. Матеріал і методи дослідження: модель формували на безпородних білих мишах-самцях вагою 20–25 г, які утримувались в стандартних умовах виварію ОНМедУ. Судоми викликали транскорнеальною стимуляцією електричним струмом частотою 6-Гц, силою 32 мА, тривалістю імпульсу 2 мс, прямокутними стимулами протягом 3 с. В якості генеруючого стимулятора використовували Grass S48. На рогівку наносили 0,2 % розчин лідокаїну та 0,9 % розчин хлориду натрію. Під час формування судомного синдрому реєстрували наявність тварин з судомами або їх відсутність, тривалість латентного періоду перших судом, наявність завмирань, клонусів передніх кінцівок, тремтіння вібрис, тону хвоста, загальну тривалість судом. Важкість судом оцінювали за 5-бальною шкалою.

Дослідження показали, що під час формування моделі низькочастотних 6-Гц-викликаних транскорнеальних судом у 97 % досліджуваних тварин відтворюються парціальні судоми, що свідчить про доцільність подальшого дослідження механізмів формування даної моделі та можливості подальшого використання її для скрінінгу нових протисудомних препаратів.

ДОВГОТРИВАЛА ПОТЕНЦІАЦІЯ У ГІПОКАМПІ ЯК МОДЕЛЬ ПАМ'ЯТІ

Лекан М. Р.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. У вищих ссавців (в тому числі й у людини) розвитку довготривалої пам'яті передує феномен довготривалої потенціації. Довготривала потенціація — це стійке, що швидко розвивається, підсилення постсинаптичних потенціалів, яке виникає у відповідь на пресинаптичне подразнення після короткого періоду частого стимулювання пресинаптичного нейрона. Виникає це явище в багатьох відділах нервової системи, проте найдетальніше воно вивчене в гіпокампі.

Метою роботи було вивчення механізму довготривалої потенціації у нейронах гіпокампа як моделі пам'яті. У колатеральних синапсах Шаф-

фера (дендритах пірамідних клітин ділянки СА I гіпокампа) глутамат, що виділяють пресинаптичні терміналі, зумовлює деполаризацію в постсинаптичних нейронах, діючи переважно на AMPA-рецептори. Це сприяє блокуванню магнієм NMDA-рецепторів, проникненню Ca^{2+} разом з Na^{+} у нейрон. Катіон Ca^{2+} активує кальмодулін, який, відповідно, активує Ca^{2+} /кальмодулінкіназу II. Кіназа фосфорилує суміжні AMPA-рецептори, внаслідок чого посилюється їхня провідність. Крім того, Ca^{2+} /кальмодулінкіназа змушує AMPA-рецептори пересуватись до клітинної мембрани в ділянці синаптичної щілини. Вважають, що хімічний сигнал надходить від постсинаптичного нейрона до пресинаптичного, зумовлюючи довготривале квантове виділення глутамату у відповідь на аферентне подразнення. Накопичення Ca^{2+} , спричинене NMDA-каналами, є ключовим етапом у нейрональній загибелі, спричиненій глутаматом. Таким чином, накопичення глутамату у позаклітинному просторі призводить до надмірної активації NMDA-рецепторів, що сприяє тривалому входу Ca^{2+} та є причиною ексайтотоксичності та клітинної смерті, які відзначаються у патогенезі захворювань, серед яких шизофренія, хвороба Альцгеймера, епілепсія та ін. Проведений літературний аналіз механізму довготривалої потенціації показав, що це явище відіграє значну роль в реалізації вищих когнітивних функцій організму (пам'ять, навчання). Порушення функціонування системи метаболізму глутамату в ансамблях нейронів гіпокампу призводить до розвитку багатьох нейродегенеративних захворювань.

ФІЗІОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ДИСБІОЗУ У ШЛУНКОВО-КИШКОВОМУ ТРАКТІ ТА МЕТОДИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ

Карлюк Т. М., Пономарьов В. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Шлунково-кишковий тракт є складовою частиною травної системи організму. Його фізіологічний стан, зокрема якісний та кількісний склад мікроорганізмів у окремих відділах, має суттєвий вплив в цілому на здоров'я людини [Neish, 2009]. Впродовж життя склад мікробіоти шлунково-кишкового тракту динамічно змінюється залежно від умов існування та забезпечує виконання різних, виключно важливих для макроорганізму, функцій [Lozupone, 2012]: приймає участь у метаболізмі, синтезі біологічно активних речовин, детоксикації ксенобіотиків, формуванні колонізаційної резистентності та ін.

Сьогодні дисбіоз шлунково-кишкового тракту розглядається як клініко-лабораторний синдром, який виникає при ряді захворювань та клінічних ситуацій, що характеризуються змінами якісного та/або кількісного складу нормальної мікробіоти, метаболічними та імунними порушеннями [Rooks, 2016]. Так, можуть спостерігатися розлади процесу всмоктування, крові — та лімфообігу; розвиток дистрофічних, атрофічних та склеротичних змін епітелію та слизової оболонки та ін. Вважа-

ється, що не завжди існує паралелізм між клінічними проявами дисбіозу та ступенем вираження змін [Бондаренко, 2007].

Для терапії дисбіозу кишечнику застосовують наступні групи препаратів: протибактеріальні засоби та антисептики, про-, пре- та синбіотики, травні ферменти, регулятори моторики кишечнику, стимулятори реактивності організму, ентеросорбенти, а також все частіше препарати, за допомогою яких відбувається корекція функціонального стану нервової системи людини [Вялов, 2014]. Остання група сполук привертає увагу через той факт, що зміни видового складу мікробіоти кишечнику асоціюється з підвищеною реакцією гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, так званою «кишково-мозковою вісі» організму людини, яка здійснює координацію фізіологічних функцій та реакцій організму людини через автономну нервову систему.

ВПЛИВ НОРМАЛЬНОЇ МІКРОБІОТИ НА ФУНКЦІОНУВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ЛЮДИНИ

Іванова А. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Травна система людини — комплекс органів, функціями яких є обробка поживних речовин, всмоктування перероблених та виведення залишків неперетравлених складових їжі. Важливою частиною цієї системи є мікроорганізми, які мають складні взаємовідносини з організмом людини. Все частіше формулюються гіпотези щодо залучення кишкової мікробіоти до патогенезу різних захворювань, зокрема до запалення у самому кишечнику, розсіяного склерозу, цукрового діабету, алергії та ін. [Evans, 2013].

До складу мікробіоти шлунково-кишкового тракту людини можуть входити представники більш ніж 600 родів еубактерій, грибів, архей та вірусів, що продукують різні біологічно активні сполуки [Rooks, 2016]. Так, бактерії групи кишкової палички секретують такі сигнальні речовини, як серотонін, γ -аміномасляна кислота, гістамін, ацетилхолін, дофамін та норадреналін. Значну увагу викликають коротко ланцюгові жирні кислоти — кінцеві продукти катаболізму вуглеводів в анаеробних умовах кишечнику [Sanfoga, 2015]. Вони здійснюють біологічну активність через різні механізми: інгібують деацетилази гістонів, що визначає протизапальний ефект; викликають проліферацію інтестинальних келихоподібних клітин та збільшують продукцію муцину; приймають участь у регуляції вуглеводного та ліпідного метаболізму в печінці.

Ще однією з важливих ролей мікробіоти кишечнику є формування колонізаційної резистентності, попередження заселення кишечнику патогенами, наприклад, за рахунок конкуренції за поживні речовини [Kamada, 2012].

Отже, дослідження взаємодії мікроорганізмів, які існують у шлунково-кишковому тракті люди-

ни є важливим кроком до виявлення та попередження розвитку захворювань, пов'язаних не тільки з травною системою, а й з організмом в цілому.

СТАН СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ДО ТА ПІСЛЯ ЕЛІМІНАЦІЙНО- ІРИГАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ СОЛЬОВИХ РОЗЧИНІВ

Вінокуров М. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Слизова оболонка верхніх дихальних шляхів є великою ділянкою «контакту» організму людини із зовнішнім середовищем, своєрідною «платформою» для взаємодії інфекційних та неінфекційних агентів з макроорганізмом. Впродовж еволюції утворився особливий комплекс фізіологічних та імунобіологічних механізмів захисту слизової від різних патогенів, розпізнавання непатогенних часток та толерантності до власної симбіотичної мікробіоти [Liu, 2016].

При деяких запальних захворюваннях верхніх дихальних шляхів відзначається виражене пошкодження слизової оболонки, при якому найбільшого впливу зазнає мукоциліарний кліренс [Тарасова, 2015]. У зв'язку з цим підходи, спрямовані на відновлення її гомеостазу та реалізовані через пряму дію на стан слизової та/або склад її мікробіоти, можуть становити цінність для профілактики та лікування таких інфекцій [Salk, 2016].

Процедура елімінаційно-іригаційної терапії є доглядом за порожниною носа шляхом промивання ізотонічними, гіпо- і гіпертонічними розчинами, що забезпечує механічне очищення слизової оболонки, елімінацію патогенів, нормалізацію мукоциліарного транспорту; призводить до розведення факторів, які діють на слизову (бактерій, алергенів, тригерів та ін), а також її механічному очищенню [Kotlukov, 2020]. Об'єм досліджень щодо безпосереднього впливу елімінаційно-іригаційної терапії на стан слизової, є досить невеликим, але сьогодні такі визначення стають все більш актуальними. Серед готових розчинів, що можуть бути застосовані у цьому випадку, все частіше розглядаються мінеральні води [Cirakovic, 2017]. Це відбувається, перш за все, через те, що вони мають унікальний мінеральний склад, меншу концентрацію солей, на відміну від морської води тому і більш низьку вірогідність побічної дії.

ОСОБЛИВОСТІ РІЗНИХ МОДЕЛЕЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ ЕПІЛЕПТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ

**Рябенська О. Д., Денисенко О. В.,
Копійов Н. В.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Одним із актуальних завдань фундаментальної епілептології є вдосконавлення уявлень о механізмах розвитку епілептичної активності з виявлен-

ням нових аспектів формування про — та проти-епілептичних систем мозку. Високу популярність в експериментальній епілептології мають хімічні та елетростимуляційні моделі епілепсії, коли подразнюючий фактор діє на підкоркові та коркові нерональні мережі лабораторних тварин в дозі, яка призводить до ініціації патологічної активності та її генералізації. Метою дослідження було вивчення особливостей розвитку генералізованої судомної активності мишей при системному введенні пікротоксину та транскорнеальної стимуляції током частотою 6 Гц. Експерименти були проведені на 18 білих мишах-самцях масою 22–32 г, які були розділені на 2 групи. Генералізовані судоми у тварин 1 групи (n=10) викликали за допомогою внутрішньоочеревинного введення пікротоксину ("Sigma", США) в дозі 2 мг/кг. У мишей 2 групи (n=8) проводили транскорнеальну електричну стимуляцію (ЕС) частотою 6 Гц, з силою току — 32 мА. ЕС проводили протягом 3 с. Судомні ефекти у тварин оцінювали візуально протягом 60 хвилин. Визначали латентний період перших судомних проявів та інтенсивність судом, яку оцінювали в балах від 0 до 5 за спеціальною шкалою.

При використанні пікротоксинової моделі відбувалося поступовий розвиток поведінкових корелятивів. Перші судомні прояви були зареєстровані через $1,21 \pm 0,82$ хв. У більшості мишей формувалися важкі клоніко-тонічні судоми з падінням тварини та вегетативними постнападними розладами. У середньому важкість судом складала — $(4,50 \pm 0,58)$ бала. У мишей з ЕС моделлю перші судомні прояви реєстрували відразу після стимуляції. У більшості тварин відбувалося формування повторних поведінкових корелятивів протягом 30–60 хв, але важкість не перевищувала 3 балів. Середня інтенсивність судом в цієї групі складала — $(2,20 \pm 0,42)$ бала. Таким чином, параметри розвитку судомної активності при використанні досліджувальних моделей генералізованої епілепсії значно відрізнялися. Це свідчить про залучення різних патофізіологічних механізмів при формуванні епілептиформної активності в цих моделях та можливості використання їх при дослідженні різних аспектів епілептичної системи.

АЛГОРИТМ КОМПЛЕКСНОГО ЕКСПЕРТНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМ ВЕЛОСИПЕДИСТІВ, ЩО ВИНИКАЮТЬ ПРИ КОНТАКТІ З АВТОМОБІЛЕМ

Новосьолов О. І., Новосьолов А. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Контакт велосипедиста з рухомим автомобілем є складним видом дорожньо-транспортної події (ДТП). Беручи до уваги різноманіття механізмів травмування у такому випадку, весь комплекс питань можна вирішити лише в ході проведення комплексної судово-медичної та транспортно-трасологічної експертизи. За наявності декількох груп ушкоджень, які по своїй морфології можуть бути

дуже подібні між собою, слід вважати цілком необхідною їх диференційну діагностику.

Судово-медична практика переконливо показує, що провести таку діагностику виключно за характером тілесних ушкоджень без урахування їх взаємозв'язку і взаємозалежності з ушкодженнями і слідами на одязі і взутті потерпілого, а також відповідними слідами і пошкодженнями на велосипеді і автомобілі, які брали участь у ДТП, найчастіше не є можливим.

Це, в свою чергу, змусило розробити відповідний алгоритм взаємодії експертів. Він полягає у послідовних поетапних дослідженнях тілесних ушкоджень у потерпілого (проводиться судово-медичним експертом), пошкоджень і слідів на одязі і взутті потерпілого (проводиться судово-медичним експертом медико-криміналістичного відділення), пошкоджень і слідів на велосипеді і на автомобілі (проводиться експертом — транспортним трасологом) з подальшим застосуванням методів зіставлення та просторового моделювання взаємного розташування автомобіля і велосипеда в момент їх входу у контакт. Використання запропонованого алгоритму роботи дозволяє вирішувати експертні завдання більш ефективно за рахунок комплексного аналізу усіх вихідних даних та відтворення наочної просторової моделі механізму ДТП за допомогою сучасних технологій.

ПРИГНІЧЕННЯ ФОРМАЛІН-ІНДУКОВАНОЇ НОЦИЦЕПТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ КОМБІНОВАНИМ ЗАСТОСУВАННЯМ ПІОГЛІТАЗОНУ ТА ТРАНСКРАНАЛЬНОГО ПОДРАЗНЕННЯ МОЗОЧКА ПОСТІЙНИМ СТРУМОМ

**Первак М. П., Приболовець К. О.,
Латинов К. А., Аль-Надаві Н. Д.,
Єгоренко О. С., Ляшенко А. В.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Дослідження проведене на 55 статевозрілих щурах лінії Вістар. Больову поведінку щурів викликали застосуванням розчину формаліну (2,5 %), який вводили підшкірно в плантарну ділянку правої задньої лапи щура. Больову поведінку оцінювали за допомогою чотирибальної шкали протягом наступних 90 хв спостереження. Транскраніальне подразнення постійним струмом (ТППС) здійснювали за допомогою катода (діаметр 3,5 мм) який розташовували по середній лінії черепа каудально від лямбди таким чином, щоб охопити зону проекції мозочка на череп. Анод (40x45 мм) розташовували на зоні живота тимчасово імібілізованих щурів. Формаліновий тест здійснювали за 10 хв до ТППС.

Встановлено, що комбіноване застосування піоглітазону (100,0 мг/кг, в/очер.) ТППС (300 μ А, 10,0 хв) мозочка викликало значний протекторний вплив на больову поведінку протягом всіх стадій розвитку больового синдрому. Так, тяжкість больової поведінки зменшувалась на 60,0 % через 4–6 хв з моменту застосування формаліну порівняно до контролю ($P < 0,05$). Середня тяжкість больо-

вої поведінки зменшувалась більше, ніж вдвічі протягом першої фази та інтерфази ($P < 0,05$), на 60,0 % протягом 2А фази ($P < 0,05$), та на 33,3 % протягом 2В фази ($P < 0,05$). Ефект попередження больової поведінки тривав ($42,00 \pm 8,25$) хв, що було достовірно більше у порівнянні до тривалості протибольового впливу при окремому застосуванні ТППС (на 39,1 %, $P < 0,05$), а також на 64,3 % порівняно до групи із застосуванням піоглітазону ($P < 0,05$).

Отримані результати свідчать щодо посилення протибольового впливу піоглітазону — агоніста рецепторів типу гама, які активує пероксисомний проліфератор (PPAR γ) застосуванням ТППС мוזочка.

ВПЛИВ ЕЛЕКТРИЧНИХ ПОДРАЗНЕНЬ ЗУБЧАСТОГО ЯДРА МОЗОЧКА НА СУДОМНІ ПРОЯВИ У ЩУРІВ ІЗ РІЗНОЮ ЧУТЛИВІСТЮ ДО ВИНИКНЕННЯ ПЕНТИЛЕНЕТЕТРАЗОВОГО КІНДЛІНГУ

**Первак М. П., Приболовець К. О.,
Латинов К. А., Аль-Надаві Н. Д.,
Єгоренко О. С., Ляшенко А. В.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Завданням дослідження було вивчення особливостей впливу електричних подразнень (ЕП) зубчастого (латерального) ядра мозочка на судомні прояви у щурів зі схильністю та стійкістю до відтворення пентиленететразол (ПТЗ) — індукованого кіндлінга. Модель кіндлінгових судом відтворювали шляхом трьохтижневого щодобового застосування ПТЗ в дозі 35,0 мг/кг, в/очер. статево-зрілим щурам. У тварин схильних до кіндлінга останні 4–7 введень епілептогена викликали генералізовані тонічні та клонічні судомні напади (тяжкість 4–5 балів), в той час як стійкими вважали щурів, які демонстрували лише окремі міоклонічні судоми протягом курсового введення ПТЗ (тяжкість 1–2 бали). Отримані результати засвідчили, що у відповідь на введення ПТЗ в корі головного мозку стійких до кіндлінга щурів рееструються спайк-хвильові бурсти частотою розрядів 6–10 Гц, а також окремі високоамплітудні спайкові розряди. У щурів схильних до відтворення кіндлінга рееструвались іктальні високочастотні розряди. ЕП зубчастого ядра (100 Гц, 0,25 мс, тривалістю 4,5–5,0 сек), яку здійснювали щодобово протягом останніх п'яти діб введення епілептогену викликали збільшення інтенсивності судомних проявів до рівня міоклонічних проявів (тяжкість 2 бали) у стійких до кіндлінга щурів. Подібні ЕП, які було проведено у схильних до кіндлінга щурів, попереджали виникнення судомних нападів. Гістологічне дослідження кори мозочка, яка має проекцію до зубчастого ядра засвідчили, що у щурів схильних до виникнення кіндлінга спостерігалось зниження лінійної щільності клітин Пуркінє до $9,67 \pm 1,12$, в той час як в групі контролю цей показник склав $20,17 \pm 2,10$ на один міліметр ($P < 0,05$).

Отримані результати свідчать, що впливи з боку зубчастого ядра мозочка мають активне значення у відношенні до визначення стійкості експериментальних тварин щодо виникнення ПТЗ-індукованих кіндлінгових судом.

ІННОВАЦІЙНІ ІНФОРМАЦІЙНІ ТА ТЕХНІЧНІ РОЗРОБКИ КАФЕДРИ БІОФІЗИКИ, ІНФОРМАТИКИ ТА МЕДИЧНОЇ АПАРАТУРИ

**Приболовец К. О., Латипов К. А.,
Біднюк В. К., Щеглов І. А.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

За період, починаючи з 2005 р. студенти — члени гуртка та молоді науковці приймали участь у проектуванні системи телемедичного консультування регіонального рівня, яка на сьогодні є однією із зразкових в Україні. З метою забезпечення ефективного дистанційного консультування розроблено системи дистанційного моніторингу стану серця (2007–2010 р. р.), стану брекетів та ранньої діагностики карієсу у пацієнтів ортодонтичного профілю (2011–2015 р. р.), дистанційної урофлоуметрії (2012–2014 р. р.), ранньої діагностики діабетичної ретинопатії (2014–2019 р. р.). Однією із основних розробок останнього часу є система підтримки рішень хірурга-лапароскопіста, яка реалізується шляхом автоматизованого розпізнавання лапароскопічних зображень на основі використання оригінальних алгоритмів аналізу текстури, кольору та межі зон інтересу. Клінічна апробація зазначених розробок визначила їх достатню ефективність щодо діагностики відповідних захворювань. З 2019 р. проводиться робота з ранньої діагностики пневмонії шляхом зондування системи дихання акустичними хвилями низькочастотного діапазону, для чого використовується оригінальні випромінювач та приймач звукових хвиль. Зазначені розробки можуть бути успішно використані як медичними працівниками, так і пацієнтом в режимі самоконтроля. Зважаючи на перспективу розвитку інформаційних технологій в медицині, особливо використання сучасних статистичних методів обробки Big Data, перспектива подальших визначається необхідністю використання елементів штучного інтелекту в роботі лікаря.

ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ АНТИТІЛ ДО ЯДЕРНОГО МАТРИКСУ — Sm ТА nRNP/Sm

Горова А. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Важливими діагностичними маркерами системних захворювань сполучної тканини є антинуклеарні антитіла. Так, одним з діагностичних критеріїв системного червоного вовчаку (СЧВ) є антитіла до Sm антигену. Золотим стандартом скринінгу на наявність антинуклеарних антитіл є реакція непрямой імунофлуоресценції на HEp2 кліти-

нах. Антитіла до Sm, а також антитіла до інших компонентів ядерного матриксу, а саме nRNP (рибонуклопротеїни) під час HEp2 скринінгу обумовлюють ядерний великозернистий тип світіння (АС-5 за ІСАР). Тобто дають однаковий тип світіння, але мають різну клінічну значимість. Антитіла до Sm антигену мають високу специфічність до СЧВ, проте зустрічаються тільки у 5-10 % пацієнтів, при цьому негативні результати анти-Sm не виключають наявності СЧВ. У той час як антитіла до RNP виявляються при змішаних захворюваннях сполучної тканини (синдромі Шарпа) і рідше при системному червоному вовчаку.

Нами було обстежено 107 пацієнтів з антитілами до ядерного матриксу; для виявлення антитіл було використано HEp-2 скринінг та імуноблотинг для підтвердження специфічності антитіл.

Було досліджено структуру виявлення специфічних антитіл у пацієнтів з антитілами до ядерного матриксу. Серед усіх обстежених анти-Sm антитіла було виявлено у (45,80±4,82) %, анти-nRNP антитіла — у (86,90±3,26) % пацієнтів. У (32,700±4,54) % обстежених було виявлено антитіла як до Sm, так і до nRNP антигенів. Антитіла тільки до nRNP чи Sm антигенів — у (54,20±4,82) % та (13,10±3,26) % відповідно.

Серед пацієнтів з антитілами до ядерного матриксу частіше виявлялися антитіла до рибонуклеопротеїнів RNP окремо, чи у комбінації з антитілами до Sm; лише антитіла до Sm виявлялися значно рідше.

ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ АНТИТІЛ ДО ХРОМАТИНУ — плДНК, НУКЛЕОСОМИ ТА ГІСТОНІ

Мастикаш О. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Антитіла до хроматину — подвійноланцюгової (плДНК), нуклеосом та гістонів — є важливими у діагностиці системних захворювань сполучної тканини, особливо системного червоного вовчаку (СЧВ). Антитіла до плДНК є одним із діагностичних критеріїв (СЧВ). Антитіла до гістонів асоційовані меди-каментозним червоним вовчаком. Антитіла до нуклеосом асоційовані з СЧВ, проте їх роль у прогнозуванні хвороби чи її моніторингу ще остаточно не визначена. Золотим стандартом скринінгу на наявність антинуклеарних антитіл є реакція непрямой імунофлуоресценції на HEp2 клітинах. Антитіла до плДНК, нуклеосом та гістонів під час HEp2 скринінгу обумовлюють гомогенний тип світіння ядер (АС-1 за ІСАР).

Метою роботи було дослідження впливу антитіл до хроматину на аутоімунні захворювання та їх стадії загострення або ремісії та їх кореляція між собою у популяції.

Нами було обстежено 205 пацієнтів з антитілами до хроматину за допомогою реакції непрямой імунофлуоресценції на HEp2 клітинах та імуноблотингу для підтвердження специфічності антитіл.

За результатами дослідження було встановлено структуру виявлення антитіл до пЛДНК, гістонів та нуклеосом у пацієнтів з антитілами до хроматину. Так, антитіла до пЛДНК виявлялися у (71,70±3,15) %, до гістонів у (40,00±3,42) %, до нуклеосом у (33,20±3,29) % пацієнтів. Серед обстежених (30,70±3,22) % мали антитіла до більш ніж одного маркера: (3,80±1,35) % мали антитіла до пЛДНК та гістонів, (4,90±1,5) % — антитіла до нуклеосом та гістонів, та (7,80±1,87) % — антитіла до пЛДНК та гістонів; і лише (14,20±2,43) % пацієнтів мали антитіла до всіх трьох маркерів.

В структурі виявлення антитіл до хроматину найчастіше виявлялися антитіла до пЛДНК, потім гістонів та нуклеосом. Лише у третини пацієнтів спостерігалися антитіла до кількох складових хроматину, а антитіла до всіх трьох антигенів зустрічалися лише у (14,20±2,43) % пацієнтів.

ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ АНТИТІЛ, АСОЦІЙОВАНИХ ІЗ СИНДРОМОМ ШЕГРЕНА

Іванова Д. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Синдром Шегрена (СШ) належить до системних захворювань сполучної тканини. Він вражає у середньому 2 % дорослої популяції. Одним із діагностичних критеріїв СШ є наявність антитіл до SS-A. Скринінговим методом для виявлення антинуклеарних антитіл є реакція непрямой імуофлюоресценції на HEp-2 клітинах, під час якої анти-SS-A антитіла обумовлюють дрібнозернистий тип світіння ядер (AC-4 за ICAP). Проте такий тип світіння може бути викликаний також антитілами до SS-B та Ro-52, які не мають такої високої специфічності для СШ.

Нами було обстежено 244 пацієнти з антитілами, що обумовлюють AC-4 тип світіння ядер під час HEp-2 скринінгу за допомогою імуоблотингу для визначення специфічності антитіл. Нами було визначено структуру виявлення антитіл до SS-A, SS-B та Ro-52.

Так антитіла до SS-A були виявлені у (57,8±3,16) %, антитіла до Ro-52 та SS-B у (88,52±2,06) % та (32,4±3,0) % відповідно. Серед обстежених у (26,60±2,83) % виявлялися антитіла до всіх трьох антигенів. Комбінація антитіл до SS-A та Ro-52 була виявлена у (22,95±2,69) % пацієнтів, у той час як пари анти-SS-A, анти-SS-B та анти-SS-B, анти-Ro-52 антитіла були виявлені лише у (0,82±0,58) % та (1,64±0,81) % відповідно.

В результаті дослідження було виявлено, що серед антитіл, що обумовлюють дрібнозернистий тип світіння ядер під час HEp-2 скринінгу найчастіше виявлялися антитіла до Ro-52, потім — до SS-A та SS-B. Серед варіантів комбінацій антитіл найчастіше зустрічалось поєднання антитіл до всіх 3 антигенів, потім — до SS-A та Ro-52, а спільне виявлення антитіл до Ro-52 і SS-B та SS-A і SS-B зустрічалось значно рідше.

АКТУАЛЬНІСТЬ СКРИНІНГУ СИНДРОМУ ФРАГІЛЬНОЇ X ХРОМОСОМИ СЕРЕД ХЛОПЧИКІВ ДИТЯЧОГО ВІКУ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХОМОВНОГО РОЗВИТКУ

Романів Д. Ф., Деренжі А. Д.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Як відомо, синдром фрагільної X хромосоми є найчастішою причиною затримки розумового розвитку після синдрому Дауна серед хлопчиків. Хвороба викликана мутаціями у гені FMR1: експансією повторів CCG у промоторній частині гену (повна мутація включає в себе кількість повторів більше 200) і місенс-мутаціями у структурній частині гену. Поширеність цього захворювання у світі за актуальними даними становить 1:4000 серед хлопчиків та 1:8000 серед дівчат (Crawford et al., 2001; Garber et al. 2006, Coffee et al., 2009); у США — 1:3335 загалом (Hantash et al., 2011), у Великобританії — 1:5530, у Японії — 1:10000 (Peprah et al., 2012). Розбіжності у даних можна пояснити, по-перше, відмінностями у генетичній структурі досліджуваних популяцій, а по-друге — відмінностями у дизайні та кількості проведених досліджень, а також — у критеріях повної мутації гену FMR1. В той же час, на сьогодні статистичні дані стосовно розповсюдженості даної патології на території України у літературі відсутні.

Мета роботи. З'ясувати актуальність скринінгу синдрому фрагільної X хромосоми серед хлопчиків дитячого віку з затримкою психомовного розвитку.

Матеріали та методи. В якості досліджуваної групи нами було взято 53 пацієнти (хлопчиків — 34, дівчаток — 19) віком до 18 років, що звернулися до лікаря-генетика МГЦ у період з жовтня 2018 року по червень 2019 року. Критеріями включення були: діагнози «затримка психомовного розвитку (ЗПМР)», «затримка мовного розвитку (ЗМР)», «сенсомоторна алалія» та «розлади аутистичного спектру (РАС)» нез'ясованої етіології. Критеріями виключення були: наявність вроджених вад розвитку (ВВР). У зв'язку з тим, що співвідношення хлопчиків і дівчат з синдромом фрагільної X хромосоми в середньому становить 2–3:1, далі аналізувалася лише група хлопчиків. Розподіл за провідною патологією: ЗПМР — 18, ЗРР — 12, сенсомоторна алалія — 2, РАС — 2. Дані порушення є компонентами клінічної картини синдрому фрагільної X хромосоми та, відповідно, є показаннями для проведення молекулярно-генетичного дослідження.

Висновки. Висока популяційна частота синдрому фрагільної X-хромосоми у світі обумовлює необхідність проведення епідеміологічних досліджень стосовно цього захворювання в Україні. На сьогодні в Україні спадковим захворюванням приділяється більше уваги, що відображено, наприклад, в програмі створення нової системи неонатального масового скринінгу в Україні (Наказ МОЗ України № 2142 від 01. 10. 2021).

Аналіз досліджуваної групи продемонстрував переважання частки хлопчиків над дівчатами. Це

може бути зумовлено наявністю X-зчеплених ознак, які частіше маніфестують серед чоловічої статі, зокрема — синдрому фрагільної X хромосоми. Саме тому ми вважаємо, що доцільним є почати молекулярно-генетичне визначення мутацій гену FMR1 з хлопчиків.

СТАН ТРАНСДЕЗАМІНУВАННЯ У ТКАНИНАХ ОПРОМІНЕНИХ У ДОЗІ 1,0 Гр ТВАРИН

Пелехович Є. Є.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Як показали результати, переважною спрямованістю зрушень АЛТ серця є пригнічення активності ферменту в супернатанті при дозі 1,0 Гр на фоні незначних зрушень у мітохондріях. По відношенню до скелетного м'язу дія радіації також призводила до переважного підвищення активності АСТ в мітохондріальній фракції на 1-шу, 7-му і особливо 15-ту добу (163,8 %, 201,8 %, 566 % відповідно) на фоні відносно незначного послаблення функції АСТ в супернатанті. Зміни у активності АЛТ в скелетному м'язі були менш виражені.

Виходячи з цього, слід відмітити, що тотальне гама-опромінення щурів у дозі 1 призводить до закономірних змін в активності амінотрансфераз на 1-шу, 7-му та 15-ту добу після дії, як у надосадковій, так і в мітохондріальній фракціях печінки, серця та скелетного м'язу.

Переважною направленістю змін у печінці є пригнічення функції обох трансфераз, причому у більшій мірі АЛТ, особливо в мітохондріях. В серцевому та скелетному м'язах зміни в активності АСТ направлені в бік підвищення в мітохондріальній фракції на фоні незначного зниження в супернатанті; для АЛТ в супернатанті серця переважає значне пригнічення фермента, а в скелетному м'язі зміни в обох фракціях однонаправлені в залежності від строків спостереження.

Викликані опроміненням зміни в активності амінотрансфераз призводять до порушення процесів трансамінування, їх дискоординації, причому в більшій мірі страждає трансамінування, яке каталізується АЛТ, особливо у печінці. Пригнічення протоплазматичних АЛТ та АСТ може призвести до порушення глюконеогенезу, а пригнічення мітохондріальної АСТ — до порушення функціонування циклу Кребса.

СТАН ГІПОФІЗ-АДРЕНАЛОВОЇ СИСТЕМИ У ІНТАКТНИХ ТА ОПРОМІНЕНИХ У ДОЗІ 0,5 Гр ТВАРИН

Разінкін О. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

У формуванні біологічного ефекту особлива роль належить дисбалансу метаболічних процесів, викликаних змінами у гіпофіз-адrenalовій і гіпофіз-гонадній системах, а також у симпат-адrenalовій системах.

Нами було встановлено, що тотальне гама-опромінення статевозрілих щурів у дозі 0,5 Гр ви-

кликає суттєве підвищення вмісту норадреналіну у гіпоталамусі (на 63,4 % у порівнянні з інтактними), в той час, як кількість адреналіну та дофаміну має лише тенденцію до збільшення. У наднирниках опромінених тварин значно підвищується вміст адреналіну та дофаміну (відповідно на 68,8 % та 35,3 %), тоді як концентрація норадреналіну істотно не змінюється. Виникає гіперадреналінемія, а також значно підвищується екскреція адреналіну (на 31,3 %). На цьому фоні відмічається майже 20 % зниження екскреції норадреналіну і збільшення екскреції дофаміну, але зміни ці недовірні.

Аналізуючи отримані результати, можна виявити, що після опромінення тварин у дозі 0,5 Гр у гіпоталамусі і наднирниках підвищується вміст домінуючих в них амінів, а збільшення вмісту дофаміну, по-різному виражене у кожній тканині, свідчить про наявність біосинтетичних резервів у них. Гіперадреналінемія та гіперадреналінурія відображають розвиток гострого стресу у відповідь на опромінення, а зменшення екскреції норадреналіну дозволяє припустити посилення гіпометаболічного шляху обміну катехоламінів.

РОЛЬ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ У ПЕРЕБІГУ ДИХАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ COVID-19

Боклашук Е. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Коронавірусна хвороба (COVID-19), викликана вірусом гострого респіраторного синдрому (SARS-CoV-2), є важкою пандемією поточного століття. Інфекція пов'язана з низкою патофізіологічних механізмів, які мобілізують широкий спектр біомолекул, головним чином, імунологічного характеру. Збудник постійно загрожує ефективності імунної системи інфікованих осіб. В якості першого відповідача — вроджена імунна система, яка забезпечує первинний захист від COVID-19, впливаючи на прогресування захворювання та клінічний результат. Неконтрольована та нерегульована секреція запальних та прозапальних цитокінів позитивно пов'язана з тяжкістю вірусної інфекції та рівнем смертності. Між тим, секреція різних прозапальних цитокінів, TNF- β , IL-1 і IL-6, призводить до гіперзапальної відповіді шляхом рекрутування макрофагів, Т- і В-клітин в альвеолярних клітинах легень. Більш того, була висунута гіпотеза, що імунні клітини, такі як макрофаги, рекрутують запальні моноцити в альвеолярних клітинах та дозволяють виробляти велику кількість цитокінів в альвеолах, що призводить до гіперзапальної реакції у тяжкохворих пацієнтів з COVID-19, що позначається загальним терміном «синдром активації макрофагів», або «цитокіновий шторм», також відомий як вторинний гемофагоцитарний лімфогістоцитоз. Саме цей каскад подій може призвести до поліорганної недостатності, гострої респіраторної недостатності або пневмонії. COVID-19, асоційований з синдромом активації макрофагів, зазвичай виникає у пацієнтів з гострим респіраторним дистрес-синдромом

(ГРДС), і історично, відсутність виживаності при ГРДС, була пов'язана зі стійким підвищенням рівня ІЛ-6 та ІЛ-1. Крім того, ці дані також свідчать про аномально низький рівень сатурації — вмісту кисню в крові, що є яскравим предиктором поганих результатів протягом захворювання. Лікарі стверджують, деякі з пацієнтів повідомляли про утруднене дихання (10 %) або кашель (25 %), навіть якщо рівень кисню в їх крові був 91 % і нижче, що, безумовно, знижувало рівень успішності лікування.

Таким чином, розуміння молекулярних шляхів формування цитокінів та механізмів їх активації дозволить краще зрозуміти імунопатофізіологію процесу та допоможе створити відповідні методи лікування та також заходи контролю для боротьби з COVID-19. Разом з тим, існує повідомлення, щодо наявності протизапальних та противірусних препаратів, які є ефективними терапевтичними препаратами-кандидатами для контролю гіперцитокінемії.

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ АНОСМІ ТА ПАРОСМІ У ПОСТКОВІДНИЙ ПЕРІОД

Коломійченко Ю. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Аносмія та паросмія — найбільш розповсюджені симптоми класичного штаму SARS-CoV-2 та інших. Вони тимчасові та можуть бути короткочасним або довготривалим. В постковідний період для оцінки рівня пошкодження нюху, використовують суб'єктивний та об'єктивний метод ольфактометрії. Існує декілька припущень щодо патогенезу порушення нюху у пацієнтів в постковідний період, загалом вони базуються на механізмах проникнення SARS-CoV-2 в організм людини, особливостях будови та функцій нюхового епітелію.

SARS-CoV-2 інфікує та пошкоджує клітини слизової оболонки носової порожнини через взаємодію між S1 рецептор-зв'язуваною субодиницею шипоподібного білку та ангіотензинперетворювальним ферментом 2 (ACE2), який розташовано на клітинах-мішенях. Нейросенсорні клітини підтримуються опірними клітинами, які структурно підтримують рецепторні клітини; приймають участь у фагоцитозі, детоксикації потенціальних руйнівних агентів, і, в збереженні місцевого водно-сольового обміну. Боуменові залози також приймають участь у збереженні гомеостазу нюхового епітелію.

Пряма інвазія нюхових сенсорних нейронів та нейронів нюхової цибулини SARS-CoV-2, що призводить до зменшення трофічного постачання та життєдіяльності нейронів. Руйнування клітин нюхового нейроепітелію може бути результатом запальних змін, що сприяють пошкодженню рецепторів та погіршенню подальшого нейрогенезу. В разі пошкодження митральних клітин нюхової цибулини SARS-CoV-2 проникає інтракраніально та може викликати порушення нюхових та нюхових ділянок головного мозку.

Між тим, серед 60 опитаних, 85 % пацієнтів хворіли Covid-19. У 55 % — захворювання було лабораторно підтверджено. Пацієнти були різної вікової категорії: 61,7 % — від 35 до 60 років, 33,3 % — від 18 до 35 років, 5 % — 60+ років. У 71,9 % пацієнтів виникали проблеми з нюхом під час хвороби. Порушення нюху біли різними: 55,8 % пацієнтів страждали на зникнення нюху, у 30,2 % — спочатку нюх зникав, потім відновлювався зміненним, у 14 % — нюх змінювався. Крім того, тривалість порушення нюху було різноманітним: у 37,2 % — нюх нормалізувався до 7 днів, у 23,3 % — від 1-го до 3-х тижнів, у 23,3 % — від 3-х до 6-ти тижнів, у 11,6 % — більше 1,5 місяця потрібно було для відновлення, у 4,6 % — 6+ місяців. При змінненні нюху найчастіше пацієнтів турбували запахи ацетону та зіпсованих яєць, часто — запах гниття та диму, зіпсованого м'яса та горілого, і, рідше всього — відчуття оцту та бензину.

Отже, швидкість функціонального відновлення залежить від індивідуальних особливостей, насамперед : вік пацієнта, рівень пошкодження клітин, тяжкість перебігу хвороби, активність цитокінів, наявність або відсутність атрофічних змін слизової оболонки носової порожнини, якість харчування. Рівень та якість відчуття запахів залежить від швидкості функціонального відновлення клітин та деяких особливостей нейрогуморальної регуляції.

ОСОБЛИВОСТІ КАНЦЕРОГЕНЕЗУ ПРИ SARS-COV-2

Краснов Крістіан

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Новий коронавірус, згідно з припущенням зарубіжних вчених, здатний викликати пухлину мозку та прискорити розвиток вже наявної. Він проникає в мозок, де зв'язується з клітинами нервової тканини, які беруть участь у розвитку онкологічного захворювання. Між тим відомо, що SARS-Cov-2 дійсно може впливати на процес появи пухлини мозку. Багато інших вірусів виявляють свої онкогенні властивості згодом, через десятиліття, після проникнення в організм людини. Отже, на поверхні SARS-Cov-2 має спайковий білок (S), схожий на шип. Саме ці «шпильки» утворюють так звану «корону», яку бачать дослідники при розгляді патогена під електронним мікроскопом. S-білок дозволяє коронавірусу приєднатися до рецептора клітини-господаря в момент проникнення в клітину. Даний шип часто називають ключем, який вставляється в замок, розташований на поверхні клітини, де замок — фермент під назвою АПФ2. Цей фермент присутній в більшості тканин організму, та також в нейронах головного мозку, у допоміжних клітинах особливої тканини, що становлять близько 40 % обсягу центральної нервової системи. Тому, на думку деяких вчених, COVID-19 може індукувати онкогенез гліоми через білок S. Це може збільшити ризик розвитку гліоми у людей, інфікованих COVID-19 та посилити ріст пухлини у пацієнтів, інфікованих COVID-19.

Гліома — це вид пухлини мозку, яка розвивається з гліальних клітин, вона найпоширеніша серед пухлин мозку, зустрічається в 60 % випадків, відноситься до первинних, тобто, розвивається з самої тканини головного мозку. Вторинні пов'язані з метастатичним процесом з інших органів, уражених онкологічним захворюванням. До гліальні пухлин головного мозку відносять: астроцитому — доброякісну пухлину з гліальних тканини з локалізацією в півкулях мозку і мозочку; олігодендроглії — пухлина з гліальних тканини, не схильна до проростання в інші тканини з локалізацією в півкулях головного мозку; епендіму — доброякісну пухлину, локалізовану в бічних або четвертому шлуночку; мультиформну гліобластому — даний вид пухлини діагностують, як правило, у пацієнтів похилого віку; медуллобластому — пухлина, що вражає мозочок, найчастіше її виявляють у дітей; пінеалому — новоутворення, що вражає шишковидну залозу.

Таким чином, хвороба може нести за собою суттєві наслідки. Важливо своєчасно надати відповіді на це питання, саме для профілактики важких наслідків хвороби ХХІ сторіччя.

ВПЛИВ COVID-19 НА ВАГІТНІСТЬ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД

Лук'янець О. Л.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

31 грудня 2019 року ВООЗ опублікувала дані про спалах пневмонії, причини та умови появи якої були невідомі. Захворювання швидко поширилося, в зв'язку з чим було визнано пандемією, яка отримала назву COVID-19. Згідно зі статистикою, інфекція не обійшла стороною жодну вікову групу, нею можуть заразитися всі: від немовляти до людей похилого віку. Також до групи ризику слід віднести вагітних жінок. При захворюванні даної категорії COVID-19 впливає на здоров'я не тільки матері, але й дитини.

Відомо, що концентрації гормонів і рівень імуннокомпетентності варіюють протягом всієї вагітності. Рання вагітність більш схильна до ризику розвитку різних ускладнень внаслідок адаптивних змін, які є відповіддю на появу в організмі жінки антигенів плода. Відбувається стабілізація з поступовою корекцією стану імунної та ендокринної систем матері, найбільша стабільність характерна для пізніх стадій вагітності. Разом з тим, досвід попередніх епідемій респіраторних вірусів дозволяє скласти певне уявлення про сприйнятливості організму вагітної до COVID-19 і можливій частоті ускладнень під час вагітності.

Отже, в доступній літературі представлений ряд досліджень особливостей інфекції COVID-19 у вагітних. У кількох дослідженнях проаналізовано дані 69 пацієток, у тому числі 5 жінок у другому триместрі вагітності, інші пацієнтки були на третьому триместрі вагітності. У більшості жінок спостерігалися легкі або помірні симптоми ГРВІ, з них 3 потребували проведення інтенсивної терапії. Передчасні пологи відбулися у 8 жінок.

Спільне дослідження фахівців ВООЗ, в яке були включені 147 вагітних жінок, показало, що у 8 % жінок була важка форма захворювання, у 1 % — критичний протягом захворювання. Зроблений висновок про те, що для вагітних з COVID-19, не характерний високий ризик розвитку важкої форми інфекції. Між тим, велику кількість вагітних жінок з безсимптомним або легкими симптомами захворювання не були включені до статистики. Один випадок інфікування SARS-CoV-2 у новонародженого був підтверджений через 36 годин після народження.

Враховуючи те, що пандемія COVID-19 сприяла значному поширенню психологічного стресу і підвищення тривожності населення в цілому, в тому числі і вагітних, ця обставина суттєво впливала на особливості перебігу вагітності та її наслідки при поточній пандемії, а саме:

— потенційна ймовірність зараження SARSCoV-2 під час візитів до лікарів;

— необхідність термінового переривання вагітності шляхом виконання планового кесаревого розтину;

— широке використання гіпохлориду натрію і алкоголю в якості дезінфікуючих засобів, що може надавати токсичний вплив на плід і потенційні післяпологові ускладнення.

Таким чином, спостереження за інфікованими вагітними дозволяють припустити оптимістичний прогноз клінічного перебігу захворювання.

ДЕЯКІ ПОРУШЕННЯ У РОБОТІ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ КЛІНІЧНІЙ СМЕРТІ

Нікуліца І. Є.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Таке явище, як клінічна смерть, зацікавило людей нещодавно, ще в середині 1976 року, і навіть у наші дні вчені не можуть дійти єдиної думки, що трапляється з людиною під час цього. Клінічна смерть — оборотний перехідний термінальний стан між життям та смертю. Під час клінічної смерті відбувається пригнічення центральної нервової, дихальної та кровоносної систем, зникають зовнішні ознаки роботи організму, але продовжується анаеробний обмін речовин у клітинах.

Група вчених з'ясувала, що мозок продовжує функціонувати під час клінічної смерті. Деякі люди стверджують, що вони були здатні розуміти та чути те, що відбувалося навколо них. Також вони розповідають про свої суб'єктивні переживання, зорові образи подібні до «світла в кінці тунелю». Виявлено, що у стані клінічної смерті мозкова активність характером нагадує мозкову активність при інтенсивних інформаційних процесах — хвилі гамма-діапазону з частотою понад 25 Гц.

Цьому феномену можна дати декілька пояснень.

Перше з них — некоректна робота мозку, який відчуває нестачу кисню через зупинку серця та кровотоку. Відчуття, що все життя промайнуло

перед очима (про це згадує майже половина тих, хто вижив), — швидше за все, результат активації префронтальної, медіальної скроневої та тім'яної часткою головного мозку. Ці області довше за інших забезпечують кров'ю і киснем і відключаються останніми.

По-друге, це може відбуватися під дією гормонів. Майже в 12 разів збільшується викид дофаміну (гормону задоволення, тому у людей може виникати почуття умиротворення) та серотоніну, через що в мозку активується безліч відповідних рецепторів. Їх, у свою чергу, пов'язують із зоровими галюцинаціями, такими, як: вихід із тіла, зустріч ангелів, яскраве світло наприкінці тунелю. Разом з тим, проведено дослідження на експресію генів у деяких клітинах мозку після смерті. Виявлено, що ці «гени зомбі» — ті, які збільшують експресію після посмертного періоду — були специфічні одного типу клітин: запальних клітин, званих гліальними клітинами. Дослідники помітили, що гліальні клітини ростуть і виростають з довгих рукоподібних придатків багато годин після смерті.

Отже, після зупинки серця, людина не вмирає одразу. Головний мозок продовжує жити протягом деякого часу. Існує безліч пояснень щодо порушень у його роботі при клінічній смерті, які викликають у людей різні відчуття та галюцинації. З наукової точки зору те, що відбувається, описується досить просто: виникає гіпоксія мозку, що веде до галюцинацій за фактичної відсутності свідомості, але механізм виникнення галюцинацій поки що остаточно не з'ясований.

ЕПІЛЕПТИЧНИЙ ТА ІСТЕРИЧНИЙ НАПАД: ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ ВІДМІННОСТІ

Мунтян Є. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Епілептичну хворобу іноді дуже важко відмежувати від істерії, оскільки істеричні прояви у хворих на епілепсію зустрічаються дуже часто. Крім того, епілептична хвороба може дебютувати істеричними нападами. Однак, напади при цих станах дуже відрізняються один від одного. При істеричному нападу відсутні типові для епілептичних судомних нападів чітко виражені клонічна та тонічна стадії, відзначається велика експресія, театральність рухів і поз, посилення судомних рухів в присутності людей, збереженні знічні рефлекси та реакції на больові відчуття. Після істеричного нападу часто бувають парези, паралічі (спастичні і м'яві), контрактури, явища астазії та абазії, поліурія, анурія, тахікардія, які не характерні для епілептичного нападу. Епілептичний напад закінчується або сном, або руховим збудженням, олігофазією (при істеричному нападу все це відсутнє). Однак, нозологічну приналежність істеричних нападів, особливо, що виникли вперше, потрібно визначати дуже обережно, так як вони часто поєднуються з епілептичними нападами.

Генез істеричних нападів при епілепсії викликає багато питань, але безсумнівно мають значен-

ня психогенні фактори, що провокують їх. У діагностиці епілепсії велике значення має ЕЕГ (електроенцефалографія), що дозволяє в ряді випадків виявити не тільки відповідні пароксизмам зміни електричної активності, але і локалізацію епілептогенного вогнища. Найбільш часто епілепсію доводиться диференціювати від органічних захворювань головного мозку, що протікають з епілептичними розладами. Наявність характерних судомних нападів, в яких переважають тонічні судоми, парези і паралічі, явища афазії та інші неврологічні розлади, патологія цереброспінальної рідини можуть навести на думку про наявність органічного захворювання головного мозку.

При епілепсії зміни ЕЕГ бувають різного ступеня — від практично нормальних варіантів до виражених порушень, характерних для епілепсії. До них відносяться комплекси пік — хвиля, високоамплітудні повільні хвилі, гіперсинхронні розряди. Інколи, їх вдається зареєструвати у випадках без виражених клінічних проявів хвороби, зокрема в початковій субклінічній стадії захворювання. Приховані порушення електричної активності можна виявити при функціональних навантаженнях, таких як світлова стимуляція або гіпервентиляція.

Отже, правильної діагностиці сприяє виявлення симптомів основного захворювання, особливостей умов виникнення нападів та виявлення/або не виявлення на електроенцефалографічному обстеженні специфічних для епілепсії змін електричної активності мозку.

ПРОБЛЕМА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ В ПЕРІОД ВІРУСНОЇ ПАНДЕМІЇ

Яссір ель Шаїмі

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Якщо застосовувати антибіотики неправильно — великий ризик, що бактерії, які препарат мав знищити, стануть лише сильнішими. Сьогодні ми отримуємо нові версії старих хвороб, які не піддаються лікуванню класичними препаратами. Дуже добре це видно на прикладі туберкульозу. Його доводилося довго лікувати комбінацією трьох-чотирьох препаратів, а зараз класичні схеми допомагають все рідше. Війна між бактеріями та людиною йде постійно. Бактерії поступово виробляють резистентність, прагнучи перетворитися на “супербактерії”, яких не беруть жодні відомі препарати. Найпростіше їм це вдається в лікарнях, тому внутрішньолікарняні інфекції найважчі.

При COVID-19 ураження легень носить вірусний характер, але на віруси антибіотики не діють. Багато лікарів розмірковують так: “Але ж вірусне захворювання може ускладнитися приєднанням бактеріальної інфекції, тому ми призначаємо антибіотики для профілактики вторинної інфекції”. І це твердження невірне.

Раннє призначення антибіотиків не заважає приєднанню бактеріальної інфекції; більше того,

якщо інфекція і приєднається, вона буде важчою і вимагатиме використання найпотужніших препаратів.

ВИКОНАННЯ БАЛОННОЇ АНГІОПЛАСТИКИ ТА СТЕНТУВАННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО УРАЖЕННЯ КОРОНАРНИХ СУДИН

Якуба Ю. В., Васьянов М. Р.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Атеросклероз — це хронічна хвороба при якій відбувається системне ураження артерій, що виражається у відкладеннях ліпідів та солей кальцію в інтимі судинної стінки та у розвитку сполучної тканини з подальшим звуженням просвіту судин. Атеросклеротичний процес супроводжується порушеннями функції цілого ряду органів та систем, що призводить до змін стінок коронарних та церебральних судин, ниркової артерії та інших периферичних судин, де можуть виникати тромбози. Слід зазначити провідну патогенетичну роль ендотеліальної дисфункції при атеросклерозі. Головною причиною дисфункції ендотелію є гіперхолестеринемія.

Протягом останнього десятиліття метод коронарного стентування став найпоширенішим способом неінвазивного лікування коронарного атеросклерозу, суттєво потіснивши балонну ангіопластику. Але 10-річний період становлення та розвитку стентової технології показав поліпшення безпосередніх та віддалених результатів бронхіальної астми. Це ще раз підтверджує актуальність та конкуруючі позиції коронарного стентування та балонної ангіопластики. Крім того, стентування не виключає виникнення повторних звужень (рестенозів), що значно ускладнює та подорожчає процес лікування пацієнтів з рецидивом стенокардії, т. к. поки не існує оптимальних способів та технологій ефективного лікування рестенозів усередині стентів. Незважаючи на обнадійливі результати та ентузіазм дослідників, багато питань, що стосуються клінічного застосування коронарного стентування, поки що залишаються без відповіді.

Теоретичні передумови поліпшення геометрії просвіту артерії після стентування порівняно з бронхіальною астмою були доведені як кількісними ангіографічними, так і інтракоронарними ультразвуковими дослідженнями. Теза про покращення геометрії просвіту судини після стентування підтверджується. Збільшення площі поперечного перерізу просвіту артерії після стентування забезпечує приріст об'ємного кровотоку коронарного і таким чином збільшує коронарний резерв. Поліпшення геометрії просвіту артерії після стентування сприяє нормалізації коронарного кровотоку через стентований сегмент. Зокрема, зменшується турбулентність потоку крові, що у свою чергу знижує ризик гострого та підгострого тромбозу стенованої коронарної артерії.

Зазначені гемодинамічні переваги стентування перед балонною ангіопластикой пояснюють значне покращення безпосередніх результатів коро-

нарної ангіопластики після стентування порівняно з балонною ангіопластикой.

Таким чином, стратегія масового застосування стентів (95–97 % випадків коронарної ангіопластики) значно покращила безпосередні результати ангіопластики, що виражається у зниженні госпітальних «великих» ускладнень.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ДЕПРЕСИВНОГО СИНДРОМУ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ВІДТВОРЕННЯ ФАРМАКОЛОГІЧНОГО КІНДЛІНГУ

Остапенко І. О., Топал М. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Несудомні порушення поведінки реєструються у більшості (понад 75 %) хворих на епілепсію і є частіше за все єдиним та провідним проявом вказаного захворювання. Проте, нейропатогенетичні механізми вказаних розладів поведінки залишаються нестаточно дослідженими в динаміці формування хронічного епілептогенезу, а питання стосовно патогенетично обумовленої корекції несудомних епілептиформних розладів поведінки не розглядається в аспекті комплексного лікування хронічного судомного синдрому.

Мета роботи — дослідження динаміки вираженості позно-тонічної поведінки шурів за умов різних періодів формування пікротоксин-індукованого кіндлінга при модуляції функціональної активності хвостатих ядер.

В динаміці пікротоксин-індукованого кіндлінгу в шурів відбуваються драматичні зміни позно-тонічної поведінки, які відбуваються переважно за рахунок превалювання у структурі вказаного поведінкового синдрому опіюїдних та нейролептичних механізмів. Так, в фазі розвиненого кіндлінгу, на 18-у добу введення конвульсанту в структурі позно-тонічної поведінки домінували опіюїдні механізми. На момент зформованого кіндлінга структуру позно-тонічного поведінкового синдрому детермінували нейролептичні механізми. А наприкінці безсудомного періоду кіндлінгу, який вважається періодом найвищої судомної готовності, в структурі позно-тонічної поведінки шурів превалювали опіюїдні механізми.

Визначені нами нейромедіаторні механізми детермінації проявів позно-тонічної поведінки були підтвержені в дослідах по її реєстрації в разі введення щурам налоксону, атропіну та кетаміну — фармакологічних сполук, механізм дії яких реалізується за рахунок блокади опіюїдної та холінергічної систем та системи збуджуючих амінокислот. І, дійсно, гіперактивація опіюїдної системи на момент формування кіндлінгу та наприкінці безсудомного періоду по його завершенню блокувалася введенням налоксону, що знаходило своє підтвердження зміною характеру позно-тонічного поведінкового синдрому з опіюїдного на нейролептичний.

Отримані дані свідчать про гіперактивацію стріагуму за умов розвитку пікротоксин-індукованої хронічної судомної активності, функціональна активність якого залежить від терміну маніфес-

тації судомного синдрому. Дослідження безсудомних різновидів моторної, емоціональної, плавальної, когнітивної поведінки та їх розладів протягом відзначених термінових інтервалів формування хронічної епілептичної активності є важливим для застосування визначених порушень поведінкової активності в якості ранішньої діагностики маніфестації епілепсії, коли моторні судомні прояви відсутні, а ймовірні поведінкові розлади не набувають максимальної інтенсивності.

ПОРУШЕННЯ ПОВЕДІНКИ ЩУРІВ В ДИНАМІЦІ ХРОНІЧНОЇ ІШЕМІЇ МОЗКУ ТА КІНДЛІНГ-ІНДУКОВАНОЇ ХРОНІЧНОЇ СУДОМНОЇ АКТИВНОСТІ

Кірчев В. В., Вастьянов М. Р.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Хронічна ішемія мозку як феномен і патологічний процес, і, відповідно, пацієнти з хронічною ішемією мозку представляють переважну масу випадків і епізодів цереброваскулярної патології. При хронічній ішемії мозку істотно порушуються регуляторні процеси в мозку, перебіг яких забезпечується вестибулярною, зоровою, шкірною, пропріоцептивною і іншими сенсорними кортикальними проєкціями і центральним контролем.

Мета роботи — визначення в порівняльному аспекті різновидів порушення моторної та емоційної поведінки щурів в динаміці хронічної ішемії мозку та кіндлінг-індукованої хронічної судомної активності.

У щурів із відтвореною моделлю хронічної ішемії вже протягом 1-ї доби досліду рееструються виражені зміни моторної та позної поведінки, м'язової та координаційної активності. У більшості щурів розвиваються виражені неврологічні порушення та емоційні розлади. Цікаво, що виявлені рухові, позні, ротаційні, м'язові, координаційні та емоційні розлади були практично однаково максимально виражені протягом усього терміну спостереження.

Результати зміни моторної та емоційної різновидів поведінки щурів за умов хронічної ішемії мозку співпадали з результатами тестування аналогічних різновидів поведінки у щурів із пікротоксиновими кіндлінгом. Тотожність зареєстрованих показників за умов ішемічного та судомного ураження мозку вважаємо принципово важливим, що свідчить на користь спільних патогенетичних механізмів формування хронічної ішемії мозку та хронічного судомного синдрому за умов кіндлінгу.

Отримані дані вважаємо в якості експериментального підґрунтя доцільності клінічного тестування ефектів фармакологічних сполук, які здатні нормалізувати поведінкові моторні, позні та м'язові порушення, а також відновити емоційну сферу пацієнтів з хронічної ішемією мозку та/або судомним синдромом.

Вважаємо, що комплексна патогенетично обґрунтована фармакологічна корекція моторної поведінки та емоційної сфери буде також спрямована на формування антиішемічного та протисудомного ефектів.

ПРИСКОРЕННЯ ПРОЦЕСІВ СИНТЕЗУ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ЯК ЙМОВІРНИЙ МЕХАНІЗМ ФОРМУВАННЯ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ

Горліцина О. А., Толочко А. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Відомо, що цироз становить кінцеву стадію багатьох хронічних захворювань печінки. За загальноприйнятим визначенням, цирозом печінки є патологічний стан, при якому внаслідок генералізованого пошкодження паренхіми печінки розвивається фіброз та спричиняється заміна нормальної архітектоніки органу на структурально аномальні регенераційні вузлики. За таких умов зменшується кількість функціонуючої паренхіми, а також розвиваються порушення функції печінки та структури судинної системи, що принаймні призводить до портальної гіпертензії. Незначні дані в науковій літературі свідчать про зміну динаміки синтезу колагену в паренхімі печінки, що може мати ключове патогенетичне значення за умов досліджуваної патології.

Мета роботи — визначення вмісту гіалуронової кислоти та зв'язаного оксипроліну в крові щурів із відтвореним цирозом печінки.

Експериментальні дослідження проведені за умов хронічного експерименту на щурах-самцях ліній Вістар статевозрілого віку. Цироз печінки відтворювали шляхом введення гепатотропної отрути — тетрахлорметану, що справляє прямий цитолітичний вплив на паренхіму печінки: розчин готували з чистого (99,99 %) препарату шляхом додавання рафінованої соняшникової олії у співвідношенні 1:1 і вводили внутрішньошлунково за допомогою пластикового зонда двічі на тиждень об'ємом 4 мл протягом 10 тижнів. В динаміці відтворення цирозу печінки — на 2-му, 5-му, 10-му та 12-ім тижні — в крові щурів визначали вміст маркерів деструкції колагену — гіалуронової кислоти та зв'язаного оксипроліну.

Отримані нами результати висвітлили поступове зростання вмісту гіалуронової кислоти та зв'язаного оксипроліну в крові щурів з експериментальним цирозом печінки. Досліджувані показники перевищували відповідні контрольні значення на 27 % (гіалуронова кислота) та на 29 % (зв'язаний оксипролін) через 14 діб після початку відтворення патологічного стану (в обох випадках $P > 0,05$). Починаючи з 5 тижня моделювання патологічного процесу в паренхімі печінки нами зареєстрований суттєво більший вміст гіалуронової кислоти (на 56 %, $P < 0,05$) та зв'язаного оксипроліну (на 49 %, $P < 0,05$) порівняно з відповідними показниками у щурів в контрольних спостереженнях. На 10-му та 12-мі тижнях відзначено більше ніж дворазове зростання вмісту маркерів деструкції колагену в крові щурів ($P < 0,001$).

Отримані дані свідчать про поступове та значне зростання вмісту гіалуронової кислоти та зв'язаного оксипроліну в динаміці відтворення цирозу печінки у щурів. Враховуючи на те, що обидві сполуки є біохімічними метаболітами колагену, логічно припустити, що збільшення їх концентрації

свідчить про підсилення процесів колагенотворення, що в свою чергу є ймовірним чинником морфологічної перебудови паренхіми печінки та прогресивної формування циротичного процесу. Зрозуміло, що з точки зору патогенетично виправданої корекції цирозу печінки доцільним постає тестування ефектів фармакологічних сполук, які здатні припинити/гальмувати процеси колагенотворення.

ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ КОРТИКОСТЕРОНУ В МЕХАНІЗМАХ ДОВГОТРИВАЛОГО ХІМІЧНОГО КІНДЛІНГУ

Прищепя О. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Певний термін нами проводяться досліди на оригінальній моделі хронічної судомної активності — моделі довготривалого хімічного кіндлінга, індукованій тривалими (більше 90) введеннями пентиленететразолу (ПТЗ). Клінічні дані дозволяють припустити взаємозв'язок судомних проявів з розвитком депресивних проявів поведінки, що також має експериментальне підтвердження.

Мета роботи — вивчення ролі кортикостерону в механізмах розвитку довготривалого ПТЗ кіндлінга.

Отримані дані свідчать про просудомний ефект кортикостерону, який прискорює формування кіндлінгових генералізованих судом після 15 введень конвульсанту. Цікаво, що подальше формування довготривалого ПТЗ-індукованого кіндлінга характеризувалося суттєвим збільшенням вмісту кортикостерону в крові та тканині гіпокампу.

Вміст кортикостерону в крові та гіпокампі перевищував відповідні контрольні показники, починаючи з 30-ї ін'єкції ПТЗ — саме в той проміжок часу ми відзначили гіпокінезію тварин в тесті «відкрите поле» та порушення плавальної поведінки, що загалом свідчать про початок формування в шурів характерних для депресії змін поведінки.

Таким чином, розвиток ПТЗ кіндлінга у шурів прискорюється під впливом екзогенного введення кортикостерону. При формуванні довготривалого ПТЗ кіндлінга вміст ендогенного кортикостерону в крові та гіпокампі значно зростає, що дозволяє припустити патогенетичну роль стероїдної системи загалом та кортикостерону, зокрема, в механізмах ПТЗ-індукованого хронічного судомного синдрому.

Стосовно патофізіологічних механізмів прискорення епілептогенезу під впливом кортикостерону, ймовірно, що глюкокортикостероїди безпосередньо впливають на утворення мозку з найнижчим судомним порогом — мигдаликом та гіпокампом: подібне припущення підтверджується зростанням вмісту кортикостерону саме в гіпокампі при довготривалому ПТЗ кіндлінзі.

ЗАСТОСУВАННЯ САНДОСТАТИНУ І АЛЬФА-ЛІПОЄВОЇ КИСЛОТИ ПРИ ЛІКУВАННІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ

Крепець С. М., Миронов О. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Цукровий діабет (ЦД) є однією з найактуальніших проблем охорони здоров'я. Кількість осіб, що захворіли на ЦД, прогресивно збільшується у всіх країнах, і, за даними ВООЗ, вона вже перевищує 150 млн. осіб. Дистальна поліневропатія та автономна невропатія негативно впливають на якість життя хворих на ЦД, призводячи до зниження працездатності та інвалідизації хворих.

Мета роботи — дослідження порівняльної ефективності роздільного та сумісного застосування сандостатину та α -ліпоєвої кислоти та семаксу в аспекті нормалізації швидкості проведення збудження (ШПЗ) по хвостовому нерву.

Експериментальні дослідження проводили за умов хронічного експерименту на щурах-самцях лінії Вістар. Експериментальний цукровий діабет відтворювали через внутрішньочеревне застосування стрептозотоцину. Щурів досліджували 6 тижнів без лікування, — цей термін є достатнім для формування експериментальної діабетичної полінейропатії, — після чого починали лікування діабетичної полінейропатії. Препарати вводили, починаючи з 7 тижня впродовж 4 послідовних тижнів, одноразово на добу 6 разів на тиждень (1-6 доби).

За умов стрептозотоцин-індукованого діабету впродовж 6 тижнів формуються певні морфологічні та електрофізіологічні зміни, що свідчать про формування діабетичної нейропатії. Виявлені зміни виражені зниженням швидкості проведення збудження по хвостовому нерву шурів, що було найбільш помітним у шурів із експериментальною діабетичною поліневропатією без проведеного комплексу лікування.

Ми отримали низку даних, котрі дозволяють наголосити виражену ефективність ліпоєвої кислоти у шурів за умов експериментальної стрептозотоцин-індукованої периферичної невропатії. При цьому слід наголосити, що зазначені лікувальні ефекти препарату мають залежність від дози та обумовлені запобіганням подальшого зниження маси тіла, зростання вмісту глюкози в крові та зменшення показників ШПЗ по периферичному нерву. По-друге, досліджуваний препарат виявляв значну ефективність при його профілактичному введенні, а також при сумісному введенні з семаксом.

Таким чином, найбільш перспективним в аспекті нормалізації функціональної активності периферичних нервів у шурів за експериментальних умов є комплекс лікувальних заходів, до якого залучені сумісне застосування семаксу з ліпоєвою кислотою. Позитивний ефект від їх застосування розвивається на 2-й тиждень (еквівалентний 8 тижню всіх експериментальних досліджень) та три-

ває впродовж до кінця дослідів. Отримані дані є експериментальним обґрунтуванням доцільності перспективного клінічного тестування досліджуваних сполук у пацієнтів із діабетичними нейропатіями.

ВИЗНАЧЕННЯ РЕЗЕРВНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПІДЛІТКІВ 11–16 РОКІВ

Луценко Є.-М. С., Дімова О. Д.

Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського», Одеса, Україна

Метою роботи було провести дослідження річної динаміки резервних можливостей серцево-судинної системи підлітків 11–16 років, за даними функціональної проби Руф'є. Усі обстежені займалися у секціях з легкої атлетики.

Результати вихідних обстежень виявили задовільний рівень працездатності серця респондентів. Протягом року зареєстровано покращення стану серцево-судинної системи до середнього рівня, на що вказувало достовірне зменшення середнього показника індексу Руф'є (ІР). Також встановлено, що більш високий рівень працездатності серця мали підлітки 15–16 років, ІР яких на початковому етапі відповідав середньому рівню, і достовірно зменшився протягом року. У обстежених 11–14 років величини ІР відповідали задовільному рівню працездатності серця, однак наприкінці обстеження в групі 11–12-річних юнаків ці показники не перейшли на якісно вищий рівень, хоча спостерігалось деяке їх зменшення, порівняно з більш старшими особами, в яких функціональна здатність серця зменшилася і стала відповідати середньому рівню.

Отримані результати можна пояснити морфологічною та функціональною незрілістю серцево-судинної системи (ССС), а також незавершеністю формування регулюючих механізмів адаптації серця і судин у підлітків 11–14 років, на що також вказують ряд авторів, які зазначають, що параметри системної гемодинаміки, що забезпечують м'язову роботу, кількісно менші в спортсменів молодшого підліткового віку. Тому, система кровообігу 11–14-річних осіб реагує на навантаження менш економічно, тим самим обумовлюючи нижчі адаптаційні можливості їх ССС, ніж у віці 15–16 років.

Між середніми показниками ІР обстежених гендерних особливостей не виявлено. Працездатність серця відповідала задовільному рівню, як у дівчат, так і у хлопців, і протягом року покращилась до середнього рівня. Отже, чим старшими, більш кваліфікованими і гармонійно складеними були спортсмени, тим меншим було значення показника ІР, що свідчить про більш високу функціональну здатність їх міокарда витримувати короткочасні інтенсивні навантаження.

ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ЮНИХ ЯХТСМЕНІВ ПІД ЧАС КАРАНТИННИХ ОБМЕЖЕНЬ

**Гуменко К. М., Попова К. Ю.,
Мамалиженко Ю. В.**

Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського», Одеса, Україна

Вивчено динаміку стану дихальної системи юних яхтсменів в період карантинних обмежень, за даними функціональних дихальних проб двічі з інтервалом в два місяці.

На першому етапі дослідження час затримки дихання на вдиху (проба Штанге) коливався в діапазоні 63–105 с. Повторне обстеження встановило збільшення часу затримки дихання у 75 % осіб, в той час, як у 25 % зареєстровано його зниження, що свідчить про напруження механізмів адаптації респіраторної системи.

За даними проби Генчі, яка характеризує стійкість організму до нестачі кисню, під час першого обстеження задовільний стан дихальної системи зареєстровано лише у 33 % юних яхтсменів, а у 58 % — незадовільний. При повторному дослідженні у половині обстежених виявлено покращення, а у іншій половині — зниження функціональних можливостей дихальної системи. Причому у 25 % респондентів поряд з погіршенням результатів проби Генчі спостерігалось підвищення стійкості їх організму до гіпоксії, що виражалось у збільшенні часу затримки дихання на вдиху, і може бути зумовлено недостатньою потужністю дихальних м'язів, яка пов'язана з короткочасним припиненням тренувань на період карантинних обмежень.

Реакцію дихальної системи на фізичне навантаження визначали за даними функціональної проби Серкіна. На першому етапі дослідження в стані спокою отримані величини відповідали середнім значенням, які дозволили віднести юних вітрильників до категорії здорових тренуваних осіб. За результатами другої фази 8,33 % респондентів віднесено до категорії здорових нетренованих осіб, що вказує на негативну відповідь системи дихання на фізичне навантаження. Повторне обстеження юних яхтсменів встановило зниження адаптивних реакцій респіраторної системи у 41,67 % юнаків, що проявлялося в зменшенні часу затримки дихання одразу після фізичного навантаження (II фаза функціональної проби). Причому, майже у 17 % з них зареєстровано зниження відновних процесів, що підтверджувалось зменшенням часу затримки дихання в III фазі тестування.

ПОКАЗНИКИ ФОРМУЛЬНИХ МЕТОДІВ ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ КРОВОВТРАТИ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ТРАВМАТИЧНІЙ АМПУТАЦІЇ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ

Руснак С. В.

*Одеський міжнародний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Травматична ампутація нижньої кінцівки займає близько 85 % в епідеміології вій-

ської травми. Практично всі випадки супроводжуються кровотечею. В клінічних умовах найбільш поширеним методом визначення розміру крововтрати є формульний метод.

Мета роботи — продемонструвати показники формульних методів визначення розміру крововтрати при моделюванні травматичної ампутації нижньої кінцівки задля розрахунку фактичної крововтрати.

Матеріали та методи. На чистопородних щурах лінії Wistar змодельовано травматичну ампутацію нижньої кінцівки за оригінальною моделлю (Савицький І. В. та ін., 2017 р.). Фактичну крововтрату визначали за шоківим індексом Альговера, методом Лібова та Мооге.

Результати. На етапі моделювання травматичної ампутації нижньої кінцівки крововтрата була відсутня в контрольній та досліджуваній групі. Проте шоківий індекс Альговера був на рівні 4,4, що відповідає смертельній стадії. За формулою Лібова крововтрата була на рівні також 0. За методом Мооге, крововтрата була на рівні 0,2 мл.

Такі дані були отримані за рахунок стабільних гемодинамічних та гематологічних показників. Хоча і математичний фактор також зіграв свою роль.

Лише формула Лібова на даному етапі відповідала фактичній крововтраті.

На піку кровотечі компенсаторні та патологічні реакції тварин були на рівні. При чому інтенсивність цих показників зростала з обох протилежних сторін.

Шоківий індекс Альговера знову фіксував смертельну стадію кровотечі. Формула Лібова та метод Мооге також не відповідали фактичній крововтраті. Так, в дослідженні фактична крововтрата була на рівні 2,17 мл. А ці методи візуалізували на рівні 0,16 та 0,19 %. Їх похибки склали 92,6 та 91,2 %.

Відмічався незначний приріст САТ в розмірі 9,8 мм. рт. ст., ЧСС — 557 уд/хв, ХОК — 141,1 мл. Гематологічні показники були практично сталими: гемоглобін — 156,3 г/л, кількість еритроцитів 42 Ч10¹²/л, гематокритне число — 35.

Тобто за незначні зміни в гемодинаміці та сталі показники гематології розмір крововтрати не можливо вирахувати.

На етапі самостійного гемостазу компенсаторні можливості організму зуміли зупинити кровотечу. Патологічні реакції спостерігалися, але вони носили фізіологічний характер.

Фактична крововтрата на даному етапі становила 3,16 мл. Шоківий індекс Альговера був зафіксований на рівні 4,2, хоча і це є також смертельною стадією. Формула по Лібову зафіксувала крововтрату 0,24 мл, а метод Мооге — 0,05 мл.

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧІ ТЕХНОЛОГІЇ З ВРАХУВАННЯМ ГРУПОВОЇ НАЛЕЖНОСТІ ЛЮДИНИ І ТИПУ ЇЇ ХАРЧУВАННЯ

Власов І. Г.

*Кам'янець-Подільський національний університет
імені Івана Огієнка, Кам'янець-Подільський,
Україна*

За мету дослідження ставили вивчити наявність взаємозв'язків між груповою приналежністю лю-

дини і типом її харчування (вегетаріанство, м'ясоїдство, змішаний тип харчування). Дослідження проводили на студентах КПНУ Івана Огієнка (320 осіб), які були розділені на групи в залежності від групової приналежності крові.

Проведені дослідження з достатньою надійністю підтвердили гіпотезу про доцільність врахування групової приналежності крові і типу харчування в оздоровчому харчуванні людини.

Серед студентської молоді університету характерним є такий розподіл за груповою приналежністю: першу групу крові мали 31,25 % досліджуваних, другу — 37,50 %, третю — 24,05 %, четверту — 7,20 %. В межах кожної серологічної системи були виділені респонденти, які при організації свого харчування віддають перевагу вуглеводній (В — «вегетаріанці»), білковій (М — «м'ясоїди») їжі, або ж харчуються не віддаючи переваги будь-якому з зазначених типів харчування — змішаний тип харчування (МВ).

Аналіз результатів досліджень показав, що серед досліджуваних респондентів найбільше (51,6 %) харчувалися змішано, 30,0 % досліджуваних віддали перевагу м'ясній їжі і всього 18,4 % — вуглеводній. Серед обстежуваних з першою групою крові майже половина досліджуваних (48 %) віддають перевагу м'ясній їжі, 42 % респондентів харчуються змішано і всього 10 % віддають перевагу вегетаріанській їжі. Серед 120-ти осіб, що мали другу групу крові, більше половини (54,2 %) харчуються не віддаючи переваги будь-якому з типів харчування; 33,3 % респондентів віддавали перевагу вуглеводній їжі і всього 12,5 % — білковій.

Ще більш виразним був перерозподіл досліджуваних щодо орієнтації на той чи інший тип їжі серед осіб з групою крові В (III). Тут 61,0 % досліджуваних харчувалися змішано, 27,3 % — віддавали перевагу м'ясній їжі і 11,7 % — вуглеводній. Серед досліджуваних IV групи крові не було жодного, який би віддавав перевагу вуглеводній їжі; 52,2 % респондентів харчувалися змішано і 47,8 % віддавали перевагу м'ясній їжі.

Отже, отримані нами результати досліджень взаємозв'язку групової приналежності людини з типом її харчування показали, що серед осіб першої групи крові більшість є «м'ясоїдними», досліджувані з групою крові А і В віддають перевагу змішаному харчуванню, більше 50 % з групою крові АВ харчуються змішано і стільки ж є «м'ясоїдами».

ЧАС ПРОВЕДЕННЯ РЕФЛЕКСІВ ДЛЯ ОЦІНКИ СТАНУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Головко В. В.

*Донецький національний медичний університет,
Кропивницький, Україна*

Актуальність. Досі залишається актуальним питання про розробку тесту для оцінки стану щитоподібної залози, який міг би використовуватися для масових обстежень, також, в умовах відсутності обладнання для проведення гормональних досліджень. Існує багато методів для оцінки ста-

ну щитоподібної залози, але деякі з них, є суперечливими.

Мета. Провести аналіз методів оцінки стану щитоподібної залози по зміні сухожильних рефлексів. Вказати недоліки рефлексометрів, також, труднощі, які виникають при інтерпретації тестових діаграм.

Результати. Рефлексометрія ахіллового сухожилля використовувалася у 1970-80 роки, як показник стану щитоподібної залози. Час рефлексу вимірювався за допомогою магніту, який був укріплений на п'яті, рух якого генерував рух в індукційних котушках, який записувався на електрокардіограф. Тривалість рефлексу розраховувалася як відношення довжини горизонтальної проекції діаграми на горизонтальну вісь до швидкості руху стрічки електрокардіографа. Інтервал між максимальним значенням скорочення та максимальним значенням релаксації вважається найбільш інформативним для визначення наявності тиреоїдних захворювань. Однак, значення часу ахіллового рефлексу як індексу стану щитоподібної залози, дотепер все ще викликає сумніви. Суперечливі думки щодо цінності цього методу висловлювалися внаслідок розбіжностей даних, отриманих різними авторами внаслідок поганої відтворюваності результатів та невисокої точності. На початку 20-ого століття було розроблено електронний прилад для вимірювання тривалості колінного рефлексу, який, враховуючи, що порушення функції щитовидної залози викликає зміну часу всіх рефлексів, включаючи колінний, став застосовуватися для оцінки стану щитовидної залози. Прилад, що складається з трьох основних елементів — електронного секундоміра з дистанційним керуванням, пристрої пуску секундоміра та пристрої для його зупинки — забезпечує вимірювання тривалості рефлексу з абсолютною похибкою трохи більше 1 мілісекунди. Метод вимірювання тривалості колінного рефлексу успішно пройшов клінічні випробування та став застосовуватися для скринінгових обстежень стану щитовидної залози. У ході апробації прилад також використовувався для контролю стану щитовидної залози в ході проведення гіпокситерапії.

Висновок. Говорячи про цінність того чи іншого методу, не можна вважати основним критерієм відтворюваність результатів: вона може бути гарною і за високої похибки вимірювань, якщо помилка вимірювань носить систематичний характер. В даному випадку величина абсолютної похибки секундоміра становить 1 мілісекунду, проте похибка приладу може бути суттєво вище.

ЩО ВІДБУВАЄТЬСЯ В МОЗКУ, КОЛИ МИ ВІДЧУВАЄМО СТРАХ

Рябченко В. О.

*Донецький національний медичний університет,
Кропивницький, Україна*

Страх є неминучим аспектом людського досвіду. Реакція страху починається в мозку і поширюється по тілу, щоб внести корективи для найкра-

шого захисту або реакції втечі. Реакція страху починається в області мозку, яка називається мигдалиною. Цей мигдалеподібний набір ядер у скроневій частці мозку призначений для виявлення емоційної значимості подразників. Наприклад, мигдалина активується щоразу, коли ми бачимо людське обличчя з емоціями. Ця реакція більш виражена при гніві та страху. Подразник загрози викликає реакцію страху в мигдалині, яка активує ділянки, що беруть участь у підготовці до рухових функцій, залучених до бою чи втечі. Це також викликає викид гормонів стресу і симпатичної нервової системи. Це призводить до тілесних змін, які готують нас до більшої ефективності в небезпеці: зіниці та бронхи розширюються, дихання прискорюється, відбувається підвищення частоти серцевих скорочень і артеріального тиску, збільшується приплив крові та надходження глюкози до скелетних м'язів. Частина мозку під назвою гіпокамп тісно пов'язана з мигдалиною. Гіпокамп і префронтальна кора допомагають мозку інтерпретувати сприйняту загрозу. Вони беруть участь в обробці контексту вищого рівня, що допомагає людині знати, чи реальна передбачувана загроза. Наприклад, побачити лева в дикій природі може викликати сильну реакцію страху, але реакція на того ж лева в зоопарку викликає цікавість та думки, що лев милий. Це пояснюється тим, що гіпокамп і лобна кора обробляють контекстну інформацію, а гальмівні шляхи пригнічують реакцію страху мигдалини та її результати. По суті, наша «мисляча» схема мозку запевняє наші «емоційні» області, що з нами насправді все в порядку. Понаднормовий рівень страху та тривоги може призвести до значного дистресу та дисфункції. Майже кожна четверта людина протягом свого життя відчуває форму тривожного розладу, а майже 8 відсотків відчувають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Розлади тривоги та страху включають фобії, генералізований тривожний розлад, посттравматичний стресовий синдром та обсесивно-компульсивний розлад. Ці стани зазвичай починаються в молодому віці і без відповідного лікування можуть стати хронічними та виснажливими, а також вплинути на життєвий шлях людини.

СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА ПАТОЛОГІЙ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Ямпольська Т. П.

*Донецький національний медичний університет,
Кропивницький, Україна*

Актуальність: знання анатомо-фізіологічних особливостей серцево-судинної системи у людей є актуальним для розуміння змін, що можуть зумовлювати розвиток патології серцево-судинної системи. Вміння вірно дослідити стан системи, що дозволить завчасно виявити симптоми та ступінь ураження, яке буде сприяти ранньому виявленню захворювання та в подальшому встановленню вірного діагнозу та правильного лікування

Мета: ознайомитись з реакцією серцево-судинної системи на різні чинники, а також ознайоми-

тися з сучасними комп'ютерними методами дослідження (КТ, МРТ, віртуальна коронарографія, селективна ангіографія) За статистичними даними загалом було включено ряд досліджень.

Основні результати дослідження: відзначається декілька аспектів, після яких можна зробити висновки щодо складностей при проведенні діагностики та постановки діагнозів:

— надмірне вживання насичених жирів, трансжирів, а також недостатнє вживання фруктів, овочів і риби буде зумовлювати ризик патології серцево-судинної системи.

— Іншим важливим чинником ризику у розвитку судинних і серцевих хвороб є вік: з кожним десятиліттям загроза захворіти підвищується втричі. Атеросклеротичні бляшки можуть почати утворюватися у підлітковому віці. За оцінками 82 % людей, які помирають від ішемічної хвороби серця є старші за 65 років, але водночас ризик інфаркту подвоюється після досягнення 55-річного віку.

— Існує думка, що жінки, у яких ще не настав клімакс більш лояльні до захворювань серцево-судинної системи. Якщо жінка хвора на діабет, вона має вищий ризик захворіти серцево-судинною патологією, ніж чоловік з діабетом. Нові дані Світової організації охорони здоров'я цю думку нерозділяють.

— За статистичними даними загалом було включено ряд досліджень. Для цього оновлення ми оцінили методологічну якість включених випробувань, використовуючи стандартні критерії Cochrane та підхід GRADE.

Висновок: за допомогою нових, більш сучасних методів дослідження, апаратів та приладів, зокрема, неінвазивних методів дослідження, лікарі можуть точніше встановити недугу серцево-судинної системи. Широке застосування методів на практиці обумовлено високим рівнем сучасного обладнання, відсутністю шкідливого впливу на пацієнта, наявністю великої кількості варіантів дослідження, що дозволяє отримати точну анатомічну інформацію про пацієнта та уникнути інвазивних втручань. Отже, аналіз результатів проведених досліджень і співвідношення їх з сучасними стратегіями підтримки кардіоваскулярного здоров'я дозволить оптимізувати наші зусилля щодо планування та організації діагностики, лікувально-профілактичних заходів, програм первинної та вторинної профілактики, спрямованих на зниження тягаря, підвищення якості медичної допомоги та якості життя хворих.

ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ МОЖЛИВИХ СИМПТОМІВ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У СТУДЕНТІВ П'ЯТОГО КУРСУ ОНМедУ

Бушта К. В., Осінцева В. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність: Алергічні захворювання є однією з провідних проблем у системі всесвітньої охорони здоров'я. Розвитку алергічних захворювань

не рідко передують період наявності епізодичної симптоматики, що недооцінюється пацієнтами та лікарями. Однак, як правило, алергічні захворювання мають прогресуючий характер, що можна попередити своєчасною діагностикою та раннім початком лікування.

Мета: Вивчити поширеність можливих симптомів алергічних проявів у студентів п'ятого курсу ОНМедУ.

Матеріали та методи: Методом анонімного анкетування було проведено опитування студентів 5 курсу Одеського національного медичного університету (вибірка випадкова гніздова, репрезентативна за віком та статтю). Опитано 541 студент (171 чоловік (32,14 %) та 361 жінка (67,86 %), 9 осіб не вказали статі), середній вік — 21,82 року, середньоквадратичне відхилення дорівнює 1,313945. Використовувалася розроблена на кафедрі клінічної імунології, генетики та медичної біології ОНМедУ анкета для виявлення ймовірних симптомів алергічних захворювань: свербіж шкіри, висипання на шкірі (алергічні), сухість шкірних покривів та інші.

Результати: Серед досліджуваних 14 симптомів найчастіше зустрічалось епізодичне чхання (33,4 % учасників), рідкі виділення з носа, не пов'язані з застудою (22,74 %), свербіж слизової оболонки носа (18,67 %), сухість шкірних покривів (18),48 %), шкірні висипання (18,11 %), свербіж шкіри (16,45 %), свербіж в очах (15,53 %). Суттєвих відмінностей між міськими та сільськими студентами з наявністю одного ймовірного симптому алергії, не виявлено (64,21 % та 62,86 % відповідно), також як при порівнянні між групами курців та некурців студентів (66,07 % та 63,23 % відповідно)).

Висновки: у більшості студентів п'ятого курсу ОНМедУ виявлено наявність одного з можливих симптомів алергічних проявів; більше трьох симптомів визначається у третини студенток та у майже 20 % студентів; досліджувані симптоми виявляються значно частіше у анкетованих жіночої статі; третина опитаних має обтяжений сімейний алергологічний анамнез.

ОЦІНКА МОРФОЛОГІЧНИХ ТА БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПЕЧІНКИ ЩУРІВ ПЕРШОГО ПОКОЛІННЯ З ІНДУКОВАНИМ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

**Сухіна О. О., Дончу А. М., Заїка А. В.,
Антонян Д. А.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Довготривале надмірне надходження вільних жирних кислот призводить до розвитку ендотеліальної дисфункції печінки, що може сприяти виникненню метаболічного синдрому, цукрового діабету, неалкогольного стеатогепатиту та артеріальної гіпертензії. **Метою** дослідження було вивчення впливу атерогенного раціону на морфо-функціональний стан тканини печінки в експерименті.

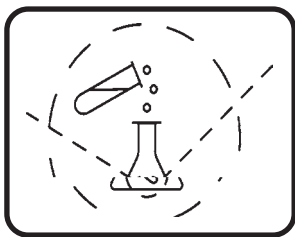
Матеріали та методи. Дослідження проводили на 8 самках щурів лінії Wistar. Інтактну групу

склали 5 тварин співставними за віком та статтю. Були проведені біохімічні тести та гістологічне дослідження тканин печінки з використанням забарвлення за гематоксилін-еозином, за Ван Гізоном, Судан III.

Результати. При патоморфологічному дослідженні тканини печінки за гематоксилін-еозином виявлено: порушення гістоархітекtonіки гепатоцитів, венозне повнокрів'я, білкова дистрофія з ділянками гідропічної, периваскулярна осередкова лімфогістіоцитарна інфільтрація та централобулярний внутришньоклітинний білірубіностаз; при патомо-

рфологічному дослідженні тканин печінки за Ван Гізоном виявлено: початкові склеротичні зміни у портальних трактах; при патоморфологічному дослідженні тканин печінки за Судан III: осередкована мікроезикалярна жирова дистрофія гепатоцитів, жировий гепатоз 0-I ступенів. Біохімічні тести показали підвищення рівню АЛТ і АСТ вище у 1,5 рази в порівнянні з інтактними тваринами.

Висновки. Атерогенний раціон щурів призводить до порушення морфологічної структури тканини печінки та підвищення активності печінкових ензимів.



СЕКЦІЯ ФАРМАКОЛОГІЇ І ФАРМАЦІЇ

Section of Pharmacology and Pharmacy

РОЗРОБКА СКЛАДУ ТА ТЕХНОЛОГІЇ ТОНІКУ ДЛЯ ПОЛЕГШЕННЯ СИМПТОМІВ ПРИ ВАРИКОЗНІЙ ХВОРОБІ

Боєва В. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Варикозне розширення вен — це патологічна деформація вен, яка є наслідком ослаблення судинних стінок і порушень у роботі венозних клапанів. На сьогоднішній день 25 — 30 % населення земної кулі страждають на варикозну хворобу. При цьому жінки хворіють вдвоє більше, ніж чоловіки.

Лікування досить коштовне і потребує тривалого часу. Тому краще актуальним є розробити лікарський засіб на основі природних компонентів. Вони будуть соціально доступні широким верствам населення та матимуть природній вплив на організм.

Мета досліджень — розробити склад та визначити оптимальну технологію приготування тоніку для полегшення симптомів варикозної хвороби. Об'єктом дослідження був обраний екстракт маклюри.

Матеріали та методи. Опрацювавши літературні джерела, пропонуємо лікувально-косметичний тонік, до складу якого входить маклюра (*Maclura rotifera* — покращує властивості і плинність крові та знімає набряки), іглиця понтійська (*ruscus aculeatus* — звужує і зміцнює кровоносні судини, захищає капіляри від ламкості), екстракт шабельнику (*extractum comarum palustre* — має протизапальну та знеболюючу дію).

За допомогою програми PASS ми спрогнозували біологічну активність деяких сполук які входять до складу екстракта маклюри входять флавоноїдні сполуки (ця група речовин за будовою подібна до вітаміну Р).

Отримані результати. Експериментальним шляхом розроблено склад тонізуючого засобу, розроблено технологію його приготування, а також підбрано оптимальне співвідношення компонентів.

Висновки. Отже запропонований нами тонік для зміцнення вен на ногах можна рекомендувати як профілактичний засіб від венозних застоїв, набряків і тяжкості в кінцівках. Тому, що він сприяє покращенню циркуляції стимулює обмін речовин. Крім того завдяки своєму складу має тонізуючий вплив на кінцівки.

ВИВЧЕННЯ АСОРТИМЕНТУ СУЧАСНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ РІЗНИХ ФОРМ АЛОПЕЦІЇ

Кравченко Н. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність теми. Питання розробки нових вітчизняних лікарських засобів (ЛЗ) продовжує бути актуальним. Засоби для лікування алопеції не є винятком, оскільки асортимент рослинних ЛЗ на фармацевтичному ринку України потребує удосконалення та поповнення.

Мета роботи — дослідити асортимент вітчизняних та закордонних лікарських та косметичних засобів для лікування та профілактики різних форм алопеції.

Згідно з Державним реєстром лікарських засобів України, в Україні зареєстровано 8 препаратів для лікування алопеції, з них 1 на рослинній основі (КАПСИОЛ — розчин нашкірний спиртовий, виробник — Фітофарм ПрАТ (Україна, Київ)) та 7 препаратів — на основі міноксидилу (ГЕНЕРОЛОН (2 % та 5 %) виробник — Belupo (Хорватія); МІНОКСИДИЛ ІНТЕЛІ — розчин нашкірний (2 % та 5 %), виробник — Inteli Generics Nord (Литва); ПЛФУД БОСНАЛЕК® спрей нашкірний, розчин 2 % та 5 %, виробник — Bosnali-jek (Республіка Боснія-Герцеговина); МІНОКСИДИЛ порошок (субстанція) в поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування, виробник — ПП «МЕДЕО», Україна). Завершився термін дії реєстраційного посвідчення «Аллотон» (розчин для зовнішнього застосування від ВАТ «Лубнифарм», Україна). Таким чином, для лікування андрогенетичної алопеції представлено 7 препаратів різних виробників на основі однієї діючої речовини (міноксидилу), а для лікування інших видів алопеції — один (КАПСИОЛ).

Сім лікарських препаратів представлені у формі розчинів нашкірних, які наносять на шкіру голови в ділянці облісіння і злегка втирають, з МІНОКСИДИЛУ у формі порошку спочатку утворюючи розчин. Асортимент лікарських косметичних (ЛК) та косметичних засобів (КЗ) представлений ширше. Аналізуючи довідник лікарських засобів «Компендіум», сайти онлайн-аптек («D. S. », «Доброго дня») та сайт Tabletki. ua, було виявлено, що засоби від облісіння представлені у різних фор-

мах: шампуні, бальзами, лосьйони, кондиціонери, концентрати, сироватки, лікувальні ампули, тоніки, олії, крем-маски та комплексні засоби.

Більша частина ЛК та КЗ в аптеках України представлена закордонними виробниками, які мають високі ціни, порівняно з вітчизняними.

Висновки. Проведено системний аналіз наукової інформації з проблеми алопеції, аналіз асортименту та складу сучасних лікувально-косметичних засобів на фармацевтичному ринку України. Вивчено склад, види засобів, які використовують в Україні у зв'язку з проблемою алопеції та намічено продовжити роботу по розробці рецептури та технології рідкого засобу лікувально-профілактичного призначення хворим з вказаної нозології.

РОЗРОБКА ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Максимішин Р. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Захворювання пародонта займає провідне місце в структурі стоматологічної патології та є однією з найбільш актуальних проблем в медичній практиці. Встановлено, що ураження пародонта зумовлені місцевими чинниками, особливо мікроорганізмами й продуктами їх життєдіяльності, травматичною оклюзією, а також травматичною оклюзією і загальною патологією органів й систем. Одним з таких чинників слугує — метаболічний синдром, який за даними ВООЗ отримав назву «неінфекційної епідемії XXI століття» завдяки своїй високій поширеності, яка сягає 20–30 % в популяції дорослого населення, в останні роки привертає пильну увагу лікарів усього світу. У комплексному лікуванні запальних захворювань пародонта поряд з застосуванням антибіотиків, протизапальних засобів широко використовуються рослинні лікарські препарати у формі настоянок, відварів та інших лікарських форм, які володіють широким спектром протитравматичної дії, менш токсичні та їх можливо застосовувати тривало, без ризику отримання побічних явищ.

Мета роботи — розробка нового складу та технології лікувально-профілактичного засобу рослинного походження та обґрунтування доцільності його використання для комплексного застосування захворювань пародонта.

Результати дослідження. Проведено огляд наукової літератури щодо етіології і патогенезу та фармакотерапії метаболічного синдрому, що дозволив визначити особливості стоматологічних запальних процесів та розглянути сучасні напрямки фармакотерапії. На основі аналізу вітчизняного ринку препаратів було встановлено асортимент лікарських препаратів для лікування цих процесів.

Висновки. На підставі проведених досліджень захворювань пародонта на тлі метаболічного синдрому виявлено, що надання лікарської допомо-

ги даним хворим є актуальним, тому будуть продовжені дослідження з створення стоматологічних нових лікарських засобів.

СТВОРЕННЯ НОВОГО ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Марценюк Я. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

На фармацевтичному ринку відбувається постійний науковий пошук, дослідження зі створення нових лікарських засобів захисту ротової порожнини від негативного впливу навколишніх чинників та супутніх захворювань.

Мета роботи: проаналізувати фармацевтичний ринок на наявність лікарських засобів на основі рослинної сировини. Дослідити різноманіття рослинної сировини та їх лікувальний ефект на порожнину рота та шлунково-кишковий тракт. Розробити оптимальне поєднання лікарських рослин, їх екстрактів для найкращого лікувального та захисного ефекту.

Матеріали та методи. Вивчення асортименту препаратів для лікування запальних захворювань пародонта проведено згідно з Державним реєстром лікарських засобів України за допомогою порівняльного методу аналізу. Проведено вивчення наукових статей, що до асортименту лікарської рослинної сировини та її терапевтичного ефекту на порожнину рота.

Результати й обговорення. Згідно з даними Державного реєстру лікарських засобів, 70 % лікарських засобів (ЛЗ) для лікування захворювань ротової порожнини представлені у вигляді розчинів для полоскання до складу яких входять від 2 до 6 рослинних екстрактів. Ця кількість рослинних інгредієнтів є оптимальною та чинить найкращий терапевтичний ефект на слизові оболонки рота. Серед всіх ЛЗ 25 % представлені у вигляді аерозолів, що є стерильні суміші (розчини), зручні у повсякденному використанні.

Найбільш розповсюдженими лікарськими рослинами, що входять до складу стоматологічних лікарських засобів та засобів для щоденного догляду за ротовою порожниною є: ромашка лікарська, нагідки, дуб звичайний, шавлія, арніка, розмарин, евкالیпт, м'ята перцева, шипшина, солодка, деревій. Кожна лікарська рослина чинить терапевтичний ефект на порожнину рота, а поєднання кількох рослинних екстрактів дозволяє ефективно запобігати розвитку не тільки захворювань порожнини рота, а й шлунково-кишкового тракту.

Висновок. Аналіз фармацевтичного ринку України показав, що є доцільним розробка засобу для догляду за ротовою порожниною, до складу якого буде входити декілька рослинних екстрактів з метою підвищення терапевтичного, захисного ефекту на слизові оболонки рота.

**ПРОГНОЗУВАННЯ БІОЛОГІЧНОЇ
АКТИВНОСТІ РЕЧОВИН ТРАВИ РУТКИ
ШЛЕЙХЕРА І КОРЕНІВ ПІВОНІЇ
НЕЗВИЧАЙНОЇ МЕТОДОМ *IN SILICO*
З РОЗРАХУНКОМ ПРОТИСУДОМНОГО
ПОТЕНЦІАЛУ**

Маркова І. Є.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Нервово-психічні захворювання, неврози та неврозоподібні стани — займають лідируюче місце у списку частих захворювань людства. Це визначає актуальність розробки та впровадження на ринок нових лікарських засобів, спрямованих на фармакотерапію та фармакокорекцію зазначених станів. Інтерес до вивчення та впровадження у медичну практику лікарських засобів рослинного походження пояснюється зростаючим потоком фармакологічних препаратів, збільшенням кількості їх побічних ефектів, зростанням хронічної патології, особливо у дитячій та геронтологічній практиці, внаслідок некоректної агресивної фармакотерапії. Об'єктом нашого дослідження слугували, такі рослини як *Fumaria officinalis* (Родина Руткові *Fumariaceae*) та *Paeonia anomala L.* (Родина Півонієві *Paeoniaceae*). Вони становлять значний інтерес, як джерело біологічно активних речовин у зв'язку з їх легкодоступністю і поновлюваністю.

Таблиця 1

**Прогнозування біологічної активності
речовин шляхом віртуального скринінгу
програмою PASS**

БАР	Pa	Pi	Властивості
Півонія Незвичайна			
Пеоніфлорин	0,985	0,003	Протизапальні
	0,931	0,002	Міорелаксантні
	0,858	0,009	Ноотропні
	0,284	0,026	Антиоксидантні
	0,131	0,018	Блокатор гліцинових рецепторів
Рутин	0,923	0,003	Антиоксидантні
	0,321	0,011	Підсилювач нейротрофічного фактора
	0,728	0,013	Протизапальні
Кверцетин	0,302	0,005	Міорелаксантні
Рутка Шлейхера			
Фумарова кислота	0,323	0,107	Протисудомні
	0,680	0,009	Антигіпоксичні
	0,411	0,011	Антиоксидантні
Протопін	0,512	0,033	Протисудомні
	0,543	0,084	Протиішемічні, церебральні
	0,712	0,004	Міорелаксантні
	0,763	0,024	Антиневротичні

Висновки. За допомогою програмного забезпечення PASS виявлено високі індекси протисудомної активності для алкалоїду протопіну, флавоноїду рутину, фумарової кислоти. Фармакотерапія неврологічних станів, дослідження протисудомних властивостей рослинної сировини Рутки Шлейхера та Півонії незвичайної є важливим етапом для отримання нового лікарського засобу для боротьби з епілепсією.

**ОБҐРУНТУВАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ
РОЗРОБКИ ПРОТИСУДОМНОГО ЗАСОБУ
З ЛІКАРСЬКОЇ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ**

Сапрунова В. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність роботи. До найбільш розповсюджених захворювань ЦНС за даними ВООЗ відносять саме епілепсію. Лікування епілепсії відбувається за допомогою декількох методів, основним з яких є застосування протиепілептичних лікарських засобів із характерними для кожного з них механізмами дії. Серед арсеналу лікарських засобів, що використовують для лікування даної неврологічної патології, на ринку України та інших країн представлені препарати саме синтетичного походження. На жаль, на сьогоднішній день доступні протиепілептичні засоби не здатні контролювати перебіг захворювання майже у кожного другого пацієнта; їх застосування супроводжується різноманітними побічними ефектами від мінімальних порушень ЦНС до летального випадку внаслідок порушень роботи печінки або змін картини крові. Одним з перспективних напрямів розробки лікарських засобів для лікування епілепсії є застосування фітотерапевтичних засобів, що й стало завданням нашої роботи. Відомо, що препарати рослинного походження здатні впливати на різні ланки патогенезу, мають сприятливий вплив на роботу ЦНС в цілому, що значно зменшує ризик так званих епілептичних розладів особистості. Аналіз літературних джерел, пошук, розробка нових саме фітотерапевтичних лікарських засобів з широким спектром фармакологічної активності, підбір методів оцінки протисудомної активності є доцільним та виправданим.

Мета роботи — розробка оптимального способу отримання сухого екстракту з лікарської рослинної сировини (материнки трава (виробник ЛРС — ПрАТ «Ліктрави»)). Використання сухого екстракту в формі твердих желатинових капсул покращить спосіб його застосування, вплине на дозування та раціональність використання лікарської рослинної сировини. З метою отримання комплексу БАР — в якості екстрагенту запропоновано використовувати воду очищену; для прискорення масооб'ємних процесів — застосовувати перемішування та відповідний оптимальний температурний режим настоювання.

Висновки. Запропоновано схему отримання сухого екстракту з лікарської рослинної сировини

ни, встановлено основні параметри процесу раціонального вивільнення екстрактивних речовин з лікарської рослинної сировини.

АКТУАЛЬНІСТЬ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Козавчинська Д. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Одне з перших місць серед найпоширеніших захворювань організму займають хвороби ротової порожнини, при цьому у хворих на цукровий діабет практично у 100 % випадків виявляється хронічний генералізований пародонтит різного ступеня тяжкості. Цукровий діабет впливає на швидке прогресування захворювань тканин пародонта, при цьому відзначається більш тяжкий характер захворювання із значним уповільненням регенеративних і репаративних процесів. Велику групу захворювань порожнини рота складають симптоматичний стоматит і пародонтит, які виникають при порушеннях в ендокринній системі і, в першу чергу, при цукровому діабеті. Цукровий діабет другого типу становить 85–90 % від усіх захворювань, пов'язаних з підвищеним вмістом цукру в крові. При цьому метаболічні і судинні порушення носять прогресуючий характер. Цукровий діабет 2 типу є складовою частиною метаболічного синдрому. Цим захворюванням страждають частіше люди після сорока років. Однак в останнє десятиліття відмічається тенденція до збільшення поширеності цукрового діабету в осіб молодше 30 років.

На сьогодні важливою складовою лікувально-профілактичних заходів низки патологічних станів у стоматологічній практиці є лікарські засоби місцевої дії. Численність факторів патогенезу хвороб пародонта зумовлює характер їх лікування — комплексність, а саме біологічноактивні речовини лікарських засобів спроможні чинити комплексну, різноспрямовану дію на ланки патогенезу означених захворювань. Цукровий діабет є серйозною соціально-медичною проблемою у зв'язку з його значною поширеністю, постійно прогресуючим характером метаболічних порушень, раннім розвитком судинних порушень, ураженням слизової оболонки порожнини рота, наявністю кандидозу.

Матеріали та методи дослідження. Матеріалами для дослідження стали друковані та електронні інформаційні джерела щодо розроблення нових лікарських засобів для застосування стоматологічним хворим на діабет, а методами — узагальнення та систематизація даних.

На основі проведеного аналізу наукової літератури з даної проблеми, нами встановлено, що розробка ефективних методів комплексної профілактики та лікування стоматологічних захворювань при цукровому діабеті є актуальним завданням наукової та практичної стоматології.

ВЕСЕЛКА ЗВИЧАЙНА (*PHALLUS IMPUDICUS*) — ПЕРСПЕКТИВНЕ ДЖЕРЕЛО БАР ДЛЯ СТВОРЕННЯ НОВОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ФОРМИ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АКНЕ

Квардакова В. Н.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Лікувальні властивості вищих грибів відомі з давніх часів. У народній медицині їх широко використовували та використовують для лікування багатьох хвороб. Фунготерапія — це лікування різних захворювань лікарськими грибами. Вона є перспективною для лікування різноманітних захворювань. Біологічна активність вищих грибів обумовлена наявністю низки компонентів, серед яких найбільше значення мають: полісахариди, терпеноїди, імуномодуючі протеїни (лектини), а також антибактеріальні, гіпохолестеринемічні, гіполіпідемічні та антитромбічні речовини. Одним із таких грибів є базидіоміцет *Phallus impudicus*, який містить різні амінокислоти, мінеральні та інші БАР.

Мета роботи — створення нової лікувально-профілактичної косметичної форми на основі гриба веселка звичайна (*Phallus impudicus*) для профілактики та лікування акне (вугрової висипки).

Матеріали та методи. Проведено моніторинг наукових інформаційних джерел, систематизацію даних. Вивчено біологічні особливості та ботанічні відомості про гриб веселка звичайна *Phallus impudicus*. Проаналізовано лікувальні властивості цього гриба. Вивчено сучасні наукові відомості щодо застосування фунгопрепаратів у лікувальній косметології.

Результати та обговорення. На основі полісахаридів лікарських грибів створені та продовжують розроблятися різні креми та маски (насамперед — що відновлюють шкіру), лосьйони для покращення якості волосся та багато інших продуктів.

Висновки. Нами встановлено, що гриби, як лікувально-косметичний компонент набирають популярності у цій галузі застосування. Вчені всього світу досліджують корисні властивості грибів, тому виробництво «грибної косметики» зараз актуальна тема для вивчення. Нами проводиться дослідження БАР цього гриба, виявлено можливість застосування препаратів з нього як протизапальний, репаративний, імуностимулюючий засіб для профілактики та лікування акне.

ОГЛЯД ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ УКРАЇНИ

Шпильовий С. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса Україна*

Фармацевтичний ринок стоматологічних засобів для лікування запальних захворювань пародонту динамічний і постійно відбувається реест-

рація нових лікарських засобів, поповнення переліку препаратів Державного реєстру лікарських засобів та оновлення діючих речовин. Нами було проведено дослідження фармацевтичного ринку стоматологічних лікарських засобів. Для порівняння було взято дані за 2018 та за 2021 роки.

Мета роботи: аналіз вітчизняного фармацевтичного ринку лікарських засобів для лікування стоматологічних захворювань з урахуванням усіх форм випуску та виробників.

Матеріали та методи. Вивчення асортименту препаратів для лікування запальних захворювань пародонту проведено згідно з Державним реєстром лікарських засобів України та класифікацією АТС з використанням математико-статистичного, системно-аналітичного та порівняльного методів аналізу.

Результати й обговорення. Згідно з даними Державного реєстру лікарських засобів, станом на 1 січня 2018 року український фармацевтичний ринок був представлений 80 позиціями лікарських засобів, у тому числі лікарська рослинна сировина становила 17 позицій (21,25 %), а лікарські препарати — 63 позиції (78,75 %). На 1 серпня 2021 року на фармацевтичному ринку України було зареєстровано 70 позицій препаратів, що застосовуються в стоматології для лікування запальних захворювань. Співвідношення лікарської рослинної сировини і лікарських препаратів склало: 16 позицій (22,85 %) і 54 позиції (77,15 %), відбувались зміни в АТС кодуванні стоматологічних препаратів, перехід їх в інші групи, наприклад трахісан, був А01А В53, став R02А В52 та інші. Вітчизняний фармацевтичний ринок станом на 2018 рік представлений 17 фірмами-виробниками, а на 2021 рік їх кількість збільшилась до 19, збільшився випуск аналогічних найменувань препаратів з лікарської рослинної сировини. Лідером серед використовуваних у стоматології лікарських форм є спреї, вони займають 16 % ринку, розчини — 14 %, настоянки — 13 %, гелі — 9 % та таблетки — 5 %.

Висновки. Аналіз зареєстрованих стоматологічних протизапальних засобів в Україні показав, що спостерігається дефіцит комбінованих лікарських засобів, що свідчить про доцільність розширення номенклатури комбінованих засобів з метою оптимізації фармакотерапії пацієнтів з стоматологічних захворювань.

РОЗРОБКА СКЛАДУ І ТЕХНОЛОГІЇ НОВОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ФОРМИ ДЛЯ ПОЛЕГШЕННЯ СИМПТОМІВ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ

Ракович О. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Остеохондроз — це хронічне захворювання хребта, що проявляється болями в спині, неврологічними розладами. За даними ВОЗ остеохондроз посідає третє місце за кількістю хворих після серцево-судинних та онкологічних захворювань.

Лікування цього захворювання довготривале, затратне, з використанням хімічних препаратів,

які мають низку побічних реакцій. Тому актуальним є розробка лікарського засобу на природній основі, який буде полегшувати больові симптоми, нормалізувати кровопостачання, знімати спазми. Оскільки препарати на природній основі майже не мають побічних ефектів, вони можуть використовуватись впродовж тривалого часу. А завдяки достатній сировинній базі є соціально доступними широким верствам населення.

Мета дослідження. Розробити склад і технології нової лікарської форми для полегшення симптомів при остеохондрозі. Об'єктом дослідження був обраний продукт бджільництва — прополіс, який відомий в народній медицині не тільки як протимікробний, а й як анестезуючий протизапальний засіб.

Матеріали та методи. Проаналізувавши літературні джерела, пропонуємо мазь у складі якої: прополіс, хондроїтин, глюкозамін, настоянка живокосту. Прополіс має протизапальну, анестезуючу дію. Хондроїтин сповільнює дегенерацію хрящової тканини, прискорює відновленню хрящів. Глюкозамін стимулює синтез колагену, зменшує м'язову втому, зміцнює сполучну тканину. Настоянка живокосту сприяє відновленню хрящової тканини. За допомогою комп'ютерної програми PASS ми спрогнозували біологічну активність деяких сполук, які входять до складу прополісу: кверцетину, рутину, ацетилсаліцилової кислоти.

Методи дослідження: фізичні, хімічні, фармако-технологічні.

Отримані результати. Експериментальним шляхом розроблено склад мазі, а також технологію її приготування.

Висновки. Отже, розроблена нами м'яка лікарська форма може бути запропонована в якості допоміжного засобу для полегшення симптомів при остеохондрозі.

СИНТЕЗ ТА ДЕЯКІ ФІЗИКО-ХІМІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГЕКСАФТОРОСИЛКАТІВ 2-, 3-, 4-АМІНОФЕНІЛОЦТОВИХ КИСЛОТ

Грицюк А. Г.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Проблема лікування та профілактики карієсу є гостро актуальною для систем охорони здоров'я більшості країн світу. В широкому асортименті антикарієсних препаратів лідирують фторидні засоби, причому останніми роками як нові перспективні карієспрофілактичні агенти досліджуються амонієві гексафторосилкати з біологічно активними катіонами.

Мета роботи — синтез та дослідження властивостей гексафторосилкатів 2-, 3-, 4-амінофенілоцтових кислот, катіони яких містять протизапальний фармакофор — залишок оцтової кислоти.

Матеріали та методи. У роботі використовували комерційні 2-, 3-, 4-амінофенілоцтові кислоти (L¹-L³, Sigma Aldrich, 95, 97, 98 %, відповідно), та кремнійфтороводневу кислоту (КФК, 45 %, ч. д. а., Реахім, РФ). Зміст азоту в комплексах визначали

за методом К'ельдаля, кремнію — фотоколориметричним методом шляхом фотометрування жовтого кремнемолібденового комплексу (довжина хвилі 380 нм). Мас-спектри EI реєстрували на приладі MX-1321 (пряме введення зразка в джерело, енергія іонізуючих електронів 70 eV), мас-спектри FAB реєстрували на спектрометрі VG 7070 (VG Analytical) (десорбцію іонів з поверхні рідкої фази здійснювали пучком атомів аргону з енергією 8 keV, як матрицю використовували гліцерин). ІЧ-спектри поглинання реєстрували на спектрофотометрі Spectrum BX II FT-IR System (Perkin-Elmer) (область 4000-350 см⁻¹, зразки — у вигляді таблеток з калію бромідом). Визначення розчинності проводили згідно вимогам ДФУ та ЄФ з використанням наступних розчинників: вода, метанол, етанол 96 %, ДМСО.

Результати. Синтез гексафторосилікатів здійснювали шляхом взаємодії метанольних розчинів амінофенілоцтових кислот з надлишком розчину КФК (мольне співвідношення L : КФК = 1 : 3), вихід солей (L¹⁻³H)₂SiF₆ (I–III відповідно) близький до кількісного. Склад I–III встановлено за даними елементного аналізу. В мас-спектрах I–III виявляються піки іонів [ML¹⁻³]⁺ (m/z = 151) і продуктів їх фрагментації, і також пік іону [SiF₃]⁺ (m/z = 85). В ІЧ-спектрах комплексів I–III реєструються інтенсивні смуги коливань ν(SiF) і δ(SiF₂) аніонів SiF₆²⁻ близько 740-730 см⁻¹ та 480-440 см⁻¹. Коливання ν_{as,s}(N⁺H₃) і δ(N⁺H₃) амонієвих катіонів виявляються при 3300-3100 см⁻¹ та 1630-1610 см⁻¹, коливання метиленових груп ν_{as}(CH₂), ν_s(CH₂) і δ_s(CH₂) — близько 2930, 2850 і 1460 см⁻¹. Встановлена розчинність сполук L¹⁻³ і I–III у воді та органічних розчинниках. Розчинність солей I–III виявляється нижчою порівняно з аналогічними показниками для споріднених солей піридинію, що може бути пояснено відмінностями у стабілізуючих ефектах N-зв'язків. У найближчій перспективі плануються дослідження біологічної активності комплексів I–III як потенційних карієспрофілактичних агентів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ІЧ-СПЕКТРОСКОПІЇ У ДОСЛІДЖЕННІ ІННОВАЦІЙНИХ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН

Гайналії Д. М.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Дослідженням фармакології комплексних германій вмісних сполук, які синтезуються в ОНУ ім. І. І. Мечникова, займається вітчизняна наукова школа фармакологів у Одеському національному медичному університеті. Найбільший спектр біологічної активності та найменшу токсичність виявляють координаційні сполуки германію з біолігандами.

Перспективність комплексних сполук обумовила велику палітру методів у розвитку координаційної хімії германію. Розглянемо ефективність ІЧ-спектроскопії у вивченні впливу середовища та реакційної суміші на комплексоутворення германію на прикладі гетерометалевих комплексів із ксила-

ровою кислотою, яка відноситься до тригідроксидикарбонових кислот. Порівняльний аналіз ІЧ-спектрів ксиларатогерманатів натрію та калію, демонструє, що фрагменти ксиларової кислоти, які увійшли до складу M₄[Ge₂(m-Xyl)₂(OH)₂]_nH₂O (M = K, n=4; Na, n=5), не містять вільних груп COOH, на що вказує відсутність полоси ν(C=O), яка була в ІЧ-спектрі вихідної речовини (1732 см⁻¹). Проте, з'являються по дві нові полоси в області асиметричних ν_{as}(C-O) (1677, 1604 і 1670, 1600 см⁻¹ для натрієвого та калієвого комплексу відповідно) і симетричних ν_s(C-O) (1398, 1353 і 1395, 1346 см⁻¹) валентних коливань, що характерні для COO-груп, зв'язаних с германієм та лужним металом.

Про утворення зв'язку германію з лігандом можна судити по появі в ІЧ-спектрах комплексів полоси валентних коливань Ge-O при ~715 см⁻¹. Знайдена полоса, відповідальна за коливання зв'язку Ge-O-H (~830 см⁻¹), що свідчить про гідролізовану форму германію. Порівняння спектрів комплексів та вихідної кислоти демонструє відсутність полоси в області 3500-3650 см⁻¹, яка характерна для валентних коливань вільної OH-груп, і появу нових полос ν(C-O) ~1070 см⁻¹, характерних для алкоголятів.

СИНТЕЗ, ІДЕНТИФІКАЦІЯ ТА ВСТАНОВЛЕННЯ БІОЛОГІЧНОЇ АКТИВНОСТІ 3-КАРБОКСИЕТИЛПІРИДИНІЮ ГЕКСАФТОРОСИЛІКАТУ ЯК ПОТЕНЦІЙНОГО АНТИКАРІЄСНОГО АГЕНТА

Сіваш В. С.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Карієс зубів — дуже поширене захворювання, що супроводжується демінералізацією і протеолізом під дією ендо-і екзогенних факторів. Згідно статистичних даних більше 95 % людей страждають від цієї проблеми в тому чи іншому ступені. Похідні піридину володіють широким спектром біологічної активності. Продуктами взаємодії піридинів з гексафторосилікатною кислотою є амонієві гексафторосилікати, для яких в експерименті встановлено високу антикарієсну активність. В роботі проведено синтез та ідентифікацію 3-карбоксіетилпіридинію гексафторосилікату (3-КЕПГФС) методами рентгеноструктурового аналізу (РСА), ІЧ-спектроскопії, ЯМР ¹H, ¹⁹F-спектроскопії; також було встановлено біологічну активність як потенційного антикарієсного агента.

В ході роботи було здійснено синтез 3-КЕПГФС з комерційно доступної сировини — 3 — піридинпропіонової та гексафторосилікатної кислот (розчинник — метанол).

Далі проводили ідентифікацію 3-КЕПГФС методами РСА, ІЧ-, ЯМР ¹H, ¹⁹F-спектроскопії.

Визначення карієспрофілактичної ефективності (КПЕ) синтезованої сполуки та сполук порівняння було проведено з використанням семи груп щурів лінії Вістар віком 1,5 місяці (на початок ек-

перименту), вагою 67-70 грам. Реєстрували кількість та глибину каріозних уражень, а також біохімічні показники сироватки крові і пульпи зубів. У якості сполук порівняння використано натрію фторид і амонію гексафторосилікат (АГФС), також була група плацебо.

Згідно отриманих результатів для 3-КЕПГФС значення КПЕ (51. 2 %) вище, ніж у сполук порівняння — натрію фторид і АГФС (29. 3 % та 31,7 % відповідно), КПЕ 3-КЕПГФС перевищує аналогічний показник для натрію фториду в 1,75 рази; для 3-КЕПГФС супроводжується поліпшенням біохімічних показників пульпи зубів, мінералізуючого індекса, а також відсутністю помітних гепатотоксичних ефектів.

Досліджувана сполука 3-КЕПГФС має високий потенціал для застосування в якості антикарієсного агента.

СЕЗОННИЙ ПЕЙЗАЖ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА ІНДИВІДУАЛІЗОВАНИЙ ПІДХІД ВИБОРУ ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ

Давидова Д. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Стрімке зростання алергічних захворювань спостерігається як в усьому світі, набуваючи вигляду неінфекційної епідемії, так і безпосередньо в Україні і в південних регіонах. Близько 15 % населення хворіє на полінози — група алергічних захворювань, що викликаються пилом рослин і характеризуються гострими запальними змінами в слизових оболонках, головним чином дихальних шляхів і очей. Одеська область не є виключенням; а за деякими даними близько 35 % жителів регіону мають алергічну патологію. Актуальність визначеної проблеми не має сумніву.

В Одеській області виділяють три періоди сезонної алергії. Перші ознаки алергії починаються з середини квітня по травень, період коли починається цвітіння дерев (береза, вільха, тополя), чагарників, кульбаби та інших трав. Друга хвиля сезонних алергій починається з середини травня до середини липня, пов'язана з цвітінням злаків, лугових трав, в особливості тимофіївки, пирія. Третя хвиля зазвичай починається наприкінці літа і продовжується до середини вересня, вона виражає більш активні та тривалі симптоми і пов'язана із повітряним контактом з частками кукурудзи, соняшнику та бур'янів (амброзія, полин, лобода, кропива).

Серед методів корекції симптомів сезонної алергії використовуються декілька підходів: в нашій роботі ми зосередились на раціональній фармакотерапії та профілактиці. Аналіз потреб і реалізації антигістамінних засобів для лікування ознак алергії, на прикладі однієї з провідних аптечних мереж міста, показав переважну затребуваність лоратадину, супрастину, цетрину, кларитину, еріусу; для профілактики — кетотифену. І ця тенденція спостерігається повсюдно (доступність, користь переважають за ризик).

МІКРОБІОЛОГІЧНА КАРТИНА МАТЕРІАЛУ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ТА ВИБІР ЕТІОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

Шкурпат Є. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Інфекційно-запальні захворювання респіраторного тракту у дітей займають провідне місце серед усіх нозоформ в педіатрії (майже 75 %). Це пов'язане з анатомо-функціональними особливостями дихальних шляхів, спілкуванням дітей в дитячих садках, школах. Пошук оптимальної протимікробної терапії як і раніше є актуальним. Правильний вибір лікарських засобів, перш за все, визначається знанням мікробного спектру можливих збудників.

Чисельні літературні дані, дослідження, які проведені та проаналізовані в нашій роботі, дозволяють зробити висновок про переважну етіологічну значущість грампозитивних стрепто — та стафілококів (приблизно 60 %). В якості біологічного матеріалу використовувались бактеріальний посів з носа, мокротиння, бактеріальний посів із зіву — у хворих із середнім ступенем перебігу; посів мокротиння та змісту ендотрахеальної трубки хворих відділення реанімації. Слід зазначити, що у останніх хворих визначались рідкісні мікроорганізми: *Stenotrophomonas maltophilia*, *Ochrobactrum anthropi* — аеробні грамнегативні бактерії та бацили в комбінації з *Enterococcus faecalis* і *Staphylococcus aureus* — відомими своєю тропністю до респіраторного тракту і агресивністю в якості етіології інфекційних захворювань. Стартова етіотропна терапія є емпіричною, в подальшому — ступеневою, із застосуванням антибіотиків широкого оптимального спектру (комбіновані пеніциліни, цефалоспорино III–IV поколінь, аміноглікозиди II–III поколінь, оксазолідони, карбапенеми). Переважними шляхами введення засобів у відділенні є — внутрішньовенний, з переходом на пероральний — в амбулаторних умовах. Відповідно контроль ефективності призначеного лікування відбувається за допомогою мікробіологічних досліджень.

ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ АНТИАНГІНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ НА КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ

Руденко В. Р.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вплив лікарських засобів на клініко-лабораторні тести є важливою теоретичною і практичною проблемою, яка набуває все більшого значення з різних позицій: велика кількість препаратів рецептурного і безрецептурного пропису, які виявляють різнобічну дію на організм хворого, шляхи впливу ліків на лабораторні показники недостатньо відомі медичним і фармацевтичним працівникам, зміни можуть нести як позитивний, так і негативний характер. Актуальність вивчення зазна-

чених питань серед провізорів визначається також тим, що останні регламентуючі акти галузі охорони здоров'я передбачають створення в лікувальних закладах фармакотерапевтичних комісій, до складу яких повинен входити клінічний провізор, який приймає участь в створенні локальних формулярів; логістичній діяльності із закупівлі, надходження, контролю якості лікарських засобів; оцінці, разом з лікарем, ефективності та безпеки застосування ліків у конкретного хворого саме з використанням аналізу змін клінічних і лабораторних тестів.

В нашій роботі ми звернулись до одного з найнебезпечнішого, широко розповсюдженого захворювання, на жаль, у працездатних осіб чоловічої статі — ішемічної хвороби серця. Комбінована терапія включає призначення бета-адреноблокаторів з дигідропіридиноними антагоністами кальцію, нітратами, антитромботичних і гіпохолестеринемічних препаратів. В якості можливої заміни нітратів застосовуються сидноніміни; бета-блокаторів — інгібітори If каналів синусового вузла. При цьому необхідний постійний контроль артеріального тиску, ЧСС, рівня глюкози, холестерину, параметрів гемокоагуляції, печінкових проб, рівня креатинину, сечовини. Фармакологічна інтерференція дозволяє своєчасно корегувати хід фармакотерапії, за рахунок корекції дози призначених засобів, відміни їх або заміни на споріднену за фармакологічним ефектом групу.

ТРОМБОЕЛАСТОГРАФІЯ: СУЧАСНІ ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ТА КОРЕКЦІЯ СТАНУ ГЕМОСТАЗУ

Федоров В. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Широке коло лікарських спеціальностей в своїй повсякденній клінічній практиці стискається з проблемами згортання крові. Патогенез порушень гемостазу має значення в патології серцево-судинної системи, розвитку онкологічних і аутоімунних захворювань. На сьогодні чітко доказано підвищення ризику тромботичних ускладнень при коронавірусній інфекції. Існує багато антитромботичних лікарських засобів (тромболітики, прямі та непрямі антикоагулянти, антиагреганти) для вирішення цих питань. Все це визначило мету роботи — місце апаратного методу для діагностики порушень гемостазу і контролю ефективності корегуючої терапії.

Тромбоеластографія — метод, який надає можливість найбільш повної інтегральної одночасної оцінки системи згортання та протизгортання крові, підбору правильної лікувальної тактики і своєчасного реагування на виникнення будь-яких критичних станів. Перш за все, в нашій роботі було проаналізовано місце методу при проблемах жіночого здоров'я. Організм жінки більш схильний до тромбоутворення (генетичні фактори, анатомія тазу, функціональна анатомія вен нижніх кінцівок і вен малого тазу, переповнення венозного руслу під час менструації), жіночі статеві гормо-

ни (естрогени) значно збільшують активність системи згортання і тромбогенність судинної стінки; при стимуляції овуляції при естракорпоральному заплідненні високий рівень естрогенів збільшує ризик мікротромбозів і знижує успіх імплантації; призначення комбінованих гормональних контрацептивів в якості лікувальних і профілактичних засобів збільшує ризик венозних тромбозів. Тому, тромбоеластографія займає провідну позицію серед методів оцінки фібринолізу, тромбоцитарної і плазмової складових системи згортання крові та дозволяє в режимі реального часу реагувати на ці зміни та пропонувати відповідну лікарську корекцію.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ТЕРМОГРАВІМЕТРІЙ У ВИВЧЕННІ ІННОВАЦІЙНИХ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН НА ОСНОВІ КОМПЛЕКСІВ ГЕРМАНІЮ

Савенко П. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Наукова школа координаційної хімії германію ОНУ ім. І. І. Мечникова займається синтезом комплексів германію, біологічна активність яких представляє значний інтерес і вивчається вітчизняною школою в ОНМедУ. В ряді неорганічних, органічних та координаційних сполук, комплекси виявляють найширший спектр біологічної активності при низькій токсичності та депонуванні в організмі.

Реалізація задачі отримання нових сполук і пошук сфери їх застосування представляється менш цікавою, ніж синтез, якому передують моделювання молекули із певними корисними характеристиками. Достатні знання про комплексоутворення германію для досягнення такої мети дає використання у дослідженнях фізико-хімічних методів аналізу, а саме термогравіметрії, ефективність якої демонструємо на прикладі утворення гетерометалевих комплексів із ксиларовою (тригідроксидикарбоною) кислотою.

Термічне розкладання $M_4[Ge_2(m-Xyl)_2(OH)_2] \cdot nH_2O$ ($M = K, n=4; Na, n=5$) починається з ендотермічного ефекту — видалення молекул кристалізаційної води. В широкому інтервалі температур до $370^\circ C$ (сполука з натрієм) і $340^\circ C$ (зразок з калієм) термостабільність. За більш високої температури відбувається деструкція та горіння комплексів. Кінцевими продуктами терморозпаду з урахуванням маси, розрахованої по термогравіметричній кривій, і рентгенофазового аналізу залишків при $800^\circ C$ є K_2GeO_3 та Na_2GeO_3 відповідно.

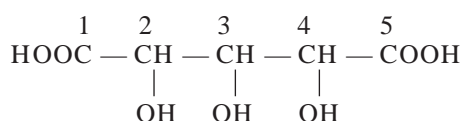
Однаковий характер процесів, що супроводжують термічне розкладання, свідчить про однотипну будову комплексів. Деякі відмінності в термічній стійкості вказують на особливості кристалічної решітки супрамолекулярних ансамблів. Структура останніх змінюється в залежності від природи ліганду, його схильності до протонування та утворення системи водневих зв'язків.

ВПЛИВ ОПТИЧНОЇ ІЗОМЕРІЇ ЛІГАНДІВ НА УТВОРЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ МОЛЕКУЛЯРНИХ АНСАМБЛЕЙ

Рашаді Хамза

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

У молекулі біоліганду тригідроксоглутарової кислоти атоми C₂ та C₄ структурно однакові та є асиметричними центрами. Отже, існує можливість існування мезо-форми. У разі однакової конфігурації при C₂ і C₄ атом C₃ не є асиметричним центром, тому можливі два (а не чотири) оптичних ізомери — R,R і S,S, які будуть енантіомерами. Але при протилежній конфігурації при C₂ і C₄ заміна заступників Н і ВІН при C₃ призводить до двох різних просторово несумісних і оптично неактивних мезо-форм.



Мезо-форми є діастереомерами (а не енантіомерами, оскільки відрізняються конфігурацією тільки одного асиметричного центру при C₃) і мають не тільки різні фізичні константи, але й по-різному поведуться в хімічному сенсі. Атом вуглецю C₃ в енантіомерах R,R і S,S ахіральний, а в мезо-формах S,R (R,S) він вносить елемент хіральності, але не є повноцінним асиметричним центром, оскільки не призводить до появи оптичної активності в мезо-формах А та Б (псевдоасиметричний центр). Стереохімія координаційних сполук, що включають різні стереоізомерні форми тригідроксоглутарової кислоти, значною мірою визначається просторовою будовою ліганду. Так, наприклад, з насичених водних розчинів тригідроксоглутаратогерманатних кислот (Ge:ліганд = 1:1 і 1:2) взаємодією з солями d-металів отримували димерні хелати, при цьому вихід продуктів від теоретично можливого в середньому становив — 25 %, в окремих випадках — 75 %. Зміщення рівноваги за допомогою видалення з реакційного середовища продуктів говорить на користь того, що в утворенні власне координаційної кислоти бере участь лише частина оптичних ізомерів ліганду.

КЛИНИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДІВ АНЕСТЕЗІЇ В ОПЕРАТИВНІЙ ТРАВМАТОЛОГІЇ

Боухаджеб Ель Мехді

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Механічні пошкодження кінцівок, ребер, кісток тазу, широке розповсюдження методів протезування займають провідне місце професійної діяльності в ортопедії і травматології, вимагають, перш

за все, своєчасного оперативного лікування. Вибір хірургічної тактики, перед-, пері- та постопераційна профілактика вторинної інфекції, відповідна лікарська компенсація об'єму циркулюючої крові і кислотно-лужної рівноваги в комбінації з оксигенотерапією й адекватним знеболенням, дозволяють уникнути госпітальних ускладнень і в короткі терміни добитися ефективної реабілітації. Аналізу сучасних методів і засобів боротьби з болем присвячена дана робота.

Перш за все, необхідно відзначити, що аналізу піддавалися клінічні випадки оперативного втручання на кінцівках, для виконання яких використовувалися методи регіонального знеболення: інфільтраційна і провідникова анестезія, спінальна й епідуральна нейраксиальна анестезія. Слід зазначити, що використовувалися як відомі, ефективні, доступні розчини місцевих анестетиків (новокаїн, лідокаїн), так і новіші засоби (маркаїн, хірокаїн, нарокаїн), відмінні тривалістю дії. Перші два безпечних, але технічно складних методи виконувалися лікарем-травматологом, перед яким стоїть завдання хорошого знання функціональної анатомії нервів і зон іннервації, уміння знайти і не втратити нерв під час маніпуляції. Нейраксиальні методи виконуються анестезіологом з повним анестезіологічним забезпеченням. Це ефективніші й результативніші способи, тривалі, що забезпечують багатогодинне інтра- й післяопераційне знеболення. Методи регіональної анестезії також краще переносяться хворими з супутньою патологією дихальної і серцево-судинної систем, менше ризик крововтрат і тромбоемболій.

2D-QSAR МОДЕЛЮВАННЯ ПРОНИКНОЇ ЗДАТНОСТІ ОРГАНІЧНИХ СПОЛУК ЧЕРЕЗ ГЕМАТОЕНЦЕФАЛІЧНИЙ БАР'ЄР З ВИКОРИСТАННЯМ МОДЕЛЕЙ РАМРА

Дробініна М. Б.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Мета: побудова 2D-QSAR моделей з використанням симплексного походу для проникності органічних речовин через гематоенцефалічний бар'єр з використанням системи РАМРА.

Матеріали та методи. Для дослідження проникності речовин через гематоенцефалічний бар'єр (гематоенцефалічний бар'єр (blood-brain barrier BBB)) застосовується ряд методів. Класичним є проведення дослідів живих організмах (*in vivo*). Експерименти на клітинних культурах (*in vitro*), і навіть комп'ютерне моделювання (*in silico*). Застосування теоретичних методів (QSAR/QSPR) для оцінки величин, що характеризують проникність досліджуваних речовин через гематоенцефалічний бар'єр, є актуальним завданням.

На перших етапах розробки ліків, коли доводиться проводити скринінг великої кількості речовин, можна прискорити роботу, використовуючи модель РАМРА (parallel artificial membrane

permeability assay), засновану на застосуванні штучно сконструйованих клітинних мембран. Об'єктом дослідження стала вибірка з 104 різних лікарських речовин з пасивною проникністю, отриманої за допомогою методу RAMPA.

Для розрахунку структурних дескрипторів використали симплексне представлення молекулярної структури (СПМС) та комплекс програм TheorChem, розроблених у відділі хемоінформатики ФХІ НАНУ ім. Багатського. При побудові моделей використали оригінальний алгоритм роботи Breiman метод Random Forest (випадкового лісу).

Результати. У наслідок експерименту були отримані моделі з високими статистичними характеристиками: $R^2 = 0,97$, RMSE = 0,34, а для "out-of-bag" вибірки коефіцієнт детермінації вибірки $R^2_{\text{ооб}} = 0,67$, RMSE = 0,94.

Висновки. В результаті використання симплексного підходу для 2D моделей молекул та використання методу RF отримано адекватну QSAR модель для показника $\log P_0^{\text{RAMPA-BBB}}$, що характеризує проникнення речовин через гематоенцефалічний бар'єр.

КУЛЬТУРА ТКАНИН ТА ОРГАНІВ ЯК ДЖЕРЕЛО БАР

Курінна А. М.

Донецький національний медичний університет,
Лиман, Україна

Незважаючи на стрімкий розвиток синтезу лікарських сполук, лікарські препарати рослинного походження залишаються популярними серед населення, досягаючи 40–60 % існуючих препаратів. Однак використання дикорослих рослин має ряд проблем: скорочення промислово цінних популяцій рослин, забруднення природних територій тощо. Перешкодою можуть стати і політичні чинники, так деякі країни-експортери цінної сировини накладають ембарго на експорт сировини або значно підвищують її вартість. Одним зі шляхів вирішення цієї проблеми є використання культури тканин (КТ) та окремих клітин цінних видів лікарських рослин.

Метою роботи було виявлення переваг та недоліків культивування тканин лікарських рослин для отримання високоякісної рослинної сировини (у порівнянні з традиційними методами). Проаналізувати сучасний стан розробки технології отримання ЛРС *in vitro* в Україні і світі за літературними даними.

Основними перевагами методу КТ є вирощування у спеціалізованих господарствах, експорт ЛРС не потрібен, можна отримати високопродуктивну сировину в скорочені терміни. Останнє особливо актуально при використанні в якості лікарської рослинної сировини підземних органів багаторічних рослин. Недоліками методу є: висока вартість, необхідність висококваліфікованих спеціалістів і складного обладнання. Тому даний метод слід застосовувати для зникаючих та занесених у Червону книгу рослин, цінної експортної сировини.

На сьогодні в Україні розроблено технологію культури тканин для таких цінних лікарських рослин як експортовані раувольфія зміїна, пасифлора інкарнатна та женьшень, червонокнижні косаріки черепитчасті та тис, підземні органи папороті чоловічої (у природних умовах періодичність заготівель 1 раз на 20–25 років), ехінацеї пурпурової тощо.

Використання методу КТ дозволяє регулювати процес накопичення калусної біомаси, оптимізувати умови вирощування для збільшення кількості цільового продукту, а також стандартизувати склад як лікарської сировини, так і готових фітопрепаратів, але потребує подальшого дослідження з метою здешевлення технології.

ФАРМАКОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕКСТРАКТІВ З РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ РОСЛИН РОДУ *TAGETES* МЕТОДАМИ *IN SILICO*

Ковтун Ю. Є.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Актуальність. Рід Чорнобривці (*lam. Tagetes*) входить до складу однієї з найбільших родин — складноцвіті — *Compositae (Asteraceae)*, та нараховує майже 56 видів рослин, які поширені по всьому світу та зазвичай культивуються як декоративні рослини. Проте останніми роками все більше і більше уваги приділяється вивченню представників даного роду в якості цінної лікарської сировини з подальшим використанням у медицині та фармації.

Комп'ютерні технології вже давно увійшли в наше життя, а з початком пандемії COVID-19 їх роль лише посилилась, як у повсякденному житті, так і в освіті та науці, в тому числі медицині. Комп'ютерне моделювання значно полегшує проведення експерименту, дозволяє отримати більш прогнозований результат, скоротити час пошуку та зменшити кількість експериментальних досліджень як на тваринах, так і на людях. Ці методи об'єднують під терміном «*in silico*». Інформація отримана методами «*in silico*» дає змогу теоретично спрогнозувати різноманітні властивості нових сполук та спрощує пошук нових видів активності відомих біологічно активних речовин (БАР). Такі методи дозволяють більш раціонально використовувати трудові, матеріальні та біологічні ресурси.

Мета роботи: виявлення потенціальної фармакологічної активності найпоширеніших БАР рослин роду *Tagetes* методами *in silico*.

Результати дослідження. Прогнозування в системі *PASS (Prediction of Activity Spectra for Substances)* базується на взаємозв'язку «молекулярна будова — фармакологічна активність». Спектр біологічної активності органічної сполуки, спрогнозований з використанням *PASS*, включає в себе фармакологічні ефекти, молекулярні механізми дії, специфічну токсичність і побічну дію, метаболізм, а також вплив на небажані мішені, молекулярний транспорт, генну експресію. Результат прогнозу біологічної активності представляється

в PASS у вигляді ймовірностей P_a «бути активним» («*to be active*») та P_i «бути неактивним» («*to be inactive*»). Ймовірність P_a в свою чергу оцінюється в діапазоні від 0 до 1.

З літературних джерел було встановлено, що найбільш поширеними БАР фенольної природи в сировині чорнобривців прямостоячих та розлогих лютеїн, зеаксантин, патулетин, патулетрин, кверцететин, а в складі ефірних олій переважали — піперитон, в-оцимен та тагетон. Ступінь вірогідності прояву тієї чи іншої активності оцінювали за величиною розрахункового значення оцінки ймовірності наявності (P_a). При цьому вважали ймовірність прояву високою, якщо $P_a > 0,75$ та акцентували увагу на перші 15 активностей.

За результатами прогнозування PASS Online було встановлено широкий спектр біологічної активності досліджених сполук фенольної природи та компонентів ефірної олії. До основних фармакологічних властивостей можна віднести протиапоптичну, антинеопластичною, антиоксидантну, гемостатичну, кардіо — та вазопротекторну активності.

Висновок. Отримані результати дослідження показують перспективу подальших досліджень екстрактів з квіткових кошиків чорнобривців прямостоячих та розлогих з метою створення нових лікарських засобів.

ВИВЧЕННЯ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ЛІКАРСЬКОГО ЗБОРУ УРОСЕПТИЧНОЇ ДІЇ

Стоянова І. І.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Актуальність. Цистит є одним з найпоширеніших запальних захворювань сечовидільної системи, особливо серед жінок. Так, поширеність гострого циститу в Україні становить 506,3 хворих на 100 тис. населення, хронічного циститу — 135 на 100 тис. «Золотим стандартом» лікування як гострого, так і хронічного циститу, є антибіотикотерапія. Проте призначення антибіотиків досить часто призводить до розвитку побічних реакцій, серед яких дисбіоз кишківника, алергічні, токсичні реакції, розвиток антибіотикорезистентності, через що велике значення при лікуванні інфекцій сечовидільних шляхів має використання фітотерапії. Тому актуальним є створення фітозборів, які можуть впливати на ланки патогенезу циститу.

Мета роботи: вивчення протизапальної активності фітозбору уросептичної дії.

Матеріали і методи: Досліди проводили на 15 білих щурах, масою 170-210г. Експериментальні тварини були розподілені на 3 груп: 1 група — контрольна (лікування не проводилось); 2 група — тварини, які отримували лікування даним збором; 3 група — тварини, які отримували диклофенак натрію. Дослідження з вивчення протизапальних властивостей проводились з використанням моделі гострого асептичного запалення (карагенінова модель), Випробуваний рідкий екстракт вводили перорально в стравохід за допомогою градуйова-

ного зонду у вигляді водного розчину у дозі 100 мг/кг. Препарат порівняння — диклофенак-натрію вводили внутрішньоочеревинно за 30 хв до індукції больової реакції. Контрольна група тварин отримувала еквівалентну кількість фізіологічного розчину. Про розвиток набряку судили за збільшенням об'єму лапи у динаміці через 1, 2, 3, 4 годин. Протизапальну активність визначали за здатністю досліджуваного збору пригнічувати запалення у дослідних тварин в порівнянні з контрольною групою. Протизапальну активність препаратів виражали у %.

Результати дослідження. Динаміка запального процесу показала, що в групі тварин, що отримували рідкий екстракт досліджуваного збору зміни об'єму ураженої кінцівки щурів відносно до контрольної групи контролю припадали на 3 та 4 годину менш виражену в порівнянні з диклофенаком натрію.

Висновок: Отриманий показник протизапальної активності є достатнім для прояву терапевтичної дії, що вказує на пригнічення вивільнення простагландинів під впливом екстрактів досліджуваного збору у складі якого: трава золототисячника звичайного, корені любистку лікарського, плоди моркви дикої, плоди журавлини звичайної та плоди ялівцю звичайного.

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ (Mg, Co) БІС (ЦИТРАТО) ГЕРМАНАТІВ НА МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПЕЧІНКИ

Матюшкіна М. В.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Синтезовано біологічно активні речовини (БАР) — координаційні сполуки на основі германію — магній біс (цитрато) германат (гермацит) та кобальт біс (цитрато) германат (геркоцит). Вивчена їх підгостра та субхронічна токсичність. Сполуки щурам вводили внутрішньоочеревинно протягом 28 діб та трьох місяців дозами 1/40, 1/110 та 1/135 LD₅₀, контрольній групі вводили 0,9 % розчин хлориду натрію (ЗАТ «Дарниця», Україна). Після завершення експерименту проводили морфологічні дослідження печінки. Гістологічні зрізи фарбували гематоксилином і еозином за Ван Гізоном; у печінці додатково визначалися PAS-позитивні речовини за допомогою ШИК-реакції за Шабадашем. Мікроскопія матеріалу виконувалася залежно від методики при різних збільшеннях (x100-x200) на світловому мікроскопі Olimpus C41 (Японія).

Після введення гермациту дозою 1/40 LD₅₀ протягом 3-х місяців в тканині печінки відмічалось помірно та нерівномірно виражене повнокров'я в центральних відділах печінкових часточок. В окремих гепатоцитах цитоплазма була заповнена дрібними вакуолями, ядро зміщене на периферію клітини. Інтенсивність гістохімічної реакції на PAS-позитивні речовини була дифузно знижена. Введення геркоциту дозою 1/40 LD₅₀ протягом 3 міс показало, що будова печінкових часточок збережена. Венозне повнокров'я виражено нерівномір-

но. У гепатоцитах центральних і периферичних відділів часточки осередкова вакуольна, а в окремих клітинах — балонна дистрофія. На тлі зниження інтенсивності гістохімічної реакції на PAS-позитивні речовини осередки відсутності глибоких PAS-позитивних речовин в гепатоцитах. Введення дозою 1/110 LD₅₀ супроводжувалося незначними морфологічними змінами, а при використанні 1/135 LD₅₀ печінка дослідних груп щурів не відрізнялася від таких у контролі. Отримані свідчать про низьку токсичність (Mg, Co) біс(цитрато)германатів, вони є перспективними для подальшого вивчення та встановлення фармакологічних властивостей.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИДЕПРЕСИВНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ТАРТРАТОГЕРМАНАТІВ МАГНІЮ ТА ЛІТІЮ

Кирилюк А. О.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Вивчено антидепресивні властивості нових біологічно активних сполук (БАР) — тартратогерманату магнію та літію. Одній групі щурів внутрішньоочередово (в/о) вводили тартратогерманат магнію (ТГМ), другій — тратогерманат літію (ТГЛ) дозами 1/80 та 1/135 LD₅₀ (мг/кг) за 30 хв до початку спостереження, контрольній групі вводили однакові обсяги фізіологічного розчину (ЗАТ «Дарниця», Україна). Як експериментальну модель використовували тест Porsolt («примусового плавання»). Оцінювали час, коли тварина від активних спроб знайти вихід з неприємного становища (занурення в воду і неможливості покинути установку), переходила до нерухомості, «зависання», яке дослідники асоціюють з поведінкою відчаю або так званим «станом втрати твариною надії — безвихідь». Також оцінювали спроби активного опору впливу неприємних факторів, які реєструється за кількістю стрибків і тривалістю активного плавання. Зменшення тривалості іммобілізації щурів, збільшення кількості стрибків та сумарного часу активного плавання свідчить на користь антидепресивної дії. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програми «BioStat-2008 v 5. 01».

Дозою 1/135 LD₅₀ ТГМ зменшував тривалість іммобілізації щурів (тобто період депресії та бездіяльності) в 3,9 рази, кількість стрибків (тобто спроб активного опору) в 3,1 рази та збільшував сумарний час активного плавання в 1,5 рази. Дозою 1/80 LD₅₀ виявляв зворотній ефект. ТГЛ дозою 1/135 LD₅₀ не впливав на показники, а 1/80 LD₅₀ виявляв зворотній ефект — збільшував тривалість іммобілізації в 1,2 рази, зменшував кількість стрибків у 3,7 рази та час активного плавання у 2 рази, тобто чинив продепресивну дію.

Таким чином, тетрагерманат магнію дозою 1/135 LD₅₀ виявляв антидепресивну дію, а 1/80 LD₅₀ — продепресивну. Тетрагерманат літію дозою 1/135 LD₅₀ не впливав на показники, а дозою 1/80 LD₅₀ призводив до посилення депресії.

ФІТОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКОЇ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ РОДУ ЖУРАВЦЯ (*GERANIUM L.*)

Кателіна Є. Г.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Однією з багаточисленних завдань сучасної фармації, безумовно є пошук рослинних джерел біологічно активних речовин (БАР) для створення на їх основі засобів різноманітної фармакологічної дії. Багатовікове дослідження лікарських рослин свідчить про їх різносторонній лікувальний вплив на організм людини та доволі низьку токсичність в порівнянні з синтетичними лікарськими засобами.

Сучасні науковці, для пошуку нових БАР, перевагу здебільшого надають рослинам які підтверджували свою ефективність в народній медицині. До таких рослин можна віднести представники роду герань або журавець — *Geranium L.*

Рослини родини Журавець входять до фармакопей різних країн світу, а саме Британської (трава та корені журавця п'ятнистого — *G. maculatum L.*), Китайської (трава журавця Уілфорда — *G. wilfordii Maxim*) та Японської (трава журавця Тунберга — *G. thunbergii Siebold et Zucc*). В медичній практиці цих країн їх використовуються в якості в'язучих, антимікробних, протизапальних та гемостатичних.

В Україні, сировину роду журавця використовують в народній медицині так як рослини даного роду є неофіційними. В наших широтах проростає 12 видів рослин. В народному траволікуванні журавець використовують при розладах шлунково-кишкового тракту, запаленнях, кровотечах, діабеті. Також є відомості про використання настоїв як антибактеріальний, протираковий, протиалергійний та сечогінний засіб.

За даними літератури було встановлено, що для роду журавця характерна наявність комплексу поліфенольних з'єднань, тому, безумовно, актуальним є поглиблене дослідження компонентного складу БАР роду журавця з метою введення їх в наукову медицину.

Метою роботи було екстрагування рослинної сировини роду *Geranium L.* з послідовним фітохімічним дослідженням водного та спирто-водного його екстракту.

Для дослідження було заготовлено сировину журавця сибірського — (*Geranium Sibiricum L.*) який широко розповсюджений по всій східній та південній території України. Екстракти готували за стандартною методикою, а саме: до 5 г сухої подрібненої сировини додавали 100 мл відповідного екстрагенту і тричі екстрагували у колбі зі зворотним холодильником на киплячій водній бані протягом 30 хв. Отримані витяги об'єднували, фільтрували крізь паперовий фільтр і випарювали до 100 мл. Склад отриманого екстракту визначали за допомогою якісних аналізів на певну групу БАР.

Експериментальним методом встановлено, що до складу отриманого екстракту *Geranium Sibiricum L.* входять таніни, поліфенольні сполуки, фла-

воноїди, органічні кислоти, вуглеводи та дубильні речовини.

Таким чином, за результатами фітохімічного дослідження встановлено, що екстракт журавця сибірського містить велику кількість БАР, тому важливим є подальше вивчення його фармакологічної активності.

МЕДИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКОЇ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ *JUGLANS REGIA*

Мінковська Л. І.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Актуальність. Застосування препаратів на основі лікарських рослин та лікарської рослинної сировини (ЛРС) уходить своїми коріннями в давнину. Та незважаючи на значний розвиток фармацевції та створення великої кількості синтетичних лікарських засобів щорічно, попит на фітопрепарати зростає, що обумовлено їх перевагами: м'якість та пролонгованість дії, менша кількість побічних реакцій, відсутність звикання.

Однією з таких перспективних лікарських рослин, сировинна база якої на території України представлена досить широко, є горіх волоський — *Juglans regia*. Тому актуальним є вивчення досвіду різних країн використання ЛРС горіха волоського для лікування захворювань різних органів та систем.

Мета: аналіз наукових публікацій щодо можливості медичного застосування ЛРС горіха волоського.

Результати дослідження: Горіх волоський та його ЛРС за рахунок багатого хімічного складу має великий терапевтичний потенціал. Так, у народній медицині коріння горіха волоського застосовують при цукровому діабеті (ЦД), його листя застосовують при ревматичних болях, лихоманці, ЦД, шкірних захворюваннях, а його квіти використовуються для лікування малярії та ревматичних болів. Листя волоського горіха використовуються в народній медицині для зниження рівня глюкози в крові та поліпшення загального стану при ЦД. В деяких країнах світу листя горіха волоського широко використовуються в народній медицині для лікування венозної недостатності та симптомів геморою. У деяких випадках їх застосовують як протидіарейний та протипаразитарний засіб. За останні два десятиліття були проведені великі дослідження фармакологічних ефектів волоського горіха. Різні частини цієї рослини, такі як його листя, кора і плоди, мають гіпоглікемічні властивості у тварин з діабетом. Дослідження впливу листя волоського горіха на ліпідні фактори у щурів з діабетом, викликаним стрептозотоцином, продемонстрували зниження рівня ліпідів. *Shah T. I. et al.* довели протизапальну та протиракову активність екстракту горіха волоського. *Amaral J. S. et al.* довели гіпоглікемічну активність одного з основних фітокомпонентів горіха волоського — юглону.

ЛРС горіха волоського багаті на різноманітні БАР (флавоноїди, таніни, нафтохінони (юглоно), кумарини, вітаміни), кожна з яких проявляє анти-

оксидантну, антипроліферативну, протимікробну, протизапальну, гіпоглікемічну активності, а в екстрактах горіха волоського ці речовини потенціують дію один одного та комплексно діють на відновлення функцій організму з мінімальними побічними ефектами.

Висновок. Вивчення досвіду використання горіха волоського свідчить про те, що завдяки своєму хімічному складу лікарська рослинна сировина *Juglans regia* може застосовуватись більш різноманітно, що відкриває широкі перспективи для створення на основі витяжок з неї фармацевтичних препаратів гіпоглікемічної дії.

ФАРМАКОГНОСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКОЇ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ ШПИНАТУ ГОРОДНЬОГО (*SPINACIA OLERACEA L.*)

Маленко Є. В.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

В наш час фітопрепарати набувають все більшої популярності. Деякі люди надають перевагу саме фітопрепаратам, адже порівнюючи з синтетичними вони мають менше побічної дії, та рослини, які входять до їх складу мають багато біологічно активних речовин. В народній медицині різних країн світу для лікування багатьох захворювань широко застосовують лікарську рослину шпинат городній (*Spinacia oleracea L.*). Проте, незважаючи на користь цієї рослини, в нашій країні вона є мало дослідженою. Тому всебічне дослідження даної рослини є безумовно актуальним.

Метою було провести фармакогностичний аналіз та дослідити фіто-хімічний склад рослинної сировини Шпинату городнього (*Spinacia oleracea L.*)

Шпинат городній (*Spinacia oleracea L.*) — темно-зелений листовий овоч, є членом сімейства Амарантові — однорічна трав'яниста рослина, надземна частина якої представляє собою розетку з листя, та стебло висотою 80 см, зеленого чи темно-червоного кольору. Корінь представляє собою стрижневу кореневу систему.

Досліджуючи лікарську рослину шпинат городній, ми розглядали його листову пластину на про-світлених мікропрепаратах та чітко побачили епідерму, мезофіл, головну та бічні жилки. На поверхні епідерми також помітили велику кількість кулястих протидіарейних (див. рис. 1).

Для проведення якісного аналізу БАР у сировині шпинату городнього використовували водні та водно-спиртові витяги. Екстракти готували шляхом нагрівання на киплячій водяній бані зі зворотнім холодильником. 5,0 г. сировини заливали 100 мл екстрагенту. Потім екстракти фільтрували через складчастий паперовий фільтр.

Після проведених нами досліджень було встановлено, що в водних та етанольних екстрактах лікарської рослини Шпинату городнього міститься велика кількість БАР, а саме: полісахариди, амінокислоти, протеїни, поліфенольні сполуки, флавоноїди, крохмаль, тритерпеноїди та строїди.

Таким чином, після проведених досліджень лікарської рослинної сировини Шпинату городнього-

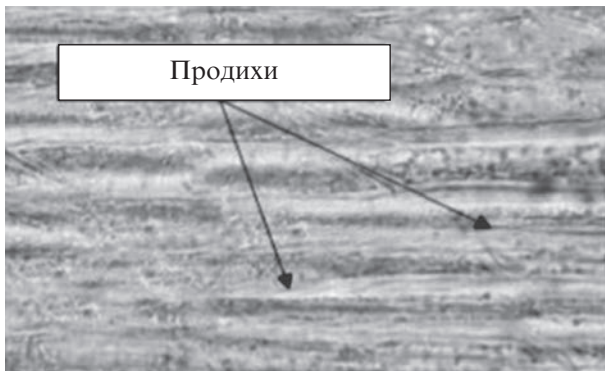


Рис. 1. Листкова пластина шпинату городнього (*Spinacia oleracea* L.)

було встановлено, що в водних та етанольних екстрактах цієї рослини міститься велика кількість БАР. Отримані результати свідчать про необхідність подальшого фармакологічного дослідження.

ФАРМАКОГНОСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЕКСТРАКТУ ГАЛЕГИ ЛІКАРСЬКОЇ (*GALEGA OFFICINALIS*) ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Оксенюк О. В.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Діабет широко визнається як епідемія, що швидко розвивається і має кумулятивний вплив майже на кожну країну, вікову групу та економіку в усьому світі. За даними Міжнародної федерації діабету, приблизно 415 мільйонів людей страждали на діабет у всьому світі, і, як очікується, до 2040 року ця цифра перевищить 640 мільйонів. Підраховано, що половина пацієнтів з цукровим діабетом не знають про своє захворювання і тому більш схильні до розвитку ускладнень діабету. Однак вартість боротьби з діабетом може бути невідомою з точки зору витрачених грошей і втрачених життів.

Цукровий діабет є поширеним порушенням обміну речовин, що характеризується хронічною гіперглікемією, що призводить до мікросудинних і макросудинних ускладнень, які включають в себе порушення функції органів та систем зокрема, сліпоту, ішемічну хворобу серця та термінальну ста-

дію захворювання нирок. Діабет класифікується на дві категорії: цукровий діабет 1 типу і діабет 2 типу. Обидва виникають внаслідок складних взаємодій між генами та навколишнім середовищем, проте їх патогенез відрізняється.

Оптимізація лікування цукрового діабету становить значну проблему для пацієнтів, а розуміння того, як найкраще допомогти, є таким же складним завданням. Досягнення оптимального рівня глюкози в плазмі важко, і багато факторів пов'язані з поганим контролем її рівня. Розуміння того, як цукровий діабет вплітається в складність життя людини, має вирішальне значення.

Продукти *Galega officinalis* використовуються для контролю цукрового діабету (тип 2) у всьому світі. Експериментальні та клінічні оцінки речовини галегіну, з лікарської рослини Галеги лікарської (*Galega officinalis*), дали фармакологічну та хімічну основу для відкриття метформіну, що було підтверджено для лікування цукрового діабету.

Метою даної роботи було провести фармакогностичний та фармакохімічний аналіз екстракту з сировини Галеги лікарської, та визначення її протиглікемічної дії. Згідно з рекомендаціями ДФ України було отримано екстракт та проведено його фіто-хімічний аналіз. Отримані дані свідчать про те, що досліджуваний екстракт містить велику кількість алкалоїдів, флавоноїдів, сапонінів та пектинових речовин.

Таким чином по фармакохімічному аналізу наявні гіпоглікемічні та антиоксидантні властивості екстракту лікарської рослини *Galega officinalis* L. (надземна частина) як потенційного джерела біологічно активних речовин з протидіабетичною дією. Виражений гіпоглікемічний ефект наявністю алкалоїдів екстракту Galega.

ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАКОЛОГІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЕКСТРАКТУ З РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ БУЗКА ЗВИЧАЙНОГО (*SYRINGA VULGARIS*)

Цепкова Т. В.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Переважна більшість захворювань включають в себе загальні патологічні процеси, серед яких, найбільш відомим є запалення. В сучасні медицині, головною проблемою є створення нових лікарських засобів, які б збільшували фармакологічну ефективність, що супроводжуються запальними реакціями організму. Найбільш вживаними протизапальними препаратами, за статистичними даними, є саме нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ). Але на ряду з високою фармакологічною активністю, використання НПЗЗ може призвести до виникнення низки побічних реакцій організму. Відмінно від препаратів синтетичного походження, фітозасоби мають широкий спектр фармакологічної активності та низьку токсичну дію на організм. Тому пошук нових лікарських засобів рослинного походження набуває все більшої актуальності.

Листя *Syringa vulgaris* (*S. vulgaris*; сімейство *Oleaceae*), широко відомого як «бузок», викорис-

товуються в традиційній медицині через його знеболуючі, піретолізуючі, протизапальні та шлункові властивості. Наукові дані підтвердили антиоксидантні, протизапальні та жарознижуючі властивості *S. vulgaris*. У квітках і листках було виявлено кілька хімічних компонентів, включаючи флавоноїди, іридоїди та похідні коричної кислоти.

Метою даного дослідження було дослідити вплив екстракту з сировини *S. Vulgaris* на протизапальну активність.

Збір та заготівлю лікарської сировини проводили згідно з рекомендаціями ДФ України, в період, коли рослина накопичує максимальну кількість біологічно активних речовин. Водні та водно-спиртові (70 % спирт) витяжки екстрагували на водяній бані з оберненим холодильником протягом 30 хв. Екстракцію проводили 3 рази, витяги об'єднували та упарювали до утворення густого екстракту.

Запальну реакцію викликали субплантарним введенням карагітану (0,1 %) в задні кінцівки щурів. Інтрагастральне введення проводили в еквімолярних дозах, що відповідають 30 мг/кг екстракту листя та квіток *S. Vulgaris*.

Активність протизапальної дії визначали за допомогою зміни динаміки об'єму уражених кінцівок дослідних щурів.

Було встановлено, що при інтрагастральному введенні, у груп тварин, де для лікування використовували досліджуваний екстракт, об'єм у місці уражених кінцівок зменшувався швидше, у порівнянні з контрольною групою. Кращу протизапальну активність продемонструвала група де лікування проводили референс-препаратом — диклофенак.

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗРОБКИ ЛІКАРСЬКИХ ЗБОРІВ ПРИ АТОПІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШКІРИ

Проскура О. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса Україна*

Атопічні захворювання шкіри — загальне поняття хронічних запальних рецидивуючих захворювань шкіри, які проявляються не залежно від віку. Дані захворювання зустрічаються у 10 % населення усього світу. Основними проявами атопічних уражень шкіри являється надмірно суха шкіра обличчя та/або тіла, її свербіння та подразнення, хронічне та/або рецидивуюче екзематозне ураження. До таких захворювань відносяться: атопічний дерматит (екзема), кропив'янка. 10-20 % дітей та 1-3 % дорослого населення України страждає саме на атопічний дерматит, найчастіше недуг проявляється до 5 років, проте у 20 % пацієнтів він розвивається в зрілому віці.

Сучасне ведення і лікування пацієнтів з атопічним дерматитом залежить від інтенсивності захворювання і соціального впливу на якість життя уражених. Використовують систематичний комплексний підхід, який заключається в зволоженні шкіри, лікуванні місцевими протизапальними препаратами, протисвербінній та антибактеріальній терапії, усуненні факторів, що погіршують стан.

Терапія передбачає використання місцевих кортикостероїдних препаратів, інгібіторів кальциневрину, препаратів дьогтю, антигістамінних препаратів. В комплексній терапії застосовують препарати, що впливають на функцію органів травлення, седативні препарати, вітаміни, а у важчих випадках — імуномодуючі засоби, системні глюкокортикостероїди, імуносупресанти, системні антибактеріальні препарати.

Системне застосування засобів синтетичного походження призводить до ряду побічних дій на організм пацієнта, що і встановило мету моєї роботи — розробити лікарський збір для зовнішнього застосування з лікарської рослинної сировини, який матиме ефективний терапевтичний ефект та не виявлятиме побічний вплив на хворого. Актуальність проблеми полягає в тому, що лікарські збори для зовнішнього застосування при атопічній екземі являються менш токсичними, мають краще засвоєння та терапевтичний ефект, проте в традиційній медицині ще не розроблено засобу для зовнішнього застосування з лікарської рослинної сировини.

ОСОБИСТИЙ БРЕНД СПІВРОБІТНИКІВ ЯК ФАКТОР РОСТУ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ КОМПАНІЇ

Гуменюк В. М., Ящук І. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Питання конкурентоспроможності фармацевтичних підприємств є дуже важливим та актуальним на сьогоднішній день. У наш час висока конкурентоспроможність підприємства це запорука стабільності, отримання високого прибутку, а також основна умова розвитку та життєдіяльності підприємства.

Метою нашого дослідження було дослідити тему особистого бренду співробітника, який вплив вона має на підвищення конкурентоспроможності фармацевтичних підприємств та на просування працівника по кар'єрній драбині. Проаналізувавши літературні джерела, ми з'ясували, що питання управління конкурентоспроможністю приділяють увагу досить велика кількість дослідників та вчених. Серед основних дослідників, роботи яких можна виділити Н. М. Надеїна, Т. Б. Харченко, О. Є. Кузьміна, Л. В. Балабанової, М. Васильєвої. У своїх роботах учені намагалися максимально конкретизувати визначення поняття управління конкурентоспроможністю, а також розробити методологію визначення його рівня на конкретних підприємствах.

Дослідження проводили на базі однієї із регіональних мереж. Нас зацікавив той факт, що за період жорсткого карантину, пов'язаного зі світовою пандемією COVID-19 компанія не зменшила свої обсяги, активно відкривала нові аптеки, не звільнила ні одного працівника та виплачувала заробітну плату всім без виключення співробітникам у повному обсязі.

Провівши анкетування серед співробітників (85 співробітників офісу), ми виявили, що 95 % працівників вказали на те, що завдяки тому, що у

компанії вираховується особистий індекс співробітника — це дає змогу регулярно отримувати привілеї від керівництва, заохочує до роботи та дає змогу отримувати компанії стабільні прибутки за рахунок злагодженої роботи всіх департаментів, незважаючи навіть на зміни на фармацевтичному ринку. Даний показник можна віднести до інноваційних методів підвищення конкурентоспроможності.

Враховуючи вищесказане, можна зробити висновки про те, що один із інструментів управління, такий як індекс особистого бренду співробітників дає можливість фармацевтичному підприємству бути унікальним на ринку роботодавців та забезпечити собі стабільність під час різноманітних змін, як очікуваних, так і ні. Компанія цінує співробітників з високим індексом особистого бренду, а співробітники цінують те, що компанія заохочує співробітників тримати цей індекс на високому рівні.

Бренд особистості працює як магніт, притягуючи найкращих постачальників, а, головне, потенційних клієнтів. Персональний бренд є стійким активом будь-якої компанії, тому що мінімізує ризики принесених доходів. Створювати бренд особистості потрібно роками, а зруйнуватися він може миттєво, тому важливо підтримувати його на належному рівні та піклуватися про свою репутацію на ринку.

НАВЧАННЯ ПЕРСОНАЛУ ЯК ІНСТРУМЕНТ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ

Янюк Г. В., Ящук І. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Подальший розвиток концепцій управління персоналом як в Україні так і в усьому світі, проходить максимально активно та з різними напрямками. Цей процес може допускати, як створення цілковито нових принципів, так і модернізацію поточних підходів організації менеджменту в компанії.

Одним із таких напрямків, який займає в концепції управління персоналу чільне місце, є питання навчання персоналу. Це питання також займає чільне місце в діяльності фармацевтичних організацій. Причини цього різні, проте активний розвиток фармацевтичного ринку чітко дав зрозуміти власникам аптечних мереж, що постійний безперервний професійний розвиток своїх кадрів є одним із основних ключових моментів в кадровій політиці. І ефективність його впровадження та реалізації однозначно впливає на конкурентоспроможність підприємства.

Ми провели аналіз стану справ на фармацевтичному ринку південного регіону і дійшли висновку, що не залежно від того чи з'являються нові «гравці», визначаються лідери, змінюються попит і вимоги клієнта — питання навчання персоналу приділяють увагу одиниці. Пріоритетними є питання розширення асортименту в мережі, на вве-

дення допоміжних послуг, таких вимірювання артеріального тиску, рівня цукру в крові і т. д. . Проте мало хто задає собі питання про те, а чи вистачить компетентності персоналу для якісного запуску тих чи інших процесів, чи дійсно той прибуток, який отримала фірма — рентабельний, чи залишиться таким же лояльним клієнт? З огляду на вище вказане, питання навчання персоналу набуває великого значення для роботодавця, що в свою чергу і зумовило тематику нашого дослідження.

Нами було проаналізовано один із основних напрямків підвищення конкурентоспроможності фармацевтичних підприємств — навчання персоналу, визначено найбільш затребувані напрямки навчання. Під час анкетування проведена оцінка відношення персоналу до постійного навчання.

Нами було проведено анонімне анкетування серед працівників фармацевтичної організації Одеси та Одеської області. Для аналізу відібрано 150 анкет респондентів однієї регіональної мережі. Із них 85,3 % респондентів відповіли, що постійно удосконалюють свої знання та потребують постійного навчання, при тому постійне навчання вплине на покращення якості обслуговування клієнтів (42 % із них готові навчатися у свій вільний час). 55,3 % стверджують, що це забезпечить зростання продуктивності праці, а 40,6 % вважає, що використання трудових ресурсів стане продуктивнішим.

Ми бачимо, що співробітнику має відводитися роль важливого учасника організаційної системи. І успіх фармацевтичної компанії цілком залежить від відношення власника до цього питання, а саме навчання свого персоналу. Враховуючи данні анкетування, можна вважати, що навчання, на сьогоднішній день є одним із основних напрямків в розвитку як персоналу, так і конкурентоспроможності фірми в цілому.

АНАЛІЗ ПРИЧИН ПЛИННОСТІ КАДРІВ В АПТЕЧНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ М. ІЗМАЇЛ

Нгуєн Тхі Ван Ань

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Плинність кадрів у світі є однією з головних проблем будь-якого підприємства, вона веде до зниження продуктивності та результативності, що призводить до великих фінансових втрат. За експертними оцінками, для 70 % середніх та великих організацій України високий ступінь плинності персоналу є актуальною проблемою.

Метою роботи є вивчення причин плинності кадрів та розробка рекомендацій щодо її профілактики в аптечних підприємствах. Загальною причиною плинності кадрів є низька узгодженість роботи з персоналом в організації, порушення при реалізації різних компонентів роботи з людськими ресурсами. Найпоширенішими методами вивчення плинності кадрів є статистичний та опитувальний. Проводити оцінку плинності та її вплив на ефективну роботу підприємства необхідно за

двома групами показників: кількісними та якісними, які відповідно відображають реальну кількість працівників, що звільнилися з власної ініціативи, або з ініціативи адміністрації компанії та структуру звільнень.

У процесі дослідження була зібрана інформація про аптечні підприємства міста Ізмаїл, на підставі якої виділили основні групи причин плинності кадрів, які зустрічаються найчастіше. Основні з них: різні недоліки підбору персоналу організації; недоліки адаптаційної роботи із співробітниками в організації; різноманітні мотиваційні проблеми.

За результатами дослідження, у якому було використано опитувальний метод, встановлено, що у 70 % випадків висока плинність кадрів для підприємства викликана ні однією, а одночасно декількома причинами. Головні з них — невдоволеність матеріальною та фінансовою мотивацією (35 %), неякісний підбір кадрів (20 %), невдоволеність різними нематеріальними видами мотивації (16 %), адаптаційні проблеми (15 %). Найпоширенішим поєднанням є сукупність усіх трьох типових причин високої плинності персоналу: неякісний підбір + адаптаційні проблеми + мотиваційні проблеми (65 %). Однією причиною викликано лише 8 % плинності персоналу. Таким чином, визначивши основні причини плинності кадрів в аптечних підприємствах, можна розробити та запропонувати загальний пакет дій для управління та запобігання високій плинності персоналу в організації. Також основною метою регулювання плинності є досягнення та підтримання параметрів плинності, що забезпечують необхідну рівновагу в системі конкурентоспроможності внутрішнього ринку праці, що сприятиме підвищенню ефективності використання людських ресурсів підприємства.

МЕДИЧНІ ПОМИЛКИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Бассін М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Помилки при застосуванні лікарських засобів (ЛЗ) – це помилки, які можуть допускатися на різних етапах застосування ЛЗ. До них належать: призначення, підготовка до застосування, шлях введення препаратів. Щодня від помилкового застосування ЛЗ помирає одна людина, що наголошує на актуальності теми. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) ініціювала на світовому рівні спрямувати діяльність закладів охорони здоров'я на скорочення заподіяння шкоди здоров'ю від помилок застосування ЛЗ, які можна запобігти. Тому метою нашої роботи було вивчення сучасного стану цієї проблеми, виявлення актуальних питань, для вирішення яких необхідне підвищення безпеки пацієнтів при застосуванні ЛЗ.

Пропозиції ВООЗ щодо захисту пацієнтів від помилок застосування ЛЗ спрямовані на удоско-

налення систем охорони здоров'я з метою усунення їхніх недоліків, що призводять до шкоди здоров'ю пацієнтів. Основні дії мають бути спрямовані на пошук можливостей підвищення безпеки при призначенні, видачі або відпустці та прийомі ЛЗ; на підвищення знань пацієнтів щодо ризиків не вірного використання ЛЗ за допомогою здійснення фармацевтичної опіки. Помилки, що завдають шкоди здоров'ю, можуть здійснюватися і пацієнтами, і медичними працівниками під час замовлення, призначення, відпускання, підготовки до застосування, введення або прийому ЛЗ. Помилки можуть бути допущені при виборі ЛЗ, визначенні правильної дозування і потрібного способу прийому. Всім переліченим помилкам використання ЛЗ теоретично можна запобігти. Для запобігання помилкам та пов'язаним з ними збиткам здоров'я пацієнта необхідно створити системи та процедури, які допоможуть забезпечити вибір ЛЗ, потрібного дозування, оптимального шляху введення. Належні умови для безпечного здійснення медичної та фармацевтичної допомоги необхідно створювати шляхом формування культури організації, яка використовує сучасну практику та не засуджує у разі помилки. Головне завдання – удосконалити процес використання ЛЗ на всіх етапах: призначення, відпускання, введення, моніторинг застосування. Виходячи з вищесказаного, необхідно в пріоритетному порядку вжити запобіжних заходів: створити переліки препаратів високого ризику, які можуть завдати шкоди здоров'ю внаслідок неправильного застосування; визначити процеси забезпечення безпеки пацієнтів, які приймають кілька ЛЗ для фармакотерапії різних захворювань; забезпечити безпеку пацієнтів, які відвідують кількох лікарів, для зменшення можливих помилок застосування ЛЗ та заподіяння шкоди здоров'ю пацієнтів.

АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ВІТАМІНУ D

Дімова В. Д.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Одне з ключових завдань фармацевтичної галузі полягає у забезпеченні населення ефективними, безпечними та доступними лікарськими засобами (ЛЗ). Зважаючи на дані з опублікованої літератури щодо застосування вітаміну D для профілактики або лікування COVID-19; асоціації рівня вітаміну D при COVID-19 та непрямі дані щодо його застосування для профілактики гострої інфекції дихальних шляхів серед загальної популяції, нами було проведено аналіз асортименту вітамінів групи D на вітчизняному ринку. Визначено, що частка закупівлі аптечними закладами ЛЗ та функціональних харчових добавок з вітаміном D зросла у період пандемії. Тому дане дослідження є актуальним задля формування оптимального асортименту та розробки моделі поведінки споживача при виборі ЛЗ з вітаміном D, адже прийом занадто високої дози протягом тривалого періоду часу може бути шкідливим. Предметом

дослідження були препарати, що за міжнародною класифікаційною системою АТС представлені у групах А11СС01 — С05. Станом на 01.12.2021 р. в Україні зареєстровано 19 торгових назв вітаміну D. Найбільша частка припадає на холекальциферол (63,15 %) та ергокальциферол (21,05 %), які є найбільш розповсюдженими активними формами. Найменш численні групи займають альфакальцидол, кальцитріол та парікальцітол, доля яких — 5,26 %. Вітамін D представлений у різних лікарських формах: таблетки і капсули (26,31 %), пероральні краплі та розчини (47,36 %), порошкові форми (26,31 %). Серед асортименту вітчизняних форм, лідирують пероральні розчини — 26,31 %. Частка вітчизняних ЛЗ на ринку України становить 36,84 %. Лідируючими фірмами вітчизняного виробництва є АТ "Київський вітамінний завод" та ПрАТ "Технолог". Лідерами постачання імпортованих препаратів є: «Фермента Біотех Лімітед» в Індії, «Мібе ГмбХ Арцнайміттель» в Німеччині, АТ «Медана Фарма» та ТОВ «Тева Оперейшнз» в Польщі. Таким чином, фармацевтичний ринок лікарських препаратів з вітаміном D динамічно розвивається, та потребує подальшого вивчення споживчих переваг.

АНАЛІЗ КОНФЛІКТНИХ СИТУАЦІЙ В АПТЕЧНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ ТА СПОСОБИ ЇХ УСУНЕННЯ

Лемешева Д. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Конфлікт як елемент суспільних відносин має суттєвий вплив на якість соціальної та ділової взаємодії людей. За сучасних умов розвитку вітчизняного фармацевтичного ринку проблема ефективного управління конфліктними ситуаціями в системі фармацевтичного забезпечення населення набуває особливої актуальності і потребує відповідного наукового обґрунтування.

Своєчасно виявлені та вирішені причини виникнення конфліктів сприяють удосконаленню системи організаційних та міжособистісних комунікацій у діяльності аптек.

Метою було дослідження соціально-трудова відносин на аптечному підприємстві та обґрунтування і визначення пропозицій відносно економічно доцільних методів управління конфліктними ситуаціями.

Конфлікти завдають значної шкоди ефективній взаємодії у групах, стають причиною втрат виробничих ресурсів і часу. Поряд з тим своєчасно виявлені та вирішені конфліктні ситуації можуть стати засобом вирішення актуальних завдань.

За результатами проведеного дослідження до основних причин виникнення конфліктів ТОВ «Аптека сонечко-фарм» можна віднести: відсутність розподілу функціональних обов'язків усередині кожного відділу; відсутність згуртованості колективу на підприємстві; відсутність комунікацій між відділами та різне бачення цілей і цінностей організації.

Внаслідок аналізу отриманих результатів були розроблені та запропоновані до впровадження ре-

комендації відносно зниження конфліктності: підготувати інструкції з метою розподілу обов'язків між працівниками, формування доручень і шляхів їх подолання, щоб уникнути дублювання роботи працівників; розробити план із конкретною місією, цінностями та головними цілями організації; проводити корпоративи, родинні дні та тренінги, що спрямовані на розвиток навичок ухвалення єдиного рішення; створити корпоративний telegram-канал. Особливу роль тут набуває діяльність служб управління персоналом, підрозділів, які відповідають за формування систем і організаційних структур управління, розробку мотиваційної політики, а також методів організації праці.

Таким чином, профілактика та попередження деструктивних конфліктів мають бути в постійному полі зору адміністрації підприємства. Запропоновані нами рекомендації зможуть допомогти вирішити основні причини виникнення конфліктів на підприємстві.

СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В АПТЕЧНИХ УСТАНОВАХ

Мельник Ю. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

В даний час має успіх організація, яка орієнтована на якість, що сприяє формуванню культури. Результатом є поведінка, діяльність і процеси, які мають цінність для задоволення потреб і очікувань замовників.

Метою нашого дослідження було вивчення складових створення системи управління якістю (СУЯ), що здатна задовольняти замовників якістю продукції та послуг в аптечних установах.

СУЯ включає процеси, що пов'язані з управлінською діяльністю, забезпеченням необхідними ресурсами, виробництвом товару. За вимогами стандарту обов'язковими є задокументовані мета та політика у сфері якості, настанови з якості, документи, що необхідні для забезпечення ефективного планування, функціонування та контролю всіх процесів.

Діяльність будь якої організації є сукупністю багатьох взаємозалежних процесів. Одним із основних принципів побудови системи менеджменту якості є процесний підхід. Його характеризують у межах організації системи застосування визначених процесів з урахуванням їх взаємодії, а також врядування ними, який забезпечує безперервний контроль за окремими процесами та їхньою взаємодією у межах системи. Методологічно виконання кожного процесу СУЯ необхідно виконувати у відповідності з циклом PDCA, враховуючи планування, оцінювання, аналізування і удосконалення, які є важливими для забезпечення результативності процесу.

СУЯ виконує наступне: охоплює дії, за допомогою яких організація керує взаємопов'язаними процесами та ресурсами для створення цінності та здобуття результатів для зацікавлених сторін; засвідчує свої цілі та визначає ресурси й процеси для

досягнення запланованих результатів, що дозволяє найвищому керівництву оптимізувати використання ресурсів, зважаючи на короткострокові та довгострокові наслідки його рішень; забезпечує засоби ідентифікування дій щодо вирішення передбачуваних і непередбачуваних наслідків у постачанні товару та наданні послуг.

Отже, СУЯ в сучасних умовах нестабільного ринку — це ефективна модель управління, що дозволяє вчасно реагувати на зміни ринкового середовища, а також дієвий інструмент для аналізу роботи підприємства, який допускає виявляти недоліки і оперативно вводити коригувальні та запобіжні заходи. Впровадження СУЯ в аптечних установах — гарантія якості послуг, що дозволяє підприємству досягти високої лояльності своїх споживачів, зберегти покупців й обсяги реалізації, та підвищити конкурентоспроможність фармацевтичного підприємства.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ МІНЕРАЛЬНИМИ ВОДАМИ ЧЕРЕЗ ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Перехрестенко В. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Санаторно-курортне лікування та відпочинок у сприятливих кліматичних зонах є найважливішими засобами оздоровлення населення у всіх країнах світу. У цьому відношенні Україна має особливу унікальність з її різноманітністю курортних зон, природних лікувальних ресурсів та розвинутою системою санаторно-курортних закладів.

Метою нашого дослідження був аналіз санаторно-курортних закладів південного регіону України та наявність у них мінеральних вод (МВ).

Для оздоровлення населення України актуальним завданням є розробка і впровадження доступних для широкого загалу, недорогих, масових засобів профілактики і лікування, одним з яких є застосування МВ.

Південний курортний регіон — це сукупність курортів, які розташовані переважно на півдні країни та в якості основного курортного фактора використовують тепле повітря та морську воду (курорти узбережжя Чорного та Азовського морів). На багатьох курортах Південного регіону (84) використовують також лікувальні грязі та МВ. В Одеській області функціонують 12 санаторіїв, 9 з яких використовують воду як з власних скважин, так і запозичують з інших відомих джерел (Санаторій «Куяльник», м. Одеса (МВ «Куяльник»), Санаторій «Біла Акація», м. Одеса (МВ «Біла Акація» та «Моршинська»), Санаторій «Горького» Одеса (МВ «Одеська № 1-2») та ін. В Миколаївській області — 7 санаторіїв, 1 з яких використовує воду з власних скважин: Санаторій «Зелений Мис» (Очаківська мінеральна вода з джерела скважини № 1). В Херсонській області працюють 4 санаторія, 2 з яких використовують воду з власних скважин: Санаторій «Санаторій «Гопрі»», м. Гола Пристань (водопостачання здійснюється з артезіанських свердловин, склад *води* відповідає складу мінерально-столової *води*), Санаторій «Таврія», м.

Нова Каховка (МВ «Каховка»). Води Одеської та Миколаївської областей класифікуються переважно як без специфічних компонентів, оскільки навіть для вод загальновідомого Куяльницького родовища не визначений мікроелементний склад. В аніонному макроскладі переважають хлор-іони, у катіонному — натрій. Далі за концентрацією ідуть гідрокарбонат-іони та магній, при наявності загіпсованих глин з'являються сульфат-іони. За макроскладом води Одеської області переважно хлоридно-натрієві різної мінералізації. Води гідрокарбонатно-хлоридні або хлоридно-гідрокарбонатні мають меншу мінералізацію. Медичні показання МВ без специфічних компонентів залежать від їх хімічного складу. Це переважно різні шлункові захворювання, лікування печінки, процесів обміну речовин.

Таким чином, МВ південного регіону України потребують більш детального вивчення для розширення їх застосування. Наслідком цього може бути не тільки збільшення напрямів біологічного застосування, але й підвищення бальнеологічної цінності вод, що сприятиме оздоровленню населення та розвитку міжнародного лікувального туризму.

ОПТИМІЗАЦІЯ ТА ВЕРИФІКАЦІЯ ХІМІЧНИХ ТА ФІЗИКО-ХІМІЧНИХ МЕТОДІВ КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ СУБСТАНЦІЇ АЦЕТИЛСАЛІЦИЛОВОЇ КИСЛОТИ

Черкова М. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Ацетилсаліцилова кислота — нестероїдний протизапальний засіб, що широко застосовують в медичній практиці та має широкий спектр фармакологічної активності. Проте ця субстанція має певний ряд побічних ефектів, тому важливо мати можливість точно визначити кількість субстанції в препараті. Широко застосовують хімічні методи дослідження, які мають свої недоліки, а саме: низька межа визначення, використання органічного розчинника, велика імовірність похибки. На нашу думку, більш раціонально використовувати інструментальні фізико-хімічні методи аналізу, а саме фотокolorиметрію, яка базується на визначенні концентрації забарвлених речовин.

Для фотокolorиметричного визначення ацетилсаліцилової кислоти проводили реакцію нітрування з утворенням забарвленої солі (жовто-зеленого кольору). Встановлено оптимальну довжину хвилі для визначення оптичної густини в інтервалі 400-435 нм (фіолетовий світлофільтр) та встановлено межі визначення вмісту ацетилсаліцилової кислоти. Було підібрано оптимальні концентрації розчинів натрію нітриту та амонію гідроксиду.

Для хімічного методу запропоновано використання інструментального способу фіксування кінцевої точки титрування, що є більш чутливим порівняно з використанням хімічного індикатора — фенолфталеїну.

УДОСКОНАЛЕННЯ ТА ВЕРИФІКАЦІЯ ХІМІЧНИХ ТА ФІЗИКО-ХІМІЧНИХ МЕТОДІВ КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ СУБСТАНЦІЇ ЛЕВОМІЦЕТИНУ

Рябцева А. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Сьогодні основним способом боротьби з зворобами, що викликані патогенними бактеріями є антибіотикотерапія. Хлорамфенікол (левоміцетин) є антибіотиком широкого спектру дії, ефективний проти грам-позитивних та грам-негативних бактерій та більшості анаеробних організмів. Для його кількісного визначення в лікарських формах використовують наступні методи: різні форми рідинної хроматографії, мас-спектрометрії, полярографію, хемілюмінесцентний, флуорисцентний, хемометрію, тонкошарову хроматографію, вольтамперометрію та інші фізико-хімічні методи аналізу.

Нами запроновано використання фотоколориметрії як швидкого та чутливого методу. Для утворення забарвленої сполуки отримували азобарвник шляхом відновлення нітрогрупи до аміногрупи з подальшим утворенням діазосполуки та наступною реакцією азосполучення з фенолом або хромотроповою кислотою. В результаті реакції азосполучення з хромотроповою кислотою отримано сполуку червоно-фіолетового кольору, а з фенолом — жовтого. Встановлено оптимальну довжину хвилі для визначення оптичної густини та межі визначення вмісту хлорамфеніколу. Було визначено оптимальні концентрації розчинів фенолу, хромотропової кислоти та амонію гідроксиду.

Для хімічного методу варіювали інтервал рН в якому можливо використати метод куприметрії (титрант — купрум (II) сульфат, індикатор — мурексид).

СТАН ТРАНСДЕЗАМІНУВАННЯ У ТКАНИНАХ ОПРОМІНЕНИХ ДОЗОЮ 1,0 ГР ТВАРИН

Пелехович Є. Є.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Як показали результати, переважною спрямованістю зрушень АЛТ серця є пригнічення активності ферменту в супернатанті при дозі 1,0 Гр на фоні незначних зрушень у мітохондріях. По відношенню до скелетного м'язу дія радіації також призводила до переважного підвищення активності АСТ в мітохондріальній фракції на 1-у, 7-у і особливо 15-у добу (163,8 %, 201,8 %, 566 % відповідно) на фоні відносно незначного послаблення функції АСТ в супернатанті. Зміни у активності АЛТ в скелетному м'язі були менш виражені.

Виходячи з цього, слід відмітити, що тотальне гама-опромінення щурів у дозі 1 призводить до закономірних змін в активності амінотрансфераз на 1-у, 7-у та 15-у добу після дії, як у надосадко-

вій, так і в мітохондріальній фракціях печінки, серця та скелетного м'язу.

Переважаючою напрямленістю змін у печінці є пригнічення функції обох трансфераз, причому у більшій мірі АЛТ, особливо в мітохондріях. В серцевому та скелетному м'язях зміни в активності АСТ направлені в бік підвищення в мітохондріальній фракції на фоні незначного зниження в супернатанті; для АЛТ в супернатанті серця переважає значне пригнічення фермента, а в скелетному м'язі зміни в обох фракціях однонаправлені в залежності від строків спостереження.

Викликані опроміненням зміни в активності амінотрансфераз призводять до порушення процесів трансамінування, їх дискоординації, причому в більшій мірі страждає трансамінування, яке каталізується АЛТ, особливо у печінці. Пригнічення протоплазматичних АЛТ та АСТ може призвести до порушення глюконеогенезу, а пригнічення мітохондріальної АСТ — до порушення функціонування циклу Кребса.

ВПЛИВ S-АДЕНОЗИЛМЕТІОНІНУ НА ОКИСНЮВАЛЬНИЙ ГОМЕОСТАЗ У ТИМУСІ РАДІАЦІЙНО УРАЖЕНИХ ЩУРІВ

Дубна Є. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Відомо, що за умов дії іонізуючого γ -опромінення у низьких дозах низької інтенсивності відбуваються значні порушення окислювального гомеостазу в організмі. Для підвищення ефективності фармакотерапії цих порушень доцільно застосовувати препарати, які сприяють нормалізації вмісту відновленого глутатіону та активності глутатіонових ферментів. Таким препаратом, на наш погляд, є гептрал, діюча речовина якого — S-аденозил-L-метіонін. Метою роботи є дослідження впливу гептралу на вміст відновленого глутатіону (GSH) та активності глутатіонредуктази (ГР) й глутатіонпероксидази (ГП) у тимусі щурів після впливу хронічного γ -опромінення у сумарній дозі 1,5 Гр.

Дослідження проведені на 60 статевозрілих щурах-самцях лінії Вістар, яких піддавали хронічному γ — опроміненню у сумарній дозі 1,5 Гр: 0,1 Гр кожні 24 години, потужність дози 0,39 Гр/хв. По завершенні сумарної дози опромінення тваринам вводили гептрал внутрішньоочеревинно з розрахунку 10 мг/кг маси. Щурів брали до експерименту через 24 години, 3, 15 діб. У гомогенатах тимусу визначали вміст (GSH) та активність ГР і ГП. Позитивний вплив гептралу виявляється вже через 24 години після його курсового введення. Відбувається стабілізація функціональної спроможності глутатіонових ферментів, а також значно збільшується вміст GSH. В порівнянні з аналогічною групою тварин, яким не вводили адеметіонін, активність ГР та ГП зростає відповідно на 50,7 % та 10 %, а вміст відновленого глутатіону підвищується на 48,7 %. В подальшому спостерігається тенденція до збільшення вмісту GSH, але рівня ко-

нтролю він так і не досягає. Кінцевий термін дослідження характеризується стійким зростанням активності ГР та ГП відповідно на 81,7 % та 150 % по відношенню до тварин, які не отримували лікування. Отже, S-аденозил-L-метіонін здатний пригнічувати оксидативний стрес та сприяти збільшенню відновлювального потенціалу глутатионової ланки антиоксидантної системи.

СУЧАСНИЙ СТАН ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА ФАРИНГІТ

Коверга А. Г.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Одним з поширених захворювань верхніх дихальних шляхів, яке пов'язане із запаленням слизової гортані є фарингіт. Його основними симптоматичними проявами є осиплість голосу, біль у глотці й гортані, кашель. Фарингіт може бути викликаний низкою причин, але у будь-яких випадках він спричиняє дискомфорт, знижуючи загальне самопочуття, погіршуючи працездатність, тому в такому випадку необхідно звернутися до фахівця за кваліфікованою допомогою.

Мета даної роботи полягала у вивченні стандартизованих підходів до надання фармацевтичної допомоги хворим на фарингіт з детальним вивченням безрецептурних лікарських засобів (ЛЗ) для лікування болю в горлі.

В Україні медична і фармацевтична допомога хворим на фарингіт надається згідно настанов на засадах доказової медицини (Duodecim Medical Publications Ltd): Настанова 00875. Хронічний фарингіт, Настанова 00007. Фарингіт і тонзиліт, Настанова 00610. Фарингіти і тонзиліти у дітей; Протокол фармацевта при відпуску ЛЗ без рецепта «Симптоматичне лікування болю в горлі» (Наказ МОЗ України від 05.01.2022 р. № 7 «Про затвердження протоколів фармацевта»).

Серед безрецептурних ЛЗ можна виділити основні групи: R02AA –антисептики, що застосовуються у разі захворювання горла, (амбазон (R02AA01), цетилпіридиній (R02AA06), фенол (R02AA19)), A01AB — протимікробні та антисептичні препарати для місцевого застосування в стоматології (гексетидин (A01AB12)), R02AX — інші препарати, які застосовуються при захворюваннях горла (флурбіпрофен (R02AX01)) та їх комбінації. Вони представлені достатньо широким асортиментом вітчизняного і іноземного виробництва та потребують роз'яснень фармацевтом для споживача особливостей застосування при відпуску різних лікарських форм. Для досягнення необхідного ефекту ЛЗ у формі льодяників, пастилок, таблеток для розсмоктування необхідно утримувати в роті до повного розчинення і не розжовувати; аерозолі дозволено застосовувати у дітей віком від 6-8 років, окремі спреї — з 3-х років за умов, що дитина не опирається і вмє керувати диханням; пацієнтам з цукровим діабетом рекомендують ЛЗ у вигляді льодяників та пастилок, які не містять цукру. Після прийому місцевих ЛЗ для симптоматичного лікування болю в горлі необхід-

но утримуватися від прийому їжі та рідини: льодяників, пастилок і таблеток для розсмоктування — 1-2 години, аерозолів — 3-5 хвилин.

Таким чином, в Україні зареєстрований достатній асортимент безрецептурних ЛЗ для лікування болю в горлі, наявність різних лікарських форм дозволяють фармацевту знайти індивідуальний підхід при відпуску ЛЗ в залежності від віку, супутніх захворювань та уподобань хворого, актуальними залишаються питання економічної доступності досліджуваних ЛЗ.

ВИВЧЕННЯ РЕОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ГЕЛІВ ГІДРОКСИЕТИЛЦЕЛЮЛОЗИ

Харченко Е. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Більшість полімерних розчинів, концентрації яких перевищують певну критичну для даного розчину при охолодженні переходять в гелеподібний стан. При використанні гелів для вирішення конкретної практичної задачі необхідно певним чином підібрати його реологічні параметри (пружні сталі, щільність, в'язкість, тиксотропію і т. д.), а для цілеспрямованої зміни цих параметрів необхідно вивчити вплив на вказані параметри різних лікарських субстанцій, уведених в середовище гелю.

Мета роботи — вивчення структурно-механічних властивостей гелевих основ з гідроксиетилцелюлозою (ГЕЦ) для подальшої розробки гелю з протизапальною активністю.

Матеріали і методи дослідження. В якості об'єктів дослідження були вибрані гелеві основи з різною концентрацією ГЕЦ.

Гелі готували за наступною технологією: певну кількість ГЕЦ заливали часткою води очищеної (близько 15-20 %) і залишали на 2 год для набухання (періодично перемішували), потім добавляли воду що залишилась і наїривали до 80-90 °С до повного розчинення при повільному перемішуванні. В результаті одержували прозорі, без запаху та кольору гелі з рН 5,0-5,8.

Визначена концентрація гідроксиетилцелюлози 2 %, яка забезпечує необхідні структурно-механічні властивості селевої основи

Встановлено, що гелева основа з ГЕЦ відноситься до неньютонівських типів течії з пластичними властивостями та має тиксотропність.

Розраховане значення МС гелевої основи — від 1,17 до 1,28, що дозволяє прогнозувати стабільність препарату при виробництві та зберіганні. Одержані данні будуть використані при розробці гелю з протизапальними властивостями.

ДОСЛІДЖЕННЯ КІНЕТИКИ ВИВІЛЬНЕННЯ МЕЛОКСИКАМУ З МАЗЕВИХ ОСНОВ

Хаддар Алаа

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мелоксикам має протизапальну, анальгетичну, жарознижувальну дію. Механізм анальгезуючої дії

полягає у зменшенні сенсibiliзуючого впливу про-стагландинів на закінчення чутливих нервів і підвищенні порогу збудливості таламуса. Зменшення під впливом мелоксикаму інтенсивності запальної реакції, набряку тканин супроводжується зменшенням больових відчуттів. Метою роботи було дослідження кінетики вивільнення мелоксикаму з мазевих основ.

Для визначення залежності концентрації мелоксикаму від часу проведення досліду вивчали кінетику вивільнення мелоксикаму в буферний розчин з рН 6,6.

Для визначення довжини хвилі, при якій можливо найбільш повно визначити мелоксикам в розчині, проводили вимірювання оптичної густини (А) в ультрафіолетовій і видимій області від 220 до 410 нм на спектрофотометрі СФ-46. При цьому виявлений широкий високоінтенсивний максимум при 363 нм. Для перевірки підпорядкуванню закону Бугера-Ламберта-Бера будували градувальний графік залежності оптичної густини А від концентрації розчину. Прямолінійність графіку залежності оптичної густини А від концентрації мелоксикаму в розчині дозволяє використовувати метод спектрофотометрії для визначення концентрації діючої речовини в розчинах, отриманих під час вивільнення мелоксикаму зі зразків.

В зв'язку з тим, що мелоксикам введений до складу препарату як протизапальна речовина, що повинна діяти максимально довго, для оптимального фармакологічного ефекту найбільш доцільною основою є гідрофобна, яка поступово вивільняє мелоксикам, і тим самим пролонгує його дію.

РОЗЧИННІСТЬ У ВОДІ ТА ДЕЯКИХ ОРГАНІЧНИХ РОЗЧИННИКАХ І ГІДРОЛІЗ 3-ГІДРОКСИМЕТИЛПІРИДИНІЮ ГЕКСАФТОРОСИЛКАТУ ЯК ПОТЕНЦІЙНОГО АГЕНТА ПРОФІЛАКТИКОГО КАРІЕСУ

Корінь С. Ю.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Карієс є одним з найпоширеніших захворювань, і в дитинстві ця патологія посідає перше місце серед хронічних захворювань. Фторовмісні препарати виступають найбільш ефективнішими при лікуванні та профілактиці карієсу. На заміну неорганічним фторидам, в останні роки, активно вивчаються гексафторосилкати з біологічно активними органічними «онієвими» катіонами, як перспективні кандидати в лікарські засоби. Однак важливою характеристикою для лікарського засобу, що безпосередньо впливає на фармакокінетику, біодоступність та зручність використання виступає розчинність цієї сполуки.

Метою роботи визначення розчинності у воді та деяких органічних розчинниках і визначення константи гідролізу 3-гідроксиметилпіридинію гексафторосилкату.

Матеріали та методи. Визначення розчинності 3-гідроксиметилпіридинію гексафторосилкату проводили відповідно до рекомендацій ДФУ. Сту-

пінь гідролізу визначали на спектрофотометрі КФК-3.

Результати. Було вивчено розчинність у воді, ДМСО, метанолі та етанолі 96 %. Встановлено такі результати: 3-гідроксиметилпіридинію гексафторосилкат дуже легко розчинний у воді, легко розчинний у ДМСО, мало розчинний у метанолі та мало розчинний у етанолі 96 %. Ступінь гідролізу в $1 \cdot 10^{-4}$ М водному розчині складає 91,6 %. Завдяки високому ступеню гідролізу та дуже легкої розчинності у воді 3-гідроксиметилпіридинію гексафторосилкат можна розглядати як перспективну сполуку подальших досліджень.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ РЕГУЛЮВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ УКРАЇНИ

**Новохацька А. В., Унгурян Г. В.,
Волощук Х. Ю.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Розвиток фармацевтичної галузі в нашій країні має дуже важливе значення, оскільки ця галузь є одним з елементів національної безпеки та виробником продукції високої соціальної значущості. Фармацевтична галузь в Україні — це система взаємопов'язаних елементів: потужного фармацевтичного виробництва та розгалуженої мережі аптечних закладів різних організаційно-правових форм і форм власності

Метою нашої роботи було проаналізувати сучасне правове регулювання фармацевтичної діяльності в Україні та висвітлити основні проблемні питання з теоретичної точки зору.

Основними законами, норми яких регулюють правові відносини у фармацевтичній сфері, є Конституція України, закони України: Основи законодавства України про охорону здоров'я; «Про лікарські засоби»; «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори»; «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними»; «Про ліцензування видів господарської діяльності» та ін.

В розвитку фармацевтичного законодавства набувається певний динамізм, але слід відзначити декілька проблемних питань, що пов'язані з правовим регулюванням галузі. На сьогоднішній день представники фармацевтичної науки та практики обґрунтовано доводять необхідність реформування сучасного фармацевтичного законодавства, зокрема таких законів, як «Про фармацевтичну діяльність», «Про фармацевтичне самоврядування», внесення змін до чинної редакції закону України «Про лікарські засоби» тощо. На державному рівні також визнається недосконалість стану сучасного правового регулювання фармацевтичного сектора. Так, Державна стратегія реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025 року прямо відзначає, що чинна система державного регулювання у сфері обігу лікарських засобів не цілком відповідає сучасним вимогам.

Взагалі, державне управління у сфері обігу лікарських засобів здійснюється шляхом: 1) ліцензування господарської діяльності; 2) реєстрації лікарських засобів та ведення Державного реєстру лікарських засобів України; 3) сертифікації лікарських засобів; 4) підготовки фахівців, які працюють у сфері обігу лікарських засобів; та 5) створення системи стандартизації і державного контролю виробництва, виготовлення, реалізації, якості, ефективності, безпеки лікарських засобів.

Висновок. Регулювання фармацевтичного сектора України в правовому полі — це здійснюване державою за допомогою права та сукупності правових засобів упорядкування суспільних відносин, які виникають під час обігу лікарських засобів і спільних із ними груп відносин, для їхнього юридичного закріплення, охорони та розвитку.

ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕГУЛЮВАННЯ РЕКЛАМИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

**Овсяннікова Л. С., Унгурян Г. В.,
Смірнова О. В.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Українське законодавство, що регулює фармацевтичний ринок, зазнавало постійних суттєвих змін від дня незалежності країни. Одне із питань, яке найчастіше обговорювалося та залишається актуальним є регулювання реклами лікарського засобу (ЛЗ). Державне регулювання реклами ЛЗ в Україні здійснюється низкою нормативно-правових актів, серед яких Закони України, постанови КМУ, накази МОЗ України.

На підставі аналізу нормативно-правової бази державного регулювання реклами ЛЗ в Україні окреслено умови, за яких заборонено рекламування ЛЗ: віднесення ЛЗ до групи, що відпускаються лише за рецептом лікаря; у складі ЛЗ містяться наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори; застосування ЛЗ може викликати синдром звикання, що зазначено в інструкції для медичного застосування; ЛЗ засто-

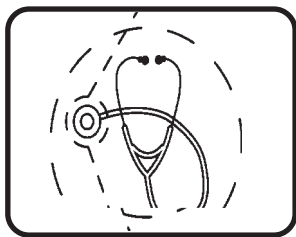
совується лише для лікування жінок у період вагітності та годування груддю; ЛЗ застосовується лише для лікування дітей до 12 років та інші групи.

Реклама ЛЗ в Україні дуже впливає на суспільство, тому підходи до рекламування ЛЗ в країні є значно суворі, ніж у країнах ЄС. Хоча разом з тим дослідження особливостей регулювання реклами ЛЗ дозволило виявити, що чинне законодавство в Україні поступово гармонізується з європейськими країнами. Через життєву необхідність і одночасно потенційну небезпеку ЛЗ вимоги до їх реклами в усьому світі розроблені з особливою суворістю та детальністю. Оскільки у фармацевтичній сфері чинниками ризику від несумлінної реклами ЛЗ є здоров'я пацієнта або навіть його життя, то випадки недобросовісної реклами ліків із великою відповідальністю мають відстежуватися відповідними уповноваженими державними органами

Проведені дослідження свідчать про постійну мінливість вітчизняного законодавства, зокрема й у сфері промоції ЛЗ, яке гармонізує до європейських стандартів. Зокрема в Україні вже прийнято низку належних фармацевтичних практик (стандартів), в яких задекларовано правила з організації виробництва, зберігання й контролю якості ЛЗ, їх оптової та роздрібною реалізації, а також з планування, виконання, контролю, оцінки і документування результатів лабораторних досліджень і клінічних випробувань відповідно до принципів GMP. Відповідними наказами МОЗ України затверджені такі настанови щодо ЛЗ як GPP, GDP, GCP.

Удосконалення державного правового регулювання реклами ЛЗ в Україні можна досягнути альтернативним шляхом за умови посилення контролю за дотриманням суб'єктами фармацевтичного ринку законодавства про рекламу. Зокрема шляхом уведення жорстких санкцій за порушення законодавства щодо реклами ЛЗ та створення дієвих форм і засобів контролю за його дотриманням.

Таким чином, удосконалення державної політики з регулювання реклами ЛЗ є одним із пріоритетних напрямів у межах трансформації національної системи охорони здоров'я.



СЕКЦІЯ ТЕРАПІЇ ТА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ Section of Therapy and Family Practice

ОСОБИСТІСНІ ВІДНОСИНИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ

Алавацька Т. В., Сухіна Ю. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Коронавірусна хвороба небезпечна не лише важким перебігом, стрімким ростом захворюваності серед населення, але і тривалим реабілітаційним періодом після. Водночас навіть у тих, хто легко або безсимптомно переніс коронавірусну хворобу, може спостерігатись так званий «постковідний синдром» або «тривалий ковід».

Мета дослідження: виявити особистісні відношення, рівень прихильності до лікування та ступінь особистісної та ситуативної тривожності у хворих з цукровим діабетом 2 типу в період після «постковідного синдрому».

Матеріали і методи: Ми працювали з пацієнтами з квітня 2021 року по січень 2022 р. Обстежено 32 пацієнтів (стаціонарно — 12, амбулаторно — 20), у віці від 50 до 70 і більше. Для проведення наших досліджень ми використовували сформовані нами анкети, які склались з трьох видів опитувальників: Особистісний опитувальник Бехтерівського інституту (ООБІ); Опитувальник Моріскі — Гріна; Опитувальник ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна. Більшість наших пацієнтів — це хворі, які перенесли коронавірус SARS-CoV-2 у тяжкій формі з використанням в терапії глюкокортикостероїдів. Під час лікування була компенсація глікемії. Після одужання всі пацієнти повернулися до своєї попередньої терапії. Через 3 міс. після перенесеної коронавірусної хвороби було проведено опитування.

Результати: завдяки нашому дослідженню ми встановили, у хворих з цукровим діабетом 2 типу після перенесеної SARS-CoV-2 переважає неврастенічний та тривожний тип особистісного відношення. При загальній характеристиці прихильності до лікування, ми визначили, що позитивні показники мають тенденцію зростання у хворих на цукровий діабет 2 типу, після використання наших методик. При загальній характеристиці ситуативної та особистісної тривожності, ми бачимо, що у пацієнтів переважає помірний рівень.

Висновки: для досягнення компенсації стану хворих на цукровий діабет в період після «пост-

ковідного синдрому» і профілактики розвитку ускладнень ефективними є не тільки стандартизовані медикаментозні методи лікування, а і допоміжні, які спрямовані на індивідуальний підхід з урахуванням визначених особистісних відносин, сформованих під впливом хвороби в динаміці, що визначає прихильність до лікування.

РОЛЬ КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПРОГНОЗУВАННІ ЗРОСТАННЯ СИСТЕМНОЇ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНЬОЮ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Меленевич А. Я., Коханівський В. В.

*Харківський національний медичний університет,
Військово-медичний клінічний центр
Північного регіону, Харків, Україна*

Актуальність. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) залишається однією з провідних причин захворюваності та смертності в усьому світі. Супутні захворювання, серед яких гіпертонічна хвороба (ГХ) зустрічається найчастіше, обтяжують його перебіг. Щороку на ХОЗЛ припадає щонайменше 2,9 млн смертей. Експерти прогнозують зростання розповсюженості ХОЗЛ впродовж наступних 40 років, і до 2060 року смертність може перевищити 5,4 мільйона смертей щорічно від ХОЗЛ та супутніх захворювань (GOLD, 2021).

Мета. Проаналізувати прогностичні властивості клініко-інструментальних показників, а саме зниження периферичної кисневої сатурації при ходьбі більше ніж на 4 % від початкового рівня, рентгенологічні ознаки емфіземи легень та ехокардіографічні зміни правого шлуночка (ПШ), а саме товщина стінки ПШ ≥ 5 мм та діаметр порожнини ПШ < 30 мм, які вказують на перевантаження правих відділів серця тиском, щодо зростання активності системної запальної відповіді зі зниженням протизапального інтерлейкіну (ІЛ)-10 та підвищенням прозапального ІЛ-18 у пацієнтів на ХОЗЛ у поєднанні з ГХ.

Матеріали та методи. В дослідження увійшли 69 пацієнтів на ХОЗЛ (GOLD 2, група В) із ГХ II стадії в стадії ремісії (57 чоловіків та 12 жінок; середній вік $55,80 \pm 5,51$ років), яким було проведено шестихвилинний тест з ходьбою (6-ХТзХ), пуль-

соксиметрію, спірометрію, рентгенографію органів грудної клітки, ехокардіографію (ЕхоКГ). ІЛ-18 та ІЛ-10 у сироватці крові визначали методом імуноферментного аналізу за допомогою тест-системи "Bender MedSystems, GmbH" (Австрія). Оцінка прогностичних властивостей проводилась за допомогою ROC (Receiver Operator Characteristic) аналізу з побудовою ROC-кривих на площині чутливість-специфічність та визначенням площі під ROC-кривою — AUC (Area Under Curve).

Результати. Встановлено вірогідне ($p \leq 0,003$) зростання співвідношення ІЛ-18/ІЛ-10 при наявності десатурації при ходьбі, емфіземи легень та ознак перевантаження правих відділів серця тиском. ROC-аналіз продемонстрував прогностичну спроможність цих показників щодо зростання системної запальної відповіді — AUC — 0,791, специфічність (СП) — 83,3 %, чутливістю (Ч) — 76,9 %; AUC — 0,720, СП — 100 %, Ч — 58,8 % та AUC — 0,699, СП — 72,0 %, Ч — 72,7 % відповідно. Однак найбільші прогностичні властивості встановлено при наявності у пацієнта всіх трьох показників — AUC — 0,822, СП — 82,9 %, Ч — 82,1 % ($p < 0,001$).

Висновки. Десатурація, ознаки емфіземи легень та перевантаження правих відділів серця тиском у пацієнтів на ХОЗЛ із ГХ можуть розглядатися в якості предикторів активації системної запальної відповіді.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КРІОБАЛОННОЇ АБЛЯЦІЇ — ІЗОЛЯЦІЇ ЛЕГЕНЕВИХ ВЕН ПРИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ У ПАЦІЄНТІВ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП

Балабан Н. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність теми. Фібриляція передсердь (ФП) — найпоширеніша форма тахіаритмії, що у загальній популяції зустрічається у 2 % випадків. Імовірність виникнення ФП значно збільшується з віком. Виявляється у 3,8 % осіб старше 60 років та у 9 % осіб старше 80 років. Крім того, вік значно впливає на ефективність фармакологічного лікування фібриляції передсердь. На сьогоднішній день, згідно рекомендації Європейського товариства кардіологів, існує малоінвазивний метод лікування — катетерна абляція — ізоляція легеневи вен (ІЛВ). Одним з методів абляції є методика кріобалонної абляції — ІЛВ.

Мета дослідження. Проаналізувати ефективність та безпечність кріобалонної абляції ІЛВ при ФП у пацієнтів старшої вікової групи (≥ 65 років) в порівнянні з контрольною групою пацієнтів (віком до 65 років).

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі Дому медицини «Одрекс». Методом дослідження послуговував ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів з проведеною кріобалонною абляцією. У дослідження було включено 35 пацієнтів за нозологічним принципом, а саме — фібриляція передсердь. Потім для порівняння було сформовано дві основні групи за віком: старша вікова гру-

па ≥ 65 років (10 пацієнтів) та контрольна група < 65 років (25 пацієнтів).

За період з 2018 по 2021 рік було виконано 35 втручань (КАІЛВ). Досліджувана група (≥ 65 років) 10 пацієнтів, складалась з 6 (60 %) жінок та 4 (40 %) чоловіків, середній вік пацієнтів, відповідно становив ($71,5 \pm 6,5$) року. Персистуюча форма ФП у всіх (100 %) пацієнтів. Електрична кардіоверсія для відновлення синусового ритму під час процедури була проведена у 2 пацієнтів (20 %), самостійне відновлення ритму відмічено у 8 пацієнтів (80 %). Відсутність рецидивів на протязі 3, 6 та 12 місяців спостереження задокументовано у 8 (80 %) пацієнтів, у 2 (20 %) пацієнтів рецидиви аритмії (атипове ТП, ФП). 3 побічних ефектів в одного пацієнта (10 %) відмічено парез правого діафрагмального нерву, що розрішився через 3 місяці після процедури. Всі пацієнти були виписані із стаціонару на наступний день після проведеного втручання.

Результати та висновки. Охолодження при кріобалонній абляції видаляє тепло із тканини викликаючи її замороження, і знову ж таки, руйнує вогнище аритмії та створює бар'єр для розповсюдження аритмії на все серце. Більш делікатний вплив на міокард, а також можливість завдання пошкодження в одну аплікацію, робить метод привабливим та безпечним для використання. Високі показники клінічного успіху, одиничні зареєстровані ускладнення, а також відносно короткий час госпіталізації лише підтверджують ефективність та безпечність кріобалонної абляції як методу лікування ФП у пацієнтів старших вікових груп.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА СУПРОВОДУ ХВОРИХ З АРИТМІЯМИ

Степанов Є. А., Майстренко М. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Комплексний підхід у медицині в даний час розглядається як одна з необхідних умов ефективного лікування, підвищення якості життя та виживання. Особливо значущим подібний підхід до лікування стає щодо серцево-судинних захворювань. У Європі 48 % всіх смертей припадає на результат серцево-судинної патології (Allender S. et al., 2008). Аритмії серця займають особливе місце серед серцево-судинної патології, які є причиною розвитку тромбоемболічних ускладнень і раптової серцевої смерті. В даний час особлива роль у лікуванні аритмій відводиться малоінвазивним методам лікування, зокрема процедурі радіочастотної катетерної абляції (РЧКА) легеневи вен для ізоляції аритмогенного вогнища. Ефективність після первинної процедури становить близько 70 %, але збереження результатів при трирічному спостереженні відзначається лише в 44 % пацієнтів. Як будь-яке захворювання, порушення ритму серця обумовлюються клінічними та психологічними факторами. Дослідниками прийнято визначати психологічні кореляти розвитку аритмій. Зокрема, прийнято виділяти нестабільність емоцій-

ного стану, вираженість депресивних та тривожних емоційних проявів.

Мета: виявлення взаємозв'язку порушень психічної адаптації пацієнтів з аритміями серця та обґрунтування напрямків психологічного супроводу у процесі лікування шляхом розробки схем психокорекції для подальшого покращення рівня якості життя, кількості рецидивів, прихильності до лікування.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося з лютого 2021 року по січень 2022 р. : залучено 76 хворих з діагнозом ІХС з порушенням ритму серцевої діяльності, з них 44 чоловіків та 32 жінок, середній вік котрих становить 62 роки (від 50 до 70 років). Дослідження психоемоційного стану хворих проводилось за такими методиками: шкала самооцінки рівня тривожності Спілберга — Ханіна, опитувальник якості життя SF-36, шкала депресії Бека. Статистична обробка отриманих результатів проводилась за допомогою програми Excel.

Результати: Через 5 місяців від впровадження психологічних методів додатково до стандартних схем лікування відмічалось зниження загального рівня тривожності серед пацієнтів на 13,1 %.

Висновки: включення методів психологічної підтримки та супроводу в лікування хворих з аритміями відобразилось на покращенні якості життя хворих та прихильності до лікування.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ ІХС ТА ХРОНІЧНИХ УШКОДЖЕННЯХ ЛІВОГО ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБУ

Алавацька Т. В., Сухіна Ю. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Ішемічна хвороба серця — найпоширеніша форма серцево-судинних захворювань, що є провідним чинником втрати здоров'я в Україні. Виявлення випадків серцево-судинних захворювань у світі майже подвоїлося з 271 мільйона за 1990 рік до 523 мільйонів за 2019 рік, а кількість смертей від серцево-судинних захворювань неухильно збільшувалася з 12,1 мільйона в 1990 році до 18,6 мільйона за 2019 рік. Згідно з літератури до 63,8 % хворих з ІХС звертаються первинно зі скаргами на болі в ділянці грудної клітини з іррадіацією в ліве плече та ліву лопатку, з первинним зверненням до лікаря невролога чи ортопеда-травматолога. Враховуючи важкість даної патології — це може привести до важких наслідків та загрози життю пацієнтів.

Мета роботи: оптимізувати клінічний огляд пацієнтів з болями у ділянці грудної клітки, плеча та лопатки.

Матеріали та методи. З 2019 по 2021 роки на кафедрі Внутрішньої медицини № 1 з курсом серцевої патології Одеського Національного Медичного Університету було проведено 732 хворих з ІХС (стенокардія, гострий або повторний інфаркт міокарда). З 732 хворих 351 жінка та 381 чоловік. Всі хворі були поділені на групи за остаточним діагнозом 589 хворих з діагнозом стенокардія, 104

хворих з гострим інфарктом міокарда та 38 хворих з повторним інфарктом міокарда.

Результати. За первинними скаргами з 589 хворих зі стенокардією первинно скаржились на болі у ділянці плеча або лопатки 128 (21,7 %) хворих, а зі 104 хворих з гострим інфарктом міокарда 13 (12,5 %) хворих не відчували ніякого дискомфорту окрім болі у плечовому суглобі або у ділянці лопатки та 7 (17,9 %) хворих з повторним інфарктом міокарду з 39 відзначали лише біль у плечі або у лопатці. З 128 хворих зі стенокардією та скаргами на болі у лівому плечі або лопатці 48 первинно звернулись за допомогою до невролога або травматолога. Середній час до встановлення діагнозу склав та консультації терапевта або кардіолога склав 7 днів, та максимально склав 28 днів. З 104 хворих з гострим інфарктом міокарда 24 хворих звернулись до терапевта або кардіолога лише через 4 днів після появи скарг, та максимально 17 днів. Та з 38 хворих з повторним інфарктом міокарду 9 звернулись до спеціаліста лише через 3 дні та максимально 10 днів. З статистики ми бачимо, що з 731 хворих 71 хворий не отримав медичну допомогу вчасно, та міг поплатитись за це життям. Тож основними признаками ІХС є: ниюча біль за грудною клітиною; біль у плечі та лопатці, частіше постійна зі збереженням функції кінцівки та тулуба. При консультації пацієнтів з такими характерними скаргами слід приділити цьому увагу.

Висновки.

1. До больового синдрому у плечовому суглобі або лопатці слід дуже ретельно підходити, перевіряти об'єм рухів кінцівки та ретельно збирати анамнез.

2. Якщо є підозри на ІХС слід скринінгово робити електрокардіографію.

3. Лікар не повинен встановлювати план свого лікування тільки на основі декількох даних обстежень, а повинен пам'ятати про диференційну діагностику захворювань зі схожими симптомами та синдромами, так як можливі ускладнення або не ефективність терапії.

СТРУКТУРНІ ЗМІНИ МІОКАРДА ПРИ ФІБРИЛЯЦІ ПЕРЕДСЕРДЬ

Майстренко М. С., Степанов Є. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Фібриляція передсердь(ФП) — це порушення серцевого ритму, яке зустрічається найбільш часто серед дорослого населення, і з кожним десятиріччям кількість пацієнтів з даною патологією збільшується. Основними причинами виникнення неклапанної ФП є: первинні захворювання міокарду, цукровий діабет, надмірна маса тіла, апное сну, гіпокаліємія. При ФП убільшості випадків розвивається процес структурного ремоделювання передсердь, яке проявляється збільшенням розмірів передсердь при ехокардіографічному (Ехо-КГ) дослідженні.

Мета дослідження: оцінка необхідності проведення Ехо-КГ у хворих з підтвердженою ФП для виявлення морфологічних та структурних змін мі-

окарду, а також для виявлення ризиків рецидивів ФП після проведення радіочастотної абляції.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходилося 34 пацієнта (14 жінок та 20 чоловіків) у віці від 46 до 70 років (56 ± 3 роки). Для виявлення структурного ремоделювання передсердь, збільшення їх розмірів, а також для визначення ефективності проведеної РЧА при фібриляції передсердь проводилися інструментальні методи діагностики серцево-судинної системи (Ехо-КГ та ЧС Ехо-КГ). В момент дослідження визначали лінійні розміри передсердь, та їх об'єм.

Результати. Згідно до отриманих даних обстеження, пацієнти були розподілені на дві групи:

1-ша група — 13 пацієнтів (38,24 %) — без виявлених ризиків ускладнень;

2-га група — 21 пацієнт (61,76 %), у яких було виявлено збільшення лінійних розмірів передсердь (дилатація), а також відмічався збільшений об'єм камер серця.

Висновки: У пацієнтів з ФП обов'язково треба проводити Ехо-КГ та ЧС Ехо-КГ для оцінки структурних змін міокарду, як один з маркерів рецидивів ФП після катетерної абляції.

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПІД ЧАС ПРИЗНАЧЕННЯ ТЕРАПІЇ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРОЇ РЕСПІРАТОРНОЇ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ COVID-19

Маряхіна Є. Ю. Январьова О. Ю.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Під час пандемії COVID-19 в клінічній практиці лікаря-терапевта та лікаря-кардіолога часто зустрічаються пацієнти, які потребують призначення глюкокортикостероїдів та мають супутню серцево-судинну патологію.

Мета дослідження: вивчити вплив терапії глюкокортикостероїдами на серцево-судинну систему у пацієнтів з Covid-19

Матеріали і методи: з аналізу літератури відомо, що терапія глюкокортикостероїдами викликає такі електролітні розлади, такі як накопичення іонів Натрію в сироватці крові, зменшення вмісту іонів Калію та Кальцію, що, в свою чергу, може призвести до підвищення артеріального тиску, збільшення набряків, спровокувати виникнення аритмій. Глюкокортикостероїди впливають на роботу пероральних антикоагулянтів, що вимагає додаткового контролю коагулограми у пацієнтів з серцево-судинною патологією. Ретроспективно були проаналізовані дані амбулаторних карт 40 пацієнтів віком 27-70 років, які приймали терапію ГКС. Пацієнти були розділені на 2 групи, в 1 групі знаходилось 23 пацієнта які приймали ГКС на фоні інфекції Covid-19 та не мали супутньої серцево — судинної патології, в групі 2 знаходилось 17 пацієнтів, які мали супутню серцево-судинну патологію (ІХС, пароксизмальну форму фібриляції передсердь та гіпертонічну хворобу серця, вади серця).

Результати: завдяки нашому дослідженню було виявлено, що найчастішим ускладненням терапії

ГКС було дестабілізація артеріального тиску, а саме його підвищення. У групі 1 у 8 пацієнтів було виявлено підвищення артеріального тиску вище 140/80мм рт.ст., яке супроводжувалося головним болем, почервонінням обличчя, головокружінням. Артеріальний тиск нормалізувався у всіх пацієнтів після закінчення терапії ГКС. У групі 2 підвищення артеріального тиску вище 140/80мм рт.ст. спостерігалось у 7 хворих, у 5 хворих спостерігалось підвищення артеріального тиску вище 170/80мм рт.ст., дані побічні явища виникли на фоні прийому антигіпертензивної терапії та потребували її корекції. У 2 пацієнтів виник епізод порушення ритму серця (пароксизм фібриляції передсердь) на фоні постійної антиаритмічної терапії.

Висновки: призначення глюкокортикостероїдів у пацієнтів хворих на гостру респіраторну вірусну інфекцію Covid-19 повинно відбуватись виключно за умов, якщо потенційна користь від терапії перевищує потенційний ризик побічних явищ. Терапія ГКС потребує більш ретельного нагляду за пацієнтом та контролю скарг, артеріального тиску, пульсу, результатів огляду лабораторних та інструментальних досліджень (ЕКГ, коагулограми, електролітів крові). На фоні терапії ГКС може спостерігатись тимчасове підвищення артеріального тиску.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ (COVID-19) ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕМЕЗЕВІМАБУ ТА БАНЛАНІВІМАБУ

Слісєва Є. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Перебіг коронавірусної хвороби є дуже мінливим та з великою вірогідністю може мати важкий перебіг у людей похилого віку та обтяжених супутньою патологією, у зв'язку з цим, є велика потреба у пошуку та застосуванні нових більш ефективних препаратів для лікування і профілактики можливих ускладнень хвороби. На сьогодні, препарати моноклональних антитіл є одним із найперспективніших напрямків у терапії COVID-19.

Мета дослідження. Проаналізувати особливості перебігу коронавірусної хвороби під час лікування з використанням препаратів моноклональних антитіл (емезевімабу та банланівімабу) на базі пульмонологічного відділення КНП "ООКЛ" ООР у пацієнтів похилого віку та/або обтяжених супутньою патологією.

Матеріали і методи: у дослідження було включено 37 стаціонарних пацієнтів із діагностованою коронавірусною пневмонією, критеріями для призначення емезевімабу та банланівімабу були: госпіталізація до 7-го дня від початку хвороби, важкий прогноз перебігу COVID-19 (наявність онкологічної патології, супутніх захворювань, вік більше 60 років). Для оцінки перебігу коронавірусної хвороби перед введенням моноклональних антитіл, вакцинальний статус хворих, кількість проведених

ліжко-днів, використання ГКС (доза, кількість днів), % ураження легеневої тканини на КТ, сатурація перед введенням та перед випискою, на який день після використання препаратів нормалізувалась температура, показники СРБ та Д-дімеру у динаміці, яка клініка превалювала у досліджуваних хворих та кількість померлих після використання вищезазначеної терапії.

Результати та висновки. Використання емеzeвімабу та банланівімабу у терапії коронавірусної хвороби дозволило зменшити кількість проведених ліжко-днів, відсоток важкого перебігу хвороби і смертності (померлих серед пацієнтів, яким було введено препарати МА, немає). Отже, використання моноклональних антитіл до кінця першого тижня від початку коронавірусної хвороби (COVID-19) є ефективним методом лікування, який покращує прогноз та перебіг хвороби в обтяжених хворих.

ПОРУШЕННЯ ПОКАЗНИКІВ КОАГУЛЯЦІЙНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ КРОВІ НА ТЛІ ЛІКУВАННЯ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ (COVID-19)

Мороховська К. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Станом на сьогодні виявлено, що у пацієнтів із коронавірусною хворобою порівняно з хворими із запаленням легень без COVID-19 значно частіше розвиваються тромбоемболічні ускладнення. Ретельне спостереження показало, що у багатьох із них спостерігалися порушення в результатах лабораторних досліджень системи згортання крові, зокрема підвищення рівня Д-дімеру, що є маркером тромбоутворення.

Мета дослідження. Проаналізувати порушення показників коагуляційних властивостей крові на тлі лікування коронавірусної хвороби (COVID-19) моноклональними антитілами на базі пульмонологічного відділення КНП «ООКЛ» ООР.

Матеріали і методи. Проаналізовано 37 медичних карт стаціонарних хворих, госпіталізованих до пульмонологічного відділення ООКЛ. Для оцінки показників коагуляційних властивостей крові хворих на коронавірусну пневмонію на тлі лікування моноклональними антитілами проводили моніторинг рівня тромбоцитів, фібриногену, протромбінового часу, протромбінового індексу, тромбінового часу, АЧТВ, МНО, Д-дімеру у динаміці до початку та після закінчення лікування.

Результати та висновки. Під час аналізу результатів вивчення коагуляційних властивостей хворих на коронавірусну пневмонію перед початком та після закінчення лікування моноклональними антитілами виявлено позитивну динаміку у вигляді покращення лабораторних показників системи згортання крові та рівня Д-дімеру, що вказує на зниження ризику тромбоутворення і виникнення тромбоемболій. Таким чином, раннє лікування коронавірусної хвороби дозволяє знизити ризик ускладнень, пов'язаних з порушенням системи гемостазу, і покращити прогноз.

ЗНАЧЕННЯ БІОМАРКЕРУ NT-proBNP У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО COVID-19

Январьова О. Ю, Маряхіна Є. Ю

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. За даними МОЗ України на 2021 рік нараховується більше 185 тис. смертей від серцевої недостатності після Covid-19.

Мета: виявити та обстежити пацієнтів за допомогою показника NT-proBNP після ковід-19 на наявність хронічної серцевої недостатності та для профілактики і зниження ризику смертності.

Матеріали та методи: було обстежено 24 пацієнта (50–70 років), які перенесли корона — вірусну хворобу у тяжкій формі, 14 з яких мали хронічну серцеву недостатність, та 10 пацієнтів без серцевої недостатності. Обстеження проводилося з квітня 2021 р до січня 2022 р, 14 пацієнтів знаходилися в стаціонарі та 10 амбулаторних пацієнтів. Маркери NT-proBNP призначалися пацієнтам після одужання від COVID-19 зі скаргами на приступи задишки після незначного фізичного навантаження.

Результати. Завдяки нашому дослідженню ми встановили, що показник NT-proBNP у 72 % хворих з раніше виявленою хронічною серцевою недостатністю значно збільшувався після Covid-19, а у 10 % хворих без раніше виявленою серцевою недостатністю залишався стабільним або збільшувався незначно.

Висновок. Всім хворим зі скаргами на приступи задишки після незначного фізичного навантаження з раніше виявленою хронічною серцевою недостатністю та без раніше виявленою серцевою недостатністю після перенесеного COVID-19 необхідно проводити аналіз крові на NT-proBNP для профілактики ускладнень, своєчасного лікування та зниження ризику смертності.

D-ДИМЕР ТА ІНДЕКС ПОШКОДЖЕННЯ ПРИ СИСТЕМНОМУ ЧЕРВОНОМУ ВОВЧАКУ

Хзам М. Б.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета — дослідження показників системи гемостазу хворих із системним червоним вовчаком (СЧВ).

Об'єкт і методи дослідження. Загально клінічне дослідження, визначення показників системи гемостазу до початку лікування, стандартне обстеження пацієнта з СЧВ згідно з рекомендаціями EULAR (2019) та Всеукраїнської асоціації ревматологів України, статистичні методи. Обстежено 10 пацієнтів із СЧВ віком 30–68 років.

Результати. Такі показники гемостазу, як протромбіновий індекс, фібриноген, а також D-димер були нормальними або підвищеними у хворих з активним СЧВ. Були виявлені тромбоцитопенія, нормальний вміст тромбоцитів та тромбоцитоз. Підвищення рівня D-димера спостерігалось при

більш високому ступені активності, індексу ушкодження та наявності коморбідної патології в пацієнтів із СЧВ.

Висновки. У діагностиці важливим є комплексний підхід. Окремо жоден з лабораторних показників діагностики не може бути підставою для встановлення діагнозу.

За даними літератури, пацієнти з початковою високою концентрацією D-димеру мають приблизно в 3,5 рази більший ризик розвитку венозних тромбоемболічних ускладнень, ніж пацієнти з низькою концентрацією. Підвищений рівень D-димеру в крові свідчить про процеси тромбоутворення, що активно протікають, але не дозволяє судити про локалізацію тромбу.

Тому пацієнти із СЧВ з високим рівнем D-димера потребують інструментального обстеження для підтвердження або виключення тромбозу.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ ТА КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ ПРИ НЬОМУ

Пархоменко О. Ю.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Ревматоїдний артрит (РА) — аутоімунне ревматичне захворювання невідомої етіології, яке характеризується хронічним ерозивним артритом (синовітом) і системним ураженням внутрішніх органів. РА є одним з найбільш поширених ревматичних захворювань, на який в світі страждають майже 20 млн осіб, а щорічна кількість хворих зростає на 3–4 %. Приблизно 2/3 хворих на РА є працездатними вже на 10-му році хвороби, мають виразні функціональні порушення та обмеження у повсякденному житті.

Мета роботи — вивчити особливості клінічного перебігу РА в сучасних умовах за даними ревматологічного відділення Багатопрофільного медичного центру Одеського національного медичного університету (БМЦ ОНМедУ) та коморбідних станів при ньому.

Було обстежено 86 хворих на РА (випадкова вибірка). Проводилося повне клініко-лабораторне обстеження для верифікації діагнозу РА (ACR/EULAR, 2010).

Серед хворих переважали жінки — 59 осіб (79,1 %), чоловіків — 18 осіб (20,9 %), у віці від 24 до 80 років (середній вік — $(57,10 \pm 1,53)$ року). Хворі молодого віку (24–44 років) склали 15,1 % (13 осіб); середнього віку (45–59 років) — 64 % (56 осіб); старшого віку (60–80 років) — 20,9 % (18 осіб).

В більшості хворих (у 88,4 %, 76 хворих) був серопозитивний варіант РА, серонегативний спостерігався у 11,6 % (10 хворих); 46,5 % (40 хворих) були позитивними за А-ССР.

Тривалість захворювання становила від 2 місяців до 42 років (середня тривалість — $(9,75 \pm 1,99)$ року).

У 91,9 % хворих (79 осіб) відзначалось ураження суглобів кистей та стоп, у 77,9 % хворих (67 осіб) — променевоzap'ясткових суглобів, у 58,1 % (50 осіб) — гомілковостопних суглобів, у 54,7 % (47 осіб) — колінних суглобів, у 10,5 % (9 осіб) — ліктьових суглобів, у 8,1 % (7 осіб) — плечових та кульшових суглобів.

Переважну більшість серед хворих складали пацієнти з II ступенем активності захворювання — 54,7 % (47 осіб), у 30,2 % (26 осіб) відзначався I ступінь активності, у 15,1 % (13 осіб) — III ступінь.

Функціональна недостатність суглобів (ФНС) була такою: I ст. у 1 хворого (1,2 %), II ст. — у 75 хворих (87,2 %), III ст. — у 10 хворих (11,6 %).

В третини хворих — 33,7 % (29 осіб) за даними рентгенденситометрії відзначався остеопороз, у 9,3 % (8 осіб) — остеопенія. 8 пацієнтів (9,3 %) перенесли операції ендопротезування суглобів.

Більш ніж половина хворих — 51,2 %, (44 особи) були інвалідами: I групи — 4 хворих (4,7 %), II групи — 18 хворих (20,9 %), III групи — 22 хворих (25,6 %).

Усі обстежені хворі отримували глюкокортикостероїди в дозі до 7,5 мг на добу в еквіваленті преднізолону та нестероїдні протизапальні препарати (100 %). Базисну терапію отримували 93 % хворих (80 осіб): переважна більшість — 62,8 % (54 хворих) — метотрексат, 17,4 % (15 хворих) — лефлюнамід, 12,8 % (11 хворих) — комбіновану терапію метотрексатом та лефлюнамідом. Терапію біологічними агентами одержували 13 хворих (15,1 %).

Серед коморбідних станів найчастіше були виявлені артеріальна гіпертензія (46 хворих, 53,5 %) та аутоімунний тиреоїдит (20 хворих, 23,3 %).

Таким чином, серед обстежених переважали жінки середнього віку з серопозитивним варіантом РА, які найчастіше мали ураження суглобів кистей, стоп, променевоzap'ясткових, гомілковостопних та колінних суглобів, з помірною активністю захворювання та ФНС II ступеня, більш ніж третина з яких мала остеопороз.

Серед коморбідних станів переважала артеріальна гіпертензія, що треба враховувати при спостереженні та подальшому лікуванні цієї категорії пацієнтів.

Вивчення патогенетичних ланок взаємозв'язку між РА та артеріальною гіпертензією буде в подальшому предметом наших досліджень.

COVID-19 ТА ЗАХВОРЮВАННЯ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ: ЧИ Є ЗВ'ЯЗОК?

Бурмістрова Л. Д.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Інфекція SARS-CoV-2 викликає поліорганне ураження завдяки широкій експресії ангіотензинперетворюючого ферменту типу 2 (АПФ-2) на клітинах (рецептор SARS-CoV-2), гіперактивації імунної системи, цитокіновому шторму та запуску аутоімунних процесів в організмі людини. Дисфункція ЩЗ була виявлена у пацієнтів з легким чи помірно тяжким COVID-19. Ураження ЩЗ може

бути результатом прямого або імуноопосередкованого ушкодження. РНК SARS-CoV-2 була виявлена у ЩЗ, що підтверджує думку про її пряме інфікування. В інших дослідженнях присутність SARS-CoV-2 у тканині ЩЗ не була підтверджена. Клітини ЩЗ мають значну кількість АПФ-2, тож можуть безпосередньо бути уражені SARS-CoV-2. Дослідження показали, що ген та білок АПФ-2 мають високий ступінь поліморфізму, що були пов'язані з різним ступенем тяжкості перебігу COVID-19 у різних пацієнтів. Поліморфізм АПФ-2 може пояснювати відмінність ураження ЩЗ та інших органів у різних пацієнтів. Рівень експресії АПФ-2 збільшується з віком, у жінок рівень експресії АПФ-2 більший, ніж у чоловіків, адже ген АПФ-2 локалізований на короткому плечі Х-хромосоми. Також, зв'язок між ризиком зараження та ускладнень COVID-19 та генетичними поліморфізмами залежить від етнічної приналежності. Є повідомлення про випадки персистенції антитіл класу IgM до спайкового глікопротеїну та N-білка SARS-CoV-2, що виявляли методом ELISA. Рівні IgM у сироватці позитивно корелювали з рівнями С-реактивного білка, лактатдегідрогенази, лужної фосфатази та негативно з рівнями альбуміну, що вказує на можливість участі IgM у неконтрольованих запальних реакціях та подальшому пошкодженні органів у тяжких випадках захворювання. Можлива неконтрольована реплікація SARS-CoV-2 та/або надмірне запалення, спричинене важким COVID-19, може призвести до надвиробництва антитіл. Визначено: персистуючі антитіла IgM до SARS-CoV-2 асоціюються з хронічними симптомами COVID-19, а комбінація IL-6 ≥ 10 пг/мл та СРБ ≥ 10 мг/л — з потребою у шпиталізації. Завдяки порушенню балансу Т-хелперів 1-го, 2-го та 17-го типів, Т-регуляторних клітин, активації аутоімунної відповіді на антигени, що вивільнюються при ураженні ЩЗ імунними клітинами, SARS-CoV-2 може порушити імунотолерантність у схильних пацієнтів, що призведе до нового аутоімунного тиреоїдиту, загострення попереднього захворювання ЩЗ або рецидиву. Таким чином, необхідне встановлення зв'язку між новим захворюванням ЩЗ та COVID-19 для впровадження скринінгу функції ЩЗ, у вилікуваних від COVID-19, та її вчасної корекції.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ МОБІЛЬНИХ ПОРТАТИВНИХ РЕЄСТРАТОРІВ ЕКГ У ХВОРИХ НА ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Горбовецький М. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. При фібриляції передсердь (ФП) основними лікувальними стратегіями є: контроль ритму та контроль частоти серцевих скорочень (ЧСС) у межах цільових значень. Обидві стратегії потребують частого моніторингу параметрів ЕКГ. Діагностичний контроль на даний момент може проводитися тільки в лікувальних закладах,

тому що в побутових умовах відсутні технічні засоби для достовірного визначення ритму та ЧСС у хворих на ФП. У разі пандемії COVID-19 актуальним є використання методів дистанційного контролю ЕКГ, обмеження контактів. У цій роботі розглядається можливість використання мобільного кардіографа KardiaMobile 6L для реєстрації ЕКГ у пацієнтів із ФП у домашніх умовах.

Мета: Визначити чутливість та специфічність методики реєстрації ЕКГ кардіографом KardiaMobile 6L для виявлення ФП. Визначити точність підрахунку ЧС кардіографом KardiaMobile 6L у хворих на ФП.

Матеріали та методи. Обстежено 66 пацієнти кардіоревматологічного відділення, чоловіки та жінки, середнім віком 68 ± 11 років, у частини з яких на стандартній ЕКГ була верифікована фібриляція передсердь.

Для додаткового обстеження використовували мобільний кардіограф KardiaMobile 6L, який реєструє серцеву діяльність на шести відведеннях одночасно. (I, II, III, aVL, aVR та aVF). Методика — для кожного пацієнта з обстеженої групи реєструвалася стандартна 12-канальна ЕКГ (еталонна ЕКГ), реєструвалася ЕКГ кардіографом KardiaMobile 6L, проводилася оцінка ритму та ЧСС експертним методом з еталонної ЕКГ, проводилася автоматична оцінка ритму та ЧСС з вбудованих алгоритмів.

Результати. В обстежуваній групі методом експертної оцінки еталонної ЕКГ виявлено фібриляцію передсердь у 20 хворих, методом реєстрації кардіографом KardiaMobile 6L ФП визначалася у тих самих 20 осіб. Таким чином, чутливість методики становила 100 % порівняно зі стандартною методикою реєстрації ЕКГ. У одного пацієнта з синусовою тахікардією, можливо внаслідок наявності артефактів, ритм був хибно інтерпретований як ФП, що говорить про 98,5 % специфічності.

Достовірність вимірювання ЧСС оцінювалася порівнянням результатів, отриманих еталонним методом реєстрації ЕКГ та методом реєстрації кардіографом KardiaMobile 6L з використанням критерію Стьюдента для пов'язаних вибірок. Отримана різниця була статистично незначною на рівні $p > 0,05$

Висновки:

1. Дослідження продемонструвало високу чутливість та специфічність кардіографа KardiaMobile 6L для діагностики ФП, що дає нам підстави рекомендувати використання цього пристрою у повсякденній практиці для діагностики такого порушення ритму, як ФП.

2. Кардіограф KardiaMobile 6L досить точний у підрахунку ЧСС, що дозволяє контролювати ефективність та безпеку застосування препаратів для контролю ЧСС, а також підтримання ЧСС у цільовому діапазоні. Проведене дослідження є повністю унікальним, тому в даному напрямку роботи з оцінки достовірності підрахунку ЧСС у хворих на ФП не проводилися.

У даного дослідження багато перспектив, так як більшість антиаритмічних препаратів впливають на проведення та вимагають регулярного контролю параметрів ЕКГ (інтервалів PQ, QT, QR)

ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ

Єленич Ю. С., Тулянцева Є. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність: Ожиріння є глобальною проблемою сучасної медичної спільноти. За оцінками, приблизно 1,5 мільярда дорослих людей у всьому світі мають надмірну масу тіла або ожиріння, серед них близько 200 мільйонів чоловіків і 300 мільйонів жінок страждають на ожиріння. Насьогодні є актуальним зростаюча розповсюдженість неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) у пацієнтів які живуть з ожирінням. НАЖХП об'єднує спектр клініко-морфологічних форм з різним перебігом та прогнозом, починаючи від неалкогольного жирового гепатозу (НАЖГ), неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ), що може перрости у фіброз (ФП) чи цироз печінки (ЦП) та закінчуючи розвитком гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК). За даними світових публікацій зараз відбувається збільшення поширеності та тяжкості НАЖХП, яке пов'язують з тенденціями щодо зростання ожиріння.

Мета: визначення наявності захворювань печінки у пацієнтів з ожирінням різного ступеню тяжкості.

Матеріали і методи. За дизайном дослідження виконано ретроспективний аналіз 37 карт пацієнтів, які перебували на амбулаторному спостереженні щодо діагнозу ожиріння та були обстежені за допомогою УЗД-дослідження для того, щоб виявити можливі зміни з боку шлунково-кишкового тракту.

Результати дослідження. У нашому дослідженні прийняло участь 37 пацієнтів середній індекс маси тіла (ІМТ) яких склав $(43,00 \pm 1,56)$ кг/м². Було встановлено, що серед пацієнтів незначно переважала жіноча популяція, а саме 54,05 % (n=20), а чоловіків 45,95 % (n=17). За допомогою УЗД-дослідження у 24 наших пацієнтів було діагностовано патологічні зміни зі сторони печінки, а саме: НАЖГ у 9 випадків (37,5 %) та НАСГ у 15 випадків (62,5 %). Разом із цим нами було встановлено взаємозв'язок між ступенем тяжкості перебігу ожиріння та виявленням захворювань печінки, а саме був встановлений прямий тісний кореляційний зв'язок між цими показниками за Пірсоном ($r=0,807$).

ПАТОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СУДИН НИЖНІХ КІНЦІВОК У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ

Мальченко Д. О., Тулянцева Є. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Не дивлячись на нові проблеми та виклики, які щодня постають перед медичним суспільством, досі актуальною є проблема ожиріння. За даними ВООЗ з 1975 по 2016 рік кількість людей, що страждають ожирінням, у всьому світі зросло більше ніж у три рази. Згідно з новітніми даними, станом на 2019 рік, ожиріння було діагностовано у 13 % населення світу, а в Україні цей показник становить 24,8 %. Ожиріння призводить

до виникнення серцево-судинних, онкологічних захворювань, цукрового діабету 2 типу та проблем із опорно-руховим апаратом, що досить сильно впливає на якість та тривалість життя людини.

Мета роботи: проаналізувати зв'язок ожиріння з виникненням патологічних змін у судинах нижніх кінцівок.

Матеріали і методи. Нами був виконаний ретроспективний аналіз 32 карт пацієнтів, які перебували на амбулаторному спостереженні щодо діагнозу ожиріння, та даних дуплексного сканування вен нижніх кінцівок.

Результати. В ході дослідження було проведено ретроспективний аналіз 32 карт пацієнтів. За дизайном дослідження всі пацієнти мали діагноз ожиріння та середнє значення ІМТ склало $(43,52 \pm 1,32)$ кг/м² та середній вік $(47,94 \pm 2,84)$ року. Щодо гендерного розподілу, ми отримали наступні значення: жінки 68,75 % (n=22), чоловіки 31,25 % (n=10). Більшість пацієнтів, а саме 29 (90,63 %) мали скарги: відчуття переповнення, тяжкості, біль у нижніх кінцівках, судоми, втома, набряки, особливо при стоянні та ходьбі, переміжна кульгавість. Таким пацієнтам було призначено проведення дуплексного сканування нижніх кінцівок. Та у результаті було виявлено, що 55,2 % (n=16) пацієнтів мали зміни характерні для хронічної венозної недостатності, а 44,8 % (n=13) мали ознаки варикозної хвороби. Отже, можна зробити висновок, що існує прямий тісний зв'язок між ожирінням та розвитком хронічної венозної недостатності ($c=0,835$) та варикозного розширення вен нижніх кінцівок ($c=0,804$). Зважаючи на середній вік осіб, необхідно надавати чіткі рекомендації щодо дієти та фізичної активності задля покращання якості життя пацієнтів.

ОПТИМІЗАЦІЯ КОРЕКЦІЇ ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Мазніченко Є. О., Чернишова К. С.,
Антонян Д. А., Дончу А. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

В основі патогенетичного процесу розвитку ендотеліальної дисфункції (ЕД) лежить порушення гомеостазу судини, що підтримується за рахунок оксиду азоту. Центральна роль у розвитку та прогресуванні метаболічного синдрому (МС) є процеси запалення та ЕД. Тому метою дослідження було підвищення ефективності лікування пацієнтів із гіперхолестеринемією (ГХ) та метаболічним синдромом шляхом розробки персоналізованої терапії на амбулаторному етапі.

Матеріали та методи. До дослідження було включені n=46 пацієнтів з клінічними ознаками ГХ та МС і розподілені на II групи: I — пацієнти, що отримували розувастатин 20 мг/добу (n=14); II — з аналогічною статинотерапією та Тівортину аспартату (n=22). Було проведено фізикальний огляд, лабораторні (ліпідограма, АЛТ, АСТ, креатинін, СРБ, КФК), інструментальні (ЕКГ, ЕхоКС), статистичні методи обстеження (SPSS Statistics 21.0).

Результати. Порівняльний аналіз даних біохімічних досліджень виявив, що рівень ЗХ, ЛПНЩ достовірно був менше в усіх групах, однак найбільше у II групі: ЗХ менше на 44 % ($p=0,0001$), та на 31 % ($p=0,02$) у I. ЛПНЩ менше на 51 % ($p=0,0001$), II на 58 % ($p=0,01$). Активність печінкових ферментів була менша в обох групах, проте статистичної значущості показники не набували.

Висновки. На підставі проведеного комплексного обстеження всім хворим була підібрана персоналізована терапія. Додавання тівортину аспартату до розувастатину призводила до достовірного зменшення рівнів ЗХ, ЛПНЩ ($p<0,05$) та підвищення рівня ЛПВЩ ($p=0,04$).

КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ

Соловійова А. Д., Тулянцева Є. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. За останні десятиліття кількість людей з ожирінням значно збільшилась. За даними результатів дослідження STEPS, станом на 2019 рік 59,1 % населення України мали надмірну масу тіла, а 24,8 % — ожиріння. Епідемія ожиріння є серйозною медичною проблемою через тісний зв'язок з низкою захворювань, а саме воно асоційоване з численними метаболічними порушеннями, розвитком та прогресуванням серцево-судинних захворювань, цукрового діабету (ЦД) II типу, бронхіальної астми, хвороб шлунково-кишкового тракту та ін., що робить цю проблему особливо актуальною.

Мета роботи. Встановити взаємозв'язок між ступенем тяжкості ожиріння та розвитком коморбідних станів. Визначити наявність коморбідних захворювань у пацієнтів з ожирінням.

Матеріали і методи. Був проведений ретроспективний аналіз 40 карт пацієнтів, які перебували на амбулаторному спостереженні щодо діагнозу ожиріння різного ступеню тяжкості перебігу та були обстежені на наявність супутньої патології.

Результати. В залежності від індексу маси тіла були отримані наступні дані: ожиріння I ступеню — 27,50 % (11 осіб); ожиріння II ступеню — 37,50 % (15 осіб); ожиріння III ступеню — 35,00 % (14 осіб). Середній вік пацієнтів становив $43,94 \pm 1,77$ років, з них жінок 27 (67,50 %), чоловіків 13 (32,50 %). Було встановлено, що у пацієнтів з ожирінням найчастіше виникають такі супутні стани, як: патологія серцево-судинної системи, патологія шлунково-кишкового тракту та ЦД. Аналіз захворювань, що асоційовані з ожирінням показав, що найчастіше у пацієнтів виникали такі захворювання, як гіпертонічна хвороба різного ступеню, ЦД II-го типу, захворювання щитоподібної залози, панкреатит, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба. В структурі захворювань, асоційованих з ожирінням перше місце посідає патологія серцево-судинної системи.

Висновки: Таким чином, ожиріння є вагомим фактором ризику розвитку багатьох захворювань населення та загрожуючих життю станів.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТЕЛА У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА COVID-19 ТА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ

Заїка А. В., Мазніченко Є. О., Сухіна О. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Ураження серцево-судинної системи у пацієнтів на гострий тяжкий респіраторний синдром, викликаний SARS-CoV-2, зустрічаються у 20–30 % госпіталізованих пацієнтів. Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) є безпосередньою причиною смерті приблизно у 30 % всіх хворих незважаючи на проведення антикоагулянтної терапії. При метаболічному синдромі ендотелії втрачає властивості стимулювання вазодилатації, фібринолізу та антиагрегації, що є фактором ризику прогресування серцево-судинних захворювань, тому метою дослідження було провести оцінку перебігу ТЕЛА у пацієнтів хворих на COVID-19 та метаболічний синдром.

Матеріали та методи: до дослідження входило 24 пацієнта, віком від 40 до 75 років (17 жінок, 7 чоловіків), з лабораторно підтвердженим COVID-19 та метаболічним синдромом ускладненим ТЕЛА. Було проведено ЗАК, коагулограма, біохімічне дослідження крові, ліпідограма, визначення D-дімеру, ЕКГ, КТ.

Результати. ТЕЛА діагностували клінічно (наявність болю в грудині (91,67 %) та/або різке наростання задишки (12,5 %)). При фізикальному обстеженні ознаки тромбозу глибоких вен були відсутні. Серед виявлених факторів ризику встановлено: вік старше 65 років, наявність супутніх захворювань (гіпертонічна хвороба, ожиріння) лейкоцитоз, нейтрофіліоз, тромбоцитопенія (83,33 %), підвищення рівня С-реактивного протеїну (87,5 %), D-дімеру, обмеження фізичної активності, легенева недостатність ($p<0,05$). Водночас, отримані дані свідчать, що частота ТЕЛА збільшується з тривалістю захворювання.

Таким чином, вік старше 65, метаболічний синдром, гіпертонічна хвороба та ожиріння є факторами ризику тяжкого перебігу COVID-19 з розвитком ТЕЛА.

ВИВЧЕННЯ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ПРОГНОЗ ТА ПЕРЕБІГ ПОДАГРИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ

Грищенко М. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Не дивлячись на те, що подагрична нефропатія (ПН) є частим вісцеральним ускладненням подагри, яка виявляється більш ніж у половини хворих, вона тривало може залишатися безсимптомною або малосимптомною. Поєднання подагри з метаболічним синдромом (МС) збільшує вірогідність виникнення ускладнень з боку нирок. Зважаючи на те, що прогресування ПН збільшує ризику смерті від ниркової недостатності, важливим є пошук факторів що впливають на прогноз та перебіг даної патології.

Мета дослідження: визначити рівень молекул ниркового ушкодження KIM-1 та NGAL у пацієнтів з подагрою та МС без клінічних ознак хронічної хвороби нирок та вивчити їх вплив на прогноз та перебіг ПН.

Матеріали і методи. Було обстежено 34 чоловіків з достовірним діагнозом подагри та МС, середній вік (56,2±6,4) роки. Тривалість захворювання в середньому склала (11,1±3,5) року. Рентгенологічна стадія 2–3, ступінь функціональної недостатності I–II. Групу контролю склали 28 чоловіків з подагрою без ознак МС.

Всім було проведено збір анамнезу, фізикальне обстеження, дослідження лабораторних показників, а саме загальний аналіз крові та сечі, біохімічні аналізи крові та визначення рівня KIM-1 та NGAL у сечі. Інструментальні методи дослідження включали рентгенографію суглобів, ультразвукове дослідження нирок.

Результати та висновки. Отримані результати свідчать про підвищення рівнів KIM-1 та NGAL в 2-2,4 рази в групі хворих на подагру та МС по зрівнянню з групою без МС, де ці показники були підвищені у 1,6-1,8 рази. Кореляційний аналіз не виявив залежність їх рівня від клініко-лабораторних аналізів, що свідчить про специфічну секрецію даних маркерів клітинами ниркових каналців у відповідь на хронічне ниркове ушкодження. При повторному обстеженні групи через рік було встановлено, що серед пацієнтів з підвищеним рівнем досліджуваних маркерів погіршились показники ниркової функції (СКФ, мікроальбуміурія) у 32 %, в групі контролю у 12 %, також сечокам'яна хвороба була вперше діагностована у 5 пацієнтів з основної та у 2х пацієнтів з контрольної групи.

Отже перспективним є подальше вивчення маркерів раннього ниркового ушкодження у пацієнтів з подагрою та МС без клінічних ознак хронічної хвороби нирок, з подальшою розробкою способів сповільнення та профілактики ниркового ушкодження на доклінічному етапі.

ДОДАТКОВІ МОЖЛИВОСТІ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У МОЛОДИХ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗИЄЮ ТА СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ

Чернишова К. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Висока розповсюдженість артеріальної гіпертензії (АГ) та супутнього ожиріння в осіб молодого віку є не тільки медичною, але й соціальною проблемою суспільства. Актуальним є розробка додаткових сучасних підходів до менеджменту молодих пацієнтів з АГ та ожирінням, що дозволить підвищити ефективність існуючої антигіпертензивної (анти-АГ) медикаментозної терапії та запобігти ранньому ураженню органів-мішеней та виникнення ускладнень.

Метою дослідження була оцінка антигіпертензивної ефективності запропонованого комплексного лікування та його вплив на показники якос-

ті життя у молодих пацієнтів з АГ та ожирінням (або надлишковою масою тіла).

Матеріали та методи: було обстежено 123 пацієнта з АГ (ESC 2018), молодого віку 18-44 років (середній вік 32,81±0,58 роки), серед яких надлишкова маса тіла була у 40 пацієнтів, ожиріння — у 42 хворих. Середній ІМТ склав (28,34±0,45) кг/м². Всі пацієнти були розділені на 2 групи в залежності від застосованого лікування: 1-а група — стандартне анти-АГ лікування, 2-га група — модифіковане комбіноване лікування, що включало на тлі стандартних анти-АГ препаратів дозоване контрольоване фізичне навантаження з його обов'язковою реєстрацією, модифіковану дієту DASH зі збільшеним споживанням Са-вмісних продуктів та Метформін при наявності інсулінрезистентності згідно індексу НОМА (з корекцією дози в залежності від ІМТ). В динаміці пацієнтам було проведене холтерівське моніторування АТ (ХМАТ), зля оцінки якості життя (ЯЖ) був використаний опитувальник SF-36.

Результати та їх обговорення. Згідно з даними ХМАТ в 1-ій групі пацієнтів середньодобове значення САТ знизилось на 12,5 % (p=0,01), в 2-ій групі — на 20,2 % (p=0,001), ДАТ — на 11,2 % (p=0,03) та на 18,8 % (p=0,01) (різниця між групами для САТ та ДАТ склала p=0,032 та p=0,041 відповідно). Оцінюючи ступінь нічного зниження АТ, в 1-ій групі відсоток пацієнтів з недостатнім зниженням АТ (non-dipper) та стійким підвищенням (night reaker) знизився недостовірно (p=0,086), на відміну від 2-ої групи, де спостерігалась достовірна (p=0,02) позитивна динаміка відносно цих несприятливих типів профілю АТ. Оцінюючи показники ЯЖ згідно SF-36, фізичний компонент здоров'я в 1-ій групі збільшився на 16,7 %, в 2-ій групі — на 33,4 % (p=0,001), психічний компонент здоров'я — на 13,5 % та на 28,9 % відповідно (p=0,001).

Таким чином, додаткове застосування запропонованого лікувального комплексу з включенням дозованого реєстрованого фізичного навантаження, збільшенням споживання Са-вмісних продуктів та корекцією інсулінрезистентності достовірно підвищує ефективність антигіпертензивної медикаментозної терапії та позитивно впливає на фізичний та психічний компоненти ЯЖ у пацієнтів молодого віку з АГ та ожирінням або надлишковою масою тіла.

ПОНЯТТЯ ПРО ЖОРСТКІСТЬ СУДИН ТА ЇЇ ДОСЛІДЖЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗИЄЮ І СТУПЕНЯ

Макєєва М. А., Парасківа Д. Г., Гуненко І. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Серцево-судинні захворювання займають лідируючі позиції серед смертності населення у всьому світі. Це сприяє пошуку методів виявлення факторів ризику. Одним з таких параметрів є швидкість розповсюдження пульсової хвилі (ШРПХ), що відображає ступінь жорсткості судинної стінки. Збільшення ШРПХ залежить від: віку, морфологічної будови судини, дисфункції ендотелію, по-

рушення ліпідного та вуглеводного обміну та ін. Визначення швидкості поширення пульсової хвилі дозволяє виявити початок розвитку тяжких порушень серцево-судинної системи та правильно підібрати індивідуальну терапію.

Мета. Вивчити рівень зміни жорсткості судин у пацієнтів з артеріальною гіпертензією І(АГ) ступеню та її порівняння з референтними значеннями.

Матеріали та методи. Було обстежено 15 пацієнтів (7 чоловіків та 8 жінок) віком від 30 до 55 років (середній вік $41,7 \pm 5,3$ роки) з АГ І ступеню. Критерії виключення: порушення ритму та провідності, ревматологічні захворювання з ураженням судин, цукровий діабет, онкологічні захворювання. Вимірювання ШРПХ за загальноприйнятою каротидно-феморальною методикою. ШРПХ визначалась як відношення відстані між точками розташування датчиків до часу проходження пульсової хвилі на відповідному сегменті. Розрахунок проводився ручним методом за формулою L/t , де L — відстань між датчиками, t — час запізнення пульсової хвилі.

Результати та обговорення. За даними літератури відомо, що рівень ШРПХ не повинен у нормі перевищувати 10 м/с. Подальше більш детальне дослідження референтних значень ШРПХ з урахуванням віку показало, що у здорових осіб віком від 20 до 44 років цей показник не повинен перевищувати 8 м/с. Вивчаючи середні рівні систолічного та діастолічного тиску у обстежуваних з АГ І ступеню, були отримані такі результати: САТ — $156,85 \pm 11,7$ мм. рт. ст та ДАТ — $98 \pm 5,52$ мм. рт. ст, рівень ШРПХ склав $10,3 \pm 0,90$ м/с. Отримані результати свідчать, що вже при початкових ступенях АГ жорсткість судин перевищує норму, та треба зауважити, що різниця між референтними рівнями осіб 20-44 років та досліджуваними того віку була достовірною ($p < 0,05$). Таким чином, можна зробити висновок, що артеріальна гіпертензія навіть І ступеню впливає на формування жорсткості судин, а також може бути раннім маркером подальших кардіоваскулярних захворювань.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ З ПАПАЙІ ПРИ ЛІКУВАННЯ МІЖХРЕБЦЕВИХ ГРИЖ

Кравчук К. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

За даними епідеміологічних досліджень, які провадяться у США та країнах західної Європи розповсюдженість болі у нижньої частині спини (БНС) досягають 40–80 процентів. БНС є другою за частотою після респіраторних захворювань причиною звернення до лікаря. Частіше БНС спостерігається у жінок. Джерелом болі в хребцево-рухальному сегменті можуть бути зв'язки, м'язи, фіброзне кільце, принаймі його зовнішні відділи. Деякі дослідження підтверджують дані про те, що дегенерація дисків починається з другої декади життя, що призводить до появи грижевих випинань, які можуть стискувати нервові коренці. Загальноприйнята терапія хондропротекторами, мі-

орелаксантами та YGPG не завжди дає стійкий результат. Багато препаратів дає побічний ефект. Тому є раціональним доповнювати основну терапію фізіотерапевтичними методами з використанням препаратів рослинного походження. Одним з них є препарати з папайї. Каріпаїн містить протектичний рослинний фермент, що діє на патологічно змінені тканини хребта та суглобів

Мета роботи: вивчити дію каріпаїну на міжхребцеві грижі

Матеріали та методи. Група спостереження представлена 40 хворими з БНС, з них жінок 26, чоловіків 14. Всім хворим була проведена р-графія хребта, КТ. Больовий синдром оцінювався за аналоговою шкалою ВАШ до і після лікування. В результаті дослідження зафіксований більш стійкий та тривалий протибольовий ефект у хворих у яких була застосована загальноприйнята терапія в сполученні з фонофорезом каріпаїна, ніж у групі хворих, в яких була застосована тільки загальноприйнята терапія. Таким чином у хворих з БНС включення в комплексну терапію препаратів папайї у вигляді фізіотерапевтичних процедур є обґрунтованим та ефективним.

ВАРІАНТИ МОДЕЛЮВАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО АНТИФОСФОЛІПІДНОГО СИНДРОМУ

Савицький В. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Одним з найбільш яскравих і прогностично небезпечних станів, що проявляються рецидивуючими тромбозами, є антифосфоліпідний синдром (АФС), в основі якого лежить формування антифосфоліпідних антитіл (аФЛ-АТ) — гетерогенних антитіл (АТ) до містяться в плазмі негативнозарядженим мембранних фосфоліпідів. Низька концентрація аФЛ — АТ може виявлятися і у здорових людей (природні АТ), однак при підвищенні їх змісту відбувається розвиток самостійного клінічного синдрому. Однак патогенез розвитку АФС ще досі вивчений недостатньо.

Мета — проаналізувати методологічні підходи моделювання гестаційного антифосфоліпідного синдрому ґрунтуючись на даних сучасної літератури.

Матеріали і методи дослідження. Аналіз методів моделювання гестаційного АФС включав такі критерії відбору: модель АФС повинна мати етіологічний і патогенетичні ланки аналогічні АФС в людей, модель АФС має відповідати лабораторним та клінічним методам діагностики і повинна легко відтворюватися.

Результати. За аналізом методів моделювання АФС у тварин з використанням активної і пасивної імунізацією тварин більш практичною виявилася активна модель імунізації за рахунок простоти відтворюваності і відповідності етіопатогенетичних ланок. Активна імунізація тварин може проводитися за допомогою введення лабораторним тваринам таких речовин: кардіоліпіну, b2GPI, фосфоліпідів, антикардіоліпінові антигену, антигену до фосфоліпідів.

АНАЛІЗ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТІВ СТАРШИХ КУРСІВ ВИЩОГО ЗАКЛАДУ ОСВІТИ

Остапчук Т. М., Найдьонова Л. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Згідно з ВООЗ, тривалість життя і стан здоров'я населення на 50 % залежить від способу життя, найважливішим чинником якого є харчування.

Мета: проаналізувати харчову поведінку студентів 6 курсу та інтернів Одеського національного медичного університету.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 30 респондентів, серед них студентів 6 курсу 13 (43,3 %) та інтернів 17 (56,7 %), чоловіків — 4 (13 %), жінок — 26 (87 %), які були опитані за допомогою спеціально розробленої анкети. Фактичний якісний та кількісний раціон був порівняний з міжнародними стандартами.

Результати дослідження. Виявлена наступна частота вживання продуктів за тиждень: червоне м'ясо вживали 16 (53,3 %) респондентів в середньому 407 г/тиж, що складає 48 % від норми; птиця — 29 (96,7 %) 800 г/тиж, що складає 134 %; риба — 19 (63,3 %) 279 г/тиж — 66 % від норми. Інші джерела білку: яйця 30 (100 %) — 6,4 штук/тиж — 128 % від норми, горіхи 22 (73,3 %) — 110 г/тиж — 105 % від норми. Молоко вживали 17 (56,7 %) респондентів 707 мл/тиж, кисломолочні напої — 21 (70 %) — 514 мл/тиж, разом вживання молока та кисломолочних напоїв відповідає лише 36 % від норми; сири, бринза — 24 (80 %) 399 г/тиж, що складає 79 % від норми. Вміст крохмалю в раціоні (картопля, крупи, хлібо-булочні вироби) — 1192 г/тиж (50 %). Овочі вживали 25 (83,3 %) респондентів — 966 г/тиж (35 % від норми), фрукти — 25 (83,3 %) 1381 г/тиж (70 %). Рослинні жири — 130 мл/тиж (58 %), тваринні — 12 (40 %) — 75 мг/тиж (79 %). Чай (чорний та/або зелений) вживали 100 % респондентів — 2707 мл/тиж; каву — 17 (56,7 %) — 651,4 мл, що відповідає дозволеним нормативам; соки — 11 (36,7 %) — 241,48 мл/тиж; газовані напої — 10 (33,3 %) — 537 мл/тиж. Солодощі вживали 27 (90 %) — 526 г/тиж. Їжу вживали 1 раз на день 1 (3,3 %), 2 рази 3 (10 %) респондента, 3 рази — 25 (83,3 %), 4 рази — 1 (3,3 %).

Висновки. 1. Раціон майбутніх лікарів не відповідає кількісному та якісному складу: майже половина взагалі не вживають червоного м'яса, риби, молока та кисломолочних продуктів, а інші вживають їх у недостатній кількості. 2. Виявлено недостатнє вживання овочів, фруктів, круп, рослинних жирів. 3. Солодощі регулярно вживають 90 % респондентів.

АНАЛІЗ СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ СТАРШИХ КУРСІВ ВИЩОГО ЗАКЛАДУ ОСВІТИ

Остапчук Т. М., Найдьонов А. Ю.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Здоровий спосіб життя — дії, спрямованні на запобігання захворювань, зміц-

нення всіх систем організму та поліпшення загального самопочуття людини і подовження її життя.

Мета: проаналізувати спосіб життя студентів 6 курсу та інтернів Одеського національного медичного університету.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 30 респондентів,

серед них студентів 6 курсу 13 (43,3 %) та інтернів 17 (56,7 %), чоловіків — 4 (13 %), жінок — 26 (87 %). Дослідження здійснювали методом інтерв'ю за допомогою спеціально розробленої анкети. Здійснювали оцінку антропометричних даних — вимірювали зріст, масу тіла з розрахуванням індексу маси тіла (ІМТ); оцінювали рівень офісного артеріального тиску (АТ).

Результати дослідження. Встановлено, що серед опитаних були одружені 8 (27 %) респондентів. Поєднують роботу з навчанням — 21 (73 %), них мають нічні чергування 6 (20 %). Сон менше 7 годин на добу мають 15 (30 %) респондентів. Приймають їжу 3 рази на день 25 (83,3 %), що відповідає вимогам. Недостатню фізичну активність мають 17 (56,7 %). Шкідливі звички виявлено у 3 (10 %) респондентів.

Нормальний ІМТ виявлено у 23 (77 %) обстежених, (середнє значення ІМТ — 21 кг/м²), надлишкова маса тіла — 3 (10 %), з них у 1 (3,3 %) ожиріння, а недостатню вагу мають 4 (13 %). Нормальний офісний АТ виявлено у 26 (87 %), гіпотензію — у 4 (13 %) обстежених.

Загальним станом свого здоров'я задоволені 16 (53 %), проте 19 (63 %) бажають його покращити. Хронічні захворювання (переважно функціональні) мають 13 (43 %), а 20 (66,7 %) респондентів постійно або періодично приймають ліки (гормональні препарати, седативні, гастро-, гепатопротектори), вітаміни та біологічно активні добавки.

Висновки. 1. Більшість майбутніх лікарів поєднують навчання у ВУЗі з роботою (73 %) та/або виконанням сімейних обов'язків (27 %), що зумовлює значне навантаження на стан їхнього здоров'я.

2. Недостатня фізична активність та недостатній сон виявлено у 57 % та 30 % респондентів відповідно.

3. Поліпшити стан свого здоров'я бажають 63 % опитаних.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОСТКОВІДНОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ

Дяденюк В. С., Литвинець Д. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Постковідний синдром — стан після коронавірусної інфекції (COVID-19), спричиненої вірусом SARS-CoV-2, як правило, протягом 3 місяців від моменту дебюту COVID-19 та характеризується наявністю симптомів протягом не менше 2 місяців, а також неможливістю їх пояснення альтернативним діагнозом. Згідно даним Дельфійського консенсуса 2021 року, тільки 23 % пацієнтів повернулися до нормального рівня здоров'я через 12 місяців після COVID-19.

Мета дослідження. Оцінити особливості перебігу постковідного синдрому у студентів та інтернів ОНМедУ.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилось на базі кафедри загальної практики ОНМедУ. Було розроблено електронну анкету та опитано 49 студентів та інтернів, середній вік — 24,65 років, які перенесли COVID-19.

Результати дослідження. Для верифікації діагнозу COVID-19 використовували: ПЦР — 58 %; експрес-тест — 30 %; ІФА — 10 %. Серед респондентів 4 (10,26 %) перенесли захворювання в легкій формі після вакцинації, з них 2 (50 %) захворіли на протязі першого місяця після неї. У 90 % пацієнтів спостерігався легкий перебіг COVID-19, а 10 % мали перебіг середньої важкості.

Поширеними симптомами через 1/3/6 місяців після перенесеного COVID-19 були: головний біль 68 % /14 %/ 4 %; загальна слабкість 66 % /16 %/ 4 %; втрата нюху та смаку 66 % /32 %/ 6 %; порушення пам'яті та концентрації уваги 60 % /38 %/ 14 %; порушення сну 56 % /26 %/ 10 %; тривожно-депресивні розлади (ТДР) 52 % /18 %/ 4 %, задишка — 36 % /8 %/ 4 %, серцебиття — 28 % /8 %/ 4 %, міалгії — 40 % /4 %/ 0, артралгії — 36 % /10 %/ 0.

Якість життя за шкалою EQ5D (за бальною оцінкою) після COVID-19 — склала 82 балу, наявність депресії за даними шкали PQN9: мінімальна депресія 33 (68 %); легка депресія — 14 (28 %), помірна депресія — 2 (4 %). Терапію у постковідному періоді приймало 24 % опитаних (12 (24 %) вітаміни/ноотропи, 2 (4 %) антикоагулянти). Через 6 місяців після захворювання повністю відновились 65,3 % пацієнтів, а у 34,7 % залишився хоча б один симптом.

Висновки. 1. У молодого покоління COVID-19 має переважно легкий перебіг (90 %), проте у 34,7 % респондентів залишаються скарги через 6 місяців після захворювання.

2. COVID-19 спричиняє мультисистемний вплив на організм людини, але кардіоневрологічні порушення є найбільш стійкими.

3. Пацієнтам з постковідним синдромом рекомендовано проведення всебічного обстеження мультидисциплінарною командою для уточнення рекомендацій щодо лікування та реабілітації психічного та фізичного здоров'я.

ОСТЕОПОРОЗ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ АРТРОПАТІЯХ

Чорній О. П.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Ревматоїдний артрит (РА), хронічний прийом глюкокортикостероїдів (ГКС), вік понад 65 років, жіноча стать є відомими факторами ризику розвитку остеопорозу. Проте у хворих на анкілозуючий спонділоартрит (АС), на який в переважно страждають чоловіки працездатного віку, в базисній терапії не використовуються хронічний прийом ГКС, спостерігається розвиток остеопорозу, що погіршує прогноз перебігу захворювання.

Обстеження 71 пацієнтів: 40 з АС 35(87,5 %) чоловіків та 5 жінок віком від 25 до 70, середній вік

46,2 ± 1,8 років та 31 з РА 24(77 %) чоловіків та 7 жінок, віком від 31 до 80 років, середній вік 59,1 ± 2,3 років які відповідали модифікованим Нью-Йоркським критеріям АС та класифікаційним критеріям РА з АCR та EULAR (2010). З дослідження були виключені пацієнти з анамнезом переломів у дорослому віці. Була виконана денситометрія за допомогою двоенергетичної рентгенівської абсорбціометрії на базі БМЦ Університетської клініки ОНМедУ.

В групі хворих на АС середня щільність хребців L1-4 по показнику T=-0,53, Z=0,55, шийки стегна T=-1,37, Z=-1,11, середній ІМТ=24,71. Виявлено остеопенії хребців L1-4 у 14 (35 %) хворих, остеопороз у 4 (10 %). Остеопенія шийки стегна у 18 (45 %) хворих, остеопороз у 7 (17,5 %). ІМТ нижче 18,5 у 7 (17,5 %) хворих, яка була пов'язана з остеопорозом у 4 (57,1 %) хворих, у 3 з остеопенією. Остеопенію обох відділів виявлено у 9 (22,5 %) осіб, у 2(5 %) остеопороз обох відділів. В групі хворих на РА середня щільність хребців L1-4 по показнику T=-0,77, Z=0,56, шийки стегна T=-1,46, Z=-0,73, середній ІМТ=26,0. Виявлено остеопенії хребців L1-4 у 13 (41,2 %) хворих, остеопороз у 3 (9,7 %). Остеопенія шийки стегна у 14(45,2 %) хворих, остеопороз у 6 (19,3 %). ІМТ нижче 18,5 у 1 (3,2 %) хворого з остеопенією обох відділів. Остеопенію обох відділів виявлено у 9(29,0 %) осіб, у 4(12,9 %) остеопороз обох відділів.

Таким чином, розповсюдженість остеопорозу у хворих на АС приблизно на рівні, як у хворих на РА, з превалювання втрати кісткової маси в районі шийки стегна, що обумовлюється особливостями захворювання. Потребується подальше дослідження взаємозв'язку рівня запалення з рівнем зменшенням кісткової маси.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ БАГАТОФУНКЦІОНАЛЬНОГО АПАРАТУ «HUBER» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОЇ ОСТЕОСАРКОПЕНІЇ

Собітняк В. О., Іванів Д. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета дослідження — оцінити ефективність застосування багатофункціонального апарату «Huber» в комплексному лікуванні постменопаузальної остеосаркопенії.

Матеріали та методи. Обстежено 63 жінки у віці (56,5 ± 1,2) року, в постменопаузі (ПМ) з остеосаркопенією (ОСП). Алгоритм дослідження включав: загальноклінічні, лабораторні (25-гідроксивітамін D (25(OH)D), С — термінальний телопептид (СТх)), інструментальні (рентгенівська денситометрія) та функціональні (динамометрія, «тандем-тест», тест «встати та піти», «сісти-встати») методи. В залежності від методики лікування жінки були поділені на 2 групи: I група, (n=33) — отримували метаболіти віт. D і деносуаб; II група, (n=30) — отримували метаболіти віт. D, деносуаб, тренування на багатофункціональному тренажері «Huber». Оцінку ефективності лікування проводили через 3, 6 та 12 міс.

Результати та обговорення. В результаті лікування показник СТх був знижений ($p < 0,05$) в обох групах вже через 3 міс. Однак, в II групі швидкість зниження СТх була вище (в II групі — $0,561 \pm 0,01$ ммоль/л, ($p < 0,01$), в I групі — $0,625 \pm 0,03$ ммоль/л, ($p < 0,01$) відповідно), що свідчить про ефективність проведеної терапії. Рівень 25(OH)D через 3 міс. лікування склав $29,8 \pm 1,2$ нг/мл, ($p < 0,05$), в групі II — $33,1 \pm 1,1$ нг/мл, ($p < 0,05$), через 12 міс. в I групі був $35,2 \pm 1,1$ нг/мл, ($p < 0,05$), в групі II — $36,2 \pm 0,2$ нг/мл ($p < 0,05$). Через 12 міс. показник ВМД в I групі склав $0,641 \pm 0,040$ г/см², ($p < 0,05$), у групі II — $0,652 \pm 0,041$ г/см², ($p < 0,05$), що свідчить позитивний вплив на формування КТ.

Динамометрія показала підвищення м'язової сили через 6 і 12 міс. лікування в обох групах: у пацієнток I групи склав через 6 міс. лікування $18,5 \pm 0,8$ кг, ($p < 0,05$), через 12 міс. — $22,3 \pm 0,69$ кг, ($p < 0,05$), у II групі — відповідно $23,6 \pm 0,71$ кг, ($p < 0,05$) і $27,9 \pm 0,56$ кг, ($p < 0,05$). Функціональний тест «танDEM — тест» у пацієнток I групи склав через 6 міс. лікування $9,33 \pm 0,62$ с, через 12 міс. — $12,1 \pm 0,52$ с, ($p < 0,05$), у II групі — відповідно $12,3 \pm 0,52$ с, ($p < 0,05$) і $14,5 \pm 0,52$, ($p < 0,05$). Тест «встати та піти» через 6 міс. та 12 міс. в групі I склав відповідно $11,6 \pm 0,32$ с, ($p < 0,05$), у II групі — $10,2 \pm 0,34$ с і $8,63 \pm 0,32$ с, ($p < 0,05$). Тест «сісти-встати» через 6 міс. та 12 міс. в групі I склав $12,6 \pm 0,52$ с, $9,32 \pm 0,54$ с, ($p < 0,05$); у II групі — $11,6 \pm 0,49$ с і $8,3 \pm 0,65$ с, ($p < 0,05$).

Висновки. Застосування апарату «Huber» у комплексному лікуванні остеосаркопепії сприяє значному ($p < 0,05$) приросту мінеральної щільності кісткової тканини, функціональних показників м'язової сили, стійкості та координації рухів, попереджує розвиток первинних і повторних переломів.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА COVID-19, ЯК ПРОФЕСІЙНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ, МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ «ЛІКАРЕНЬ І ЛАНКИ»

Січкарь О. В., Романюк К. О

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Актуальність. В період пандемії 3/4 з виявлених працівників з COVID-19, були зайняті у підрозділах, які надають допомогу хворим на коронавірусну хворобу, не зважаючи на використання достатньої кількості захисних засобів і забезпечення карантинних заходів у «червоній зоні». Передача захворювання від медпрацівника медпрацівнику, у т. ч. поза межами «червоної зони», є ведучим шляхом розповсюдження захворювання у лікарнях, що перетворює заклади, які надають медичну допомогу при COVID-19, на постійно функціонуючі самовідновлювальні осередки інфекції.

Мета роботи. Оцінка ефективності виявлення COVID-19 серед медичних та інших працівників «лікарень І ланки» Одеської області під час 1-2 хвилях епідемії.

Матеріали і методи. Досліджувались матеріали епідеміологічного розслідування (довідки і кар-

ти епідобстеження, результати ПЛР дослідження, дані щодо забезпеченості індивідуальними засобами і дез. розчинами і т. с.) і медична документація (витяги з історій хвороби, амбулаторні карти, результати додаткових досліджень, медичні картки працівника та ін.)

Результати та обговорення. Згідно отриманих даних в період з 13.05.2020 по 09.01.2021, було досліджено випадково обрані епізоди розслідування гострого захворювання медичних працівників на COVID-19, що сталися у лікарнях «І ланки», 30 епізодів у лікарнях Одеської області (Подільська міська лікарня, Чорноморська лікарня, Ізмаїльська ЦРБ та ін.), в порівнянні з 28 випадками розслідування, що сталися у ООКМЦ. Клінічно підтвержені ПЛР випадки COVID-19 серед працівників були представлені в більшості безсимптомними формами, гострою коронавірусною хворобою, яка протікала у формі нежиття, та запаленням легенів з або без розвитку ускладнень. Серед медичних працівників «чистої зони» спостерігається неконтрольоване розповсюдження коронавірусної інфекції, що потребує активного епідоспостереження у лікарнях, які надають клінічну допомогу хворим на COVID-19 і загально клінічним хворим (розділені на «червону» та «чисту» зони).

ЗАХВОРЮВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ЯК ФАКТОР ПРОФЕСІЙНОГО ВІДБОРУ МОРЯКІВ ПРИ ПРОВЕДЕНІ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ

Січкарь О. В., Романюк К. О

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Актуальність. Фактичними передумовами диспансеризації моряків є неможливість залучення до шкідливих робіт лише здорових моряків і незаконність відсторонення від праці пацієнтів, у яких розвинулись захворювання серцево-судинної системи, що не являються протипоказаннями до виконання шкідливої роботи. Питання вірно вибраної тактики диспансеризації плавскладу набуває особливого значення для море-господарського комплексу з урахуванням великої кількості несприятливих чинників, що впливають на моряка, схильності до суміщення посад та неможливості швидкої заміни члена екіпажу у рейсі.

Мета роботи. Дослідити особливості диспансеризації моряків, хворих на серцево-судинні захворювання, на сучасному етапі і оцінити її значення при проведенні перед рейсових медичних оглядів.

Матеріали і методи. Досліджено медичну документацію моряків, які з 2016 року знаходились на диспансерному спостереженні медичної комісії з огляду плавскладу з приводу наявності серцево-судинних захворювань (ССЗ).

Вивчались особливості віку, кратності проведення оглядів, розповсюдженості окремих нозоформ, прогресування захворювань під час повторних оглядів, поліморбідності і наявності супутніх захворювань.

Результати та обговорення. На диспансерному спостереженні медичної комісії знаходилося 152 мо-

ряки з ознаками захворювань серцево-судинної системи. Диспансерну групу хворих на серцево-судинні захворювання переважно складала моряки старше 50 років. Основні діагнози, з приводу яких проводилось диспансерне спостереження моряка, були пов'язані з підвищенням артеріального тиску, ІХС, варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, іншими патологічними станами.

Висновки. Неможливість чіткого розділу функціональних та стійких порушень регуляції артеріального тиску за ступенем тяжкості за один огляд є головною причиною диспансерного спостереження більшості (80 %) хворих.

Необхідність і обов'язковість урахування діагнозу, а не фактичного функціонального стану моряка, при визначенні придатності до роботи на флоті сприяє використанню синдромальних діагнозів, діагнозів-масок та інших заходів, що спрямовані на протидію бюрократичному ставленню до оцінки здоров'я моряка.

ПОКАЗНИКИ ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРІЇ ТА АСОЦІАЦІЯ З КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ОСТЕОПОРОЗУ

Бесседа А. Я.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета дослідження. Вивчити особливості показників остеоденситометрії та клінічних проявів втрати кісткової тканини у хворих на ревматоїдний артрит (РА).

Матеріали та методи. До дослідження було включено 10 хворих на РА віком 30–68 років, яким була проведена двоенергетична рентгенівська абсорбціометрія (DEXA, dual-energy X-ray absorptiometry). Ретроспективні методи дослідження використовували при зборі анамнезу та вивченні відповідної медичної документації. У всіх пацієнтів діагноз РА і остеопорозу встановлений/підтверджений до критеріїв АСА і EULAR. Під час обстеження хворих використовували загальноприйнятні клініко-лабораторні дослідження та шкалу FRAX з метою оцінки ризику розвитку остеопоротичного перелому.

Отримані результати. Виражені зміни остеоденситометрії у хворих на РА асоціюються з такими проявами остеопорозу, як біль у кістках, порушення постави, зниження росту пацієнта та переломами в анамнезі.

Висновки. Неспецифічність, схожість симптомів ОП і РА — біль у кістках, м'язах, порушення постави обумовлюють складність у діагностиці остеопорозу.

Виявлено погану поінформованість пацієнтів про проблему остеопорозу при РА. Необхідний комплексний підхід у ранній діагностиці та профілактиці остеопорозу та його ускладнень у хворих на РА: своєчасна інформованість пацієнта з РА про порушення метаболізму кісткової тканини, ретельне фізикальне обстеження, збір скарг та анамнезу, оцінка шкали FRAX, регулярне спостереження ревматологом, моніторинг DEXA.

ОСОБЛИВОСТІ СУГЛОБОВОГО СИНДРОМУ В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ КОРОНАВІРУСНУ ІНФЕКЦІЮ

Хоробрих О. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Незважаючи на величезну кількість наукових публікацій, чітка картина віддалених наслідків COVID-19 залишається нез'ясованою. Якщо патологічний стан після перенесеного захворювання зберігається, але збудник не виявляється, то йдеться про наслідки захворювання, котре має право називатися постковідним синдромом. Однією з груп по ознакам і симптомам є м'язово-скелетна система: біль у суглобах, втомлюваність, слабкість, нездатність займатись фізичними вправами. Отже **метою** даного спостереження є: вивчити особливості суглобового синдрому у осіб, які перенесли коронавірусну інфекцію.

Задачі спостереження: вивчити особливості болювого синдрому у осіб в постковідному періоді за шкалою ВАШ, зміни гострофазових показників у хворих на постковідний синдром, зміни в суглобах за даними ультразвукового дослідження та комп'ютерної томографії.

Матеріали та методи. Група спостереження представлена 52 особами від 50 до 74 років, у яких підтверджений в анамнезі наявність вірусу SARS cov — 2 за реакцією ПЛР. З них особи, які не мали скарг з боку суглобів склали-10 (I група), з деформуючим остеоартрозом — 30 (II група), хворі на ревматоїдний артрит — 12 (III група). Давність захворювання складала від 2 до 4 місяців. Всім хворим було проведено опитування за шкалою ВАШ для оцінки болювого синдрому. Проведені клінічні дослідження крові: ШОЕ, СРБ та РФ. Усім хворим проведено ультразвукове дослідження суглобів та КТ. В залежності від основного діагнозу всі хворі отримали довготривалу терапію від 4 до 8 тижнів в залежності від виразності болювого синдрому.

Результати спостереження. До лікування середній показник інтенсивності болювого синдрому у пацієнтів всіх груп був сопоставним і склав $81,6 \pm 21,0$. У пацієнтів всіх трьох груп були значно підвищені гострофазові показники (ШОЕ, СРБ). Під час УЗД у більшості хворих на супутній ДОА та РА були ознаки синовіту суглобів (74 %) Після тривалої терапії у хворих всіх трьох груп значно зменшились гострофазові показники запалення та зникли ознаки синовіту суглобів та у 76 % хворих зник біль у суглобах, у 24 % значно зменшився.

Висновки. Тобто у осіб, які перенесли коронавірусну інфекцію у постковідний період у запальний процес часто залучаються суглоби з вираженими ознаками запалення. При супутньої патології деформуючий остеоартроз та ревматоїдний артрит, значно погіршується стан хворих. Для корекції цих станів необхідна довготривала терапія від 4х до 6 тижнів НПЗП, хондропротекторами та глюкокортикостероїдами.

СКРИНІНГ САРКОПЕНІЇ ПРИ РЕВМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Барась А. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Ревматичні захворювання поєднуються з різноманітними змінами складу тіла, пов'язаними з основним захворюванням, його лікуванням та віковими змінами, наявністю коморбідної патології.

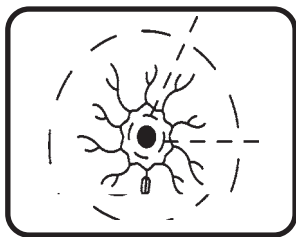
Мета — дослідження м'язової маси у пацієнтів, які страждають на ревматичні захворювання.

Об'єкт і методи дослідження. Загальноклінічне дослідження, стандартне обстеження пацієнтів з ревматичними захворюваннями згідно з рекомендаціями EULAR та Всеукраїнської асоціації ревматологів України, опитування та тести за спеціальною анкетой SARC-F для оцінки функціонального стану м'язової тканини, статистичні методи.

Результати. З 10 пацієток з ревматоїдним артритом (РА) у 5 (50%), за даними опитувальника, можна припустити саркопенію. Саркопенія є частим ускладненням РА.

Висновки. Зменшення мінеральної щільності кісткової тканини (остеопенія та остеопороз), прогресуюче зниження м'язової маси, наростання жирової тканини (саркопенія та саркопенічне ожиріння) сьогодні розглядають як основні синдроми, які сприяють значному зниженню якості життя у пацієнтів будь-якого віку, зумовлюють необхідність у тривалому догляді, приводити до несприятливих результатів.

У свою чергу саркопенія говорить про підвищений ризик розвитку остеопенії, остеопорозу у такого контингенту хворих, ризик падінь та переломів. Однак, загальноприйнятий тест на визначення саркопенії не є специфічним і вимагає подальшої розробки, пошуку специфічного для ревматичних захворювань, зокрема для РА, скринінгового методу та діагностики саркопенії.



СЕКЦІЯ НЕЙРОНАУК Section of Neurosciences

ПРАКТИКА ПІД ЧАС ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В УМОВАХ САМОІЗОЛЯЦІЇ ЧЕРЕЗ ПАНДЕМІЮ COVID-19

Саражина К. С., Марусіч Т. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність: у березні 2019 року світ зіткнувся з пандемією COVID-19, а через карантинні обмеження українська система освіти переходить на дистанційне навчання. Традиційно медична освіта мала переважно очну форму практично орієнтованого навчання.

Мета: забезпечити високу якість оволодіння практичними навичками в післядипломному дистанційному навчанні лікарів-інтернів невропатологів в умовах пандемії COVID-19.

Методи: на кафедрі неврології та нейрохірургії ОНМедУ лікарями-інтернами невропатологами були дистанційно відпрацьовані методики дослідження неврологічного статусу. Після теоретичного розгляду матеріалу інтерни повинні були відпрацювати практичні навички на родичах або друзях, з якими вони проживають та записати відео. Викладач оцінював рівень оволодіння навичками та вносив корективи за потребою. За час застосування методики було отримано 137 відеозаписів саморобного неврологічного огляду, додані фото.

Результати. Відеозапис практичних навичок під час каратину через пандемію COVID-19 виявився досить вдалим з огляду на набуття навичок. За допомогою цього методу було вирішено проблему поганого інтернет-з'єднання, інтерни можуть записувати відео, коли мають доступ до швидкого інтернету. Наявність відеозапису дозволила викладачу детально вивчити ступінь оволодіння інтернами практичними навичками.

Висновки. Під час самоізоляції через карантин з COVID-19 оцінювання ступеню оволодіння практичними навичками за допомогою відеозапису є новим творчим та ефективним способом опанування практичного матеріалу.

ВПЛИВ ЦИТОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ НА ЇЇ КТ-ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРИ СУБАРАХНОЇДАЛЬНОМУ КРОВОВИЛИВІ

Ревурко А. П., Гнатюк І. М.,
Вербицька А. О., Іванюк А. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність: серед найрозповсюдженіших причин КТ-негативних САК є використання КТ-апаратів 1 покоління; недостатня кваліфікація радіологів; пізні строки нейровізуалізації та проведення КТ протягом перших 6 годин після аневризматичної САК на фоні анемії.

Мета: вивчити вплив цитологічних показників крові на її КТ-характеристики.

Матеріали та методи — проведено експериментальне дослідження зразків венозної крові у розведеннях 1:0, 1:0,5; 1:1; 1:2; 1:3; 1:5. Зразки були поміщені в лабораторні пробірки об'ємом 5 мл та пластикові капіляри діаметром 1,5-3 мм (як модель субарахноїдального простору). Зразки були проскановані в мультиспіральному 64-phspjrdjve КТ Neusoft Neuviz із наступним визначенням в одиницях Хаунсфілда (HU), а їх дублікати направлені до лабораторії для цитологічного дослідження.

Результати: у першій пробірці Htc 0. 407, Hb 140 g/l, MCV 93 fl, HU крові у пробірці 67. 33; HU крові у капілярі 62. 82. У другій пробірці Htc 0. 145, Hb 89 g/l, MCV 103 fl, HU крові у пробірці 47. 1; HU крові у капілярі 42. 14. У третій пробірці Htc 0. 096, Hb 63 g/l, MCV 104 fl, HU крові у пробірці 35. 73; HU крові у капілярі 28. 19. У четвертій пробірці Htc 0. 063, Hb 45 g/l, MCV 107 fl, HU крові у пробірці 23. 22; HU крові у капілярі 24. 5. У п'ятій пробірці Htc 0. 049, Hb 32 g/l, MCV 111 fl, HU крові у пробірці 19. 79; HU крові у капілярі 23. 07. У шостій пробірці Htc 0. 024, Hb 20 g/l, MCV 106 fl, HU крові у пробірці 16. 21; HU крові у капілярі 17. 34.

Висновки: анемія тяжкого ступеню може бути причиною КТ-негативних САК.

ГІПЕРРЕАКТИВНИЙ СТАРТЛ-РЕФЛЕКС ЯК ВИНЯТКОВИЙ ПРОЯВ ТЕКТАЛЬНОЇ ГЛІОМИ

Ярова К. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Гліоми стовбуру мозку займають третє місце серед пухлин головного мозку у педіатричній популяції. Клінічні прояви у більшості випадків складають ознаки гідроцефалії, значно рідше — ураження черепних нервів, довгих трактів, атаксії тощо. Стартл-рефлекс є мимовільним захисним стовбуровим рефлексом, що виникає у відповідь на різкий інтенсивний стимул.

Клінічний випадок. 20-річна пацієнтка на протязі 2 тижнів стала відмічати мимовільні різкі рухи голови та правого плеча з одночасним закриттям обох очей, що зменшуються під час використання шумопригнічувальних навушників. У неврологічному статусі: черепні нерви інтактні. Слух за даними аудіографії не порушений. Легкий центральний тетрапарез. Спостерігаються напади мимовільного блимання, що одночасно супроводжуються різкими нахонами голови праворуч і підняттям правого плеча. В іншому без патології. На МРТ головного мозку з контрастуванням визначається солітарне вогнище на рівні лівого нижнього бугорку чотиригорбкового тіла округлої форми, розмірами 2х3мм, гіперінтенсивне у T2 та гіпоінтенсивне у T1, що не накопичує контраст. З огляду на наявність симптомів подразнення вищезазначеної анатомічної ділянки у вигляді гіперактивного стартл-рефлексу та необхідності диференційної діагностики новоутворення з демієлінізуючим та ішемічним процесом хвора спрямована на спектроскопію. За даними МР-спектроскопії головного мозку більш вірогідно high-grade гліома, grade II. Хвора була спрямована на хіміотерапію.

Висновки. Гіперреактивний стартл-рефлекс є рідкісним проявом новоутворень стовбуру головного мозку. Таким чином, детальний неврологічний огляд та співставлення клініко-інструментальних знахідок грають першочергову роль у діагностичній практиці лікаря-невролога.

АНАЛІЗ ТРЕНДІВ НЕВРОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У GOOGLE TRENDS

Ярова К. О., Соболєва К. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Пандемія COVID-19 стала надзвичайною ситуацією у сфері охорони здоров'я, створюючи постійну загрозу життю та здоров'ю людства. Брак достовірної інформації щодо вірусної інфекції та її наслідків, профілактики та вільного доступу до медичних спеціалістів під час локдауну спричинили психологічний тиск та перевели пацієнтський інформаційний пошук в онлайн.

Мета. Дослідити тренди запитів у Google щодо коронавірусної інфекції, та її можливих неврологічних ускладнень за період з моменту оголошен-

ня ВОЗ пандемії до сьогодні в Україні, США, Індії, Великобританії.

Матеріали та методи. Поведінка при пошуку інформації була кількісно визначена за допомогою Google Trends™, що надає обсяг пошуку введених запитів на тиждень відносно загальної кількості запитів у Google. Було отримано обсяг пошуку термінів «біль», «головний біль», «слабкість», «головокружіння», «інсульт», «судоми», «алкоголь», «смерть» зі словами-операторами «після ковіду» та «після вакцинації від ковіду» російською, українською та англійською у період 11. 03. 2020-11. 01. 2022 без використання фільтру категорій.

Результати. Максимальний коефіцієнт запитів «алкоголь після ковіду» (38) 30.05.2020–17.07.2021 співпадає з найнижчим відносним рівнем запитів «біль після ковіду» (35-41) у світі. На Україні пік пошуку «головний біль після ковіду» 11.04.2021–17.04.2021 під час другої хвилі COVID-19, у той час як «біль після ковіду» 25.06.2021–31.06.2021 відповідає періоду з найнижчим рівнем хворих. Запитів щодо вакцинації або прививки з вищезазначеними пошуковими словами на території України не знайдено. В США максимум інтересу до «смерть після вакцинації від ковіду» був 22.08.2020–28.08.2021, що відповідало 38 млн випадків інфікування COVID-19, «алкоголь після вакцинації від ковіду» 24.01.2021–30.01.2021, 28.02.2021–6.04.2021 зареєстровані нові штами COVID-19 з Бразилії та Південної Африки, «слабкість після вакцинації від ковіду» 28.03.2021–3.04.2021, 11.04.2021–17.04.2021 — домінуючий штамп В. 1.1.7, поява індійського штаму В. 1.617. В Індії пік запитів «смерть після вакцинації від ковіду» 23.05.2021–29.05.2021 прийшовся на другий сплеск смертності з початку пандемії (близько 300 тис смертей) та 8800 випадків інфікування чорним грибком серед пацієнтів з COVID-19, «біль після вакцинації від ковіду» 30.05.2021–5.06.2021 та «алкоголь після вакцинації від ковіду» 6.06.2021–19.06.2021 — вакцинація населення Sputnik V. На території Великобританії пік зацікавленості по запиті «смерть після вакцинації від ковіду» 10.01.2021–16.01.2021 відповідає другій хвилі штаму В. 1.1.7, «алкоголь після вакцинації від ковіду» 31.01.2021–6.02.2021 — найвищий щоденний показник вакцинації від COVID-19 (близько 600 тис осіб), «головний біль після вакцинації від ковіду» 11.04.2021–17.04.2021 — рекордний день по отриманню другої вакцини від COVID-19.

Висновки. Сплески запитів співпадають з введенням локдауну у Великобританії та Індії, не співпадає США.

ВПЛИВ ЕНЕРГОЄМНОСТІ СПОРТИВНИХ ВПОДОБАНЬ НА ШВИДКІСТЬ ПРОГРЕСУВАННЯ БІЧНОГО АМІОТРОФІЧНОГО СКЛЕРОЗУ

Балухата О. Ю., Єрмакович В. П.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Бічний аміотрофічний склероз (БАС) — це невиліковне, неухильно прогресуюче нейродегенеративне захворювання із невизначе-

ною етіологією, що вражає мотонейрони. Світова статистика говорить про зростання кількості випадків захворювання на БАС у порівнянні із попередніми роками. Новітні епідеміологічні дослідження БАС виявили 4-кратне збільшення ризику розвитку захворювання у професійних футболістів, що може бути пов'язане із надмірною активацією мотонейронів впродовж життя.

Мета: дослідити залежність швидкості прогресування БАС враховуючи інтенсивність фізичних навантажень.

Матеріали та методи: виконано ретроспективний аналіз історій хвороби 29 пацієнтів з БАС, що знаходились на лікуванні у неврологічному відділенні УК ОНМедУ в період з 2015 по 2022 роки. Аналізовані дані включали вік, стать, форму хвороби, оцінку за шкалою ALS-FRS, наявність в анамнезі занять середньо — та високоенергоємним спортом (за середньою енергоємністю певного виду фізичної активності в кДж), наявність ураження нижнього мотонейрона за результатами електронейроміографії (ЕНМГ). Гендерний розподіл становив 14 жінок та 15 чоловіків (середній $58,9 \pm 9,9$ років) з клінічно-достовірною і клінічно-вірогідною формами БАС за критеріями EL Escorial. За об'єктивну віху тяжкості БАС прийнято досягнення хворими оцінки в 30 балів за шкалою ALS-FRS (що пов'язано із менш із 70 % 9-місячною виживаємістю). Для статистичного аналізу використовувалась регресійна модель Кокса із побудовою кривих Каплана-Маєра.

Результати. За результатами нашого дослідження заняття спортом середньої та великої інтенсивності в анамнезі були асоційовані із гіршим прогнозом, тобто швидшим досягненням ALS-FRS 30 (BP 1.89, 95 ДІ 0,06-4,5; $p=0.55$). Натомість заняттями спортом в анамнезі асоційоване з більш доброякісним перебігом БАС (довша фаза плато). Наявність ураження мотонейрону за ЕНМГ не мала впливу на швидкість прогресування БАС.

Висновки: вища енергоємність фізичних навантажень впродовж життя може бути асоційована із швидшим набуттям хворими функціональних порушень, але більшим періодом плато.

ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ МІТОХОНДРІАЛЬНИХ ДИСФУНКЦІЙ У НЕВРОЛОГІЇ (ВЛАСНЕ КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Бугаєнко А. Р., Гнатюк І. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Мітохондріальні захворювання — це група рідкісних генетичних захворювань. Існує понад 200 захворювань, що викликаються мутацією мтДНК та призводять до енергетичних порушень. Характерні: неухильне прогресування, маніфестація в будь-якому віці, мультисимптомність. В неврологічному статусі найчастіше проявляються: енцефалопатіями, міопатіями, епісиндромом та інсультоподібними станами, що маскує їх під виглядом інших неврологічних хвороб.

Клінічний випадок. Пацієнтка 21 року, що захворіла у 14 років з появою епілептичних нападів.

Згодом з'явилися та просували загальна слабкість, хиткість при ході, посмикування пальців правої стопи та стегна, тремтіння руки при письмі. Об'єктивно: апатична, плаксива, помірна брадикінезія та когнітивні розлади. Сімейний анамнез: паркінсонізм у матері батька. Був виставлений діагноз «Фокальна симптоматична епілепсія з комплексними парціальними вторинно генералізованими нападами». Комбінованою ПЕТ (леветирацетам і ламотриджин) досягнуто контролю над генералізованими нападами, але зберігся міоклонічний статус. У 18 років був діагностований гіпотиреоз. За даними МРТ 2018–2021 р. були виявлені вогнища ГМ з хвилеподібною динамікою і тенденцією до прогресування. Додатково виявлено підвищення рівню лактату ЦСР, лактатацидоз, органічну ацидурію, сколіоз, зниження рівню карнітину плазми була запідозрена мітохондріальна патологія. Виявлено мутацію у гені MT-ND5, що притаманно синдромам MELAS, Leigh або MERRF. Для верифікації діагнозу пацієнтці було рекомендоване проведення біопсії м'язів, від якої вона відмовилась.

Висновки. Мітохондріальні захворювання — це рідкісна тяжка генетична прогресуюча патологія, яка потребує ретельної діагностики та своєчасного виявлення. Пізні діагностування може призвести до незворотніх наслідків.

НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ МОЖЛИВОСТІ ВПЛИВУ НА ПСИХОТИЧНУ СИМПТОМАТИКУ

Кірова М. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність дослідження. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), в період наступних трьох років психічні розлади увійдуть до п'ятірки найбільш витратних хвороб. Незважаючи на те, що одним з відмінних досягнень світової і вітчизняної медицини слід вважати широке і активне використання психофармакотерапії, в останні десятиліття особливу увагу було приділено використанню методів немедикаментозної терапії. Серед існуючих методів немедикаментозної терапії є необхідність звернути увагу на використання біологічного зворотного зв'язку (БЗЗ), який ґрунтується на саморегуляції організму людини.

Метою дослідження було вивчення впливу БЗЗ-терапії як додатку до психофармакотерапії.

Методи дослідження: Використовувалися такі методи, як клінічний, психодіагностичний (НАМ-А), електрофізіологічний та статистичний.

Матеріали дослідження: В дослідженні приймали участь дві групи по 10 хворих з тривожним розладом. В першій групі використовувалася тільки фармакотерапія, хворі другої групи приймали як фармакотерапію так і пройшли курс БЗЗ-терапії.

Отримані результати: Серед досліджених груп було отримані наступні дані. Серед хворих першої групи достовірно зниження тривожної симптоматики було у 6 пацієнтів з 10, а у хворих другої групи, що отримували фармакотерапію поряд з БЗЗ-

терапією, достовірно зниження тривожної симптоматики спостерігалось в 9 людей із 10.

Висновки: додання до стандартної фармакотерапії БЗЗ-терапії за схемою альфа/тета-протоколу дає можливість отримати достовірно кращі результати лікування. Тобто, надання ефективної допомоги повинно передбачати динамічне поетапне використання гнучкого поєднання психофармакологічної та немедикаментозної терапії.

ВЗАЄМОВПЛИВ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЛЮДИНИ ТА ОСОБЛИВОСТІ КОРИСТУВАННЯ СОЦІАЛЬНИМИ МЕРЕЖАМИ

Бєсєда А. Я.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

У наш час технічний прогрес дійшов до того рівня, що він пронизує усе більше сфер життя у повсякденні кожної сучасної людини, і тим самим перетворює особистісне сприйняття світу на нові ланки відображення психічних процесів [1]. Інтерес викликає той факт, що соціальні мережі, як відносно нова ланка технічного світу сьогодення, дає можливість кожному користувачу стати автором та редактором інформації, яку він подає іншим користувачам мереж, тобто створює нову соціальну реальність. У подальшому, коли соціальні мережі заповнять більшу частину різноманітних сфер життя, співвідношення між структурою особистісних особливостей і самопрезентацією у мережах стане більш складним при ідентифікації самостійної особистості. Зміна емоційного стану, що виникла внаслідок використання соціальних мереж, може викликати появу афективних розладів через виникнення нової соціальної реальності.

Мета дослідження: вивчення зміни емоційного стану у осіб, користувачів соціальних мереж.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні прийняли участь 32 особи, середній вік яких був у діапазоні (21±4) роки. Досліджені біли розподілені на 2 групи. 1 група — 14 осіб, що мали в анамнезі діагноз депресивного розладу (депресивні епізод або рекурентний депресивний розлад без психотичних симптомів (F32.1, F32.2, F33.1)). 2-га контрольна група — 18 осіб без депресивних розладів у анамнезі.

Для аналізу даних, щодо рівня та якості життя досліджувані обох груп проходили анкетування на визначення рівня якості життя та рівня присутності депресивного симптоматики, а саме використовувалась «шкала депресії» А. Бека; «Метод дослідження самооцінки Дембо-Рубинштейн»; «шкала вимірювання тактик самопрезентації» за С. Лі та Б. Куїглі; опитувальник «проблемне використання соціальних мереж». (Д. В. Московченко, Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский). Дослідження особливостей користування соціальною мережею, аналіз фотографій груп, дослідження переважаючих категорій зображень та анкетування проводилось із використанням соціальної мережі “Instagram”.

Результати. За результатами наших досліджень було виявлено, що серед осіб із обтяженим діагнозом, у 74 % дійсно спостерігались симптоми на-

бутого депресивного стану різного ступеня тяжкості, на відміну від осіб 2-гої контрольної групи без обтяженого діагнозу, серед яких у 78 % випадків не спостерігалось ніяких ознак подібної симптоматики. Для обох груп була характерним наявність високих показників перфекціонізму стосовно своєї особистості, що виявлялися в особливості самопрезентації обох груп через такі якості як бажання сподобатися іншим. Рисою, що була характерною для самопрезентації у осіб з обтяженим анамнезом була тактика «зречення», «самовибачення». Більшість осіб із обох груп мали адекватну самооцінку. За такими показниками як зовнішність, віра у свої дії, щастя та привабливість у пацієнтів із обтяженим анамнезом показники самооцінки були нижчими за показники контрольної групи. Згідно отриманих даних можна зрозуміти що, особи без обтяженого анамнезу використовували соціальні мережі для регулювання емоційного стану, а особи із обтяженим анамнезом використовували соціальні мережі задля комунікації. Аналіз наданих обстеженими фотографій та публікацій у “Instagram” показав, що у першій групі пацієнтів із обтяженим анамнезом переважали подорожі, та надавався більш глибокий змістовний контекст публікацій на будь-яку тему, на відміну від осіб контрольної групи, де концентрація уваги була менше спрямована на змістовне навантаження публікацій та фотографій, та була більш сконцентрована на публікаціях та фотографіях знайомих або не знайомих людей із колегами, родичами та друзями. У контрольній групі осіб відображення себе, самопрезентація займала до 66 % інформації на сторінці у соціальній мережі, на відміну від осіб із обтяженим анамнезом, де більш характерним була передача змісту у публікаціях для «конкретної» аудиторії (54 %), та трансляція провокаційної реакції, порушення будь яких правил, глобалізація соціальних процесів у повсякденному житті чи ідеалізація тих самих процесів. Для осіб, що мають схильність до депресії, було характерним більш рідке використання соціальних мереж загалом, а у разі деструктивного впливу на свій образ у ході комунікації, вони могли навіть зовсім відмовитися від користування сторінкою у соціальній мережі.

Висновки. Отримані дані вказують на різні мотиви та мету користування соціальними мережами у досліджених груп осіб, що відбивається в подальшому на психологічному та психічному здоров'ї користувачів, та потребує корекції для запобігання розвитку психічних порушень внаслідок деструктивного впливу мереж.

ПОСТКОВІДНИЙ СИНДРОМ. НЕЙРОПСИХІАТРИЧНІ ПРОЯВИ COVID-19

Масько А. М

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність дослідження. Постковідний синдром-складний стан, що характеризуються не просто тривалою втомою, а втомою, яка обмежує зда-

тність людини виконувати звичайні повсякденні справи. За багатьма проявам постковідний синдром нагадує астеною, хоча і має свої особливості. Симптоми постковідного стану: хронічна втома, зміна артеріального тиску і пульсу, втрата нюху і смакових відчуттів, нюхові або смакові галюцинації, головний біль, зниження пам'яті, «туман в голові», зниження концентрації уваги, тривога, яка доходила до панічних атак, порушення нічного сну, синдром роздратованого кишківника, депресія, запаморочення.

Ключовою особливістю даного стану, є те, що всі симптоми можуть з'явитися або погіршаться після мінімальної фізичного, або розумового навантаження. Даний симптомокомплекс обумовлений міалгічним енцефаломієлітом (хронічною м'язовою втомою, тривалістю понад 6 місяців). Хронічна втома, може бути проявом психічних розладів, які тільки «загострилися» на тлі коронавірусної інфекції. На практиці подібна реакція є депресивною відповіддю центральної нервової системи на різноманітні психотравмуючі фактори, що здаються життєвими і зрозумілими, але володіють пошкоджувальними властивостями. В даний час немає діагностичних тестів або будь-яких протоколів лікування або методів профілактики постковідного синдрому. Дослідження, пов'язані з більш ранніми спалахами коронавіруса (CoV) (такими як важкий гострий респіраторний синдром, SARS та близькосхідний респіраторний синдром, MERS), показують нейротропну природу CoV і безліч нейропсихіатричних ефектів, які він може викликати. Хоча поточні пріоритети охорони здоров'я в боротьбі з COVID-19 як і раніше обмежуються підтриманням і усуненням легеневих симптомів, потенційні гострі і довгострокові нейропсихіатричні наслідки інфекції можуть підвищити захворюваність і погіршити якість життя. Делірії, енцефалопатія, нюхові розлади, різкі зміни поведінки, головний біль і порушення мозкового кровообігу є його частими нейропсихіатричними ускладненнями. Це безпосередньо пов'язано зі збільшенням периферичних імунологічних маркерів, тяжкістю інфекції та летальністю.

Метою дослідження було вивчення клінічних проявів постковідного синдрому в психіатричній практиці, нейропсихіатричних проявів COVID-19 і можливі патогенетичні механізми.

Методи дослідження: клінічний, клініко-психопатологічний та психодіагностичний. Шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HAM-A), HAM-D (шкала Гамільтона по депресії), GAD-7 (General Anxiety Disorder-7), Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Mini Mental State Examination (MMSE) були використані для оцінки стану 32 пацієнта, які перехворіли на коронавірусну інфекцію та висловлювали вище описані скарги. У 10 пацієнтів відмічалася порушення когнітивних функцій та нічного сну. У 7 пацієнтів вперше з'явилися панічні атаки та тривожні розлади, у 6 чоловік відмічались прояви депресії легкого та середнього ступеня важкості. Ще у 9 людей проявлялася змішана симптоматика, включаючи неврологічні розлади.

Висновки: враховуючи стрімку розповсюдженість коронавірусної інфекції та згідно з отримани-

ми результатами дослідження, взаємозв'язок психічних проявів з інфекційним захворюванням пропорційно залежний, що потребує подальшої більш детальної уваги спеціалістів для покращення якості життя пацієнтів з постковідним синдромом та запобіганню посиленню нейропсихічних проявів.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПСИХІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Станіславчук В. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність даного дослідження полягає в тому, що діагностика особливостей інтелектуальних порушень та когнітивного функціонування психічних хворих дає можливість прослідкувати початок формування психічної патології більш розширено та допомагає підібрати вірний психотерапевтичний підхід поряд з медикаментозною терапією. Така корекція дасть змогу пацієнтам краще адаптуватися після виписки зі стаціонару до суспільного життя.

Метою дослідження було виявити особливості порушень когнітивних функцій у хворих на шизофренію жінок із виразковою хворобою шлунка за допомогою методики піктограми.

Методи дослідження: анамнестичний, клінічний, психодіагностичний (піктограма).

Матеріали дослідження: 36 жінок, у яких виявився дебют шизофренії. Вік пацієнтів склав 39 — 45 років.

Результати дослідження:

1. На малюнках переважали атрибутивні образи (78 %), що свідчить про знижений рівень мотивації, тому що у пацієнток спостерігалася бажання до економії у відношенні образотворчих засобів.

2. Задовільна кількість конкретних образів (14 %), що підтверджує недостатній рівень протікання діяльності мислення, тобто конкретність мислення.

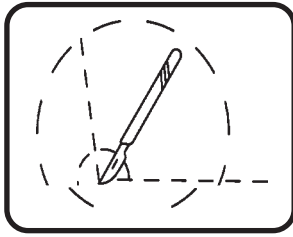
3. Низький процент метафоричних образів (1 %), з чого видно зниження абстрактних асоціацій.

4. Продуктивність опосередкованого запам'ятовування відповідала середньому рівню — 9,6 %

5. Наявність «особливих феноменів»: фрагментизації (7 %), подовження латентного часу, а згодом відмова (4 %), персеверативний феномен єдиної системи (4,5 %), які свідчать про «гальмівну» дію афекту на інтелектуальні процеси та про здатність до уявного та емоційного застрявання.

Висновок. Виявлений рівень інтелектуального рівня можна охарактеризувати як «середній» з тенденцією до зниження внаслідок «гальмівного» впливу психотичного афекту на процеси абстрагування, на ретенційну здатність пам'яті, на схильність до емоційного напруження, застрявання та виснажливості.

Виявлені порушення потребують особливої уваги під час вибору тактики лікування обстежених хворих та вимагають корекції. У малюнках не відображались фабула соматичних скарг, що свідчить про складність у діагностуванні соматичної патології у психічно хворих за допомогою анамнезу.



СЕКЦІЯ ХІРУРГІЇ

Section of Surgery

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ПАЦІЄНТІВ З COVID-19

Мартинов Г. І., Дьячкова З. Е.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета-аналіз багатьох досліджень з загальним числом 2025 пацієнтів показав, що очні ураження зустрічаються у 7 % пацієнтів з COVID-19 (Ling X. C. et al, 2020).

Мета роботи: вивчити клінічні прояви та особливості перебігу офтальмологічної патології у пацієнтів з COVID-19.

Матеріал і методи. Під спостереженням були хворі МКІЛ м. Одеси. Проведений також аналіз історій хвороби пацієнтів з патологією ока, що перехворіли на COVID-19 і проходили лікування в Центрі мікрохірургії ока Багатопрофільного медичного центру ОНМедУ.

Результати. У термін спостереження 3 місяці у 4 хворих на COVID-19 розвинулась картина гострого фолікулярного кон'юнктивіту. На фоні системної противірусної терапії та інстиляції антисептика окомістина протягом 7 днів симптоми кон'юнктивіту зникли, уражень рогівки та рубцевих змін кон'юнктиви не відмічено.

Частота звернень до кабінету швидкої допомоги ЦМО з приводу гострого кон'юнктивіту за осінній період 2021 р. суттєво не відрізнялась за такий самий період 2019 р. 35 хворим з гострим фолікулярним кон'юнктивітом було рекомендовано пройти тестування на COVID-19, в результаті якого у 3 (9 %) з них виявлений коронавірус. Призначено лікування: місцево інстиляції окоферона, азітера. Через 7 днів скарг немає. 27 пацієнтів з перенесеним COVID-19 зверталися з приводу симптому сухого ока, госпіталізовані 2 пацієнта з невритом зорового нерва, 4 — з тромбозом центральної вени сітківки, 5-з гемофтальмом, причому 3 з них безконтрольно приймали антикоагулянти.

Висновки. 1. Клініка і тактика лікування гострого кон'юнктивіту при COVID-19 не відрізняються від таких при вірусному фолікулярному кон'юнктивіті, без ураження рогівки та рубцевих змін.

2. Тяжкий перебіг у хворих з перенесеним COVID-19 мають ураження заднього відділу ока.

Для встановлення причинно-наслідкового зв'язку очної патології з COVID-19 необхідні до-

слідження системного стану пацієнтів з розробкою режиму антикоагулянтів і судинно-зміцнюючої профілактики.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ФЕНОФІБРАТУ (ТРАЙКОР 145) В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ

Кушнір М. О., Терешенко А. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Діабетична ретинопатія посідає одне з провідних місць в структурі офтальмологічних захворювань та інвалідизації населення. Для її лікування, в останні роки в клінічну практику все ширше впроваджується анти-VEGF-терапія.

Мета дослідження. Оцінка ефективності застосування фенофібрату (Трайкор 145) у сполученні з інгібітором ангиогенезу аїліберсептом (Аїлія) для профілактики діабетичної ретинопатії із макулярним набряком.

Матеріал та методи. Проведений аналіз результатів лікування 45 хворих (45 очей) з діабетичною ретинопатією і макулярним набряком, 25 з яких одержували інтравітреально Аїлію за традиційною схемою (контрольна група), а 20, що склали основну групу, додатково до Аїлії приймали Трайкор. Термін спостереження 10-15 місяців. Окрім загальноприйнятих методів дослідження, проводилась оптична когерентна томографія сітківки.

Результати. Через місяць після третьої ін'єкції Аїлії гострота зору в основній групі підвищилась у всіх хворих, в середньому, з $0,17 \pm 0,05$ до $0,53 \pm 0,07$ ($p < 0,001$), в контрольній групі — з $0,19 \pm 0,04$ до $0,35 \pm 0,03$ ($p < 0,001$). Товщина сітківки в центрі макули за даними оптичної когерентної томографії в контрольній групі зменшилась, в середньому, з (351 ± 11) до (293 ± 9) мкм ($p < 0,01$), в основній групі — з (363 ± 15) до (251 ± 7) мкм ($p < 0,001$), тобто була достовірно менша в останній групі. При офтальмоскопії в контрольній групі відмічені поодинокі свіжі крововиливи в сітківку у 19 (76 %) хворих, а в основній групі спостерігалось значне розсмоктування геморагій, свіжі геморагії лише у 5 (25 %) хворих.

Висновки. Трайкор (фенофібрат) значно підвищує ефективність інтравітреального введення препарату анти-VEGF-терапії Аїлія, сповільнює про-

гресування діабетичної ретинопатії, що дає можливість відтермінувати введення Айлії на 2–4 тижні в режимі «лікування та подовження» (“treat-and-extend”).

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ АСТИГМАТИЗМУ У ДІТЕЙ В РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУПАХ

Кармоліна С. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Метою роботи було вивчення особливостей клінічного перебігу астигматизму (АСТ) та оцінка сучасних можливостей профілактики і лікування його ускладнень у дітей в різних вікових групах.

Матеріали і методи. Проведений аналіз даних історій хвороби 100 пацієнтів с АСТ, з них 37 дітей віком від 4 до 6 років, 63 дитини — від 7 до 18 років.

Результати. В 1, молодшій групі, у 81,1 % дітей був гіперметропічний АСТ, в 2, старшій групі переважав міопічний АСТ (50,8 %). В 1 групі найчастіше були такі ускладнення як амбліопія (54,1 %), співдружна косоокість (43,2 %), в 2 групі — астенія (58,7 %), спазм акомодатії (80,9 %), прогресуюча міопія (47,6 %).

При реабілітації хворих застосовували комплексний підхід. В молодшій групі — корекція АСТ, плеоптика, ортоптичне та диплоптичне лікування, в результаті якого було відновлено бінокулярний зір у 25 (68 %) дітей протягом 1 року. Висока ефективність була при безперервному плеопто-ортоптичному лікуванні, яке проводилося як в умовах кабінету охорони зору дітей, так і в домашніх умовах з використанням лікувальної комп'ютерної програми «EYE».

В 2 групі 1/3 дітей корегувалася торичними контактними лінзами. Для лікування порушень акомодатії застосовували медикаментозні, ортоптичні, фізіотерапевтичні методи лікування, рефлексотерапію, що дозволило призупинити прогресування міопії у 21 з 30 дітей (70 %).

Висновки. Принципи лікування захворювань органу зору у дітей, пов'язаних з аномаліями рефракції, зокрема, з астигматизмом, повинні відповідати особливостям онтогенезу зорової системи дитини, бути комплексними з використанням сучасних засобів корекції та лікувальних комп'ютерних програм.

МЕТОДИ МАЛОІНВАЗИВНОЇ АПЕНДЕКТОМІЇ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ВИСОКИМ РИЗИКОМ СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Малота І. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Лапароскопічний метод апендектомії сьогодні є одним з методів вибору лікування гострого апендициту (ГА). Люди похилого та старечого віку — це завжди пацієнти з високим

ризиком післяопераційних ускладнень. Застосування безгазового режиму руйнує усі кордони між відкритою і лапароскопічною хірургією, на користь останньої.

Мета. Визначення переваг і ефективності лапароскопії у хворих з гострим апендицитом у людей похилого та старечого віку з високим ризиком серцево-легеневої недостатності (СЛН).

Матеріали та методи. У хірургічній клініці кафедри хірургії № 2 ОНМедУ за останні 7 років проходили лікування 46 хворих старших вікових груп із супутньою легеневою патологією, з приводу гострого апендициту. Усі хворі були поділені на 2 групи. Перша група I — 21 (45,5 %) хворих на ГА та високий ризик СЛН, яким була виконана відкрита апендектомія. Друга група II — 25 (54,5 %) хворих з ГА і високим ризиком СЛН, яким була виконана лапароскопічна апендектомія (ЛАЕ). ЛАЕ була виконана за двома методиками: з накладанням пневмоперитонеуму у 16 (34,7 %) хворих, у 9 (19,5 %) хворих з накладанням лапароліфтингу, через тяжку серцево-легеневу патологію, де накладання пневмоперитонеуму було небезпечним.

Результати. У післяопераційному періоді у хворих на I групу помер 1 (2,17 %) хворий від СЛН на тлі розлитого перитоніту; інфікування післяопераційної рани спостерігалось у 2 хворих, рани загоїлися протягом 17 днів. Середнє перебування на ліжку склало $(8,3 \pm 2,0)$ дня. У післяопераційному періоді в одного хворого II групи з гангренозним апендицитом мало місце інфікування післяопераційної рани, яка загоїлася протягом 10 діб. Середній термін перебування хворого у стаціонарі становив $(2,5 \pm 0,2)$ доби.

Висновки. ЛАЕ може виконуватись у хворих похилого та старечого віку з важкою серцево-легеневою патологією і взагалі знижує кількість ускладнень зі сторони органи черевної порожнини (зокрема, виникнення післяопераційних вентральних гриж), знижує частоту декомпенсації супутніх хронічних обструктивних захворювань легень. Малогазові лапароліфтингові лапароскопічні втручання не поступаються традиційній газовій лапароскопії та мають ряд переваг.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Колєв М. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність теми. Псевдокісти ускладнення гострої чи хронічної патології підшлункової залози. Вони виникають внаслідок асептичного аутолізу некротизованої паренхіми підшлункової залози. Їх особливістю є відсутність епітеліальної вистілки та вміст прозорого чи непрозорого шлункового соку з некротизованими тканинами.

Мета: покращити результати комплексного лікування пацієнтів, що страждають на псевдокісти підшлункової залози шляхом застосування малоінвазивних хірургічних методів.

Матеріали і методи. Хірургічне лікування було проведено 74 пацієнтам із псевдокістами, які знаходились на стаціонарному лікуванні на кафедрі хірургії № 2 при КНП Одеському обласному клінічному медичному центрі ООР та Військово-медичного клінічного центру ДПСУ м. Одеса, з 2017 по 2021 рр.

Результат дослідження. Післяопераційні ускладнення при зовнішньому лапаротомному дрениванні виникли у 2 пацієнтів (16,6 %): кровотеча в порожнину кісти та формування зовнішньої панкреатичної нориці, внутрішньому лапаротомному дрениванні — 6 (24,2 %): у 4 розвиток часткової неспроможності цистодигестивного анастомозу та в 2 випадках — кровотеча в порожнину кісти, малоінвазивне внутрішнє дренивання — 3 (12,2 %): зовнішня панкреатична нориця (2 пацієнти) і кровотеча в порожнину кісти (1 пацієнт), малоінвазивне зовнішнє дренивання 1 пацієнт (7,6 %) інфільтрат передньої черевної стінки.

До кінця 3 доби післяопераційного періоду больовий синдром зменшився у пацієнтів яким була проведена панкреатоцистогастростомія: лапаротомна, малоінвазивна (лапороскопічна трансгастральна) без застосування фармакологічного комплексу (ФК) (пентоксифелін+ліпоева кислота) та міні-інвазивна із застосуванням ФК відповідно на 32,4 %, на 49,2 % і на 56,8 % в порівнянні із станом до моменту виконання операції. Порушення з боку ЖКТ (парез кишечника, гастростаз) при малоінвазивній панкреатоцистогастростомії на тлі застосування ФК зменшилось відповідно на 34,6 % та на 39,3 %.

Висновки. Застосування міні-інвазивних хірургічних технологій, забезпечує покращення безпосередніх та віддалених результатів лікування, зменшує відсоток післяопераційних ускладнень, час проведення операції, час відновлення активної перистальтики, періоду непрацездатності. Забезпечує мінімалізацію травмування передньої черевної стінки та задовільний косметичний ефект післяопераційного рубця.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОГО ГІПЕРПАРАТИРЕОЗУ

Плохотнюк В. П.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Гіперпаратиреоз — це захворювання, що виникає внаслідок підвищення секреції паратгормону (ПГ) прищитоподібними залозами (ПЩЗ). Розрізняють первинний, вторинний та третинний гіперпаратиреоз. Вторинний та третинний розвиваються у хворих, які знаходяться на перманентному гемодіалізі. Його розвиток, в якійсь мірі, прогнозований. Первинний, або спорадичний, гіперпаратиреоз (ПГПТ) за поширеністю серед ендокринних хвороб посідає 3-тє місце.

Мета дослідження: вивчити результати лікування ПГП із застосуванням мініхірургічного доступу.

Матеріали та методи: За 5-річний період в обласній клінічній лікарні виконано 32 оперативних втручань з приводу ПГПТ. Серед оперованих була 21 жінка та 11 чоловіків. Вік — від 22 до 68 лет. У всіх хворих був виявлений підвищений рівень ПГ та кальцію крові. Клінічна симптоматика спостерігалася у 23 хворих (мігруюча кісткова біль, маніфестна сечокам'яна хвороба, шлунково-кишкочові розлади). У 9 хворих — асимптомна форма. Візуалізація ПЩЗ до операції була виконана у всіх хворих за допомогою УЗД та сцинтиграфії. У 18 хворих додатково виконано МРТ та/або КТ. У 8 хворих до операції було виявлено ураження двох ПЩЗ. Оперативне втручання полягає у видаленні уражених ПЩЗ; виконувалось за допомогою мініінвазивної хірургічної техніки через розтин, довжиною до 1,5–2 см на шії, із застосуванням спеціального хірургічного обладнання. Результати оцінювалися за допомогою клінічного та лабораторного дослідження за пацієнтами в післяопераційному періоді на протязі року (рівень ПГ та кальцію).

Результати. У післяопераційному періоді ускладнення спостерігалися у 4 хворих: у 2 хворих гематома та у 2 хворих транзиторний парез поворотного гортанного нерву. У 1 хворого спостерігалась персистенція хвороби після операції, що було пов'язане з наявністю аденоми в іншій ПЩЗ, яка не була візуалізована до операції.

Висновок: лікування ПГП можливо через мініхірургічний доступ, за умов ретельної візуалізації аденоми ПЩЗ. Можлива причина подовження захворювання — наявність додаткової аденоми.

ТРАНСАНАЛЬНІ ЕНДОСКОПІЧНІ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ПУХЛИН ПРЯМОЇ КИШКИ

**Дегтяренко С. П., Воронинцева К. О.,
Доценко О. В.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Рак прямої кишки є поширеним захворюванням серед різних країн світу, займаючи 4-5 % від загальної кількості раку і 40-50 % від раку колоректальної локалізації. Попередником раку прямої кишки є аденоматозні поліпи з дисплазією слизової 1-2 ступеня. В 15 % усіх випадків малігнізація настає через 1-3 роки, а у 85 % в терміни до 10 років, таким чином, протягом 10 років настає 100 % малігнізація всіх аденом. Трансанальна ендоскопічна мікрохірургія (ТЕМ) є мінімально інвазивною хірургічною технікою, яка була розроблена і запропонована німецьким хірургом Buess в 1980-х роках.

Метою даного дослідження вивчення результатів та ускладнень трансанальних ендоскопічних операцій при різних пухлинах прямої кишки.

Матеріали і методи. У період з 2009 по 2021 року на базі Одеської обласної клінічної лікарні проведено дослідження, що включає 148 пацієнтів, яким були виконані операції ТЕМ. При цьому у 31 хворих до операції був виявлений рак прямої

кишки на ранніх стадіях (Tis, 1-2N0M0), у 35 пацієнтів після операції у постійних гістологічних препаратах була виявлена тубуло-ворсинчаста аденома з малігнізацією (TisN0M0), і у 82 пацієнтів були тубуло-ворсинчасті аденоми.

Результати. Середня тривалість операції складала 67 хвилин (від 15 до 245 хв.). Дефект слизової оболонки був відновлений у 58 % пацієнтів. Середня тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі становила 4,5 дні (від 2 до 14 днів). При спостереженні за 120 пацієнтами з аденомами в строки від 12 до 60 місяців було виявлено 6 випадків рецидиву аденоми та 8 випадків раку прямої кишки. При первинному виявленні раку проводилася неoadьювантна хіміопроменева терапія, яка включала дрібнофракційну неoadьювантну променеву терапію на фоні радіосенсибілізації фторофуром і регіонарну неoadьювантну внутріартеріальну хіміоінфузію за схемою FOLFOX. Такий підхід дозволив зменшити пухлинну інфільтрацію та інвазії в стінку кишки, знищити субклінічні метастази в регіонарні лімфовузли, у 6-х випадках зменшити стадію захворювання з T3 до T2, і у трьох випадках отримати променевий патоморфоз, відповідно розширити показання до ТЕМ. При отриманні гістологічної відповіді з постійних препаратів даних за малігнізацією через 1 місяць після операції проводилася адьювантна хіміопроменева терапія за вищевказаною схемою.

Висновки. Операції ТЕМ є ефективним радикальним методом лікування доброякісних пухлин прямої кишки у ретельно відібраних невеликих до T2 аденокарцином, діаметром до 3 см. Дані операції супроводжуються низьким відсотком післяопераційних ускладнень, зі збереженням якості життя хворих.

ПЕРШИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ЕМБОЛІЗАЦІЇ ГІЛОК ЧЕРЕВНОГО СТОВБУРА В ЛІКУВАННІ КРОВОТЕЧІ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕОНЕКРОЗІ

Недялков А. Г.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Гострий панкреонекроз є надзвичайно важким захворюванням, яке характеризується високою летальністю як за рахунок важкості самого захворювання, так і його ускладнень. Найбільш загрозливим ускладненням є кровотеча з ерозивних судин підшлункової залози, яку надзвичайно важко локалізувати та зупинити при хірургічному втручанні за рахунок некротично-запальних змін тканин. В нашій клініці ми застосували артеріальну емболізацію в лікуванні ерозивних кровотеч при панкреонекрозі.

Мега роботи. Вивчити ефективність та можливості артеріальних емболізацій в лікуванні кровотеч при панкреонекрозі.

Матеріали та методи. Артеріальну емболізацію нами було використано в лікуванні 7 хворих на панкреонекроз, в яких у післяопераційному періоді розвинулися ШКК. Всі хворі до емболізації були прооперовані: виконано некрсеквестректо-

мію з дренажуванням. Всі хворі отримували повний комплекс інфузійної та консервативної терапії в умовах ОІТ. У всіх хворих кровотеча було виявлено виділенням крові по післяопераційних дренажах (у всіх з правого боку), а важкість стану не дозволяла виконати релaparотомію. Тобто, емболізації виконувались як «операції відчаю». Артеріальний доступ виконувався з правої стегнової артерії за Сельдінгером, наступним етапом катетерізовувався черевний стовбур і виконувалася целіакографія. Жодного разу при целіакографії джерела кровотечі виявлено не було. Далі проводилася селективна на суперселективна катетеризація печінкової артерії та її гілок. В 3 випадках було діагностовано гостру кровотечу з а. pancreato-duodenalis, в 1 випадку з гілок а. hepatica propria. В 3 випадках джерела кровотечі не виявлено. Відповідно в 3 випадках виконано емболізацію а. pancreato-duodenalis, а ще у 4 хворих емболізовано було початковий відділ загальної печінкової артерії, до відходження панкреато-дуоденальної артерії. Емболізація виконувалася у всіх хворих спіраллю типу Гіантурко.

Результати та обговорення. У найближчий час кровотеча зупинилася у всіх 7 хворих. Через 2 та 3 доби відповідно кровотеча відновилася у хворих з емболізацією печінкової артерії. Повторна ангіографія та спроби емболізації були неефективні та хворі загинули. У хворих з суперселективною емболізацією та 2 хворих з емболізацією печінкової артерії кровотечі не відновлялися, вони вижили. Таким чином, ми отримали дещо неочікувані результати «операцій відчаю» — 5 з 7 хворих вижили, не дивлячись на важкість їх стану та прогноз. Найбільш ефективною виявилася суперселективна емболізація а. pancreatoduodenalis, після якої рецидивів кровотеч не відмічалось.

Висновки. Перший досвід використання емболізації гілок черевного стовбура в лікуванні кровотеч при гострому панкреонекрозі показав неочікуванно високу ефективність, особливо при суперселективній емболізації з виявленням джерела кровотечі. Ми вважаємо потрібним подальше дослідження та накопичення досвіду таких операцій, які дозволяють врятувати життя майже інкурабельним хворим.

ВИВЧЕННЯ ІНФОРМАТИВНОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНИХ ОЗНАК ПРИ ГОСТРОМУ ВІРУСНОМУ ТА АЛЕРГІЧНОМУ РИНИТІ

Анісімова О. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Сьогодні до 40 % населення земної кулі страждають алергією, а у 2018 році в Україні зареєстровано >8 млн випадків грипу та гострого вірусного риносинусита (ГВРС). Таким чином, можна говорити про дві епідемії — алергічних захворювань та ГВРС — які взаємопов'язані. Перша стадія ГВРС та загострення цілорічного і початок сезонного алергічного риносинуситу (ЦАРС та САРС-відповідно) схожі.

Метою дослідження було оцінити точність постановки діагнозу пацієнтам з обтяженим алергологічним анамнезом та підозрою на ГВРС при легкому плинні (без підвищення температури) хвороби, залежно від обсягу досліджень.

Матеріали. 36 пацієнтів основної групи, яким при постановці діагнозу, крім збору скарг та анамнезу, виконувалося ендоскопічне дослідження носової порожнини носа та носоглотки і назоцистограма. 32 пацієнта — контрольна група, яким діагноз був поставлений тільки за допомогою збору скарг та анамнезу із звичайною риноскопією.

Результати. У 34 пацієнтів основної групи, що склало 88,2 % та у 26 пацієнтів контрольної групи, що склало 81,3 % діагноз був поставлений точно при першому зверненні.

Висновки. У пацієнтів з обтяженим алергологічним анамнезом і підозрою на ГВРС точний діагноз при першому зверненні встановлюється частіше серед пацієнтів з додатковим обстеженням (у 88,2 % випадків) ніж у пацієнтів з рутинним обстеженням (у 81,3 % випадків), але різниця була не суттєва ($P>0,05$).

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЕНДОСКОПІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ

Загребельна К. В., Хрущ М. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Холедохолітаз. Конкременти в жовчних протоках можуть самостійно переміститися в дванадцятипалу кишку, проте більшість блокується в загальній жовчній протоці або сфінктері Одді.

Симптоми: біль у правому підребер'ї, зазвичай триває довше ніж жовчна колька, нерідко з жовтяницею, супутні нудота і блювота. Обструкція, що триває, може призводити до прогресуючої жовтяниці (свербіж шкіри, безбарвний (ахолічний) стілець і темна сеча). Також може мати безсимптомний перебіг.

1. ЕРХПГ зі сфінктеротомією: метод вибору, лікування у 90 % хворих, конкременти витягують у дванадцятипалу кишку через розсічений великий сосочок за допомогою балона або кошика; великі конкременти необхідно спочатку роздробити.

2. Встановлення стенту в загальну жовчну протоку: застосовується у разі неефективності вищезгаданих методів.

Для профілактики цього ускладнення необхідна ретельна діагностика (магнітно-резонансна панкреатохолангіографія), при виявленні щільних великих конкрементів на тлі стенозу термінального відділу загальної жовчної протоки протягом слід відмовитися від літоекстракції. Також важливу роль відіграє хороше технічне оснащення.

У разі протяжного рубцевого стенозу термінального відділу загальної жовчної протоки, при технічних складностях, кровотечі, променевому навантаженні ЕПСТ можна виконувати в два і більше етапів з неодноразовою ревізією та санацією проток з інтервалом 3-6 днів, що було проведено у 186 (38 %) випадках

Висновок ЕРПХГ та ЕПСТ при адекватному виконанні в умовах спеціалізованих ендохірургічних відділень дозволяють підвищити якість діагностики, знизити частоту ускладнень та покращити результати лікування хворих.

РАДІОЧАСТОТНА АБЛЯЦІЯ ЧИ РЕЗЕКЦІЯ ПЕЧІНКИ В КОМБІНОВАНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА МЕТАСТАТИЧНИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК З УРАЖЕННЯМ ПЕЧІНКИ. ДОСВІД УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ

Бошкова Я. В., Четверікова-Овчинник В. В.,
Четверіков М. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Введення. Лікування хворих на метастатичний колоректальний рак (МКРР) залишається одним з найскладніших завдань сучасної клінічної онкології. Показник медіани виживаності виріс вдвічі за останні 20 років: від 12 міс у 1989 р. до 24 міс у 2009 р. Однак для пацієнтів з коло ректальними метастазами в печінку питання вибору РЧА чи РП залишається спірним.

Мета дослідження — підвищити ефективність лікування хворих на метастатичний колоректальний рак (КРР) з ураженням печінки.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз бази даних УК ОНМедУ за період з 2013 по 2020 рр. Дослідженню підлягало 158 пацієнтів з КРР та метастатичним ураженням печінки I, II та III стадії (по Gennari), що перебували на лікуванні в Центрі реконструктивної та відновної медицини ОНМедУ (УК ОНМедУ) за період з 2013 по 2020 р. Усі пацієнти отримували комбіноване лікування. При цьому 22 хворим виконано анатомічну або атипovu резекцію печінки (РП). Радіочастотна абляція (РЧА) метастазів у печінці виконана 40 пацієнтам за допомогою апарата Angiodynamics Rita 1500 або Radionics Covidien Cool-Tip RF. Усі статистичні дані вважалися значущими, якщо випадкова вірогідність була менше 5 % ($p<0,05$).

Результати та обговорення. При виконанні резекції печінки загальна виживаність склала: 3-річна — 62 %, 5-річна — 38 %, виживаність без захворювання: 3-річна — 38 %, 5-річна — 15 %. При виконанні РЧА метастазів печінки загальна виживаність склала: 3-річна — 52,7 %, 5-річна — 35,6 %, виживаність без захворювання: 3-річна — 36 %, 5-річна — 10 % ($\chi^2= 5,296731$, $p<0,05$ за лог-ранк тестом).

Зафіксовано 42 післяопераційні ускладнення (III-IV категорії за Клав'єн-Діндо) у 36 пацієнтів (23 %). Використовуючи критерій χ^2 Пірсона, встановлено залежність специфічних післяопераційних ускладнень у хворих від виконання РП проти хворих з виконаною РЧА ($\chi^2=9,07$, $df=2$, $p<0,01$), тоді як щодо неспецифічних післяопераційних ускладнень схожої закономірності не виявлено ($\chi^2=12,19$, $df=2$, $\chi^2>p$).

Висновки. Використання в комплексному лікуванні хворих на КРР та метастазами в печінку

поліхіміотерапії у поєднанні з таргетною терапією, РЧА дозволяє збільшити резектабельність печінкових метастазів у хворих до 35–40 %. Застосування РЧА у соматично обтяжених хворих зменшує ризик тяжких післяопераційних ускладнень за рахунок малоінвазивності та малотравматичності.

УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕХНІКИ ЧЕРЕЗШКІРНОЇ ВОГНИЩЕВОЇ БІОПСІЇ ПАРЕНХІМАТОЗНИХ ОРГАНІВ У ВИПАДКАХ ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ УСКЛАДНЕНЬ

Красько В. С., Бошкова Я. В., Атанасов Д. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Введення. Черезшкірна голкова біопсія під УЗ-контролем (ЧБ) для виконання патогістологічного та імуногістохімічного дослідження є «золотим стандартом» діагностики новоутворень паренхіматозних органів, внаслідок мінімальної інвазивності, точності та безпечності в порівнянні з класичними хірургічними втручаннями. Ризик ускладнень, що потребуватиме хірургічної корекції, залишається суттєвим, зокрема кровотечі — приблизно 11 %.

Мета дослідження. Проаналізувати ефективність виконання черезшкірних «core» біопсій з використанням коаксіальної техніки.

Матеріали та методи. Проаналізовано 44 пацієнти, котрим було виконано ЧБ з подальшим патогістологічним дослідженням з 2020 по 2021 рік у Центрі реконструктивної та відновної медицини ОНМедУ (ЦРВМ УК). Серед 37 фокальних ЧБ (вогнищ печінки розмірами від 9 мм до 18 см) у 20 випадках визначено підвищений ризик для розвитку кровотечі внаслідок складної локалізації (локалізації щодо крупних судин печінки, активної васкуляризації або за рахунок порушення системи гемостазу та дифузних змін тканини печінки). У всіх випадках ЧБ з підвищеним ризиком ускладнень для мінімізації травми та покращеного контролю (можливість локального гемостазу каналу) у випадку отримання активної кровотечі використовували напівавтоматичні комплекти для «core» біопсії G16 з коаксіальною голкою.

Результати та обговорення. Серед 20 пацієнтів з підвищеним ризиком кровотечі, яким було виконано ЧБ за коаксіальною технікою, спостерігалась масивна струменева кровотеча у 3-х пацієнтів. У одного — з метастазу ангіосаркоми, у другого та третього — на фоні цирозу печінки. У всіх випадках вдалося своєчасно визначити активність кровотечі за коаксіальною голкою та виконати стабільний гемостаз інтраканальною тампонадою гемостатичною губкою. За допомогою даної методики 17 з 20 ЧП злякисний характер новоутворень був підтверджений.

Висновки. Коаксіальна техніка при черезшкірній голковій біопсії під УЗ-контролем демонструє зниження ризиків ускладнень та можливість своє-

часної зупинки кровотечі з біопсійного каналу, а також підвищує ефективність діагностики характеру новоутворень або патологічних вогнищевих змін паренхіматозних органів.

ПОРІВНЯННЯ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ З ДИФУЗНО-ЗВАЖЕНОЮ ВІЗУАЛІЗАЦІЄЮ ТА КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ З ВНУТРІШНЬОВЕННИМ КОНТРАСТОМ ПРИ СТАДІЮВАННІ РОЗПОВСЮДЖЕНОГО РАКУ ЯЄЧНИКІВ, ШЛУНКА, КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

Штипуляк В. Р.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Хірургічні та хіміотерапевтичні методи лікування є основними під час боротьби з раком яєчників, шлунка та колоректальним раком. Правильне передопераційне стадіювання дозволяє визначити порядок лікування, доцільність, ймовірний обсяг та радикальність оперативного втручання. Магнітно-резонансна томографія з використанням дифузно-зваженою візуалізацією (МРТ) може бути доповненням або альтернативою КТ під час діагностики.

Мета: запровадження нових методів передопераційного стадіювання розповсюдженого раку яєчників, шлунка та колоректального раку для покращення відбору пацієнтів для циторедуктивної хірургії та підвищення її радикальності.

Матеріали і методи. Під час дослідження пацієнти були розділені на 2 групи. У 1 групи (72 хворих на рак яєчників, 17 хворих на рак шлунка та 69 пацієнтів з колоректальним раком) для передопераційного стадіювання використовувалась КТ з внутрішньовенним контрастуванням, у 2 групи (48 хворих на рак яєчників, 11 хворих на рак шлунка та 50 хворих на колоректальний рак) — магнітно-резонансна томографія з дифузно-зваженою візуалізацією. Оцінка поширеності пухлинного процесу була проведена за допомогою перитонеального ракового індексу Sugarbaker.

Результати. визначено статистично достовірне підвищення інформативності передопераційної оцінки захворюваності пухлинного процесу в очередині та наявності віддалених метастазів за допомогою МРТ у порівнянні з КТ з внутрішньовенним контрастуванням. У пацієнтів з раком яєчників на МРТ краще виявляли віддалені метастази у 8 з 9 пацієнтів, на КТ — 2 з 15. У пацієнтів з раком шлунка на МРТ, віддалені метастази були виявлені у 4 з 5 пацієнтів, на КТ — 6 з 11. У пацієнтів з колоректальним раком, на МРТ краще виявляли віддалені метастази у 7 з 10 пацієнтів, на КТ — 3 з 10.

Висновки: магнітно-резонансна томографія з дифузно-зваженою візуалізацією значно покращує передопераційне стадіювання розповсюдженого раку яєчників, шлунка та колоректального раку у порівнянні з КТ, також прогнозує радикальність майбутньої операції та визначає неоперабельні випадки.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНИХ ПУХЛИН ЛЕГЕНЬ

Кирилюк О. О., Канжо Н., Обезенюк В. О.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Вступ. Розповсюджений неоперабельний рак легень є невирішеною проблемою з високою летальністю. Найбільш загрозливим ускладненням є кровотеча з ерозованих бронхіальних артерій. Ми застосували емболізацію бронхіальних артерій з наступною радіочастотною абляцією нерезектабельних пухлин з метою зменшення темпів або стабілізації росту.

Мета роботи. Вивчити ефективність емболізації бронхіальних артерій та радіочастотної абляції (РЧА) при лікуванні первинного та метастатичного раку легень.

Матеріали та методи. Емболізацію бронхіальних артерій та РЧА нами було використано в лікуванні 15 хворих з нерезектабельним раком легень та кровохарканням. Всі хворі до емболізації та РЧА проходили лікування в ООД (хіміотерапія, дистанційна гамма терапія) У всіх хворих лікування було припинено із появою бронхіальної кровотечі, як основне протипоказання.

Артеріальний доступ виконувався з правої стегнової артерії за Сельдінгером, наступним етапом катетерізувались та вводились емболи в бронхіальні артерії. Відповідно в 15 випадках виконано емболізацію бронхіальних артерій та РЧА пухлин легень. Емболізація виконувалася у всіх хворих спіраллю типу Гіантурко. РЧА виконували апаратом «ФОТЕК».

Результати та обговорення. У всіх 15 хворих до яких було застосовано емболізацію бронхіальних артерій найближчим часом кровотеча зупинилась. Це дало змогу провести у найкоротший термін РЧА нерезектабельних пухлин легень. Таким чином, ми отримали зменшення або стабілізацію росту пухлин та їх некроз на протязі перших місяців спостереження та відсутність рецидиву кровотеч.

Висновки. Отриманий досвід використання емболізації бронхіальних артерій з РЧА нерезектабельних пухлин легень дозволив покращити та подовжити життя безнадійно хворих пацієнтів, коли інші методи лікування неефективні. Це підтверджено такими об'єктивними методами як комп'ютерна томографія ОГК та Фібробронхоскопія. Ми вважаємо потрібним подальше дослідження та накопичення досвіду таких операцій.

СУЧАСНІ ХІРУРГІЧНІ ТА ПСИХОСОМАТИЧНІ АСПЕКТИ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Кравцова А. М.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Виразкова хвороба шлунка — це хронічне рецидивне захворювання, що перебігає з чергуванням періодів загострення та ремісії, основною морфологічною ознакою якого є утворення дефекту

(пептичної виразки) в стінці шлунка. Пептична виразка — це органічний дефект, що проникає вглиб стінки шлунка між м'язовою пластинкою слизової оболонки, із запальною інфільтрацією та коагуляційним некрозом довкола.

Актуальність. В сучасному світі в розвитку виразкової хвороби все частіше головними постають такі причини, як ураження слизової оболонки шлунка Н. Рухом, зловживання та безконтрольний прийом деяких лікарських препаратів, спадковий чинник. Але особливу увагу нині знов приділяють стресовому фактору, як одному з попередників пептичної виразки, що яскраво визначається на клінічному перебігу. Стресовий вплив може призводити до появи або прогресування шкоди від несприятливих звичок, до порушення схеми харчування населення. Слід зауважити також, що існує ризик виникнення супутніх захворювань та різних патологічних станів: гіповітаміноз, дисбаланс гормонів, при яких збільшується ймовірність виразкового процесу в шлунку та ДПК.

Мета. Визначити ризик виникнення ускладнень виразкової хвороби за наявності фактору стресу та за його відсутності.

Матеріали і методи. За останні 5 років Одеської обласної клінічної лікарні знаходилося з приводу ускладнень виразкової хвороби 57 пацієнтів відділеннях інтенсивної терапії різних вікових груп, від 32 до 61 року. Відбувалося їх анкетування на наявність стресового фактору в повсякденному житті, фіксувалися їхні стилі життя, професія, шкідливі звички.

Результати: згідно статистичним даним, гастродуоденальна кровотеча із стресових виразок зустрічалася у 25 % всіх пацієнтів, що знаходилися у відділенні інтенсивної терапії, у 5 % крововтрата була гемодинамічно значимою, загрожувала життю.

Висновки: Ризик розвитку виразкової хвороби значно зростає у пацієнтів певних професій, що особливо піддаються стресу: керівники підрозділів або закладів, артисти, студенти, у людей, що працюють подовго, та в окремих соціальних категоріях.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ КРОНА НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Пономаренко А. В.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Мета роботи: діагностика та лікування хвороби Крона (ХК) на сучасному етапі.

ХК — це хронічне захворювання травного тракту (ТТ), яке уражує травну систему. ХК характеризується трансмуральним ураженням кишкової стінки та формуванням стриктур, нориць, перфорацій.

Матеріали та методи: упродовж 1 року було обстежено 14 хворих. Серед них жінок — 9 (64,3 %), чоловіків — 5 (35,7 %). Хворі переважно молодого віку від 20–45 років. Найчастішими симптомами хворих були: діарея — 11 (78,6 %), діарея з домішкою слизу — 7 (50 %), втрата маси тіла — 9 (64,3 %), субфебрильна температура тіла — 6 (42,9 %).

У 12 (85,7 %) випадках відзначалися помірні болі в животі, найчастіше болі локалізувалися в правій здухвинній ділянці. Тривалість захворювання: з 14 випадків — 8 (57,1 %) звернулись в період загострення (хворіють протягом 5–8 років) та у 6 (42,8 %) вперше виявлені. Алгоритм діагностики включав в себе загальноклінічні дослідження крові та сечі, інструментальні методи дослідження: езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС) — 14 (100 %); УЗД органів черевної порожнини — 14 (100 %); оглядова рентгенографія — 14 (100 %); колоноскопія, ректосигмоскопія з обов'язковою біопсією — 10 (71,4 %); рентгенологічне обстеження із контрастуванням — 13 (92,8 %); ірігоскопія — 11 (78,6 %); гістологічний метод у 5 (35,7 %). мікроскопічний метод у 2 (14,35 %), з метою вивчення інтраепітеліальної неоплазії, включаючи архітектурні та цитологічні аномалії. Лікування хворих залежить від локалізації та активності ХК та включала перепарати першого ряду сульфаніламідні та саліцилові похідні; кортикостероїди; антибіотики; імуносупресанти; імунодепресанти; протипухлинні препарати; спазмолітики; анальгетики; снодійні препарати + дієта: виключення вживання молочних продуктів та обмежене вживання фруктів та овочів.

Безпосередні результати: терапії яка проводилась в стаціонарних умовах у 13 (92,9 %) хворих відмічалась позитивна динаміка, в подальшому хворі були переведені на лікування в амбулаторних умовах. **Віддалені результати:** через 1 рік були прослідковані в 11 (78,6 %) випадках. **Віддалені хороші результати** — 8 (72,7 %), **віддалені задовільні результати** — 3 (27,3 %)

Висновки: Отримані результати диктують необхідність в подальшому вивченні та впровадженні нових протоколів лікування та диференціальної діагностики ХК з ускладненою клінічною картиною на тлі вірусної патології на COVID-19.

ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДИК НА ЕТАПАХ ЛІКУВАННЯ БОЙОВОЇ ТРАВМИ ЖИВОТА

Петрушенко С. В., Смірнова М. І., Назаров В. В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Актуальність. В цивільній хірургії застосовується методика динамічної лапароскопії, яка заключається в тому, що після операцій, які потребують повторного огляду “secondlook”, в передній черевній стінці залишається лапаропорт, через який в подальшому здійснюється повторний огляд черевної порожнини, що дозволяє проводити контроль ефективності попередньої операції.

Мета: покращити результати лікування пацієнтів з бойовою травмою живота шляхом застосування динамічної лапароскопії.

Матеріали та методи: Для всіх відомих методів динамічної лапароскопії застосовуються звичайні стандартні лапаропорти 10 мм.

При застосуванні стандартного троакару було виявлено ряд істотних недоліків:

— довжина частини троакару, яка знаходиться в черевній порожнині, складає 10–12 см;

— це негнучка тверда трубка, яка при неконтрольованому русі може нанести травму органів та структур черевної порожнини;

— викликає больові відчуття при зміщенні положення тіла;

— обмеженість можливості проведення повторних оглядів тільки лапароскопом діаметром 10 мм;

— недостатня фіксація в передній черевній стінці, що може привести до випадіння троакара.

Враховуючі вищевказані недоліки було розроблено методику динамічної лапароскопії при бойових ушкодженнях живота на етапах медичної евакуації за допомогою надійного, зручного, безпечного, універсального лапаропорта з м'якого матеріалу (патент на користну модель № 134116)

Порт для проведення динамічної лапароскопії застосовується таким чином. Під час закінчення лапароскопії або лапаротомії з приводу бойових ушкоджень живота, в проколі у вигідному для огляді місця залишається силіконовий порт, який фіксується в передній черевній стінці за рахунок ділянок розширення в верхній та нижній частинах. Після стабілізації стану поранений відправляється на наступні рівні медичної допомоги, де за показаннями виконують динамічну лапароскопію. Для цього можливо використовувати як стандартну 10-міліметрову камеру), так і камеру 5 мм.

Результати та висновок: ефективність використання «способу проведення динамічної лапароскопії при бойових ушкодженнях живота» підтверджена при лікуванні 19 поранених (2 — за допомогою стандартних лапаропортів, 17 — за допомогою запропонованого силіконового порту), що дозволило уникнути больових відчуттів та ризику додаткової травматизації органів черевної порожнини, провести повторну ревізію черевної порожнини (“secondlook”) на наступних рівнях медичної допомоги.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТЕХНІКИ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ НА ТЛІ ГЕПАТИТІВ В ТА С

Назаров В. В., Петрушенко С. В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Лапароскопічна холецистектомія є золотим стандартом в хірургічному лікуванні у хворих на гострий калькульозний холецистит. Одним з важливих і ключових етапів оперативного втручання є кліпування кукси протоки і артерії жовчного міхура. На початку ери відеоендоскопічної хірургії використовували металеві кліпси. Потрібно враховувати, що металеві кліпси, які зазвичай використовуються на етапі кліпування елементів шийки жовчного міхура, можуть мігрувати під час проведення хірургічного втручання з розвитком пошкоджень важливих анатомічних структур і виникненням ускладнень. З 2018–2021 рік у хірургічних відділеннях Військово-медичного клінічного центру Південного регіону було виконано тисяча дев'ятсот дванадцять лапароскопічних холецисте-

ктомій з приводу гострого холециститу. Для кліпування пузирної артерії та протоки застосовують нерозсмоктуючі полімерні кліпси системи WESK Нем-о-lock, які є альтернативою металевим кліпсам і мають високу біосумісність. Важлива перевага даної системи — це відсутність можливості міграції кліпси після її закриття, точний контроль над її закриттям і відповідно найнижчий ризик порушення цілісності кліпуємих структур. Актуальною проблемою залишається хірургічне лікування гострого холециститу у хворих на тлі гепатитів В та С. У цих пацієнтів відзначається підвищена кровоточивість, зміна розмірів печінки, наявність аномалій печінково-дванадцятипалої зв'язки. Було прооперовано 151 пацієнта з гострим калькульозним холециститом на тлі хронічних гепатитів В та С. У 108 випадках для кліпування використовували по одній полімерній кліпсі, у 43 хворих по дві. У групі хворих з хронічними гепатитами ускладнень, пов'язаних із застосуванням полімерних кліпс, в післяопераційному періоді не було. Кліпсаплікатор надає можливість чітко й точно маніпулювати у ділянці елементів шийки жовчного міхура, що попереджає травму паренхіми печінки, особливо у хворих на гепатити В та С. Забезпечується якісне, швидке і точне закриття кліпси за рахунок замку, що здійснюється завдяки сумісності кліпс. Позитивною стороною є можливість виконати МРТ в післяопераційному періоді.

Таким чином, використання полімерних кліпс з високою біосумісністю у хворих на гострий калькульозний холецистит на тлі гепатитів В та С дозволяє суттєво знизити ризик інтраопераційних та післяопераційних ускладнень у вигляді жовчотечі, внаслідок міграції кліпси, або кровотечі, внаслідок пошкодження паренхіми печінки.

ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ, ЩО УСКЛАДНЕНИЙ ПЕРИТОНІТОМ ТА БІЛІАРНИМ СЕПСИСОМ

Онофрійчук О. П., Шейфель А. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Гострий холецистит грає вагому роль в етіології біліарного сепсису (БС), ускладнений перитонітом і бактеріальним абсцесом печінки (БАП). Пілефлебітичні абсцеси складають 43 %, криптогенні — 22 %, холангіогенні — 14 %, при виникненні яких летальність сягає 80 %.

Мета. Уточнити клініко-діагностичні критерії БС, зумовленого ускладненим гострим деструктивним холециститом, для розробки оптимальної тактики лікування.

Матеріали та методи. Гострий холецистит виявлений у 95,4 % випадків, резидуальний холедохолітіаз — у 4,6 %. Зі 96 пацієнтів у 19 (20 %) були холангіогенний абсцес печінки (ХАП). У 91 % випадків абсцес знаходився в правій долі печінки, у 9 % — в лівій, у 4 осіб абсцеси були множинні.

Важкий перебіг БС відзначено у 17 (18,3 %) хворих, септичний шок — у 3 (3,7 %).

Результати. Важливе значення в лікуванні БС надавали також гемодинамічній і респіраторній підтримці, дезінтоксикації із застосуванням еферентних методів (гемосорбція, плазмаферез), раціональній антибіотикотерапії, імунокорекції, антиоксидантам, вітамінотерапії. Померли 11 (11,4 %) з 96 хворих внаслідок наростання явищ сепсису і поліорганної недостатності, з них 3 (5,3 %) — після застосування мініінвазивних і 8 (21,5 %) — після відкритих оперативних втручань.

Висновки. Гострий деструктивний холецистит та холедохолітіаз є основними етіологічними факторами розвитку гострого холангіту, холангіогенний абсцес печінки (ХАП) і БС. Застосування сучасних лапароскопічних методів лікування гострого холециститу ускладненого перитонітом і (ХАП) та БС, із застосування адекватної антибіотикотерапії, дозволяє значно поліпшити результати.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С2 ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19 У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Пастухов О. О., Бурлак С. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Окрім пандемії вірусних гепатитів В та С, на даний час весь світ бореться ще й з пандемією корона вірусної інфекції COVID-19. Внаслідок труднощів у діагностиці вірусного гепатиту через пандемію COVID-19 у хворих на гострий холецистит, потреба в точності діагностики вірусного гепатиту стає більш актуальною. Вірусні гепатити є одним із провідних факторів, що впливають на такі коморбідні стани, як коронавірусна інфекція або гострий холецистит. У цьому дослідженні автори узагальнили дані, які представлені у світовій літературі, наукових дослідженнях та офіційній статистиці.

Метою даного дослідження було визначення особливостей діагностики вірусного гепатиту під час пандемії COVID-19 у хворих на гострий холецистит.

Дослідження проводилося у період з 2021 року по 2022 рік, використовуючи статистику захворювання коронавірусної інфекції МОЗ України, а також досліджень, проведених на базі відділення невідкладної хірургії Військово-медичного клінічного центру та інших зарубіжних досліджень. За весь період дослідження, коронавірусною інфекцією в Україні захворіло 3 799 382 особи, а частота пошкодження печінки у хворих на Covid-19, за даними різних досліджень, варіює 14–15 %, та приблизно 295 млн. залишилися носіями НВsAg. На етапі госпіталізації хворого до приймальної комісії відділення проводили експрестестування на наявність COVID-19. Швидкі тести виявлення хронічних вірусних гепатитів В і С проводили у відділенні невідкладної хірургії. Також пацієнтам проводять клінічні та інструментальні дослідження: загальноклінічні, біохімічні аналізи крові; УЗД, КТ, МРТ

з холангіографією, фіброгастоскопією, серологічні реакції імуноферментного аналізу (ІФА) та полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР). Крім того, виконують гістологічне та бактеріологічне дослідження післяопераційного матеріалу.

Отже, якісна діагностика вірусних гепатитів у хворих на гострий холецистит є дуже важливою, особливо під час пандемії COVID-19, тому що це захворювання значно підвищує тяжкість перебігу на тлі послаблення імунітету.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІЗНИХ МЕТОДИК ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО УСКЛАДНЕНОГО ГЕМОРОЮ

Макуха А. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Частота виникнення геморою серед працездатного населення, що призводить до тимчасової непрацездатності в періоди загострення, а також до зниження рівня якості життя, робить лікування геморою важливою загальномедичною і соціально-економічною проблемою.

Мета дослідження. Метою нашого дослідження стало порівняння методик лікування хронічного ускладненого геморою II–III стадій: класичної операції за Міліганом-Морганом, степлерної муктопексії за Лонго, а також комбінованої методики: доплерної дезартерізації методом HAL-RAR із додатковим видаленням наружного анодермального компоненту.

Матеріали і методи. У клініці колопроктології Військово-медично-клінічного центру Південного регіону м. Одеса було виконано аналіз трьох груп пацієнтів, за період з 2011 р. по 2021 р., яким було виконано гемороїдектомію при ускладнених формах геморою (кровотеча, випадіння вузлів, пролапс слизової, анальна тріщина). Усі пацієнти страждали на хронічний ускладнений геморою II або III ст., із одним чи декількома з вищевказаних ускладнень. Обрані випадки поділено на три групи:

I група (контрольна) операцій за Міліганом-Морганом — 240 пацієнтів, з них — 64 жінок та 176 чоловіків; Розподіл за віком від 18 до 75 років.

II група степлерних гемороїдопексій за Лонго — 276 пацієнтів, з них — 89 жінок та 115 чоловіків. Розподіл за віком від 18 до 72 років.

Комбінованих втручань з використанням бездротового доплеро-оперативного комплексу Wi-3 HAL-RAR та додатковим видаленням надлишку анодерми (з січня 2019 р. по травень 2021 р.) прооперовано 53 хворих, з них 31 (58 %) чоловіків та 22 (42 %) жінок. Розподіл за віком від 28 до 62 років.

Результати та їх обговорення. Згідно отриманих нами даних: ліжко день коливався від 1 до 8 діб; найбільший больовий синдром — в групі пацієнтів групи I; найбільш висока кількість ранніх ускладнень виявилася у групи I. В усіх пацієнтів із використанням комбінованого втручання HAL-RAR+ висічення наружного компоненту біль ку-

пувався прийомом НПЗЗ без застосування наркотичних аналгетиків. Ускладнень не спостерігалось.

Висновки. 1. Хірургічне лікування геморою комбінованим методом HAL-RAR + висічення наружного компоненту є простим та ефективним методом, який у післяопераційному періоді зменшує термін перебування пацієнта у стаціонарі, порівняно нижчий за больовим синдромом та частотою ранніх післяопераційних ускладнень.

2. Технологія HAL-RAR із висіченням наружного компоненту анодерми може бути операцією вибору у хірургічному лікуванні хронічного ускладненого геморою II–III стадії.

ДОСВІД ЕТАПНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ ОБТУРАЦІЙНОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

Смірнова М. І., Караджур Д. М.,
Петрушенко С. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Обтураційна кишкова непрохідність (ОКН), асоційована із злоякісним новоутворенням кишки є доволі частим ускладненням, що пов'язане із пізнім зверненням населення за медичною допомогою.

Мета. Покращити результати лікування хворих з ОКН.

Матеріали та методи. За період з 2014 року по 2020 рік у клініці колопроктології ВМКЦ ПР (м. Одеса) проходили лікування 186 хворих гострою обтураційною товсто кишковою непрохідністю пухлинного генезу. Чоловіків було 138 (74,1 %), жінок 48 (25,8 %) у віці від 47 до 89 років.

Результати. У 38 (20,4 %) хворих у ході передопераційної підготовки та застосованих консервативних заходів спостерігалась позитивна динаміка, що дало змогу детально обстежити пацієнтів та спланувати лікувальну тактику.

У 94 (50,5 %) консервативні заходи не привели до успіху, та були прооперовані за життєвими показаннями, першим етапом яким виконано стомування. У 90 (48,4 %) хворим, яким була первино виконана лапароскопічна антеро чи колостомія в подальшому були виконані радикальні операції із застосуванням лапароскопії з необхідним об'ємом лімфодисекції. Разом з тим, у 48 (25,8 %) хворим після передопераційної підготовки виконувалась лапаротомія, в зв'язку з вираженим спайковим процесом та ускладненою супутньою патологією, що супроводжувалась високим ризиком ускладнень від карбоксиперитонеуму.

Висновки. Етапна тактика хірургічного лікування ОКН пухлинного генезу із застосуванням на першому етапі лапароскопічної колостомії дозволяє провести остаточну верифікацію діагнозу, безпечно компенсувати водноелектролітні порушення, провести корекцію супутніх захворювань і повноцінну підготовку до радикального хірургічного лікування.

ПЛАСТИКА ШКІРНИМИ ЛОСКУТАМИ ДЕФЕКТІВ ПІСЛЯ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ШКІРИ. ДОСВІД УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ

Бондар О. В., Максимовський Д. В.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Введення. Рак шкіри складає приблизно 10–17 % в загальній структурі онкологічних захворювань і займає третє місце після раку шлунка та раку передміхурової залози у чоловіків або раку молочної залози у жінок. Після радикального видалення пухлини з глибоким висіченням тканин постає питання в реконструкції. Враховуючи необхідність косметичного закриття дефекту, вибір припадає на пластику шкірними лоскутами.

Мета дослідження — проаналізувати та виявити доцільність технік пластики шкірними лоскутами у хворих із раком шкіри залежно від розмірів, форми та локалізації дефекту.

Матеріали та методи. Ретроспективний аналіз бази даних УК ОНМедУ у період з 2016 по 2021 рр. Дослідженню підлягало 62 хворих із раком шкіри: у 36 випадках (58 %) хворі мали базально-клітинний рак; у 26 випадках (42 %) — плоско-клітинний рак.

Враховано також систематичний огляд досліджень методики та результатів пластики шкірними лоскутами дефектів після втручань з приводу злоякісних пухлин шкіри.

Результати та обговорення. Найпоширенішим методом реконструкції був місцевий лоскут у 48 (77,42 %) випадках, потім пересадка шкіри живота у 14 (22,58 %) випадках. При цьому згідно опитування середнє задоволення місцевим лоскутом та шкірним трансплантатом склало 4,2 та 3,4 ($p=0,04$) відповідно.

Висновки. Хоча результати пересадки шкірних лоскутів на великі за розміром дефекти та збіднені на підшкірно-жирову клітковину ділянки тіла є прогностично кращими, локальні шкірно-фасціальні лоскути слугують методом вибору у хворих з дефектами шкіри обличчя та шиї, при невеликих за розміром дефектах, мають високу ефективність, а в разі додаткових надсічок — закривають обширні ділянки м'яких тканин.

ІЗОЛЬОВАНА ХІМІОПЕРФУЗІЯ КІНЦІВОК З ПРИВОДУ САРКОМ М'ЯКИХ ТКАНИН. ТЕОРЕТИЧНИЙ ПІДХІД ТА ПРОМІЖНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЗА ДОСВІДОМ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ

Рябоконе А. М., Пирогов В. В., Бошкова Я. В.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Введення. Ізольована регіонарна гіпертермічна хіміоперфузія (ILP) є методом вибору в лікуванні гранично або нерезектабельних, рецидивних місцево-поширених сарком м'яких тканин. Серед основних завдань ILP-конверсія пухлини у резектабельну; у випадку генералізованого захворювання — забезпечити паліативний місцевий контроль,

полегшити больовий синдром, кровоточивість, мас-ефект.

Мета дослідження — проаналізувати результати лікування та післяопераційні ускладнення у хворих із саркомаами м'яких тканин кінцівок після передопераційної ILP та резекції пухлини.

Матеріали та методи. Ретроспективний аналіз бази даних УК ОНМедУ у період з 2017 по 2021 рр. Дослідженню підлягало 8 хворих із місцево поширеними саркомаами м'яких тканин: у 3 випадках хворі мали первинну пухлину без ознак генералізації (St. ІВ-ІІІ); у 5 випадках — рецидивні пухлини з метастатичним ураженням легень. Гіпертермічну хіміоперфузію проводили мелфаланом 10 мг/л протягом 60 хв. Враховано також систематичний огляд досліджень результатів ILP для локально поширених сарком м'яких тканин.

Результати та обговорення. У ранньому післяопераційному періоді у 4 хворих спостерігалась токсичність 1–2-го ступеня тяжкості за Клав'єн-Діндо (набряк, осередковий епідермо ліз). У 3 хворих у пізньому післяопераційному періоді розвинулась периферична нейропатія. У 6 хворих (75 %) спостерігалась часткова регресія пухлини, у 2 — стабілізація процесу (25 %), що відповідає даним світового досвіду — 73,5 % та 26,5 %, відповідно (Derbelo, 2012). 5 хворим виконано інтервальне видалення пухлин зі збереженням функції кінцівки; середня тривалість безрецидивного періоду — 13,2 місяці (6–38 міс.). У 3 хворих через 9–16 місяців після ILP виконано ампутації кінцівок. 3 хворих померли через генералізацію захворювання через 17–23 місяці від початку лікування.

Згідно даних мета-аналізу 18 досліджень (результати для 1030 пацієнтів), при термінах спостереження від 11 до 125 місяців збереження кінцівки спостерігалось у 81 % пацієнтів, при цьому локальний рецидив — у 25 % випадках, тяжкі локо-регіонарні реакції — у 4 % пацієнтів.

Висновки. Передопераційна ILP та резекція пухлини призвели до хорошого місцевого контролю у когорті пацієнтів з саркомаами м'яких тканин високого ризику, що дозволяє уникнути ампутації ураженої кінцівки в більшості випадків.

МІСЦЕВЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ ДРІБНИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК У ДІТЕЙ

Буравцев-Давидов Н. А.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Діагностика та лікування гострого гематогенного остеомієліту залишається складною проблемою у хірургії дитячого віку. Тяжкі ускладнення після перенесеного остеомієліту виникають у 71,2 % хворих, інвалідизація — у 16,2–50,0 % випадка. Методи лікування у дітей мають бути щадними, покращувати та поновлювати кровообіг і мікроциркуляцію в кістках. Важливою вимогою лікування є адекватна санація гнійного вогнища, тобто евакуація мікробної інвазії, продуктів протеолізу та ін. Тому одним із головних завдань хірургічного лікування має бути рання внутрішньовогнищева декомпресія.

Під нашим спостереженням були 35 дітей віком від 5 до 17 років. Які знаходилися на лікуванні у гнійно-септичному відділенні ООДКЛ за останні 7 років. Частіше було ураження кісток стоп (58,7 %), ніж кісток кисті (41,3 %). Серед пацієнтів було більше хлопчиків (67,16 %), ніж дівчаток (32,84 %). Основними відмінностями в лікуванні пацієнтів із гострим остеомієлітом дрібних трубчастих кісток було використання розробленої методики, яка передбачає внутрішньоосередкове введення голки Алексюка для проведення пролонгованої місцевої антибактеріальної санації остеомієлітичного вогнища.

Результати лікування багато в чому залежать від диференційованих показань до того або іншого методу лікування. Необхідно враховувати локалізації вогнищ гострого остеомієліту дрібних трубчастих кісток на підставі рентгенографії в прямій проекції й боковій проекціях, тобто об'ємна візуалізація типу та поширеності ураження, клінічного та лабораторного моніторингу дозволяє диференційовано підходити до вибору лікувальної стратегії і тактики. Найбільш інформативним та об'єктивним методом діагностики є пункція ураженої кістки з визначенням характеру вмісту шляхом бактеріоскопічного та цитологічного дослідження мазків.

Таким чином, застосування патогенетично обґрунтованих методів місцевого лікування гострого остеомієліту дрібних трубчастих кісток у дітей дозволяє поліпшити результати та скоротити тривалість лікування дітей; знизити кількість місцевих ускладнень, збільшити кількість дітей, які видужали без анатомо-функціональних наслідків.

ЕХІНОКОКОЗ У ДІТЕЙ

**Тер-Варданян Д. Г., Аргюх А. О.,
Шаплавська А. І., Хворостяна С. В.,
Хорько А. В.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Ехінококоз є одним з найбільш небезпечних зооантропогельмінтозів, а його діагностика та лікування залишається актуальною медичною проблемою, особливо в Одеській області, яка є ендемічним осередком цього захворювання.

Ми проаналізували результати діагностики та лікування 52 хворих дітей з ехінококозом різноманітної локалізації за останні 7 років (38 (73,1 %) випадків — ехінококозу печінки, 2 (3,8 %) — ехінококозу селезінки, 1 (1,9 %) — ехінококозу м'язів передньої черевної стінки, 11 (21,2 %) — ехінококозу легень). У всіх випадках діагностика при госпіталізації проводилася за допомогою УЗ — дослідження, рентгенографії органів черевної порожнини та/або органів грудної клітини, комп'ютерної томографії та імуноферментного аналізу (ІФА).

Лікувальна тактика при ехінококозі у сучасних умовах стала виборчою, особливо у педіатричних пацієнтів. Сам вибір залежить від розмірів паразитарних кіст, їх локалізації та стадії захворювання. При малих одиничних кістах та високому операційному ризику доведено ефективним консерва-

тивне лікування альбендозолом, який призначали з розрахунку 10 мг/кг у день на 28 діб (1 курс) з перервою між курсами у 14 діб, самих же курсів було 4-5. Після кожного курсу терапії проводили контрольний огляд з клінічно-лабораторними та інструментальними дослідженнями для визначення ефективності проведеного консервативного лікування. В свою чергу оперативне лікування ехінококозу проводилось як традиційним відкритим способом (84,6 %), так і лапароскопічною ехінококектомією (15,4 %). При відкритих операціях видаляли тільки хітинову оболонку паразитарної кісти з послідуною обробкою її порожнини сколецидним агентом (бетадіном). Лапароскопічна ехінококектомія виконувалась при одиничних паразитарних кістах печінки з малими або середніми розмірами, які були локалізовані поверхнево, сама лапароскопічна ехінококектомія проводилась по тим же принципам, що й відкрита ехінококектомія.

Комплексне застосування ранньої діагностики, щадних методів лікування та профілактичної хіміотерапії дозволяє істотно покращити ефективність лікування дітей з ехінококозом.

ПЕРСОНІФІКОВАНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКА Грушецька М. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Первинна циторедуктивна хірургія є методом вибору в початковому лікуванні раку яєчників. Однак, стосовно рецидиву захворювання даний метод є дискутабельним, а рекомендації не стандартизовані.

Мета дослідження — підвищити ефективність лікування хворих на рецидивний рак яєчника.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз бази даних УК ОНМедУ за період з 2017 по 2021 рр. Дослідженню підлягало 210 пацієнтів з рецидивуючим раком яєчника, що перебували на лікуванні в Центрі реконструктивної та відновної медицини ОНМедУ (УК ОНМедУ). Зібрані дані включали дату постановки діагнозу, початкового лікування, дату рецидиву, розташування та кількість місць рецидиву, проведене вторинне циторедуктивне втручання, доопераційний статус та післяопераційний перебіг. Відібрано 40 схожих випадків згідно прийнятих критеріїв.

Усі статистичні дані вважалися значущими, якщо випадкова вірогідність була менше 5 % ($p < 0,05$).

Результати та обговорення. Серед 40 пацієнтів 22 проведено радикальне оперативне втручання, 10 — паліативне, 8 — біопсія метастатичних осередків.

Середній інтервал без захворювання після первинної операції становив 18 місяців. Середній інтервал від встановлення діагнозу до циторедукції — 63 місяці. У пацієнтів відмічені метастази у печінку (22), лімфатичні вузли (16), діафрагму (14), інші місця, включаючи товсту кишку, легені, наднирники і нирки (18). 5-річна живиханість після циторедуктивної операції становила 45 %, серед-

ня тривалість виживання після операції становила 42 місяці.

Висновки. Використання в комплексному лікуванні хворих на рецидивуючий рак яєчника циторедуктивного втручання є ефективним. Це обґрунтовує тривалий інтервал без захворювання та доцільність досить добре переносимого підходу з зазначеною перевагою для виживання хворих.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО СЕЛЕКТИВНОГО ВИКОНАННЯ ЛІМФОДИСЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА РАННІ ФОРМИ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ З ВИКОРИСТАННЯМ ФЛЮОРОСКОПІЧНОЇ ТЕХНІКИ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ СТОРОЖОВОГО ЛІМФОВУЗЛА

Янєва Д. Г.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ: У роботі наводяться результати порівняльного аналізу між групою пацієнток яким виконувалась біопсія сигнального лімфовузла та групою пацієнток яким виконувалась радикальна лімфодисекція на початкових стадіях раку молочної залози. В роботі розглядаються показання до біопсії та процедура проведення.

Мета: Дослідити переваги виконання біопсії сигнального лімфатичного вузла над радикальною лімфодисекцією у хворих на ранні стадії раку молочної залози, та вплив цього методу на якість життя та післяопераційні ускладнення.

Матеріали і методи: У дослідженні взяли участь 38 хворих на рак молочної залози (I-II ст.), розділені на 2 групи: I група — органзберігаюча операція+біопсія сторожевого лімфатичного вузла (без подальшої лімфодисекції) — 25 хворих; II група — органзберігаюча операція + радикальна лімфодисекція — 13 хворих. Проаналізовані післяопераційні ускладнення та тривалість перебування на стаціонарному лікуванні. Оцінювання якості життя хворих проводилось на усіх етапах лікування за допомогою шкал SF36, EORTCQLQ-C30 та EORTCQLQB23.

Результати: Середня тривалість перебування на стаціонарному лікуванні та частота виникнення післяопераційних ускладнень статистично достовірно менше у першій групі ($p < 0.05$). Оцінка якості життя хворих I групи за допомогою SF-36, продемонструвала вищий рівень фізичного та психологічного компонентів здоров'я порівняно з II групою. При аналізі даних EORTC спостерігалось достовірне погіршення якості життя хворих II групи за рахунок підвищення показників шкал болю, лімфостазу, порушення функції кінцівки ($p < 0.05$).

Висновки: Проведення детекції сигнального лімфатичного вузла дозволяє уникнути невиправдано травматичних хірургічних втручань при початкових стадіях раку молочної залози та інтактних лімфатичних вузлах, запобігає виникненню післяопераційних ускладнень, таких як лімфостаз, лімфорея, больовий синдром та порушення функції кінцівки, а також скорочує терміни лікування та підвищує якість життя хворих.

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ЦЕНТРУ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ТА ВІДНОВНОЇ МЕДИЦИНИ (УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ) ОНМедУ: ВИКОРИСТАННЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО НЕЙРОМОНІТОРИНГУ У ПАЦІЄНТІВ З ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Рудоманенко Т. П.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Двома найпоширенішими ранніми ускладненнями післяоперацій на щитоподібній залозі є гіпокальціємія (20–30 %) та травма зворотнього гортанного нерву (5–11 %). Профілактика ускладнень залежить від ретельної оперативної техніки хірургата використання новітніх методик визначення розташування гортанних нервів, таких як інтраопераційний нейромоніторинг.

Мета дослідження. Оцінити ефективність використання інтраопераційного нейромоніторингу гортанних нервів у порівнянні з їх візуальною ідентифікацією у пацієнтів з первинними та повторними втручаннями на щитоподібній залозі.

Результати. При порівнянні методів ідентифікації гортанних нервів, встановлено, що ускладнення спостерігалися лише у пацієнтів у підгрупах з повторними втручаннями на щитоподібній залозі. З них частота ускладнень у I групі становить 21,21 % (7 випадків, з них одностороннє пошкодження зворотнього гортанного нерву — 3, транзиторне пошкодження зворотнього гортанного нерву — 4); у 2 групі 8.7 % (2 випадки, з яких одностороннє пошкодження зворотнього гортанного нерву — 1, транзиторне пошкодження зворотнього гортанного нерву — 1).

Висновки. Достовірних доказів переваг використання інтраопераційного нейромоніторингу гортанних нервів у порівнянні з їх візуальною ідентифікацією у пацієнтів з первинними втручаннями на щитоподібній залозі отримано не було. Отримані дані свідчать про необхідність рутинного використання інтраопераційного моніторингу у пацієнтів з повторними втручаннями на щитоподібній залозі для попередження транзиторного або стійкого пошкодження зворотнього гортанного нерву.

МІСЦЕ БЕЗГАЗОВОЇ ЛАПАРОСКОПІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ДЕСТРУКТИВНИХ ФОРМ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ, УСКЛАДНЕНОГО ПЕРИТОНІТОМ, У ХВОРИХ НА КАРДІОЛЕГЕНЕВУ ПАТОЛОГІЮ

Ісмаїлов Г. Т.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Гострий калькульозний холецистит трапляється в будь-якому віці але пік захворюваності припадає на 40-60 років. Співвідношення чоловіків і жінок 1:3. Летальність 5–10 %. Смертність значно вище у пацієнтів з гангренозним і пер-

форативним холециститом. Робота базується на аналізі та лікуванні 128 хворих гострим деструктивним холециститом, ускладненим перитонітом на тлі супутньої кардіо-легеневої патології.

Мега дослідження. Вивчити та дати оцінку різним методам хірургічного лікування хворих гострим деструктивним холециститом, ускладненим перитонітом на тлі супутньої кардіо-легеневої патології.

Матеріал та методи. Всі 128 хворих розподілені на 3 групи: 1-ша група складається з 38 хворих, котрим виконана лапароліфтингова лапароскопічна холецистектомія. 2-га група складається з 69 хворих, котрим виконана лапароскопічна холецистектомія. 3-тя група складається з 21 хворого котрим виконана традиційна (відкрита) холецистектомія.

Хворим всіх груп після виконаної холецистектомії виконана санація черевної порожнини та «класичне» дренивання в залежності від форми перитоніту

Кількість хворих на гострий флегмонозний холецистит: в 1 групі — 4; в 2 — 22; в 3 — 2; Кількість хворих на гострий гангренозний холецистит: в 1 групі — 23; в 2 — 27; в 3 — 4. Кількість хворих на гангренозно-перфоративний холецистит: в 1 групі — 11; в 2 — 20; в 3 — 15. Загальна кількість хворих на флегмонозний, гангренозний гангренозно перфоративний холецистит: 38, 69 і 21 відповідно.

Загальна кількість хворих з супутніми захворюваннями в трьох групах: 1 — 38; 2 — 69; 3 — 21

Результати. Середня тривалість післяопераційного періоду становила 1,5 доб, загальна тривалість лікування при лапароскопічній холецистектомії — 4,5 доби, загальна тривалість при відкритій холецистектомії — 10,8 доби.

Висновки. Новітні технології і прогресивні тактичні підходи в лікуванні хворих з гострим холециститом та гострим холециститом, ускладненим перитонітом, покращують результати лікування, скорочують період перебування пацієнтів у хірургічному стаціонарі, покращують якість життя пацієнтів.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА СТАН САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНИХ ТА ПРОТИЕПІДЕМІЧНИХ ЗАХОДІВ НА ШЛЯХАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ В ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ ООС

Ладиженська В. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

В зоні проведення операції об'єднаних сил санітарно-гігієнічні і протиепідемічні заходи проводяться з метою запобігання розповсюдженню інфекційних захворювань під час евакуації поранених та передбачають:

а). своєчасне виявлення ознак інфекційних захворювань серед поранених, що надходять на етапах медичної евакуації (далі — ЕМЕ), та їх ізоляцію;

б). проведення, за необхідності, часткової або повної санітарної обробки поранених, які надходять на ЕМЕ;

в). транспортування окремим санітарним транспортом інфекційних хворих та поранених з підозрою на інфекційні захворювання;

г). проведення поточної та заключної дезінфекції на ЕМЕ та санітарному транспорті, що задіяний для евакуації інфекційних хворих;

е). активне виявлення інфекційних хворих серед поранених, які перебувають на лікуванні;

медичне спостереження за пораненими на санітарно-транспортних засобах з передачею в найближчі заклади охорони здоров'я (далі-ЗОЗ) тих, у кого виявлені ознаки інфекційних захворювань;

ж). дотримання санітарно-гігієнічних вимог щодо розміщення, харчування, забезпечення питною водою поранених на ЕМЕ та санітарно-транспортних засобах.

Для тимчасової ізоляції поранених з підозрою на інфекційні захворювання та інфекційних хворих на ЕМЕ розгортаються ізолятори на дві інфекції (повітря-крапельну та кишкову).

Евакуація інфекційних хворих проводиться в інфекційні відділення стаціонарних військових та цивільних ЗОЗ або в спеціалізовані ЗОЗ, хворих на туберкульоз — у фтизіатричні відділення або диспансери.

Дезінфекція санітарних автомобілів, нош та засобів догляду за хворими проводиться силами і засобами ЕМЕ, на який доставлені інфекційні хворі.

Порядок надання медичної допомоги, проведення спеціальної обробки та ізоляційно-карантинних заходів під час застосування бактеріологічної зброї або виявлення хворих на особливо небезпечні інфекції визначається окремими інструкціями.

ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНИХ ПРИНЦИПІВ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ МОРСЬКИМ ТРАНСПОРТОМ

Ладиженська В. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Медична евакуація морським транспортом — медична евакуація, що здійснюється із використанням санітарного катера, допоміжних суден, кораблів, катерів аварійно-рятувальної служби або інших морських транспортних засобів. Вона проводиться з метою евакуації поранених з корабельних угруповань, що діють у морі, та з військових частин, дислокованих на ізольованих ділянках побережжя. За таких обставин евакуація морським транспортом іноді є єдиним можливим способом евакуації поранених.

Для евакуації поранених морем використовується санітарний катер “Сокаль”, а також можуть залучатися допоміжні судна і бойові кораблі Військово-Морських Сил Збройних Сил України (далі — ВМС ЗС України).

Евакуація морським транспортом має ряд особливостей, до яких відносяться значна евакуаційність більшості транспортних засобів, наявність необхідних умов для надання медичної допомоги і догляду за пораненими під час евакуації і, водночас, — уразливість морських суден, необхідність бойового і спеціального забезпечення (виділення бойової охорони, вибір маршрутів руху, устаткування спеціальних причалів або пристосування існуючих для навантаження і вивантаження поранених), залежність можливості використання морських шляхів евакуації від пори року і гідрометеорологічних умов, відносно невелику швидкість. Крім того, під час евакуації поранених морськими транспортними засобами на них можуть несприятливо впливати заколисування, вібрація і шум працюючих судових механізмів, що може призвести до розвитку у поранених морської хвороби.

Тривалість перебування поранених на кораблях залежно від умов обстановки може коливатися в межах від декількох годин при діях корабельних сил в операційній зоні військово-морських баз до декількох діб при діях у віддалених районах моря.

Для медичної евакуації поранених з корабельних сил, що діють у морі, використовуються гелікоптери, кораблі на повітряній подушці, кораблі і катери аварійно-рятувальної служби.

Медична евакуація з моря потребує проведення великого обсягу трудомістких і складних за виконанням заходів щодо передачі поранених і медичного персоналу з корабля на корабель з використанням плавучих засобів, гелікоптерів, евакуаційних контейнерів і інших технічних засобів передачі.

Для прийому поранених з бойових кораблів та інших плавучих засобів, які використовуються для евакуації, а також доставлених авіаційним транспортом, на причалах (пристанях) і аеродромах, розгортаються евакуаційні приймачі.

ПРОБЛЕМАТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПЛАНУВАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРЕПАРАТАМИ КРОВІ ПОРАНЕНИХ

Лапсєв І. С., Цилько І. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. В період активної фази ведення бойових дій гостро постає питання щодо своєчасного надання ефективної гемотрансфузіологічної допомоги одночасно великій кількості пораненим з масивними крововтратами і, як слідство, порушеннями системи гемостазу. Плазма свіжозаморожена ефективно використовується у пацієнтів з порушеннями згортання крові, у ситуаціях з множинним дефіцитом факторів згортання, при відсутності відповідного специфічного фактора згортання.

Сучасні дослідження системи гемостазу встановили пряму залежність вмісту окремих факторів згортання крові від груп крові. Кров людей 0(I)

групи вміщує на 25 % меншу кількість білків, які відповідальні за згортання крові. Це водночас стосується і донорів крові і реципієнтів препаратів крові. Пацієнти, що отримують масивні введення компонентів крові при клінічно значущому дефіциті факторів згортання, потребують більшої кількості такого компоненту, як плазма свіжозаморожена.

Мета. При плануванні заготівлі плазми свіжозамороженої найбільш ефективно забезпечити потребу для пацієнтів з урахуванням їх групи крові.

Практична значущість. Для пацієнтів з групою крові 0(I), що потребують масивного введення компонентів крові, комплексно враховувати зниження на 25 % рівня факторів згортання їх крові, так і більш низький рівень зазначених факторів у донора групи крові 0(I).

Висновок: При плануванні кількості заготівлі компонентів донорської крові — плазми свіжозамороженої, яка буде використовуватись для надання допомоги пораненим з масивними кровотечами та порушеннями гемостазу, слід враховувати різницю гемостатичних властивостей різних груп крові.

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ БІЙЦІВ ООС В ПЕРІОД РЕАБІЛІТАЦІЇ

Щербакан С. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Бійці переднього краю часто знаходяться під впливом бойових стрес-факторів. В результаті цього виникає стомленість, емоційне вигорання, яке значно знижує бойову ефективність та результативність воїна. Ще німецький вчений Е. Динтер у своїх дослідженнях вказував, що знаходження людини в зоні бойових дій більше 30–40 діб призводить до зниження продуктивності близько 70 %, а вже через 20–25 діб — емоційного виснаження, що характеризується спадом духовних та фізичних сил.

Практично кожен другий військовослужбовець страждає на поганий сон, схильність до депресій, безсилля, дискомфорт, які поєднуються із негативними емоціями, втратою інтересу до навколишніх подій. Раннє виявлення ознак посттравматичного стресу дозволить уникнути подальших проблем: зниження пам'яті та уваги, виникнення ілюзій, немотивована агресія до товаришів та родичів, конфліктність тощо. Психологічна реабілітація, що проводиться для військовослужбовців, які повернулися з гарячих точок, має за мету зберегти та відновити їх психологічний, фізичний стан, повернути готовність виконувати службові обов'язки.

Мета. Запропонувати ефективні психодіагностичні методики, які мають на меті раннє виявлення психологічних проблем у бійців в реабілітаційному періоді.

Матеріали. Із безлічі наведених методик, що рекомендовані наказом № 702 МО України від

2015 року, на нашу думку, оптимальними є: опитувальник травматичного стресу І. О. Котенкова та Місісіпська шкала оцінки посттравматичного стресового розладу. Перевагою цих методів являється їх точність, вони розгорнуті, тому вірогідність виявлення депресивних станів вища, ніж з іншими методами. Опісля діагностування ПТСР, якщо його було діагностовано на ранньому етапі розвитку, бійцям достатньо відкоригувати режим дня та відпочинку зі більшим ухилом на друге, організувати в медичній роті бесіди з психологом, провести ненапружені заняття з бойової підготовки, щоб подолати ознаки хвороби. Це більшою мірою надасть позитивний результат на етапі реабілітації бійців. У разі тяжкого перебігу захворювання людина проходить курс лікування в стаціонарному шпиталі або психіатричному закладі, за необхідності. Подібний алгоритм, за оцінкою спеціалістів, дозволить підвищити ефективність допомоги до 45–75 % й повернути військових до бойової готовності.

Висновок: Психологічна підтримка бійців з переднього краю є важливою ланкою реабілітації, що дозволить уникнути багато проблем зі психологічним та фізичним здоров'ям. Запропоновані нами методики — більш інформативні, точні та з кращою ймовірністю розкривають їхній стан, що дозволяє запобігти розвитку тяжких психофізичних ускладнень.

ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА БАЗІ ЦЕНТРУ СИМУЛЯЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Щербакан С. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

На базі кафедри медицини катастроф та військової медицини Одеського національного медичного університету відкрито сучасний симуляційний комплекс. Його важливість полягає в тому, що із застосуванням спеціальних тренажерів, роботів та комп'ютерних систем студенти та військові медики зможуть здійснювати імітацію різних видів поранень та таким чином отримувати важливі навички щодо надання допомоги у польових умовах.

Наявність цього комплексу надалі сприятиме досягненню високого рівня клінічної компетенції як лікарями, і санітарними інструкторами. Впровадження у навчальний процес симуляційних технологій дає можливість моделювати різноманітні ситуації життєдіяльності організму, зокрема, при отриманні бойової травми. У ході заходу своє позитивне ставлення до цієї події висловили вчені-медики, представники Військово-медичного департаменту МО України, Української військово-медичної академії, Військово-медичного клінічного центру Південного регіону та Одеського національного медичного університету. Також під час заходу були представлені нещодавно видані книги «Військово-польова хірургія», «Нариси хірургії бойової травми шлунка» та «Ультразвукова діагностика травми та її ускладнень», за якими, з ура-

хуванням досвіду проведення ООС та інших збройних конфліктів, надалі навчатимуться майбутні військові медики.

Серед інших подібного профілю кафедр вищих навчальних медичних закладів країни кафедра медицини катастроф та військової медицини Одеського національного медичного університету є першою, де відкрито сучасний симуляційний комплекс. Цей комплекс складається з двох багатопільових симуляторів життєдіяльності пацієнта, призначених для моделювання ситуації з надання допомоги на догоспітальному та госпітальному етапах.

Надалі, за допомогою цих симуляторів навчаються як студенти-медики, так і представники лікарського, середнього та молодшого військового медперсоналу перед відрядженням у район проведення ООС, що дозволить їм добре підготуватись до роботи в екстремальних (бойових) ситуаціях.

ОСНОВНІ ВИМОГИ ДО ОБЛАДНАННЯ АВІАТРАНСПОРТНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ АЕРОМЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Якушкіна М. Ю.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Літаки та гелікоптери, що використовуються для аеромедичної евакуації (АМЕ), мають мати носі з відповідними пасажами безпеки для захисту поранених від вертикальних і горизонтальних прискорень, що виникають під час польоту. В елементах конструкції літаків і гелікоптерів встановлюються штатні розкладні вузли, в яких можлива швидка установка стійок та підвісних ременів для розміщення стандартних санітарних носів в 1–4 ряди залежно від розмірів вантажної кабіни і типу літального апарату. Носі мають розташовуватися якомога горизонтальніше, після їх встановлення має залишатися достатньо простору медичному персоналу для виконання своїх обов'язків по догляду за кожним пораненим. При ярусному розташуванні носів відстань між суміжними рядами має становити що найменше 46 см. Літальний апарат має бути забезпечений адекватною системою освітлення та електроживлення для роботи медичного електрообладнання. У випадку виходу з ладу головного джерела живлення все обладнання має автоматично перейти на роботу від резервного джерела акумуляторного типу.

Також літальний апарат має бути забезпечений стаціонарною або портативною системою подачі кисню для лікувальних цілей, для чого використовується штатна киснево-дихальна апаратура, як стаціонарна (бортова), так і переносна. Запаси кисню мають забезпечити не лише медичні потреби згідно зі штатною евакомісткістю, а й весь екіпаж та медичну бригаду на випадок виникнення позаштатної ситуації (розгерметизації корпусу літака).

Медичним обладнанням літальні апарати, що здійснюють АМЕ, комплектуються згідно з визначеним переліком. При цьому на кожного тяжко-

пораненого передбачається мати апарат штучної вентиляції легенів, багатоканальний кардіомонітор, за необхідності, вакуумний матрац та комплект вакуумних шин тощо.

Все бортове обладнання має бути сертифіковане виробником як транспортне медичне обладнання і має функціонувати в діапазоні вологості повітря від 0 до 100 %. Також все обладнання має пройти випробовування на стійкість до вібрації, а також визначення впливу на бортові системи літака під час польоту.

РАДІОБІОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ ІОНІЗУЮЧОЇ РАДІАЦІЇ НА ПРИКЛАДІ ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС

Якушкіна М. Ю.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Аварія на Чорнобильській АЕС стала найкрупнішою ядерною аварією в історії людства. Радіаційний вплив, пов'язаний з цією катастрофою, не має аналогів ні за своїм характером, ні за масштабом. За час, що пройшов після чорнобильської аварії, стає все більш явним, що її наслідки є значно більш складними, ніж вважалось спочатку. Вивчення медико-біологічних аспектів аварії в постраждалого населення і в більшій ступені у ліквідаторів, як групи осіб з найбільшим ризиком розвитку багатьох захворювань, має велике наукове та практичне значення. Метою даного дослідження є проведення аналізу, що дозволить відстежити віддалені наслідки «чорнобильського фактору». Було проведено аналіз статистичних даних, отриманих в результаті досліджень динаміки захворюваності у ліквідаторів аварії на ЧАЕС та поєднання цих даних.

За результатами різних проведених радіаційно-епідеміологічних обстежень учасників ліквідації наслідків аварії можна отримати деякі оцінки динаміки загально-соматичної захворюваності. В осіб, що брали участь в проведенні аварійно-відновлювальних робіт безпосередньо на четвертому блоці АЕС у першу добу після катастрофи, в наслідок короткочасного зовнішнього опромінення, розвивалася гостра променева хвороба різного ступеню важкості. Інші ліквідатори підпали під пролонгований вплив як малих доз радіації, так і інших факторів Чорнобильської катастрофи. Було виявлено достовірно загальне збільшення захворюваності та дозозалежне збільшення кількості таких захворювань в ліквідаторів: захворювання нервової системи, психічні розлади, захворювання крові та кровотворних органів, захворювання органів травлення, вегето-судинна дистонія. Причиною вказаних розладів став не лише вплив зовнішнього гама-бета-опромінення, но й інкорпорація радіонуклідів та інших шкідливих речовин.

Слід зазначити значний ріст частки ліквідаторів, що хворі хронічними захворюваннями за останні роки. Таким чином віддалені наслідки впливу іонізуючого опромінення призвели до того, що в ліквідаторів частіше, ніж у дорослого населення реєструвались: новоутворення (в 1,5–

2 рази), хвороби ендокринної системи, порушення обміну речовин та імунітету (в 7–10 разів), захворювання крові та кровотворних органів (в 5–7 разів); психічні розлади (в 2,5–6,5 разів), захворювання нервової системи та органів почуттів (в 3,0–3,5 рази), захворювання системи кровообігу (в 6,5–8,0 разів), захворювання органів дихання (в 1,5–4 рази), захворювання органів травлення (в 6–9 разів), захворювання сечостатевої системи (в 1,2–1,6 разів), захворювання кістково-м'язової системи (в 3,5–5 разів), а також симптоми, ознаки та непевно зазначені стани (в 2,5–5 разів).

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНИХ ТА МІЖНАРОДНИХ ПРОТОКОЛІВ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ АНАФІЛАКТИЧНОМУ ШОЦІ У ДОРΟΣЛИХ І ДІТЕЙ

Даниленко М. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. З кожним роком збільшується кількість реєстрацій анафілактичних реакцій, головними причинами яких найчастіше є медикаментозна та інсектна алергія. Згідно з Державного Експертного Центру МОЗ України, анафілактичний шок реєструють у 10 % хворих з цими формами алергії, а у 10 % з них закінчується летальними випадками. Різне збільшення в усьому світі за останні 30 років частоти анафілактичного шоку пов'язують з загальним ростом захворюваності на алергійні хвороби, причинами яких є нестримний розвиток хімічної та фармацевтичної промисловостей, забрудненням навколишнього середовища, активним використанням гербіцидів, інсектицидів, а також зростання неконтрольованого використання лікарських засобів. За дослідженнями у США поширеність анафілаксії в загальній популяції становить щонайменше 1,6 % і, ймовірно, вище. Згідно інформації «American College of Allergy, Asthma, and Immunology» небезпечні для життя алергійні реакції потенційно виникають у 0,4–0,8 % дітей і 3 % дорослих. Щонайменше 90-100 смертей на рік є результатом анафілаксії укусів комах. Згідно даним досліджень наукової статті “Anaphylaxis — a 2020 practice parameter update, systematic review, and Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) analysis” загальна поширеність смертельної анафілаксії за останні роки в Сполучених Штатах і Великобританії становить від 0,47 до 0,69 на мільйон осіб. З провідними причинами фатальної анафілаксії є наркотики (29–58,5 %), укуси комах (3,3–54 %), та продукти харчування (2–6,7 %).

Ціль: Зробити порівняльний аналізміжнародних та вітчизняних протоколів для надання допомоги при анафілактичному шоці у дорослих та дітей. Знайти спільне та відмінне між протоколами та визначити їхню ефективність, використовуючи офіційні статистичні дані.

Матеріали та методи: Був проведений аналіз та порівняння таких документів та статей :

1. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та

третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Медикаментозна алергія, включаючи анафілаксію».

2. Emergency treatment of anaphylaxis by working group of resuscitation council UK may 2021.

3. Evaluating the management of anaphylaxis in US emergency departments : Guidelines vs. practice

4. World Allergy Organization Anaphylaxis Guidance 2020

Висновок: Усі протоколи були побудовані на принципах доказової медицини з урахуванням міжнародних рекомендацій та розроблені для створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам з алергією шляхом координування та оптимізації екстреної медичної допомоги. При аналізі були виявлені певні закономірності. Окрему увагу привертає стиль оформлення протоколів та гайдлайнів, що дозволяє швидко і якісно ознайомитися з інформацією та покроково виконати дії, що допоможе якнайшвидше надати якісну допомогу. Важливо відмітити, що протоколи постійно оновлюються.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНИХ І МІЖНАРОДНИХ ПРОТОКОЛІВ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ГІПЕРГЛІКЕМІЇ У ДОРΟΣЛИХ І ДІТЕЙ

Бистриця Є. Р.

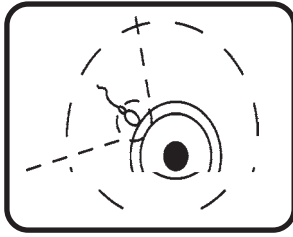
*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Ціль: Проаналізувати особливості міжнародних та вітчизняних протоколів для надання допомоги при гіперглікемії у дорослих та дітей.

Матеріали та методи: Сучасні протоколи для допомоги при невідкладному стані хворого на гіперглікемію. Їх аналіз, особливості та порівняння між собою.

Результати дослідження: При аналізі було виявлено їх схожість між собою й певні закономірності які сприяють покращенню життя хворого.

Висновок: Допомога хворим у невідкладному стані при гіперглікемії, стає набагато швидша й якісна дотримуючись цих протоколів. Це дає змогу підвищити якість життя хворого на цукровий діабет.



СЕКЦІЯ АКУШЕРСТВА, ГІНЕКОЛОГІЇ ТА УРОЛОГІЇ

Section of Obstetrics, Gynecology and Urology

ОСОБЛИВОСТІ ЦИТОМОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН ЕПІТЕЛІЮ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК З ПАПЛОМАВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Янєва О. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вірус папіломи людини (ВПЛ) — це найпоширеніша вірусна інфекція, яка передається статевим шляхом. Впродовж життя інфікується щонайменше троє з чотирьох людей. Хронічна ВПЛ-інфекція є причиною розвитку цервікальних інтраепітеліальних неоплазій та раку шийки матки (РШМ), який щорічно вражає півмільйона жінок та викликає близько 300 000 смертей.

Мета роботи: інтерпретація даних бактеріоскопічного та цитоморфологічного дослідження (ЦМД) жінок (n=37) з підтвердженою ПВІ для подальшого прогнозування і профілактики розвитку цервікальних інтраепітеліальних неоплазій та інших ВПЛ-асоційованих захворювань.

Нами був виконаний ретроградний аналіз даних бактеріоскопічного дослідження урогенітальних мазків жінок з підтвердженою ПВІ та з'ясовано, що кожна друга жінка страждає на послаблення місцевих захисних механізмів імунітету слизових оболонок (СО) статевих органів.

В процесі аналізу результатів ЦМД матеріалу ШМ зазначених пацієнток було встановлено:

— в 78,4 % випадків (29-ти жінок): зміни специфічні для ПВІ — помірний койлоцитоз посеред незмінених клітин багатошарового плоского епітелію шийки матки (ШМ).

— в 16,2 % випадків (6-ти жінок): слабку інтраепітеліальну неоплазію плоского епітелію ШМ — CIN-I, елементи хронічного запалення (ЕХЗ), койлоцити, дискератоцити.

— в 5,4 % випадків (2-х жінок): помірну інтраепітеліальну неоплазію епітелію ШМ — CIN-II, ЕХЗ, клітини з помірно вираженим дискеріозом, койлоцити, дискератоцити, базальні та парабазальні клітини.

Висновок дослідження: на фоні послаблення місцевої реактивності СО статевих органів пацієнток з хронічною ПВІ визначається тенденція до підвищення ризику формування цервікальних інтраепітеліальних неоплазій — це спонукає до свідомого вирішення проблем з питань своєчасної профілактики ПВІ, зокрема вакцинації та саніта-

рно-просвітницьких заходів з відповідним індивідуальним підходом до різних вікових груп населення.

ПОРІВНЯННЯ БІОФІЗИЧНИХ ТА ЛІКУВАЛЬНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЛАЗЕРІВ У ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Рогачевський Р. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Термін «лазер» є акронімом від англійського словосполучення Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation. Лазери зазвичай описуються довжиною випромінюваної хвилі, яка визначає колір світла, а також активним середовищем генерації. В даний час розроблено понад 40 типів лазерів широкого спектру як промислового, так і медичного використання. Газ і твердотільні лазери часто використовуються в хірургічних апаратах, CO₂ та Ar є найпоширенішими прикладами газових лазерів, а Nd:YAG і KTP:YAG є найпоширенішими прикладами твердотільних лазерів. У цій роботі ми розглянули дані наукової літератури щодо основних особливостей біофізики лазерів та їх клінічного використання при захворюваннях акушерсько-гінекологічного профілю, враховуючи наявний досвід з використання цих технологій у практиці Гінекологічної клініки Багато-профільного медичного центру ОНМедУ.

РЕПРОДУКТИВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ У ЖІНОК ІЗ ЗОВНІШНІМ ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ

Горпинич Д. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

За даними літератури, кумулятивна частота настання вагітності протягом року скадає 20–50 % та має тенденцію до зниження. Висока розповсюдженість зовнішнього ендометріоза та його негативний вплив на фертильність пацієнток обумовлює необхідність оцінки їх репродуктивного потенціалу.

Мета роботи. Оцінка репродуктивного потенціалу жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом (ЗГЕ) початкових стадій.

Матеріали та методи. Оцінено індекс фертильності (The Endometriosis Fertility Index — EFI) за

класифікацією J. Adamson et al. і оваріальний резерв (ОР) за показниками ФСГ, АМГ та кількістю антральних фолікулів (КАФ) в одному зрізі при УЗД 62 пацієнток із ЗГЕ I–II стадії, ендоскопічно підтвердженим, при оперативному лікуванні з приводу безпліддя. Контрольну групу склали здорові жінки репродуктивного віку з чоловічим фактором безпліддя.

Результати дослідження. Показник ЕФІ ($7,20 \pm 0,18$) був достовірно ($p < 0,05$) нижчим в порівнянні з його показником (9–10), який за даними літератури, свідчить про сприятливу реалізацію репродуктивних помірів в природньому циклі. Відмічається також зниження ОР при ЗГЕ I–II стадії, (АМГ — $1,78 \pm 0,03$) нг/мл; ФСГ — $(7,32 \pm 0,14)$ мМо/мл; КАФ — $(8,04 \pm 0,21)$ в порівнянні з контрольною групою (АМГ — $(2,38 \pm 0,02)$ нг/мл; ФСГ — $(5,59 \pm 0,08)$ мМо/мл; КАФ — $10,84 \pm 0,12$). Можливо, додатковим фактором зниження ОР в даній групі пацієнток стали тривалий термін безпліддя ($5,18 \pm 0,31$ рік) та неадекватне лікування в анамнезі.

Висновок. Показники ЕФІ та ОР свідчать про зниження репродуктивного потенціалу при ЗГЕ, навіть на початкових стадіях. Визначення ЕФІ та ОР у пацієнток із зовнішнім геніальним ендометріозом дає змогу прогнозувати ймовірність настання вагітності в природньому циклі або рекомендувати їм допоміжні репродуктивні технології.

РОЛЬ ПАЙПЕЛЬ-БІОПСІЇ У ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНІЙ ОЦІНЦІ МОРФОЛОГІЧНОГО СТАНУ ЕНДОМЕТРІЯ

Мотречко О. Ю.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність поєднання доброякісної гіперпластичної патології ендометрія та міометрія пов'язані із досить високою розповсюдженістю (25,4 — 85 %) та коморбідністю цих станів, що вимагає доопераційної морфофункціональної оцінки стану ендометрія. Сучасною малоінвазивною та атравматичною альтернативою хірургічній методиці отримання матеріалу ендометрія для патогістологічного дослідження (ПГД) є пайпель-біопсія.

Мета роботи. Визначення чутливості та специфічності пайпель-біопсії з метою забору матеріалу для доопераційної морфологічної оцінки стану ендометрія пацієнток з міомою матки.

Матеріали та методи. Порівняльний аналіз результатів ПГД зразків ендометрія 136 пацієнток, отриманих при пайпель-біопсії в доопераційний термін із результатами дослідження макропрепарату після гістеректомії з приводу міоми матки. Чутливість (ЧД) і специфічність (СД) дослідження розраховували стандартним математичним способом.

Результати та обговорення. Ендометріоїдна карцинома не була діагностована при ПГД зразків ендометрія, отриманих як при пайпель-біопсії, так і при остаточному дослідженні макропрепарату, можливо, завдяки виключенню з дослідження пацієнток із потенційно злоякісними процесами.

Відсоток морфологічно встановленого атипічного гіперпластичного процесу був незначним (4,41 %), що стало підставою для його виключення із порівняльного аналізу. За остаточними морфологічними даними ендометрій без патології мав місце у 33,8 % випадків, з гіперпластичним процесом — у 66,2 %. Розходження остаточних морфологічних результатів дослідження макропрепарату з попередніми, доопераційними склало 6,92 %, із них хибнопозитивних — 3,84 %, хибнонегативних — 3,05 % (ЧД — 94,2 %, СД — 93,4 %).

Висновки. Пайпель-біопсія з послідовним ПГД біоптата має високу діагностичну значимість для морфологічної оцінки ендометрія при доброякісних гіперпластичних процесах матки, на що вказує її висока діагностична чутливість та специфічність, малоінвазивність та можливість амбулаторного застосування.

СУЧАСНИЙ СТАН РОЗВИТКУ РАННІХ МЕТОДІВ ВИЯВЛЕННЯ РАКУ ЕНДОМЕТРІЯ

Добровольський А. Л.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Рак ендометрія (РЕ) є найпоширенішою онкологією репродуктивної системи українських жінок. За даними ВОЗ “The Global Cancer Observatory (GCO)” лише у 2020 році у світі було зареєстровано 417 367 нових випадків раку ендометрія, а кількість смертей склала 97 370 осіб. За математичною моделлю прогнозування розповсюдженості захворюваності на онкологію ВОЗ GCO, у 2035 році буде приблизно 563 000 нових захворівших осіб, а кількість смертей складе 142 000 жінок у всьому світі.

Вивчення процесів, що призводять до малігнізації ендометріальної тканини є одною із найбільш актуальних проблем сучасної гінекології. Хоча на сьогодні не існує вичерпних алгоритмів скринінгу раку ендометрія, гіперплазію ендометрія визнано попередником найпоширенішого типу раку ендометрія (ендометріоїдного), і її вивчення відкриває можливості для ранньої діагностики та профілактики РЕ.

У цій роботі ми проведемо детальний аналіз літературних джерел, присвячених тематиці ранньої діагностики атипової гіперплазії та раку ендометрія.

ВИПАДОК ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКА ГІГАНТСЬКИХ РОЗМІРІВ, УСКЛАДНЕНОЇ ДАВНІШНІМ ПЕРЕКРУТОМ.

Каліциньська Ю. Л.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Даний клінічний випадок представляє інтерес в розумінні підходу до вирішення нестандартної ситуації, важливості командної роботи та індивідуального підходу до конкретної ситуації.

Опис клінічного випадку. Хвора 60 р. звернулась у ВІМДЛ БМЦ ОНМедУ зі скаргами на збільшення живота в об'ємі, болі внизу живота, по-

рушення сечовипускання (по типу затримок), обмеження в можливості пересування, задишку. Вважає себе хворою 5 років, до гінеколога не зверталась, не обстежувалась. В останні 3 місяці стан пацієнтки погіршився. По даним МСКТ черевної порожнини — велике кістозне новоутворення черевної порожнини (358×380×322 мм), що компресує магістральні судини та правий сечовід. Гідроуретронефроз справа. Пацієнтка оглянута анестезіологом, кардіологом, аритмологом, урологом. Ступінь анестезіологічного ризику (по ASA) V. При вирішенні питання про оперативне лікування та методику анестезіологічного забезпечення враховували високий ступінь ризику тромбоемболічних ускладнень, порушень газообміну і гемодинамічних порушень, обумовлених синдромом нижньої порожнистої вени. Враховуючи скарги хворої, дані інструментальних методів обстеження та супутню патологію показано оперативне лікування в обсязі: Повздожня нижньосерединна лапаротомія. Гістеректомія з додатками. Резекція великого сальника. В момент інтубації пацієнтка знаходилась в положенні напівсидячі, впродовж операції, поступово змінювали його на горизонтальне. Проведена нижньосерединна лапаротомія, виявлено повну облітерацію черевної порожнини за рахунок давнішого перекруту пухлини. Першим етапом проведена тангенціальна пункція та часткова аспірація вмісту пухлини. Опороження кісти тривало протягом 2 год (всього аспіровано 28 л геморагічного дрібнодисперсного вмісту). Після зменшення пухлини поступово, за допомогою електрохірургії, проведена дисекція між пухлиною та перитоніальною очервиною, а також органами черевної порожнини. Після видалення пухлини типово проведена гістеректомія з додатками, інфраколярна резекція великого сальника. Загальна вага пухлини 32,5 кг (28 л рідинного вмісту та 4,5 кг тканини пухлини).

Висновки. Пухлини яєчників гігантських розмірів можуть зазнавати перекруту, що призводить до тривалого запалення та може супроводжуватись облітерацією черевної порожнини. Внаслідок тривалої компресії магістральних судин і органів черевної порожнини підвищуються ризики загострення екстрагенітальної патології (серцева та дихальна недостатність, розлади сечовипускання). Незважаючи на ургентність таких ситуацій, пацієнток необхідно ретельно готувати до операції шляхом максимального обстеження та проведення відповідної передопераційної підготовки за участю суміжних фахівців.

ПРИЧИНИ БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ

Дробот Д. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Згідно звіту Американської Асоціації Ендометріозу, близько 200 млн жінок по всьому світі страждає на ендометріоз, що більш ніж у 30 % випадків призводить до безпліддя. Така статистика показує, що ендометріоз стає мовчазною епідемією сучасного суспільства.

Мета дослідження: дослідити причини безпліддя у жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом.

Матеріали та методи. На базі БМЦ УК ОНМедУ до дослідження було долучено 74 жінки, яким було проведено лапароскопічні операції з приводу синдрому хронічного тазового болю в період 2020–2021 років. Вік обстежених жінок склав від 20 до 40 років.

Показанням до проведення діагностичної лапароскопії був больовий синдром у 100 % обстежених безплідних жінок. Показанням до проведення гістероскопії була підозра на наявність маткового фактору безпліддя. Також було проведено дослідження гормонального профілю.

Результати досліджень: при проведенні лапароскопії зовнішній генітальний ендометріоз I–II ступеня було встановлено у 38 (51,3 %), III ступеня — у 14 (18,9 %), IV ступеня — у 22 (29,7 %) жінок. Ендометріоми одного чи обох яєчників — у 9 (12,2 %), злукову хворобу було виявлено у 40 (54,05 %) жінок, облітерація маткових труб — у 11 (14,9 %), аномалія розвитку матки — у 5 (6,75 %).

При проведенні гістероскопії були виявлені: внутрішньоматкова перетинка — у 6 (8,1 %), поліпи ендометрія — у 7 (9,5 %), гіперплазія ендометрія — у 10 (13,5 %), аденоміоз — у 17 (17,6 %) обстежуваних жінок.

При наявності ендометріом яєчників має місце суттєве зниження оваріального резерву ($(0,03 \pm 0,20)$ нг/мл). Дослідження гормональних показників показало підвищення рівня ФСГ ($(14,8 \pm 0,1)$ мМе/мл) та зниження рівня ЛГ ($(2,1 \pm 0,3)$ мМе/мл) у обстежених жінок. Крім того, чоловічий фактор безпліддя було виявлено у 15 % подружніх пар.

Висновки: при дослідженні причин безпліддя у жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом виявлено, що у 47,7 % випадків має місце поєднання декількох факторів.

Саме тому підхід в лікуванні безплідних жінок з ендометріозом повинен бути комплексним, а якщо вагітність не настає протягом 12 місяців, то доцільно рекомендувати застосування допоміжних репродуктивних технологій.

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ БЕЗПЛІДНИХ ПАЦІЄНТОК З СИНДРОМОМ ХРОНІЧНИХ ТАЗОВИХ БОЛІВ

Луцько А. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Поширеною проблемою (20–25 %) жінок репродуктивного віку є синдром хронічних тазових болів (СХТБ). Характерна ознака СХТБ — тривалість больового анамнезу 6 місяців та більше, не повне полегшення після медикаментозного, хірургічного та інших методів лікування, що призводить до погіршення якості життя жінки. Окрім больового синдрому у 42 % має місце безпліддя. Головна ознака СХТБ — відсутність вагової органічної патології, з якою можна було б пов'язати хронічний тазовий біль та безпліддя.

Метою дослідження. Значення ендоскопічного оперативного втручання в комплексі діагностично-лікувальних заходів у визначенні факторів безпліддя на тлі СХТБ.

Методи дослідження. Після уточнення анамністичних даних, повного клініко-лабораторного та інструментального обстеження (ультрасонографія, комп'ютерна або магнітнорезонансна томографія), для уточнення аллогенного фактору розвитку безпліддя на тлі СХТБ, було здійснено оперативне ендоскопічне втручання 75 хворим, із них лапароскопія у 45 % та гістероскопія у 20 %. Інтенсивність больового синдрому була оцінено за шкалою Mac Lavery С. М., Shaw Р. W. (2004) от 0-10.

Результати та обговорення. Групу обстеження на догоспітальному етапі склали пацієнтки з нез'ясованим фактором безпліддя на тлі больового синдрому. Інтенсивність больового синдрому була оцінена за шкалою Mac Lavery С. М., Shaw Р. W. (2004), склала $(8,0 \pm 0,5)$ бала. Безпліддя на тлі СХТБ спостерігалось протягом $(5,5 \pm 0,5)$ року. Під час ендоскопічного втручання у 26 (35 %) пацієнток був діагностовано ЗГЕ різного ступеня тяжкості: I–II стадії (AFS) — 78 %, III–IV стадії — 22 % та у 41 (55 %) мав місце злуковий процес придатків матки та черевної порожнини, різного ступеня: I–II у 115 %, III–IV у 40 %. Під час хромпертубації було оцінено анатомо-функціональний стан маткових труб: проксимальна оклюзія — 10 %, дистальна оклюзія — 25 % анатомо-функціональна дисфункція органічної — 2 % та функціональна — 3 % и. У 51,6 % пацієнток з СХТБ, асоційованим із злуковим процесом та значним пошкодженням прохідності маткових труб було виконано реконструктивно-пластичні операції. Етіопатогенез безпліддя на тлі СХТБ не була з'ясована у 8 (10,6 %) пацієнток.

Висновки. оперативні ендоскопічні втручання дають змогу достовірно встановити аллогенні фактори СХТБ та безпліддя у більшості хворих 89,4 %.

Розробка патогенетично спрямованого диференційованого лікування хворих з СХТБ, асоційованого з ендометріозом та злуковим органів черевної порожнини та його процесу спрямовано на усі патогенетичні ланки формування больового синдрому та безпліддя — від аллогенного чинника до цілеспрямованої корекції психоемоційних порушень. Спайковий процес придатків матки — 75 %, спайковий процес черевної порожнини — 55 %, синдром тазової конгесції — 5 %, аномалія розвитку матки — 6 %. Безпліддя на тлі СХТБ, мало місце у 42–45 % пацієнток.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕНЕДЖМЕНТУ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В УКРАЇНІ ТА ВЕЛИКІЙ БРИТАНІЇ

Ходорова Д. В.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Актуальність. Плацентарна дисфункція (ПД) — це найпоширеніший синдром у сучасному акушерстві, що характеризується функціональною не-

спроможністю плаценти і детермінує розвиток ЗВУР плода. В Україні перинатальна смертність при ПД становить за різними даними від 40 до 60 %.

Метою роботи було проведення порівняння в методах ведення жінок з плацентарною дисфункцією та патологічними станами, що виникли на тлі ПД: прееклампсія та ЗВУР, як одні з найпоширеніших загрозливих станів для матері та дитини у світі.

Матеріали та методи. Нами було проведено ретроспективний аналіз історій ведення вагітностей тридцяти двох пацієнток відділення патології вагітності, що народжували у період з серпня по листопад 2020 року у пологовому будинку № 5 з дисфункцією плаценти. Вік жінок був від 20 до 45 років (середній вік — 30 років), серед них домогосподарок — 15 та працюючих — 17, першовагітних — 15. Порівняльна характеристика проводилась з веденням жінок з ПД за гайдлайнами National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG) та International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO).

Результати. За результатами нашого дослідження було встановлено, що методика ведення жінок з дисфункцією плаценти та прееклампсії або/та ЗВУР плода, що виникли на тлі ПД у пологовому будинку № 5 відповідає сучасним рекомендаціям щодо ведення даної патології у вагітних в Україні, але існують відмінності щодо менеджменту цих патологій у закордонних гайдлайнах.

Висновки. NICE рекомендує використання лабеталолу як препарат першої лінії при лікуванні прееклампсії середнього ступеню, в той час як у ПБ № 5 видавали перевагу препарату метилдофа за схемою; RCOG відмічає, що у жінок з високим ризиком розвитку прееклампсії антитромбоцитарні засоби слід починати приймати на 16 тижні вагітності або раніше для запобігання ЗВУР плода.

СТАН ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКУ У ВАГІТНИХ З ВИЛІКУВАНИМ БЕЗПЛІДДЯМ, ЗУМОВЛЕНИМ ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЄЮ

Мартиновська О. В.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Актуальність теми: Гіперпролактинемія (ГПРЛ) — нейроендокринний стан, який призводить до порушення овуляції, недостатності лютеїнової фази, децидуалізації ендометрія, імплантації, плаценталії й, як наслідок, розвитку плацента-асоційованих захворювань вагітності і перинатальної патології (Calina D. et al., 2019).

Мета: дослідити доплерометричні показники кровотоку у фетоплацентарному комплексі (ФПК) вагітних з вилікуваним безпліддям, зумовленим ГПРЛ.

Матеріал та методи: під спостереженням знаходились 62 вагітні, які були розподілені на дві групи: I — 32 жінки із вилікуваним безпліддям,

зумовлених ГПРЛ, II — 30 умовно соматично-здорових пацієнток із фізіологічним перебігом вагітності. У III триместрі за допомогою спектральної доплерометрії досліджували гемодинаміку в артеріях пуповини (АрП), середній мозковій артерії (СМА) та аорті плода (АоП), де визначали наступні показники: індекс резистентності (ІР), систоло-діастолічне відношення (СДВ), пульсаційний індекс (ПІ), систолічну пікову швидкість (СПШ), середню швидкість кровотоку (СШК).

Результати: У вагітних групи I порівняно з групою II у АрП спостерігалось вірогідне підвищення ІР ($0,82 \pm 0,02$ проти $0,58 \pm 0,01$), ПІ ($1,59 \pm 0,08$ проти $0,93 \pm 0,02$), СДВ ($2,48 \pm 0,14$ проти $2,18 \pm 0,03$); у СМА — збільшення ПІ ($2,94 \pm 0,36$ проти $1,79 \pm 0,05$) на тлі зниження СДВ ($3,19 \pm 0,13$ проти $4,85 \pm 0,21$) і СПШ ($55,78 \pm 1,56$ см/с проти $63,08 \pm 2,03$ см/с); у АоП — підвищення ІР ($0,89 \pm 0,04$ проти $0,74 \pm 0,03$), ПІ ($2,58 \pm 0,09$ проти $2,11 \pm 0,04$), СШК ($56,85 \pm 0,68$ см/с проти $49,88 \pm 1,72$ см/с) на тлі незміненого СДВ ($5,53 \pm 0,28$ проти $5,51 \pm 0,16$).

Висновок: У вагітних з вилікуванням безпліддям, зумовленим ГПРЛ, спостерігаються зміни фетоплацентарної гемодинаміки, що може бути наслідком порушень плацентациї, чинником розвитку плацентарної дисфункції та перинатальної патології.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ У ЖІНОК, ЩО ХВОРІЛИ НА COVID-19 У ДРУГОМУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ

Ібрагімова Л. І.-К.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Вступ. Коронавірусна інфекція (вірус SARS-CoV-2) має тропність до клітин ендотелію судин, що є високим ризиком виникнення гестаційний ускладнень, перебігу пологів.

Мета дослідження полягала у визначенні особливостей клінічного перебігу пологів у жінок, що хворіли на COVID-19 у другому триместрі вагітності.

Матеріали та методи. Проведено ретро-, проспективний аналіз 57 (100 %) історій пологів жінок репродуктивного віку із числа мешканців міста Одеси, які хворіли на COVID-19 у другому триместрі вагітності.

Результати і обговорення. До особливостей клінічного перебігу строкових пологів у жінок, які перенесли захворювання COVID-19 у другому триместрі віднесено: інтранатальний дистрес плода 19 (33,3 %), патологію кількості і якості навколоплідних вод 26 (45,6 %). При цьому, у 6 (23,1 %) жінок у строкових пологах природнім шляхом навколоплідні води мали «чорний» колір. У 5 (8,8 %) роділь під час операції ургентного кесаревого розтину з приводу інтранатального дистресу плода при ревізії черевної порожнини було виявлено на вісцеральній і парієтальній очеревині набряк, везикулярний висип, що нагадує вітряну віспу. Наведені ускладнення клінічного перебігу пологів за етіологічними чинниками можуть бути інфекційної природи, що має важливе значення для визначення алгоритму подальшої курації породіллі і немовля.

Заклучення. Перебіг пологів у жінок, що перенесли захворювання COVID-19 у другому триместрі вагітності мають певні клінічні особливості, виникнення яких може залежати від соматичного стану жінки, тяжкості перенесеного захворювання, клінічного перебігу вагітності, ступеня зрілості тканин фето-плацентарного комплексу, наявності супутньої інфекційної флори тощо.

ОБГРУНТУВАННЯ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ ШЛЯХОМ КОРЕКЦІЇ ДЕФІЦИТУ ФОЛАТІВ У ОРГАНІЗМІ МАЙБУТНІХ БІОЛОГІЧНИХ БАТЬКІВ

Швага М. Ю.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Вступ. Загально визнано, що серед численних ендо-, екзогенних чинників невиношування вагітності має важливе значення «спадкова схильність», як складова генетичних чинників.

Мета дослідження полягала у зниженні частоти невиношування вагітності у жінок з дефіцитом фолатів шляхом застосування персоналізованої профілактики.

Матеріали та методи. Обстежено 100 майбутніх біологічних батьків. Із них, 50 жінок, у яких були самовільні викидні в анамнезі та 50 їх чоловіків. Із загального числа обстежуваних 50 % застосовували впродовж 3–4 місяців до вагітності фізіологічні дози фолатів (200 мг фолієвої кислоти і 200 мкг Metafolin (5-MTHF(5-метилтетрагідрофолат), нутрієнтну терапію. У крові всіх обстежуваних визначали алелі генів ферментів фолатного циклу (ГФФЦ) (*MTHFR 1298A/C*, *MTHFR 677C/T*, *MTR 2756A/G*, *MTR 66 A/G*) методом ПЛР (полімеразно-ланцюгова реакція) у крові.

Результати і обговорення. Поліморфізм ГФФЦ виявлено у 38 (76,0 %) чоловіків, і у 34 (68,0 %) матерів. Із них, гомозиготні алелі виявлені у 9 (23,7 %) чоловіків, 7 (20,6 %) у матерів. Застосування фізіологічних доз фолатів мав достовірні переваги порівняно з групою порівняння відповідно: спонтанний аборт (0 % і 1 (4,0 %)), аборт, що не відбувся (0 % і 1 (4,0 %)), загроза викидня (2 (8,0 %) і 4 (16,0 %)), анемія різного ступеня (1 (4,0 %) і 7 (28,0 %)), ранній токсикоз (3 (12,0 %) і 8 (32,0 %)).

Висновки. Отримані результати обґрунтовують практичне значення визначення алелей ГФФЦ на етапі підготовки до вагітності в організмі майбутніх біологічних батьків з позицій предиктивної медицини та застосуванням фізіологічних доз фолатів, що сприяє виношуванню вагітності.

ГЕСТАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ У ЖІНОК, ЯКІ ЗАВАГІТНІЛИ В РАНЬОМУ ПОСТКОВІДНОМУ ПЕРІОДІ

Гамелаурі Ю. А., Дороніна В. К.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Вступ. Захворювання на Covid-19 клінічно перебігає з різними симптомами, але тропність вірусу до ендотеліальних клітин і гіперкоагуляція кро-

ві властиві усім формам. Наслідки цих процесів в постковідному періоді у вагітних, продовжують вивчати.

Метою дослідження було вивчення частоти гестаційних ускладнень у жінок, які завагітніли в ранньому постковідному періоді.

Матеріали і методи. Проведено ретро-, проспективний аналіз медичної документації 25(100 %) жінок, які завагітніли впродовж місяця після перенесеного Covid-19.

Результати і обговорення. Науково доведено, що захворювання на коронавірусну інфекцію більш властиве людям із соматичною патологією. Серед екстрагенітальної патології у обстежуваних жінок, серцево-судинні захворювання склали 17 (68,0 %). Із загального числа, 19 (76,0 %) жінок мали скарги на загальну слабкість, нервозність, періодичні головні болі, розлади шлунку тощо. Клінічний перебіг вагітності в I-му триместрі був ускладнений синдромом загрози викидня у 11 (44,0 %), анемією у 9 (36,0 %), абортom, що не відбувся у 8 (32,0 %) та мав підтвердження лабораторними дослідженнями, даними УЗД (ультразвукового дослідження). Коронавірусна інфекція, може сприяти виникненню гіпоксичних станів на клітинному, тканинному рівнях організму жінки. Особливо враховуючи його тропність до ендотеліальних клітин. Розвиток вагітності в ранні терміни постковідного періоду може мати певні ускладнення.

Висновки. Виявлено високий рівень гестаційних ускладнень у жінок, які завагітніли в ранній постковідний період, що обґрунтовує подальші дослідження з питань вивчення перебігу вагітності в постковідний період з метою своєчасної профілактики.

АНТЕНАТАЛЬНА ЗАГИБЕЛЬ ПЛОДА У ВАГІТНИХ З COVID-19

Агафонікова Н. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність теми. У 2020 році ВООЗ оголосила пандемію COVID-19. Вже встановлено, що COVID-19 у вагітних збільшує ризик ускладнень з боку дихальної та серцево-судинної систем в організмі матері. Важливим є зростання кількості випадків антенатальної загибелі плода (АЗП), які викликаються розладами фето-плацентарного комплексу (ФПК), що є актуальною проблемою у сучасному акушерстві.

Мета дослідження. Визначити частоту випадків АЗП у вагітних, хворих на COVID-19

Матеріали і методи. Ретроспективне дослідження медичної документації з 2020 по 2021 рр. випадків АЗП у вагітних з COVID-19 у різні терміни гестації на базі КНП «Пологовий будинок № 2», м. Одеса.

Результати. Кількість випадків АЗП склали: 2020 р. — 5 випадків на 373 пологів, 2021 р. — 7 випадків на 136 пологів. Причинами виявлені порушення ФПК, які обумовлені гіпоксичними та тромботичними ускладненнями, що викликають тромбози судин плаценти та пуповини, ушкоджен-

ня ендотелію капілярів ворсин та крововиливи у плацентарній тканині.

Висновки: Частота АЗП у жінок, хворих на COVID-19 склала в середньому 0,2% за 2 роки, що вище ніж у роки до пандемії (для порівняння з 2019 роком до пандемії, результат склав 0,05%). Випадки АЗП при COVID-19 є наслідком гіпоксичних та тромботичних процесів в організмі матері, що призводять до значних функціональних порушень ФПК.

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ФРАГМЕНТОВАНОЇ ТКАНИННОЇ ДНК У МОНІТОРИНГУ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ЗА УМОВ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВПЛИВУ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Главацький І. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета роботи: вивчення рівня фрагментації ядерної ДНК у клітинах периферичної крові і тканині нирок щурів при медикаментозному впливі на перебіг гострого пієлонефриту при супутньому відтвореному цукровому діабеті в експерименті.

Матеріали і методи. Експериментальні дослідження проводились на 122 щурах лінії Вістар. Тварини були розподілені на 8 груп. Модель ЦД I та II типів відтворювали за методикою Байрашевої В. К., 2015. Модель гострого пієлонефриту відтворювали за методикою Авер'янової Н. К., 2008. Через 4 доби після початку моделювання ГП, застосовували етіотропний — (ЕМВ) та етіотропно-патогенетичний медикаментозний вплив (ЕПМВ). При ЕМВ в групах тварин застосовували внутрішньом'язово антибіотик «Гепациф» в дозі 60 мг/кг ваги тварини на добу протягом 14 днів після моделювання ГП.

При ЕПМВ — тварини при ГП на фоні моделі цукрового діабету I та II типу, крім внутрішньом'язового введення антибіотика «Гепациф», отримували перорально протизапальний, імуномодуючий органопротектор — препарат «Нуклекс» — 21 мг/кг на добу та внутрішньом'язово препарат «Армадин» (інгібітор вільно-радикальних процесів та мембранопротектор — 4,5 мг/кг ваги на добу протягом 14 днів після моделювання ГП. В лейкоцитах, крові, та в тканині нирок спектрофотометрично визначали рівень фрагментованої ДНК. Застосування ЕМВ та особливо ЕПМВ сприяло розвитку нормалізації рівня фрагментації ДНК в лейкоцитах крові та тканині нирок при гострому пієлонефриті із супутнім ЦД, що свідчить про ефективність етіо-патогенетично орієнтованого медикаментозного впливу.

Висновки. При експериментальному ГП встановлено підвищення рівня вмісту фрагментованої ДНК в лейкоцитах крові на 65,4 %, і в нирках щурів на 42,0 % відносно норми. У тварин з ГП та супутньою гіперглікемією виявлено збільшення рівня фрагментованої ДНК в лейкоцитах крові (при ЦД I типу на 197,9 % і при ЦД II типу на 158,7 %) і в нирках щурів (при ЦД I типу на 96,6 % і при ЦД II типу на 75,2 %) порівняно з нормою.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ РЕЦИДИВНОЇ ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДІВ ВІДНОВЛЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СЕЧОВОГО МІХУРА

Виговська Н. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Розлади сечовипускання у жінок, які страждають на хронічні рецидивні захворювання нижніх сечових шляхів, — серйозна проблема, вирішення якої, незважаючи на велику кількість робіт, присвячених цій темі, досі не знайдено.

Мета. Оцінити ефективність методики внутрішньопузирного лікування препаратами для відновлення полісахаридного шару сечового міхура у порівнянні з традиційними методами лікування.

Матеріали і методи. На базі міської клінічної лікарні № 10 в період з 2017 по 2021 рік, проведено обстеження та лікування 176 хворих жінок віком 25 до 47 років, що звернулися з приводу рецидивного циститу. Пацієнтки з онкоурологічним та онкогінекологічним анамнезом, були виключені із даного дослідження. Створено 2 порівняльні клінічні групи. В основну клінічну групу (90 жінок) входили пацієнтки, що отримували традиційну (етіотропну та патогенетичну терапію) у комбінації з внутрішньопузирною інстиляцією сечового міхура 0,1 % гіалуроновою кислотою, та контрольна група, що отримувала традиційну терапію з внутрішньопузирним введенням ізотонічного фіз. розчину. Сеанс внутрішньопузирного лікування сечового міхура проводився 1 раз на тиждень. Тривалість курсу складала від 4 до 12 тижнів. Подальше динамічне спостереження хворих проводилось впродовж бти місяців після останньої процедури.

Результати. В основній групі у 46 жінок (51,1 %) жінок виявлено поліпшення загального стану після третьої процедури, в якості зменшення інтенсивності больового синдрому (від 8 балів до 2 балів згідно visualanalogscale VAS), зменшення частоти позивів до сечовипускання (від 20 разів на день до 12), та стійких показників відсутності лейкоцитурії та бактеріурії порівняно з пацієнтками контрольної групи де спостерігалось поліпшення у 30 жінок (34,8 %).

Висновки. Комплексне лікування з використанням інстиляцій має більший ефект порівняно з традиційною терапією у жінок з хронічною рецидивною інфекцією сечових шляхів.

Ключові слова: хронічний цистит, гіалуронова кислота, полісахаридний шар.

ВПЛИВ МЕТАБОЛІЧНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА ФОРМУВАННЯ СИМПТОМОКОМПЛЕКСУ ГІПЕРАКТИВНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА

Зачеславська К. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Гіперактивний сечовий міхур (ГАСМ) — це клінічний синдром, який визначається Між-

народним товариством континентії (ICS) як ургентність з нетриманням сечі (НС) або без нього, як правило, з частим сечовипусканням і ноктурією, при відсутності інфекції або інших явних патологічних особливостей.

Метою дослідження стало проведення оцінки можливого зв'язку між метаболічними факторами ризику і ГАСМ у хворих жіночої і чоловічої статі.

Матеріали і методи. Проведено обстеження та лікування 109 хворих (16 чоловіків і 93 жінок) з симптомами нижніх сечових шляхів. Отримані результати були зіставлені з даними отриманими при анкетуванні й обстеженні контрольної групи, яку склали 83 респондента (49 жінок та 34 чоловіка).

Результати. Встановлено, що значущими факторами ризику розвитку ГАСМ є зайва вага (OR — 1,611) та абдомінальне ожиріння (OR — 1,913). При введенні в аналіз градації надлишкової маси тіла та ожиріння відповідно до класифікації ВООЗ видно, що шанси виникнення ГАСМ перевищують одиницю вже зі сходів переджиріння, причому у жіночій субпопуляції ця тенденція більш виражена. Максимальні шанси відзначені незалежно від статі за наявності ожиріння II та III ступеня. З урахуванням верхньої межі 95 % ДІ найбільш уразлива жіноча субпопуляція, що пов'язано, очевидно, із порушенням гормонального фону вже у віці 51-60 років.

Висновки. Значущими чинниками ризику розвитку ГАСМ є зайва вага (OR — 1,611) та абдомінальне ожиріння (OR — 1,913). При введенні в аналіз градації надлишкової маси тіла і ожиріння шанси виникнення ГАСМ перевищують одиницю вже з градації передожиріння, причому в жіночій субпопуляції ця тенденція більш виражена.

Ключові слова: індекс маси тіла, ожиріння, симптоми нижніх сечових шляхів, гіперактивний сечовий міхур, нетримання сечі.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ РІЗНИХ МЕТОДІВ БІОПСІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ВИЯВЛЕННІ РАКУ ПРОСТАТИ (ОГЛЯДОВА РОБОТА)

Шевцова І. Ю.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Рак передміхурової залози — це злоякісне новоутворення, що виникає з епітелію альвеолярно-клітинних проток передміхурової залози.

В Україні рак простати зайняв другу позицію серед онкологічних захворювань чоловіків — 12,4 % за 2019 рік. При цьому він є однією з найчастіших причин смерті у літніх чоловіків, так наприклад, в Україні від раку передміхурової залози вмирає 9,7 % чоловіків серед всіх хворих на онкологічне новоутворення. Тому дуже важливо діагностувати рак на початкових стадіях при мінімальних тканинних змінах.

Метою роботи є визначення найбільш діагностично здібного та інформативного методу біопсії простати серед існуючих для діагностики раку передміхурової залози.

Матеріали та методи дослідження: проведений аналіз біопсій 100 хворих з підозрою на рак передміхурової залози. Трансректальна (мультифокальна, секстантна, аспіраційна) біопсія була виконана на 40 пацієнтах, ф'южн-біопсія — 30, перитонеальна — 30. Вік хворих становив від 41 до 83 років. Рівень ПСА хворих — 2,2–31 нг/мл. МРТ органів малого тазу перед мультифокальною біопсією проводилася 63 % пацієнтів. Також 40 % виконали остеосцинтиграфію для підтвердження наявності метастазів.

Висновки: метод біопсії — це важлива діагностична ланка для виявлення раку простати, але найбільшу діагностичну цінність має fusion-біопсія, також, зважаючи на можливість хибнопозитивних та хибнонегативних результатів, необхідно обов'язково проводити пальцеве ректальне дослідження та МРТ органів малого тазу.

ДІАГНОСТИЧНИЙ МОНІТОРИНГ ТА ВИБІР ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГІПЕРАКТИВНОМУ СЕЧОВОМУ МІХУРІ Стасій Ю. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Гіперактивний сечовий міхур (ГАСМ) останні роки привертає дедалі більшу увагу фахівців, що зумовлено широкою поширеністю захворювання, негативним впливом на якість життя, соціально — економічною значимістю.

Метою дослідження було визначити особливості вегетативного забезпечення реалізації акта сечовипускання при ГАСМ та вивчити можливості корекції адаптаційних можливостей сечового міхура (СМ) з урахуванням фону вегетативної регуляції.

Матеріали і методи. Обстежено 63 хворих, всі жінки, з симптомами нижніх сечових шляхів, що відповідали критеріям діагностики Міжнародного товариства з утримання сечі (ICS) для ГАСМ.

Результати. У 78 % хворих виявлено зниження активності сегментарних механізмів із компенсаторною напругою надсегментарних. У 61 % пацієнток із підвищенням симпатичної активації спостерігається вже при незначному наповненні СМ. Патогенетична дія терапії Сертраліну гідрохлоридом у поєднанні з Габапентином у лікуванні ГАСМ полягає в оптимізації резервуарно-евакуаторної функції СМ, що регулює вплив на тонус детрузора та замикального апарату шийки СМ.

Висновки. Дослідження спектрального аналізу варіабельності кардіоритму під час природного формування першого та інтенсивного позиву до сечовипускання за добу дозволяє виявити особливості вегетативного забезпечення акту сечо-

випускання у хворих на гіперактивний сечовий міхур.

Ключові слова: гіперактивний сечовий міхур, варіабельність ритма серця, Сертралін, Габапентин.

ОПТИМІЗАЦІЯ СКРИНІНГУ, ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ ПІХВИ У ВАГІТНИХ

Гриценко А. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Ключові слова: рН піхви, біоценоз піхви.

Мета дослідження: вивчення можливості застосування рН піхвового секрету як інтегрального показника стану біотопу піхви та ефективність методу корекції його порушень створенням кислого середовища у піхві на рівні 4,0–4,4.

Методи дослідження: мікроскопічний, бактеріологічний, ПЦР в реальному часі, імуоферментні (IgM, G, A до групи ТОРСН-інфекцій, статеві, гонадотропні гормони) УЗД, рН-метрія секрету піхви

Матеріал дослідження. Дослідження проведено у 168 вагітних з різним станом біоценозу піхви (проспективно), у 173 вагітних — ретроспективно та 40 невагітних.

Результати: Виділені типи біоценозу з наступною частотою: I — цитолітичний вагіноз (рН 3,4–4,0) — 1,5 %; нормоценоз — (рН 4,0–4,4) — 7,4 %; проміжний тип (рН 4,5–4,6) — 17,8 %; баквагіноз (рН 4,7–5,0) — 44,4 %; неспецифічний вагініт (рН > 5,0 (5,0–7,0) — 28,9 %.

З наростанням рівня рН в біотопі збільшується концентрація факультативно-облігатної, аеробної, анаеробної флори, зменшується концентрація лактобактерій. При порушенні біоценозу (баквагіноз, неспецифічний вагініт) вагітність ускладнилась загрозою переривання (55,7 %, 57,1 %), передчасними пологами (23,3 %, 30,7 %), дисфункцією плаценти (51,7 %, 87,1 %), багатоводдям (11,6 %, 17,3 %), СЗРП (13,2 %, 17,9 %). Порушення біоценозу піхви часто супроводжується змінами інших локальних біотопів. Найбільш частими є порушення функції кишківника (до 100 % при вагініті, тканин порожнини рота до 25,6 %).

рН піхвового середовища достовірно нижче в I фазу циклу ($4,1 \pm 0,03$), ніж в II фазі ($4,30 \pm 0,05$, $p < 0,001$). Встановлено високу зворотню корелятивну залежність естрадіол/рН піхви, $r(-) 0,91$, вміст естрадіолу/вміст лактобактерій $r(+) 0,67$; вміст лактобактерій/рН піхви $r(-) 0,95$.

Висока обумовленість значення рН кількістю лактобактерій, якісним та кількісним характером біотопу піхви, рівнем стероїдних гормонів дає можливість вважати рН піхвового секрету інтегральним показником стану біотопу піхви.

Корекція порушень біотопу піхви (в основі зниження рН до рівня 4,0–4,4): аскорбінова кислота, пробіотик, антисептики внутрішньопіхвово, пробіотики per os; нормалізація функції кишківника значно знизила частоту ускладнень вагітності порівняно з контролем.

ВИПАДОК ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОГО ПІДХІДА ПРИ АНОМАЛІЇ МЮЛЛЕРОВИХ ПРОТОКІВ

Євсєєва О. А.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Актуальність проблеми. Патології жіночих статевих органів спостерігаються у 1–5 % жінок. Найбільш поширеними є пороки розвитку матки, труб і піхви як наслідок аномалій мюллерових протоків (АМП). Встановлено, що АМП є причиною багатьох серйозних ускладнень, в тому числі 4 % випадків безпліддя, 3–38 % випадків невиношування вагітності і передчасних пологів. Тому залишається актуальним питання методів діагностики та лікування репродуктивної функції в жінок з АМП.

Опис клінічного випадку. В клініку гінекології БМЦ ОНМедУ звернулась жінка 36 років зі скаргами на диспареунію, гіпоменорею та невдалі спроби екстракорпорального запліднення (ЕКЗ). Вище вказані скарги турбують впродовж 6 років, 4 спроби підсадки ембріонів за цей період без ефекту. Вагітностей — 3, мимовільних викиднів — 2, абортів — 1. У клініці проведено дообстеження. Гінекологічний огляд: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволоєння за жіночим типом. Піхва вузька, неповна перетинка. Шийка матки подвоєна, обидві конічної форми, зовнішні зівні закриті. Тіло матки в anteflexio-versio, щільної консистенції, не збільшене, рухливе, безболісне. Додатки не пальпуються. Виділення слизові. За даними УЗД органів малого таза (трансвагінально): положення anteflexio-versio, грушоподібна, розміри 41*34*40мм, зовнішній контур чіткий. Ендоетрій товщина 5мм, ехоструктура однорідна, підвищеної ехогенності. Міометрій дифузно неоднорідний, м-ехо роздвоєється. Шийка матки 34*30 мм. Лівий яєчник 31*20 мм, найбільший фолікул 8мм; правий яєчник 32*30 мм, найбільший фолікул 17 мм. Загальноклінічні аналізи без особливостей. У зв'язку з вищевказаними скаргами прийнято рішення про проведення діагностичної лапароскопії з подальшим визначенням обсягу оперативного втручання. В ході операції виявлено: матка розмірами 55*35*60 мм, блідо-рожевого кольору, сидлоподібної форми. Візуалізується подвоєння шийки матки з неповною перетинкою. Довжина порожнини матки по зонду введеному в лівий цервікальний канал — 8 см. Правий цервікальний канал непрохідний. Виявлено: порожнина матки зменшених розмірів, деформована за рахунок внутрішньоматкової перетинки, котра займає с порожнини матки. Виконано: Діагностичну лапароскопію. Гістероскопію. Метропластику. Резекцію внутрішньоматкової перетинки. Хірургічний діагноз: Аномалія розвитку матки. Повна внутрішньоматкова перетинка. Подвоєння шийки матки. Неповна перетинка піхви. Після оперативного втручання жінка вдало завагітніла шляхом ЕКЗ.

Висновки. На прикладі клінічного випадку, для лікування та відновлення репродуктивної функції у жінок з АМП, доцільно проводити діагностич-

ну лапароскопію з подальшою гістероскопічною метропластикою внутрішньоматкової перетинки.

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ІЗ ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ

Ратовська Г. В., Таганова М. І.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Актуальність. У структурі захворювань сечовидільної системи на хронічний пієлонефрит у жінок репродуктивного віку припадає 15–17 % випадків. Проблема хронічного пієлонефриту ховає за собою велику частку небажаних акушерських та перинатальних ускладнень (загроза переривання вагітності, передчасне відходження навколоплідних вод, багатоводдя та ін.).

Мета. Вивчення перебігу вагітності та пологів у жінок із хронічним пієлонефритом.

Завдання. Провести ретроспективний аналіз історій вагітності та пологів у жінок із хронічним пієлонефритом. Вивчити етіологічні фактори хронічного пієлонефриту, перебіг вагітності, пологів, стан плода та новонародженого у вагітних, хворих на хронічний пієлонефрит.

Матеріали. Архів історій вагітності та пологів пологового будинку № 7 м. Одеси за період з 2019 по 2021 рр.

Методи: загальноклінічні (ЗАС, ЗАК, бактеріоскопічні та бактеріологічні дослідження, ПЛР), інструментальні (УЗД, КТГ, доплерометрія), статистичні.

Результати та висновки: Вивчено 637 історій, з яких відібрано 68 з хронічним пієлонефритом (Р) та 20 соматично здорових жінок (КГ). За даними аналізу встановлено, що етіологічними факторами були: Escherichia coli — 63,2 %, Klebsiella — 19,1 %, Proteus — 5,9 %, рідше кокова флора — ентерококи та стафілококи — 4,4 %, стрептококи — 2,9 %. У 35,3 % випадків спостерігали асоціації вірусів та бактерій. Серед ускладнень вагітності у групах Р та КГ відповідно виявлено: анемія — 69,1 %* та 15 %, ранній гестоз — 64,7 %* та 15 %, дисфункція плаценти — 61,8 %* та 10 %, невиношування — 30,9 %* та 5 %, багатоводдя — 29,4 %* та 5 %, пізній гестоз — 29,4 %* та 5 %, гіпотрофія плода — 25 %* та 5 %, а також ускладнення пологів — передчасні пологи — 66,2 %* та 10 %, передчасне виливання навколоплідних вод — 47,1 %* та 10 %, аномалії пологової діяльності — 10,3 %* та 5 %, кровотечі — 1,5 %* та 0 % (*P<0,05). Середній показник оцінки стану новонароджених за шкалою Апгар у групах Р та КГ відповідно — 6,67±0,05* та 8,75±0,08 (*P<0,05). Таким чином, у жінок із хронічним пієлонефритом має місце ряд акушерських та перинатальних ускладнень, які негативно впливають на стан вагітної, плода та новонародженого. Враховуючи всі ці аспекти, жінки з хронічним пієлонефритом та їх майбутні діти потребують прищільної уваги акушерів-гінекологів, урологів та неонатологів для проведення адекватної прегравідарної підготовки, своєчасного виявлення ускладнень та їх лікування.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК: МНОЖИННА МІОМА МАТКИ ТА РОЗПОВСЮДЖЕНИЙ ЕНДОМЕТРІОЗ ІЗ ВТОРИННИМ ІНФІКУВАННЯМ

Яковлева Н. В., Літвін К. П.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Актуальність. Відкладання вагітності на пізній репродуктивний вік у жінок з поєднанням тяжкого ендометріозу та множинної міоми матки нерідко призводить до незворотних змін в органах репродуктивної системи. Факторами безплідності в цих випадках виступають порушення анатомії органів малого таза, дисторсія порожнини матки, вторинні зміни в міоматозних вузлах, маткових трубах та в яєчниках. Випадки гнійного ураження маткових труб та яєчників у жінок з поєднанням міоми матки та ендометріозу є рідкісними.

Матеріали та методи. У відділення інвазивних методів діагностики Багатопрофільного медичного центру ОНМедУ звернулася пацієнтка 43 років, із первинним безпліддям, зі скаргами на рясні кров'яністі виділення зі статевих шляхів останні 2 тижні, коли почалась остання менструація та переросла в маткову кровотечу. Також відмічає тягнучий біль внизу живота, більше зліва, що почався 2 тижні тому разом із матковою кровотечею, що набував інтенсивності. Потягом останніх двох тижнів відмічала підвищення температури тіла до 37,5. За даними ультразвукового дослідження органів малого таза діагностовано аденоміоз, множинну міому матки, у тому числі з інтрамуральною, субмукозною, субсерозною локалізацією вузлів з ознаками некрозу, гіперплазію ендометрія, ендометріюїдні кісти яєчників, підозру на двобічний піосальпінкс, піовар. Враховуючи скарги хворої, дані клініко-лабораторних методів обстеження, за письмовою згодою пацієнтки, за життєвими показаннями виконано ургентне оперативне втручання в об'ємі лапароскопічної гістеректомії з додатками, резекції вогнища ендометріозу сечового міхура. Діагноз після операції: Множинна міома матки. Некроз міоматозного вузла (тип 7 за FIGO). Зовнішній генітальний ендометріоз IV ст. Ендометріоз сечового міхура. Ендометріюїдні кісти яєчників, абсцеси яєчників, піосальпінкси. Гостра аномальна маткова кровотеча. В післяопераційному періоді отримала курс антибіотикотерапії та протианемічної терапії. Виписана в задовільному стані на 5-ту післяопераційну добу.

Висновки: При несвоечасному виявленні та лікуванні поєднаних гіперпластичних процесів (міома матки, аденоміоз, ендометріоз) зростає ризик ускладнень (злуковий процес, порушення анатомії маткових труб та порожнини матки, вторинні некротичні та запальні зміни), що може призвести до незворотньої втрати репродуктивної функції, загрози здоров'ю та життю жінки. Отже, лікар повинен займати проактивну позицію, спрямовану на своєчасну діагностику та лікування поєднаних гіперпластичних процесів жіночої репродуктивної системи, що дозволить зберегти репродуктивну функцію та уникнути органовидаляючих, інвалідизуючих операцій у молодих жінок.

ФАРМАКОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ХВОРИХ З ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА ЗБІЛЬШЕНИМ РІВНЕМ ПРОСТАТОСПЕЦИФІЧНОГО АНТИГЕНУ

Видрін К. Є.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Вступ. Рак передміхурової залози (РПЗ) є одним з найчастіше діагностованих онкологічних захворювань у чоловіків. Тактика моніторингу хворих з верифікованим за даними біопсії передміхурової залози РПЗ, простатичної інтраепітеліальної неоплазії високого ступеня (PIN HG) або дрібно-ацинарної атипичної проліферації (ASAP) визначена різними рекомендаціями. Залишається неясною тактика ведення пацієнтів із гістологічно підтвердженою ДГПЗ, високим рівнем ПСА та відсутністю гістологічних маркерів ранніх стадій канцерогенезу.

Мета: оцінити доцільність та ефективність комбінації індол-3-карбінол(ІЗС) та епігаллокатехін-3-галлат(EGCG) (Епігалін®) у фармакологічному моніторингу хворих з гістологічно верифікованим ДГПЗ та збільшеним рівнем ПСА.

Матеріали і методи. Досліджено 24 хворих віком 52 до 68 років у зв'язку з підозрілими даними на рак передміхурової залози, високим рівнем ПСА, розподілених на 2 групи. Хворі обох груп дотримувались протягом року рекомендації щодо споживання рідини, збалансованого харчування, способу життя згідно Рекомендацій Європейської Асоціації Урологів (2021). Хворі основної групи (14 чоловік) додатково протягом року споживали один раз на день 2 капсули Епігаліну.

Результати. Встановлено, що тільки у хворих основної групи симптоми нижніх сечових шляхів через 1 рік дослідження при анкетуванні згідно Міжнародної Шкали IPSS (одиниця вимірювання) були на 38,7 % нижче вихідного рівня ($p < 0,05$), а рівень загального ПСА (нг/мл) — на 46,2 % нижче вихідного рівня ($p < 0,05$). Об'єм передміхурової залози, об'єм залишкової сечі, максимальна швидкість сечовипускання у хворих обох груп за період катамнестичного спостереження достовірно не змінилися. У раніше проведеному дослідженні з використанням багатовимірного аналізу в молекулярно-генетичній діагностиці доклінічних стадій РПЗ нами був виявлений субкластер хворих з гістологічно підтвердженою при виконанні поліфокальної біопсії передміхурової залози ДГПЖ і молекулярно-генетичними характеристиками отриманих біоптатів (по наявності та рівню метилування промоторної зони генів GSTP1, APC, RARb) повністю відповідними РПЗ.

Висновки. З метою діагностики ранніх стадій РПЗ, диференціальної діагностики характеру патологічного процесу, пацієнтам з підвищеним рівнем ПСА та морфологічно підтвердженою ДГПЗ рекомендовано поглиблене молекулярно-генетичне дообстеження та активна тактика фармакологічного спостереження із застосуванням препаратів, що містять індол-3-карбінол та епігаллокатехін-3-галлат. Вважаємо за доцільне продовжити

дослідження в цьому напрямку для визначення біохімічних, гістологічних, молекулярно-генетичних критеріїв відбору кандидатів та визначення найбільш ефективних та безпечних засобів.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози, рак передміхурової залози, простатоспецифічний антиген, фармакологічний моніторинг, індол-3-карбінол, епігаллокатехін-3-галлат.

СТАНДАРТИЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЛИБОКОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Гайдаржі Х. Д.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Ендометріоз — захворювання жінок репродуктивного віку, що залишається однією із складних і не вирішених проблем сучасності. Метою хірургічного лікування є повне руйнування або видалення уражених ендометріозом тканин та спайок, а успіх у досягненні цієї мети може значною мірою залежати від майстерності хірурга.

Мета. Стандартизація методики та техніки лапароскопічного хірургічного лікування ГЕ.

Матеріали і методи. Нами проведений ретроспективний аналіз лапароскопічного лікування 126 пацієток з ГЕ, класифікованих за системою #Enzian (2021). Стандартизоване лапароскопічне втручання при ГЕ проводилось згідно загальних рекомендацій ESHRE та наших досліджень у такій послідовності: 1) лапароскопічна ревізія тазової та абдомінальної порожнини; 2) вісцерадгезіолізис, ("second-look") ревізія; 3) оваріальна хірургія; 4) латеральна перитонектомія (тотальна або часткова); 6) центральна перитонектомія; 7) втручання на порожнистих органах. В післяопераційному періоді пацієнткам призначали курс лікування прогестинами, тривалість якого залежала від репродуктивних намірів.

Результати: Рецидиви ГЕ виявлено у 22 (17,4 %) хворих, які не отримували або відмовились від післяопераційного медикаментозного лікування, а також у пацієток з репродуктивними намірами, які не завагітніли протягом 12–18 місяців спостереження.

Висновки: Стандартизація лапароскопічного хірургічного лікування ГЕ з наступним медикаментозним супроводом сприяє покращенню результатів лікування.

ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ: АМНІОЦЕНТЕЗ ТА СЕРКЛЯЖ

Тодорова Т. П.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Передчасні пологи (ПП) — це мультифакторіальне ускладнення вагітності. За даними МОЗ, щороку 15 млн дітей у світі народжуються раніше терміну, а в Україні — близько 20 тис.

Згідно практичного бюлетню АСОГ № 234 від 2021 р. жінки з одноплідною вагітністю, попередніми ПП та короткою шийкою матки у другому триместрі, які отримують прогестерон, повинні бути проінформовані про підвищений ризик ПП, а також може бути запропоновано серкляж на додаток до лікування.

За даними проспективного когортного дослідження в Центрі фетальної медицини в 2014–16 рр. амніоцентез вважається необхідною складовою перед серкляжем з метою запобігання інтраамніотичного запалення.

Мета. Селекція та підготовка вагітних до амніоцентезу та послідууючої амніоредукції в поєднанні з ургентним серкляжем.

Матеріали та методи. Проведено передопераційне дослідження 3 вагітних із істміко-цервікальною недостатністю (ІЦН) та ПП в анамнезі за наступними критеріями: ультразвукова (УЗД) цервікометрія після 16 тижнів гестації, УЗД плода на предмет життєздатності, гестаційного віку; клінічна оцінка для виключення активної кровотечі, ПП та передчасного розриву плідних оболонок; бактеріологічне дослідження вагінальної мікробіоти; проведення амніоцентезу для виключення субклінічної інтраамніотичної інфекції.

Результати. Усі вагітні відповідали вищевказаним критеріям. Серкляж був визначений як процедура на шийці матки з розширенням цервікального вічка не менше ніж 15 мм, довжиною менше 25 мм та пролабуванням плідних оболонок. Було виконано трансабдомінальний амніоцентез під УЗД контролем. Амніотична рідина відправлена на визначення рівня лейкоцитів, глюкози, фарбування за Грамом, визначення лейкоцитарної естерази (ЛЕ) та бактеріологічне дослідження.

Результати: глюкоза — $(2,4 \pm 0,05)$ ммоль/л, лейкоцити 0-1 в полі зору у всіх, визначення ЛЕ та фарбування за Грамом були негативні в усіх випадках.

Усі вагітні отримали антибіотикопрофілактичну та токолітичну терапію. Пологи відбулись шляхом кесаревого розтину у І-ї вагітної у 38 тижнів, у II-ї вагітної — пологи через природні пологові шляхи у 33-34 тижні у зв'язку з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, III-я вагітна ще не народила.

Висновки. Серкляж з попереднім амніоцентезом здебільшого запорука значного прологування вагітності у жінок з ПП в анамнезі. Наші дані показують, що рятувальний серкляж з амніоцентезом може бути успішним у дургому триместрі гестації. Можна припустити, що цим жінкам слід бути включеним до проспективних досліджень, щоб удосконалити ефективність та безпеку процедури.

ПЕРЕДЧАСНЕ ВІДШАРУВАННЯ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ. ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЬОГОДЕННЯ.

Кулікова А. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНРП: 0,5–

1,2 % в популяції) супроводжується вітальною загрозою та негативними перинатальними наслідками для матері та плода.

Мета. Аналіз епідеміологічних особливостей ПВНRP та визначення ведучих факторів ризику цього ускладнення вагітності в умовах сьогодення.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз репродуктивного, загальносоматичного анамнезу та перебігу вагітності 2099 історій пологів за даними КНП «Пологовий будинок № 5» ОМР за 2020 рік, з яких в I групу виділено 56 випадків (2,6 %) с ПВНRP, для порівняння (II група) — 40 історій пологів без ускладнень.

Результати. В I групі частіше відзначалися: безпліддя (21,43 % VS 10 %; $F=0,049$; $p<0,05$), невиношування (6,07 % VS 2,5 %, $F=0,0014$; $p<0,05$), міома матки (10,71 % VS 0 %; $F=0,002$; $p<0,01$), ЗЗОМТ (10,71 % VS 2,5 %; $-35,7$ %; $F=0,03$; $p<0,05$) та ендометріоз ($OR=21,667$; CI 2,765–169,802; $\chi^2=15,062$; $p<0,001$); низька плацентажія (46,4 % VS 10 %; $OR=4,911$ 95 % CI 1,781–13,544; $\chi^2=10,371$; $P<0,002$), крайове передлежання плаценти (28,6 % VS 2,5 %; $OR=3,60$ 95 % CI 1,101–11,770; $\chi^2=4,979$; $P<0,028$) та повне передлежання плаценти (25 % VS 5 %; $OR=6,333$ 95 % CI 1,351–29,698; $\chi^2=6,720$; $P<0,010$) частіше діагностували у жінок I групи. Вагітність була ускладнена анемією у 6 разів частіше в I групі (69,6 % VS 10 %, $F=0,00000$; $p<0,05$), запальними змінами амніону — в 3,4 разу (42,9 % VS 12,5 %, $F=0,00153$; $p<0,05$), плацентарною дисфункцією — у кожної 4 жінки (23,2 % VS 0 %; $F=0,00055$; $p<0,05$). В I групі відзначався більший відсоток захворювань нирок (37,5 % VS 15 %; $F=0,0006$; $p<0,05$), хронічної венозної недостатності (16,1 % VS 2,5 %; $F=0,04195$; $p<0,05$). Частота випадків COVID-19 під час вагітності у жінок I групи склала 19,6 % VS 2,6 % ($OR=9,150$ 95 % CI 2,428 — 34,486; $\chi^2=15,376$; $P<0,001$).

Висновки. В останні роки відмічається зумовлене загальносоматичними захворюваннями, обтяженим репродуктивним анамнезом і ускладненнями самої вагітності зростання частоти (в 2,2 рази) ПВНRP. Первинна патологічна плацентажія збільшує ризик ПВНRP майже в 4,9 рази, а захворювання на COVID-19 під час вагітності — в 9 разів. Потрібні подальші дослідження для отримання доказової бази і розробки заходів з метою профілактики ПВНRP.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ПРИ НЕОПЛАСТИЧНИХ І НЕ НЕОПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСАХ МАТКОВИХ ТРУБ НА ДО- ТА СУБОПЕРАЦІЙНОМУ ЕТАПІ У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ

Фам Нгок Фіонг Ян

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Актуальність проблеми. Трубно-перитонеальні фактори (ТПФ) є однією з найчастіших форм жіночої безплідності. Первинне лікування цієї ка-

тегорії хворих передбачає можливість проведення лапароскопічного сальпінгооваріолізісу (ЛСО) та дистальних тубопластик (ЛДТ), спрямованих на відновлення тазової анатомії та репродуктивної функції. Ефективність зазначених процедур є різною, та залежить від численних факторів, зокрема від етіопатогенезу трубно-перитонеального безпліддя (пухлинного або не пухлинного процесу маткових труб), у зв'язку з чим показана більш прицільна передопераційна діагностика.

Мета дослідження. Провести ретроспективний аналіз історій хвороб жінок фертильного віку з неопластичними та не неопластичними процесами маткових труб для покращення ефективності діагностики та вибору подальшого лікування.

Матеріали та методи. На базі БМЦ ОНМедУ в період з 2017–2020 рр. було проведено ретроспективний аналіз 78 клінічних випадків, розподілених на 2 групи. Першу групу 71 (91 %) склали хворі, у яких причиною ТПБ були спайкоутворення після проведених абдомінальних або тазових хірургічних втручань або з наслідками перенесених запальних захворювань органів малого тазу, у зв'язку з чим розвинувся гідросальпінкс (не неопластичні процеси маткових труб). У другій групі 7 (9 %) пацієнток, у яких причиною ТПБ є неопластичні процеси маткових труб. В усіх випадках був ретельно вивчений анамнез та проведене базове передопераційне обстеження, 37 % пацієнтів виконано метросальпінгографію (МСГ). Першу групу після попереднього обстеження оперували в плановому порядку в обсязі лапароскопічного сальпінгооваріолізісу або дистальної тубопластики. В другій групі пацієнтів оптимальний обсяг оперативного лікування вирішувався індивідуально, в залежності від фертильного віку жінки, репродуктивного анамнезу, стадії неопластичного процесу, наявності ускладнень та супутніх захворювань.

Висновки. Важливу роль грає вчасне звернення до лікаря для ранньої діагностики захворювань маткових труб та оптимального обсягу хірургічного лікування з можливістю відновлення репродуктивної функції, а в випадках виявлення злоякісних процесів маткових труб — провести лікування за протоколом та в подальшому використання штучних методів запліднення.

ОЦІНКА МІКРОБІОЦЕНОЗУ ОРТОПІЧНИХ І ГЕТЕРОТОПІЧНИХ СЕЧОВИХ РЕЗЕРВУАРІВ ТА СТРАТЕГІЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ

Площинська Т. А.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Рак є однією з провідних причин смертності в усьому світі. Середній вік пацієнтів з раком сечового міхура — 73 роки, дві третини випадків захворювання припадає на чоловіків. Основним методом лікування є радикальна цистектомія у різних модифікаціях. Проведена оцінка бактеріального спектра ортотопічних і гетеротопічних ре-

зервуарів у ранньому і пізньому післяопераційному періодах після РЦЕ. У дослідження брали участь 54 пацієнтів: чоловіки — 46 (85,2 %), жінки — 8 (14,8 %).

Ціль: оцінити міро біоценоз ортотопічних і гетеро топічних резервуарів у ранньому і пізньому післяопераційному періодах після РЦЕ та розробити адекватну стратегію їх профілактики та лікування.

Матеріали та методи: Дизайн дослідження. хворі з РСМ, яким було виконано комплексне обстеження й оперативне втручання в обсязі радикальної цистектомії з ортотопічною або гетеротопічною пластикою, n=54.

Середній вік пацієнтів — (61,5±2,6) року.

Для відведення сечі після РЦЕ досліджуваним пацієнтам була виконана ортотопічна реконструкція сечового міхура за Штудером в 19 (35,2 %) випадках, деривація сечі за Бриккером — у 35 (64,8 %).

Групою контролю були 20 пацієнтів обох статей, порівнянного віку, з неінвазивними формами РСМ, яким була виконана трансуретральна резекція пухлини.

Дослідження мікробіоценозу ілеокондуїтів відбувалося шляхом узяття проб сечі в стерильних умовах і виконання посіву на живильні середовища Diaslide DS-105 з наступним визначенням чутливості вирощених культур мікроорганізмів до антибіотиків.

Висновки. Після ортотопічної або гетеротопічної пластики супроводжуються адаптацією й морфологічною трансформацією кишкового епітелію до нового агресивного середовища — сечі, шляхом гіперпродукції слизу в необладдері. Слизова гіперсекреція впливає на клінічну ефективність антибактеріальних препаратів, підсилюючи колонізацію та резистентність мікроорганізмів.

Неоцист сприйнятливий до персистенції і розвитку інфекційно-запального процесу та потребує контролю уродинаміки, об'єму залишкової сечі, та проведення раціональної антибактеріальної терапії відповідно до результатів бактеріологічного дослідження сечі.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ ЦИСТЕКТОМІЇ

Волик Ю. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Рак сечового міхура (РСМ) — це злоякісне новоутворення, при якому атипівні клітини розвиваються зі слизової оболонки сечового міхура.

Згідно з даними, опублікованими ЕАУ (Європейська Асоціація Урологів) РСМ знаходиться на другому місці серед злоякісних захворювань сечовидільної системи. Відповідно до статистики з Національного Канцер-реєстру України за 2019 рік, задокументовано 4737 випадків захворювання, серед яких чоловіків — 3568 осіб, жінок — 1169. Загальна кількість померлих від РСМ — 1757 осіб, з них 1477 чоловіків, 280 жінок.

Матеріали та методи: 60 хворих, вік пацієнтів від 38 до 79 років, які перенесли радикальну цистектомію в стадії pT2a — pT3N1M0. З них 23 (38,3 %) хворим виконано ілеопластику, 37 (61,7 %) пацієнтам — деривацію сечі за Бриккером.

Серед яких 53 (88,3 %) чоловіків, 7 (11,7 %) жінок.

20 пацієнтів з раком сечового міхура після трансуретральної резекції сечового міхура.

Мета: вивчення якості життя у хворих з ортотопічною ілеоцистопластиком та гетеротопічною ілеопластиком за Бриккером.

Висновки: соціоклінічне дослідження якості життя після РЦЕ продемонструвало кращі показники у пацієнтів з неоцистом, на відміну від ілеопластики за Бриккером, в соціальному функціонуванні — на 18 %, психічному здоров'ї і життєвій активності — на 19 і 25 % відповідно протягом 1 року спостереження. Дані результати свідчать, що сприйняття в групі пацієнтів з необладдером і континентною деривацією сечі є більш фізіологічним і дає можливість провести максимальну соціоклінічну реабілітацію й адаптацію працездатного контингенту хворих.

Ефективна селекція молодих сексуально активних пацієнтів для простатозберігаючої радикальної цистектомії демонструє кращі показники сексуального та континентного функціонування.

Культурні особливості, недостатня кількість соціальних програм і витратних матеріалів для уростомованих пацієнтів спричиняє більш складну соціальну адаптацію пацієнтів після ілеопластики за Бриккером і потребує подальших досліджень.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ГІПЕРПРОЛІФЕРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЯ У ЖІНОК

Шевчук Н. Д.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

У останні десятиліття зберігається тенденція до зростання частоти хворих на гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ). Висока поширеність і рецидивуючий перебіг ГПЕ, їх зв'язок із аномальними матковими кровотечами і виникненням онкологічних процесів в матці визначають актуальність особливостей діагностики та пошук нових діагностичних маркерів ГПЕ.

Мета роботи: визначити стан метилування ДНК гену *SFRP2* у жінок із ГПЕ.

Матеріали та методи: дослідження стану метилування ДНК проведено методом напівкількісного визначення метилспецифічної ПЛР. Пацієнтки були поділені на групи в залежності від морфологічного типу ГПЕ: I) гіперплазія ендометрія без атипії — 26 жінок; II) атипова гіперплазія ендометрія — 19 хворих; III) рак ендометрія — 12 пацієнток.

Результати досліджень та обговорень. В результаті проведеного дослідження щодо статусу метилування ДНК гену *SFRP2* у жінок із ГПЕ було встановлено, що показник відносного вмісту ме-

тильованої ДНК у пацієнок із гіперплазією ендометрія без атипії (простою та комплексною) склав $(11,6 \pm 0,28) \%$ ($p < 0,05$), що є найнижчим показником серед основних груп; у пацієнок із гіперплазією ендометрія з атипією (простою та комплексною) кількісний вміст метильованої ДНК дорівнював $(22,86 \pm 0,55) \%$ ($p < 0,05$). Окрім того, відмічається тенденція до збільшення вмісту метильованої ДНК у пацієнок хворих на рак ендометрія — $(44,59 \pm 1,03) \%$ ($p < 0,05$).

Висновки: новим перспективним методом діагностики ГПЕ є визначення кількісного вмісту метильованої ДНК гену *SFRP2* у тканині ендометрія. Результати проведеного дослідження підтверджують доцільність використання цього методу в якості молекулярно-генетичного маркера ранньої діагностики та прогнозування перебігу ГПЕ з високою ефективністю в діагностиці онкопатології ендометрія.

Застосування комплексного підходу в діагностиці ГПЕ з залученням УЗД органів малого таза, гістероскопії, молекулярно-генетичних методів дозволяє провести ретельну оцінку та діагностику патології матки, підвищити точність передопераційної диференціальної діагностики патології ендометрія, визначити тактику ведення і характер оперативного лікування відповідної категорії жінок.

КЛІНІЧНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ В ПОПУЛЯЦІЇ ЖІНОК УКРАЇНИ

Поляков В. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета дослідження. Виявити розповсюдженість різних форм інфекцій сечових шляхів в популяції жінок України в залежності від віку. Визначити кількість часто-рецидивуючих інфекцій сечових шляхів у жіночій популяції, визначити кореляцію форми, тривалості і перебігу захворювання, частоту рецидивів з кількістю звернень та характером медичної допомоги, яка надається.

Матеріал та методи. Був розроблений, валідований та застосований інтернет-опитувач по розповсюдженості, факторам ризику та медичному анамнезу інфекцій сечових шляхів (ІСЧ) серед 539 жінок (18-80 років) в Україні.

Результати. Доведено, що ІСЧ властиві у формі хоча б одноразово перенесеного циститу 62,9 % усіх жінок та у формі спорадично рецидивуючої хвороби — 57 % всіх жінок. Нещодавні (протягом 12 місяців) епізоди ІСЧ мали 23,4 % опитуваних жінок, а часто-рецидивуючі (3 та більше за останні 12 місяців) — 14,6 % усіх жінок. Захворюваність ІСЧ зростає пропорційно до віку, серед жінок 18–35 років — 48,6 %, 36–55 років 76,1 %, від 55 років — 75,5 %. Структурний аналіз анамнезу стосовно ініціального епізоду ІСЧ підтвердив, що домінуючі фактори ризику дебюту ІСЧ — анамнез хвороби у матері (40,2 %), статеве життя (36,1 %), дитячий анамнез ІСЧ респондента (23,9 %), переохолодження (22,1 %), купання в басейні або водоїмі (20,1 %) та зміна статевого партнера (18,9 %).

Висновки: Часто-рецидивуючий перебіг ІСЧ визначає на 12 % більшу вираженість симптомів, знижену на 26,8 % якість життя, на 19,4 % більші порушення соціального, та на 25,4 % — сімейно-го життя в порівнянні з пацієнтами із спорадичними ІСЧ. Жінки с рецидивними ІСЧ відмічають на 31,6 % більшу обмеженість відвідування місць загального користування, на 31 % більший прояв соціальної ізоляції та 42,2 % гірші взаємодії з партнером або чоловіком.

ПЕРЕВАГИ ЗАСТОСУВАННЯ МІНІПЕРКУТАННОЇ НЕФРОЛІТОТРИПСІЇ У ПОРІВНЯННІ З ІНШИМИ ЕНДОСКОПІЧНИМИ МЕТОДИКАМИ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ

Ганєв М. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мініперкутанна нефролітотрипсія (МПНЛТ) — вид оперативного лікування хворих за каменями нирок, основний принцип якого полягає у мініінвазивності та у результаті, який не поступається у ефективності перед класичними методами перкутанних операцій сприводу СКХ.

Якщо конкремент у людини діагностується у нирковій мисці, чашці або у мисково-сечовідному сегменті, його розмір більше або дорівнює 20 мм — золотим стандартом лікування є мініперкутанна нефролітотрипсія (МПНЛТ).

Метою оцінити ефективність та безпечність мініперкутанної нефролітотрипсії (ПНЛТ) у порівнянні із класичною переутанною нефролітотрипсією та ретроградною інтрауретеральною хірургією.

Матеріали та методи. У КНП МКЛ № 10 м. Одеси виконано 97 МПНЛТ пацієнтам з СКХ. Середній розмір каменя складав $23,4 \pm 1,7$ мм, щільність від 860 до 1620 НУ (середня щільність 1191 ± 184 НУ). Перкутанна нефролітотрипсія (МПНЛТ/miniPCNL) — вид оперативного лікування хворих з каменями нирок, основний принцип якого полягає у мініінвазивності та у результаті, який не поступається у ефективності перед класичними методами ендоскопічних операцій з приводу СКХ.

Висновки:

МПНЛТ — золотий стандарт у лікуванні крупних та кораловидних каменів нирок із ефективністю більш ніж 70 % як монометод. Ціль видалення 100 % каменю іноді потребує наявності не одного, а декількох доступів чи використання більш тонких інструментів. Також можливі комбінованні втручання у вигляді МПНЛТ та РІРХ одночасно, задля скорочення часу операції, та більш високого SFR. Освоєння таких методик, досвід боротьби із ускладненнями, постійний пошук варіантів, щоб уникнути їх є основними китами на шляху до більш ефективного та безпечного для пацієнта методу лікування, який можна і потрібно впроваджувати у кожному урологічному стаціонарі нашої країни.

УРОДИНАМІЧНІ ПАТЕРНИ АТРОФІЧНОГО ЦИСТОУРЕТРИТУ В ЖІНОК У ПОСТМЕНОПАУЗИ

Іванова Д. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Актуальність досліджуваної проблеми визначається переважно її соціальною значимістю. У роки, що передують менопаузі, та після її настання у 42 % жінок виникають клімактеричні симптоми, причиною котрих є зниження продукування естрогенів. Частота урогенітальних розладів у жінок у віці 50-55 років сягає 50 %.

Метою дослідження було вивчити функціональний стан нижніх сечових шляхів у жінок у постменопаузальному періоді.

Матеріали і методи. Нами було проведено комбіноване уродинамічне дослідження у 37 жінок з дисфункцією нижніх сечових шляхів у постменопаузі.

Результати. Були виявлені наступні уродинамічні симптоми або їхнє сполучення: зниження максимальної цистометричної місткості — 51 %; зниження порогу чутливості — 64 %; нестабільність уретри — 38 %; гіпотонія детрузора — 9 %; функціональна інфравезикальна обструкція — 37 %; сфінктерна недостатність — 30 %; скорочення функціональної довжини уретри — 40 %; нестабільність детрузора — 19 %.

Висновки. Імперативний характер сечовипускання, що обумовлений гіперактивністю та гіперсенсорністю, в залежності від виразності атрофічних змін і внутрішньоміхурового тиску, призводить до нестабільності сечового міхура (83 %) і нестабільності уретри (38 %) та є порушенням інтегративної функції нижніх сечових шляхів в результаті недостатності естрогенів.

Ключові слова: постменопауза, атрофічний цистоуретрит, уродинаміка, нижні сечові шляхи.

МЕТОТРЕКСАТ ЯК МЕТОД ДЛЯ ЗМЕНШЕННЯ ОБСЯГУ КРОВОТЕЧІ У ЖІНОК З ЕКТОПІЧНОЮ (ТРУБНОЮ) ВАГІТНІСТЮ

Очеретна Ю. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Тактика лікування жінок з трубною вагітністю (ТВ) залежить від загального стану жінки, анамнезу, репродуктивних планів, даних лабораторно-інструментальних досліджень. На разі золотим стандартом лікування ТВ залишається лапароскопія, яка може супроводжуватися видаленням маткової труби (сальпінгоектомія) чи бути органозберігаючою (сальпінготомія). В деяких випадках, сальпінготомія неможлива, враховуючи підвищену кровоточивість з міста розтину та видаленно-го ложа плідного яйця, що призводить до надлишкової коагуляції та порушенню анатомічної структури та функцій маткової труби. Ми досліджували Метотрексат (МТР) як препарат для зменшення обсягу кровотечі у жінок з трубною вагітністю.

Матеріали та методи. Дослідження було проведено на 117 жінках з діагностованою ТВ. Кожна жінка була обстежена (загальний аналіз крові та сечі, якісний та кількісний аналіз В-ХГЛ у сиворотці, УЗ-дослідження трансвагінально у сагітальній позиції). Досліджені жінки були поділені на 3 групи. Група № 1 (n=55) — клінічно стабільні, з мінімальним болем, кількість вільної рідини за даними УЗД до 150 мл, група № 2 (n=41) — клінічно не стабільні, зі скаргами на значний біль, гемоперитонеум 200–500 мл., група № 3 (n=21) (взята ретроспективно) — відповідає 1й групі. МТР був отриман 55 жінками (з групи № 1) внутрішньовенно 50 мг/м² до лапароскопії (24-48-72 год). Група № 2 та група № 3 були прооперовані терміново після госпіталізації.

Результати. Сальпінготомія вдалася у 50 жінок з групи № 1 (90,9 %) (p<0,05 у порівнянні з групою № 2 та № 3). В групі № 2 було виконано сальпінгостомію в 11 випадків (26,8 %). У групі № 3 — 15 випадків сальпінгоектомії та 5 випадків сальпінгостомії (28,6 %). Отримані результати свідчать, що призначення МТР в нашому дослідженні зменшує обсяг кровотечі під час лапароскопії, зменшує потребу в коагуляції що дає можливість виконати органозберігаючу операцію.

ПІДТИПИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ

Крюкова Г. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Преєклампсія (ПЕ) зберігає позиції актуальної проблеми сучасного акушерства, будучи причиною понад 50 тис. материнських смертей у світі за рік, а також довготривалої серцево-судинної патології у жінок в майбутньому.

Мета. Оцінка частоти різних підтипів ПЕ та аналіз клініко-лабораторних особливостей захворювання на сучасному етапі.

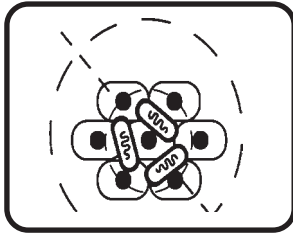
Матеріали та методи. Ретроспективний порівняльний аналіз анамнестичних, клінічних, гемодинамічних та лабораторних показників із 47 історій пологів жінок з діагнозом ПЕ (I група) та 30 історій з фізіологічним перебігом вагітності та пологів (II група) за даними КНП «Пологовий будинок № 5» Одеської міської ради за 2020–2021 рр.

Результати. Частота помірної ПЕ склала — 87 %, важкої — 2,2 %, прогресуючої, що потребувала ургентного розродження — 10,9 %. У 14,9 % жінок ПЕ була поєднаною на тлі хронічної артеріальної гіпертензії; у 59,6 % була різноманітна екстрагенітальна патологія. У 2,2 % ПЕ була ранньою, що розвинулася до 32 тиж. гестації, у 12,8 % — з 32,6 до 36,6 тижнів, у решти 85,1 % — пізня. Достовірні відмінності між групами I та II виявлені у паритеті пологів (66 % первісток VS 55 %; p<0,05), у репродуктивних втратах (29,5 % VS 6,6 %; F=0. 04259, p<0,05), $\chi^2=4. 815/ 0. 029$; CI 1,242–28,402), в частоті синдрому оперованої матки (27,7 % VS 10 %; F=0. 00005, p<0,05, $\chi^2=7,662/$

0,006; OR 7,226, CI 1,524–34,25). Найбільш частими ускладненнями вагітності були відповідно I та II групам анемії (55,3 % VS 10 %; $F=0,00008$; $p<0,05$; $\chi^2=16,019$, $p<0,001$; OR 11,143, CI 2,964–41,888); плацентарна дисфункція (34,04 % VS 3,33 %; $F=0,00008$; $p<0,05$; $\chi^2=16,019$, $p<0,001$; OR 11,143; CI 2,964–41,888). Підвищення систолічного АТ більше 140 мм. рт. ст зазначалося у 53 % жінок із ПЕ ($F=0,00001$, $p<0,001$, $\chi^2=18,625/0,029$, OR 8,108, CI 0,982–66,965), діастолічного більше 90 — у 23,4 % ($F=0,02004$, $p<0,05$, $\chi^2=5,946/0,015$, OR 5,939, CI 1,242–28,402). Значна протеїнурія виявлена лише у 21 % жінок з ПЕ ($F=0,04259$, $p<0,05$, $\chi^2=4,815/0,029$, OR 8,108, CI 0,982–66,965). Кесарів розтин вироблено відповідно у 72,3 % і 13,33 %

($F=0,00001$, $p<0,001$, $\chi^2=25,508$, OR 17,000, CI 4,961–58,250) жінок, ЗВУР плода діагностований у 15 % жінок з ПЕ ($F=0,02004$, $p<0,05$, $\chi^2=4,915/0,027$).

Висновки. До особливостей ПЕ на сучасному етапі відноситься висока частота хронічної артеріальної гіпертензії у жінок репродуктивного віку, захворювань нирок, а також гестаційної та хронічної анемії. Для клінічного перебігу ПЕ найбільш характерними є моносимптомні форми, що супроводжуються ізольованими підйомами артеріального тиску без виражених змін лабораторних показників. Виділення підтипів ПЕ може бути перспективним напрямом у визначенні факторів ризику, прогнозуванні та профілактиці ПЕ на доклінічному етапі.



СЕКЦІЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ, ІНФЕКЦІЙНИХ, ШКІРНО-ВЕНЕРИЧНИХ ХВОРОБ ТА ФТИЗИАТРІЇ

Section of Epidemiology, Infectious, Dermatovenerologic Diseases and Phthisiology

ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМКИ РОЗРОБКИ ВАКЦИННИХ ПРЕПАРАТІВ НОВИХ ПОКОЛІНЬ ДЛЯ ЗДІЙСНЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Шевчук Н. Д.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Протидія туберкульозу (ТБ) в Україні є пріоритетним напрямком у сфері охорони здоров'я. Одним із способів протидії ТБ є імунізація вакциною БЦЖ. Однак, після її введення формується нестійкий імунітет, та спостерігається значна кількість ускладнень. Тому, вивчення вакцин нових поколінь є актуальним у сфері профілактики ТБ.

Мета роботи: проаналізувати дані літератури щодо перспективних напрямків розробки вакцинних препаратів нових поколінь для здійснення профілактики туберкульозу.

Матеріали та методи: як основне джерело досліджень використано цифровий доступ до таких повнотекстових і реферативних баз даних, як: Pub Med, NCBI (Національний центр біотехнологічної інформації), Medline Plus

Результати досліджень. Результати проведеного аналізу показали, що сучасні розробки вакцинних препаратів представлені двома напрямками — створення власне вакцин та бустерних вакцин для формування стійкого протитуберкульозного імунітету (ПТІ). До першої групи відносять: рекомбінатний штамп rBCG30; штамп, що експресує декілька антигенів мікобактерій туберкульозу (МБТ) разом з перфринголізином. До бустерних вакцин належить M72/MTB2F, Hybrid I/НyVAC IV і рекомбінатні вірусні вектори (Aeras402/Aa35-85B-TB10. 4).

Білкова ад'ювантна вакцина M72/MTB2F, що наразі у фазі ІІа дослідження у Південній Африці, продемонструвала збільшення типоспецифічних Ig G на 56-й день з моменту введення першої дози.

Hybrid I/НyVAC IV проходить випробування у фазі І у Швеції та Південній Африці. Даний кандидат стимулює систему мультифункціональних CD4+ Т-клітин у хворих з латентною туберкульозною інфекцією (ЛТІ)

Рекомбінатний вірусний вектор Aeras402/Aa35-85B-TB10. 4 — у випробуванні фази І підтвердив безпечність і високий рівень монофункціональних CD8+ Т-клітин з нижчим рівнем поліфунк-

ціональних CD4+ Т-клітин. Випробування Aeras402 на ВІЛ-інфікованих дорослих у Південній Африці у ІІ фазі клінічного випробування, свідчить на користь формування МБТ-специфічної Т-клітинної відповіді у вакцинованих в дитинстві БЦЖ та на зміну вірусного навантаження.

Модифікований вірус осповакцини Анкара 85A(rMTB) вже пройшов 12 клінічних випробувань і ще 4 дослідження тривають. Цей імуноген демонструє безпеку як для осіб не хворівших на ТБ та імунізованих раніше БЦЖ, так і у випадку ЛТІ.

Висновки. В результаті вивчення вакцинних препаратів нового покоління можна зробити висновки, що перспективним напрямком профілактики ТБ є бустерні вакцини, які забезпечують довготривалий ПТІ, не мають протипоказань щодо застосування у ВІЛ-інфікованих та у випадку ЛТІ.

ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Кушнір М. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Згідно з останніми даними ВООЗ серед головних причин смерті у світі перше місце посягає ішемічна хвороба серця (ІХС), а третє — хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ). Ендотеліальна дисфункція (ЕД) являється спільною ланкою патогенезу кардіореспіраторних захворювань. Тому вивчення питань ЕД є актуальним для попередження прогресування ІХС у хворих з ХОЗЛ.

Мета роботи: виконати аналіз та систематизацію сучасних даних літературних джерел, щодо питання ендотеліальної дисфункції при коморбідності ХОЗЛ з ІХС.

Матеріали та методи: було використано доступ до повнотекстових і реферативних баз даних за пошуковим запитом «ендотеліальна дисфункція», «ІХС», «ХОЗЛ».

Результати досліджень. Результати проведеного аналізу показали, що основною спільною причиною ЕД при ІХС та ХОЗЛ є перекисне окиснення ліпідів (ПОЛ), яке запускається атеросклерозом і гіпоксією відповідно. Серед сучасних методів діа-

гностики виділяють: інструментальні («кровотік — опосередковане розширення»); вазоконстрикція, що викликається низькошвидкісним потоком; аналіз форми об'ємної пульсової хвилі), цитологічні (рівень циркулюючих десквамованих ендотеліоцитів, ендотеліальних апоптотичних мікрочастинок) і біохімічні (рівень нітратів і нітритів, асиметричного диметиларгініну, ендотеліну-1, vWF, vWFpp, тромбомодуліну, тканинного активатора плазміногену, ICAM-1, VCAM-1, P-селектину, E-селектину, ve-кадгерину, судинного ендотеліального фактору росту). У якості потужних антиоксидантів для корекції ЕД використовують: біофлавоноїд кверцетину, L-аргінін, етилметилгідроксипіридину сукцинат. Серед сучасних фармакотерапевтичних напрямків для корекції ЕД у хворих з поєднанням ХОЗЛ та ІХС використовуються відомі лікарські засоби, які застосовуються для лікування артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, атеросклерозу та ін., та в сучасних дослідженнях показали позитивну дію на функцію ендотелію, до таких препаратів відносяться: інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ), антагоністи рецепторів до ангіотензину II (АРА), блокатори повільних кальцієвих каналів, статини, антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів (АМКР), антагоністи рецепторів ендотеліну-1, метформін та інші.

Висновки. Аналіз даних сучасних літературних джерел, щодо ЕД при коморбідності ХОЗЛ з ІХС, підтверджує наявність загальних патогенетичних механізмів розвитку та прогресування ХОЗЛ/ІХС, що виражаються у вигляді порушення функції ендотелію. Активно вивчаються додаткові ефекти відомих фармацевтичних засобів, для попередження прогресування ІХС у хворих з ХОЗЛ.

ОСОБЛИВОСТІ ОКСИГЕНОТЕРАПІЇ ТА РЕСПІРАТОРНОЇ ПІДТРИМКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТЯЖКИМ І КРИТИЧНИМ ПЕРЕБІГОМ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ (COVID-19)

Руденко О. В., Володичев Д. С., Коротков О. О.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна.

Частота переведень у відділення інтенсивної терапії (ВІТ) пацієнтів на коронавірусну хворобу (COVID-19) становить 32–52 %, а сумарна смертність у пацієнтів у ВІТ становить 39 % (Abate S. M. et al., 2020). Загалом 26 % госпіталізованих пацієнтів на COVID-19 потребують високопоточної назальної кисневої підтримки (ВПНКП), 19 % неінвазивної вентиляції (НІШВЛ), 9 % — інвазивної вентиляції (ІШВЛ) та 2 % — екстракорпоральної мембранної оксигенації (Grant M. C. et al., 2020). ВПНКП і НІШВЛ є одним з ефективних новітніх методів корекції гострої дихальної недостатності (ГДН), які у певних випадках можуть бути альтернативою традиційній ІШВЛ.

Мета дослідження — покращити результати інтенсивної терапії гострої дихальної недостатності у пацієнтів з тяжким і критичним перебігом COVID-19 шляхом профілактики тяжких усклад-

нень і застосування ступеневої оксигенотерапії і респіраторної підтримки.

Методи дослідження — загальноклінічні, загальний аналіз крові, біохімічні, показники кислотно-лужного стану крові, мікробіологічні, комп'ютерна томографія грудної клітки, пульсоксиметрія.

Нами було проведено аналіз лікування 680 пацієнтів із тяжким і критичним перебігом COVID-19, які перебували у ВІТ опорних лікарень Одеської області за період з 2020 по 2021 рр. В контрольну групу (n=348), увійшли пацієнти із тяжким і критичним перебігом COVID-19, яким надання медичної допомоги проводилось згідно наказу МОЗ України № 772 від 27.03.2020р. В основну групу (n=332), увійшли пацієнти, яким надання медичної допомоги проводилось згідно клінічного маршруту затвердженого ДОО ООДА від 2021 р. Усі пацієнти були рандомізовані за віком, статтю, тяжкістю стану та супутньою патологією. Основними причинами важкості стану була паренхіматозна і вентиляційна ГДН внаслідок двобічної пневмонії, ГРДС і загострення хронічного обструктивного захворювання легенів (ХОЗЛ). Застосування послідовної диференційованої оксигенотерапії і респіраторної підтримки із використанням ВПНКП та НІВЛ дозволило достовірно зменшити прояви гострої дихальної недостатності та у 47 % випадків запобігти ІШВЛ (p<0,05).

Висновки. Для хворих з тяжким і критичним перебігом коронавірусної хвороби (COVID-19) характерна паренхіматозна і вентиляційна ГДН внаслідок двобічної пневмонії, ГРДС і загострення ХОЗЛ (p<0,05).

Застосування послідовної диференційованої оксигенотерапії і респіраторної підтримки з використанням ВПНКП та НІВЛ дозволило достовірно зменшити прояви гострої дихальної недостатності та у 47 % випадків запобігти ІШВЛ (p<0,05).

АНАЛІЗ ПОМИЛОК ТА УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛІКУВАННІ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ (COVID-19) В ОПОРНИХ ЛІКАРНЯХ ОДЕСЬКОЇ І МИКОЛАЇВСЬКОЇ ОБЛАСТЕЙ

Єрасов А. М., Потапчук Ю. О., Коротков О. О.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Пандемія COVID-19, тяжким проявом якої є гострий респіраторний дистрес-синдром (ГРДС) та інші ускладнення, зумовила глобальну кризу, що є найбільшим за останнє століття викликом всесвітній системі охорони здоров'я (Huang C., Wang Y., Li X. et al., 2020; Wang D., Hu B., Hu C. et al., 2020). Несприятливим щодо прогнозу залишається розвиток коагулопатії і синдрому ендотеліальної дисфункції (ендотеліїту), який супроводжується дифузним мікро- і макротромбозом.

Мета дослідження — покращити результати лікування пацієнтівна COVID-19 шляхом попередження помилок та ускладнень при наданні медичної допомоги на етапі стаціонару.

Методи дослідження — загальноклінічні: загальний аналіз крові, біохімічні, показники кис-

лотно-лужного стану крові, епідеміологічні, мікробіологічні, комп'ютерна томографія грудної клітки, пульсоксиметрія.

Нами було проведено аналіз лікування 2100 пацієнтів із різним ступенем перебігу коронавірусної хвороби, яким надавалась медична допомога в опорних лікарнях Одеської (n=17) і Миколаївської областей (n=6) за період 2021р. Якість надання медичної допомоги оцінювали згідно наявності і дотримання клінічного маршруту пацієнта і протоколу надання медичної допомоги у пацієнтів на COVID-19. Встановлено, що достовірними (p<0,05) помилками були організаційні і медичні: відсутність клінічного маршруту пацієнта (34,5 %), необгрунтована госпіталізація пацієнта в стаціонар (15,6 %), (82,6 %) необгрунтоване призначення антибактеріальної терапії (95,7 %), нераціональне використання медичного кисню (86,7 %), порушення протоколу лікування (поліпрагмазія). Найбільш частими ускладненнями (p<0,05) при наданні медичної допомоги були такі: ГДН (84,4 %), Бактеріальний сепсис/септичний шок (24,4 %), тромбоемболічні ускладнення (45,5 %), ГРДС (34,7 %).

Висновки. Помилки, які впливали на якість надання медичної допомоги пацієнтам на COVID-19 були наступні: відсутність клінічного маршруту пацієнта (34,5 %), необгрунтована госпіталізація пацієнта в стаціонар (15,6 %), порушення протоколу лікування (поліпрагмазія) (82,6 %), необгрунтоване призначення антибактеріальної терапії (95,7 %), нераціональне використання медичного кисню (86,7 %), відсутність контролю КЛС (78,3 %), несвоєчасна госпіталізація до ВІТ (20,3 %), несвоєчасна виписка пацієнта із стаціонару (10 %) (p<0,05).

Достовірними ускладненнями (p<0,05) при наданні медичної допомоги були такі: ГДН (84,4 %), Бактеріальний сепсис/септичний шок (24,4 %), тромбоемболічні ускладнення (45,5 %), ГРДС (34,7 %), гіперглікемія (11,1 %), пневмомедіастинум (2,8 %), наднирникова недостатність (2,2 %), псевдомембранозний коліт (1,5 %), кровотеча із виразки (0,6 %) (p<0,05).

Запропоновані рекомендації дозволили достовірно (p<0,05) знизити витрати медичного кисню (35 %) та зменшити частоту ускладнень на 13,6 %.

РОЛЬ ЛІМФАТИЧНОГО РУСЛА ШКІРИ ПРИ ДЕРМАТОЗАХ

Сімінченко Ю. С., Блажко Ю. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність дослідження впливу лімфатичної системи шкіри на початок, перебіг та прогноз численних дерматозів обумовлено тим, що у відношенні цих процесів є багато суперечливих даних. Навіть стосовно термінології (з лат. : «lympha» — чиста вода) є протиріччя, тому що вона далеко не «чиста», і хоча, з одного боку, дійсно — безбарвна та близька за своїм складом до плазми крові, але відрізняється від неї меншим вмістом білків та формених елементів з превалюванням лімфоцитів; склад лімфи обумовлено тим, що з інтерсти-

ціальної рідини (зокрема, і з епідермісу, який не має кровоносних судин) в кров'яне русло «повертаються» вода, електроліти та білки, «переносяться» емульговані жири, «транспортуються» як власне лімфоцити, так і продукти обміну речовин. Недостатнє врахування цих етапів утворення та динаміки лімфи (лімфообігу) може бути одним із чинників малої ефективності лікування багатьох дерматозів.

Лімфа, до надходження її у регіональні лімфатичні вузли, є «периферійною», відразу після проходження через лімфатичні вузли — «проміжною», а надалі — «центральною». Надзвичайно важлива роль належить лімфатичним капілярам шкіри, які не тільки безпосередньо здійснюють її дренаж, але й абсорбцію чужорідних часточок, які потрапили у кров'яне русло. Принципово важливим є те, що рух лімфи не зазначають терміном «циркуляція», а за своєю суттю — це «відтік», і саме тому діаметр лімфатичних капілярів значно більший ніж гемокапілярів. Окрім того, відрізняється і стінка лімфатичних капілярів, тому що в ній відсутня базальна мембрана та перицити, тому як білки, так і мілкі частинки з інтерстиційної рідини легко проникають у них. Хоча лімфатичні капіляри є практично у всіх органах та тканинах тіла людини, але саме в епідермісі шкіри вони відсутні (як і в головному та спинному мозку, очних яблуках, внутрішньому вусі, слизових оболонках, хрящах, кістковому мозку та ін.). Після злиття лімфатичних капілярів формуються лімфатичні судини, які транспортують лімфу у лімфатичні вузли, стовбури та протоки. Ретроградний потік лімфи можливий тільки в умовах патології, а наявність численних зв'язків забезпечує безперервний тік лімфи по колатеральним шляхам.

Відносно патології шкіри може мати значення, що від певних ділянок тіла лімфа надходить у відповідні регіональні лімфатичні вузли. Так, вузли лицьові розташовані в підшкірній жировій клітковині обличчя по ходу лицьових судин, підборіддя та під нижньощелепні — в однойменних трикутниках шиї і приймають лімфу від шкіри обличчя; поверхневі лімфатичні вузли шиї збирають лімфу від шкіри та підшкірної клітковини передньої області шиї, а латеральні — відповідно із цих тканин бокової поверхні шиї. Саме цим можливо пояснити регіональні відмінності ушкодження шкіри при такому захворюванні як розацеа і деяких інших дерматозах.

АНАЛІЗ ЗАПАЛЬНОЇ РЕАКЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ ТЯЖКИМ ПЕРЕБІГОМ COVID-19

Бермас Н. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Поняття системної запальної реакції було сформульоване в 1992 році на конференції Американської колегії торакальних хірургів та Спілки медицини невідкладних станів для визначення запальної реакції, як відповідь організму на тяжкий вражаючий фактор незалежно від його локалізації та етіології.

Загалом, С-реактивний білок, рівень прокальцитоніну, феритину, Д-димеру, загальна кількість та субпопуляції лімфоцитів, IL-4, IL-6, IL-10, TNF- α та інші показники запалення можуть допомогти оцінити можливість прогресування важкості клінічних проявів, бути маркерами критичних станів та використовуватися для формування стратегії лікування. Нажаль, в умовах стаціонару не завжди є можливість визначення маркерів запальної реакції в повному обсязі.

Як відомо, до 80–85 % пацієнтів хворіють на COVID-19 в легкій формі, маючи при цьому показники прокальцитоніну, Д-димеру, феритину в межах норми або з невеликими відхиленнями від норми. В той же час практично у всіх пацієнтів, незалежно від стану, ми спостерігаємо зростання С-реактивного протеїну. СРП — є найбільш чутливим з реактантів гострої фази і його концентрація швидко збільшується з самого початку захворювання. У хворих на коронавірусну інфекцію СРП є показником важкості загального запального процесу і не повинен розцінюватися як маркер ускладнень бактеріальної етіології.

Продукція СРП починається в печінці через 6–12 годин від початку захворювання, досягаючи свого піку через 24–48 годин. СРП при COVID-19 відіграє роль основного маркера активності процесу в легеневої тканині. Швидке підвищення СРП на тлі початкових незначно підвищених показників, також мають клінічне прогностичне значення. Це свого роду сигнал для лікаря про погіршення стану хворого. Крім того, якщо порівнювати з іншими маркерами запальної відповіді, підвищений рівень СРП і в подальшому зберігається більший проміжок часу.

Другим важливим показником тяжкості патологічного процесу при COVID-19 є кількість лімфоцитів. У пацієнтів із низькою загальною кількістю лімфоцитів на початку захворювання зазвичай поганий прогноз. Лімфопенія може вказувати як на гіперактивацію та міграцію лімфоцитів у легені, так і на апоптоз і супресію Т — лімфоцитів.

Таким чином, надмірне підвищення СРП, лімфопенія — це найважливіші показники важкості захворювання на COVID-19 та мають високу прогностичну цінність. Важливо розуміти, що ці біомаркери необхідно відстежувати під час першого звернення пацієнта, під час терапії COVID-19, а також і після одужання.

СТРУКТУРА КОМОРБІДНИХ СТАНІВ ПРИ COVID-19 З ЛЕТАЛЬНИМ РЕЗУЛЬТАТОМ

Іваненкова В. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Відомо, що наявність коморбідних станів є фактором ризику тяжкого перебігу або летального результату у хворих на COVID-19. З самого початку пандемії коронавірусної хвороби було звернено увагу на зв'язок певних захворювань, віку пацієнтів із тяжким перебігом та летальністю при COVID-19.

Одночасне поєднання різних хвороб в організмі людини, коморбідність — (з латинського *co* — разом + *morbus* — хвороба) це наявність декількох хронічних патологій, об'єднаних єдиним механізмом патогенезу.

Досвід, отриманий на протязі останніх років свідчить, що найбільший негативний вплив на перебіг коронавірусної хвороби мають наступні коморбідні стани: цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, ожиріння, ішемічна хвороба серця, порушення мозкового кровообігу, схильність до підвищеного згортання крові, хронічні обструктивні захворювання легень. Наукові дані свідчать про наступне: в основі взаємного впливу лежить спільний патологічний механізм прозапального стану.

Враховання цих даних допомагає медичним працівникам прогнозувати тяжкість перебігу у цієї категорії хворих, оцінювати ризики погіршення стану, застосовувати більш суворі протиепідемічні заходи, а також в подальшому планувати першочергове щеплення саме в групах ризику.

Інфекціоністам і раніше було відомо про вплив коморбідних станів на важкість перебігу, наприклад, в першу чергу грипу та інших ГРВІ. Існує чітко виражена кореляція між підвищенням захворюваності на вказані хвороби та зростанням смертності від серцево — судинних захворювань.

Як ми можемо впливати на дану проблему: збереження життя багатьох людей?

Вочевидь зниження смертності в групах ризику по COVID-19 полягає в активній профілактиці та лікуванню даних захворювань, а саме, цукрового діабету, артеріальної гіпертензії, ожиріння, ІХС.

ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ ОКСИДУ АЗОТУ (NO) У ХВОРИХ НА КОРОНАВІРУСНУ ІНФЕКЦІЮ COVID-19

Тюпа В. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

COVID-19 сьогодні являє собою велику медичну, економічну та соціальну проблему. Поява COVID-19 поставила перед фахівцями охорони здоров'я завдання, пов'язані з необхідністю швидкої діагностики і наданням медичної допомоги хворим. А високі темпи мутації, та поява нових, висококонтагіозних штамів, не залишає сподівань на швидке покращення епідеміологічної ситуації.

Незважаючи на успіхи у вивченні молекулярно-біологічних властивостей вірусу, патогенез COVID-19 залишається не до кінця з'ясованим. В основі його лежить взаємодія S-протеїну вірусу та поверхневим ангіотензин конвертуючий фермент 2-типу (ACE2), активація берегових макрофагів альвеол, та гіперпродукція прозапальних цитокінів, «цитокіновий шторм», гіперпродукція активних форм кисню (АФК), порушення в роботі системи протизапальних цитокінів та антиоксидантної системи, та рекрутування нових нейтрофілів в зону запалення.

В патогенезі вірусних інфекцій, важливу роль відіграє порушення азотного обміну, та утворення активних форм азоту (АФА) — відоме як нітроксидативний стрес. АФА утворюються в каскаді численних хімічних реакцій NO з АФК та різноманітними не кисневими радикалами. АФА володіють також протівірусною активністю, однак при тривалому підвищенні рівня АФА також відбувається пошкодження мембран, ДНК та ферментів клітин, в першу чергу ендотеліальних та самих макрофагів. Проте стан рівня процесів нітроксидативного стресу та активність антиоксидантної системи (АОС) у хворих на COVID-19, а також їх вплив на формування різноманітних ускладнень хвороби залишається малодослідженим.

Метою нашої роботи було дослідження стану рівня нітроксидативного стресу у пацієнтів з COVID-19. Діагноз було встановлено методом ПЛР.

На базі КНП «Міська клінічна інфекційна лікарня» ОМР, нами було обстежено 78 пацієнтів з середньоважким перебігом COVID-19. Матеріалом для дослідження слугувала венозна кров, визначення рівня метаболітів NO ($NO_{мет}$) сироватки, NO₂ — та NO₃-, виконувалось методом спектрофотометрії. До контрольної групи було залучено 55 умовно здорових мешканців міста Одеса.

Встановлено, що рівень $NO_{мет}$ у хворих з середньоважким перебігом COVID-19, був вищий більш ніж в 2,5 рази, +156,85 %, в порівнянні з показниками групи контролю. Результати нашого дослідження свідчать про статистично значуще, виражене підвищення рівня $NO_{мет}$, що на нашу думку пов'язано з інтенсифікацією процесів перекисного окиснення ліпідів, та опосередковує порушення регуляції судинного та бронхіального тону, зсідання крові, та імунної відповіді. Широкий спектр біологічної активності NO та АФА обумовлює, на нашу думку необхідність подальшого дослідження в цьому напрямку.

ОЦІНКА ДИНАМІКИ ЛАБОРАТОРНОГО ТЕСТУВАННЯ ПРИ COVID-19 В УКРАЇНІ

Кривуля К. Ю., Сема Р. В.,

*Полтавський державний медичний університет,
Полтава, Україна*

Протягом усієї пандемії COVID-19 Україна впровадила кілька успішних елементів готовності та реагування системи охорони здоров'я: запобігання, виявлення, стримування та лікування. Україна не запобігла COVID-19, але діючі протоколи профілактики полегшили відповідь країни на спалахи, зокрема створено можливості для раннього лабораторного тестування населення. Нині використовується широкий спектр лабораторних тестів для діагностики COVID-19. Проте, аналіз реалізації програм лабораторного тестування за допомогою методів полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) та експрес-тестувань наразі відсутній.

Мета роботи — провести аналіз ситуації лабораторного тестування COVID-19 з визначенням РНК методом ПЛР, антигену експрес-тестами та

антитіл методом ІФА в Україні у період з 01.2020 по 01.2022.

Матеріали та методи. Мета-дані лабораторного тестування отримано з панелі керування ситуацією щодо COVID-19 МОЗ України у період з 02.2020 по 01.2022. Аналіз даних проводили за допомогою методів описової статистики, кореляційного аналізу.

Результати. В Україні МОЗ вперше оприлюднили повідомлення про виявлення РНК Sars-CoV-2 методом ПЛР 20.04.2020 р. (n=1988 тестів/добу), згодом на місяць пізніше — визначення рівня антитіл методом ІФА з 31.05.2020 р. (1180 тестів за добу), значно пізніше — виявлення антигену експрес-тестами з 16.02.2021 року (n=9144). Виявлено три хвилі підвищення загального рівня захворювання та тестувань, які відповідно становили під час першої хвилі (12.11.2020) 77149 зразків на добу, другої (7.04.2020) — 140 224 зразків на добу, третьої (4.11.2021) 155405 зразків на добу. Кількість щоденних ПЛР тестів на визначення COVID-19 була у 3 рази вищою, ніж кількість нових виявлених випадків. Наразі в Україні кількість експрес-тестів є співставною з кількістю тестів ПЛР ($p=0,13$). Встановлено достовірний кореляційний зв'язок високої сили між рівнем ПЛР тестів та кількістю виявлених щоденних нових випадків ($R=0,88$; $p<0,05$), випадків госпіталізацій ($R=0,81$; $p<0,05$) та летальних наслідків ($R=0,83$; $p<0,05$); слабкої сили між рівнем проведених експрес-тестів та кількістю виявлених щоденних нових випадків ($R=0,51$; $p<0,05$), випадків госпіталізацій ($R=0,64$; $p<0,05$) та летальних наслідків ($R=0,59$; $p<0,05$).

Висновки. Відмічено поступальне зростання лабораторних тестувань з визначення COVID-19 в Україні. Попри високу затребуваність ПЛР та експрес-тестів, лише ПЛР тест є більш чутливим діагностичним методом у ідентифікації випадків захворювання, госпіталізації та смертності, що має враховуватись при наданні медичної допомоги населенню.

МАРКЕРИ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА COVID-19

Єршова М. Е., Баліч В. З.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Майже відразу після початку вивчення нової коронавірусної інфекції стало зрозуміло, що ця патологія асоційована зі значними змінами в системі гемостазу. З'явилися численні повідомлення про більш високу схильність хворих на коронавірусну інфекцію до тромботичних ускладнень, дані про зміну показників гемостазу у бік гіперкоагуляції.

Нами обстежено 80 хворих у віковій групі 40–80 років, 56 чоловіків та 24 жінки з діагнозом ГРВІ, викликаний новою коронавірусною інфекцією SARS CoV — 2, ПЛР (+), позалікарняна пневмонія (ураження легень ≤ 50 %), ДН., Середньоважкий перебіг.

Показники порушення зсідання крові корелюють з несприятливим прогнозом. Зокрема, поміт-

не підвищення рівня D-димеру та продукту деградації фібрину поширене серед хворих із COVID-19. У хворих з COVID-19 найчастіше спостерігається підвищення рівня D-димеру, $0,9 \pm 0,1$ ($p \leq 0,05$) і це може бути пов'язане з тяжкими ускладненнями та летальним наслідком. Проте нині інтерпретація рівня D-димера під час моніторингу перебігу захворювання неясна, оскільки не може бути безпосередньо пов'язаним з ступенем тяжкості перебігу захворювання.

У дослідженнях було виявлено кореляцію протромбінового часу (ПВ) ($120,0 \pm 15,0$) с ($p \leq 0,05$), зі ступенем тяжкості перебігу захворювання. Під час дослідження у хворих з COVID-19 рівень D — димеру та тромбіновий час ($20,0 \pm 1,5$) с ($p \leq 0,05$), були вищими, а активований частковий тромбіновий час (АЧТВ) ($18,0 \pm 1,5$) с ($p \leq 0,05$) нижче в порівнянні з хворими з легким перебігом COVID-19. До факторів ризику смерті належали такі показники, як ПВ, АЧТВ та D-димер.

Активация процесу коагуляції досягає свого піку під час розвитку у хворих на ДВС-синдром (дисемінований внутрішньосудинне згортання крові), який наставав у більшій частині хворих з підтвердженим COVID-19. Фактично, у таких хворих може розвинути сепсис, який є одним із найпоширеніших пускових факторів ДВЗ. ДВС-синдром є результатом активації моноцитів та ендотеліальних клітин для виділення цитокінів після порушення, з експресією тканинного фактора та виробленням фактора фон Віллебранда. Циркуляція вільного тромбіну, що не піддається контролю за допомогою природних антикоагулянтів, може спричинити активацію тромбоцитів та стимулювати фібриноліз. На пізніших стадіях нової коронавірусної пневмонії рівні маркерів, пов'язаних з продукцією фібрину (D-димеру та продукту деградації фібрину), помірно або помітно підвищено у всіх хворих, що вказує на загальну активацію згортання крові та вторинний гіперфібриноліз.

АНДРОГЕНЕТИЧНА АЛОПЕЦІЯ. ПАТОГЕНЕЗ, МЕХАНІЗМ ВИНИКНЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ

Козьма А. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Андрогенетична алопеція (АГА) — це прогресуюче нерубцеве облісіння, що передається за аутосомно-рецесивним типом жінкам і аутосомнодомінантним типом чоловікам. АГА характеризується стоншенням, депігментацією та понад 20 % волосся у стадії телогена (спокою, випадіння).

Механізм виникнення АГА пов'язаний із:

— підвищенням концентрації ферменту 5-а-редуктази, який перетворює неактивні форми тестостерону на дегідротестостерон (ДГТ);

— підвищенням чутливості волоссяних цибулин до дегідротестостерону;

— зниженням концентрації ферменту цитохром P450-ароматази в лобно-тім'яній зоні, який за функцією протилежний 5-а-редуктазі і якого в 6 разів більше у жінок, у зв'язку з чим АГА найчастіше спостерігається у чоловіків;

— розвитком фолікулярного мікрозапалення, що провокує фіброз, викликаний токсинами, бактеріями та окислювальним стресом.

Яка особливість у ДГТ? Він стимулює ріст волосся на тілі і водночас викликає випадіння на голові. Це називають «дигідротестостероновим парадоксом».

Під дією ДГТ волоссяний фолікул починає атрофуватися, це призводить до зменшення товщини та пігментації волосся; замість здорового волосся росте пушкове. Незворотньою стає стадія, коли фолікул повністю атрофується та заміщується сполучною тканиною, лікування в такому випадку малоефективне.

Для діагностики АГА необхідний огляд трихолога, для виключення інших захворювань — фототрихограма, що вказує на: знижену густоту волосся; у телогені понад 20 % волосся; порожні фолікули у вигляді жовтих крапок; багато пушкового волосся; тонкий коричневий обідок навколо устя фолікула, що вказує на перифолікулярне запалення, анізотрихоз.

Для терапії використовують Міноксидил, сприйнятливість до якого становить 40 %, тому використовують його аналоги та інші діючі препарати. Терапія довільна, комплексна, усуває симптоми, а не саму причину. Динаміку простежують шляхом фототрихоскопії.

АДЕНОВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ — ЯК ЧИННИК ГОСТРИХ ДІАРЕЙ

Гриценко К. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Володіння даними про поширеність та різноманітність циркулюючих генотипів аденовірусів (АдВ), як чинника гострих діарей, грають важливу роль в управлінні епідемічним процесом аденовірусної інфекції.

Мета. Вивчення особливостей епідемічного процесу аденовірусної інфекції у світі.

Матеріали та методи. Матеріалами для дослідження слугували дані, опубліковані у інформаційній електронній базі Pubmed. Застосовані методи: описово-аналітичний, статистичний.

Результати. Гострі діареї (ГД) займають друге місце серед усіх інфекційних захворювань, залишаючись однією з основних причин захворюваності і смертності, особливо в країнах з низьким рівнем доходу. У останні роки вірусні збудники значно переважають над бактеріальними в етіологічній структурі ГД серед усіх вікових груп. Спалахи аденовірусної інфекції (АдВІ) реєструють у різних країнах світу в організованих колективах, серед осіб, що довгий час знаходяться у закритих, або переповнених приміщеннях: гуртожитках, медичних установах. У розвинених країнах випадки захворювань, викликаних 40 і 41 серотипами аденовірусів (АдВ) групи F, описувались як у вигляді спорадичних, так і спалахів захворювання у пацієнтів, що лікувались у стаціонарних і амбулаторних умовах, особливо у дітей віком до 5 років, що супроводжувалось тяжким перебігом та, у ряді випадків, мали летальні наслідки. Незалежно від

рівня розвитку країни встановлено широке поширення АдВІ, що у якості чинника ГД часто асоціюється з іншими вірусними чи бактеріальними збудниками, чи декількома серотипами АдВ у вигляді коінфекцій.

Висновки. АдВ відіграють важливе епідеміологічне значення у розвитку ГД, що потребує подальшого вивчення цієї проблеми, особливо для дітей до 5 років, що проживають у країнах з низьким рівнем економічного розвитку, що дозволить зменшити показники дитячої смертності від ГД аденовірусної етіології, яка займає одне з провідних місць.

ГЕНОМНІ ОСОБЛИВОСТІ ШТАМІВ SARS-COV-2 ТА ЇХНІ ВЛАСТИВОСТІ

Курінна О. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Пандемія COVID-19, що викликана SARS-CoV-2 продовжує мати високий рівень інтенсивності. Раніше медичний світ вже зустрічався з представниками цього роду: вірусами SARS-CoV та MERS-CoV. Вивчення SARS-CoV-2 на ранніх етапах було розпочато саме у порівнянні з цими двома вірусами. Особливо корисним для цієї мети став SARS-CoV, з яким SARS-CoV-2 відповідно до спільної належності до підроду Сарбековіруси має більше спільностей у будові геному; моделі на основі геному SARS-CoV були використані для детального вивчення деяких ділянок геному SARS-CoV-2. За майже два роки пандемії були виявлені нові численні штами вірусу, поширені в різних частинах світу. Зі штамів, що викликають у медичного суспільства найбільше занепокоєння, виділяють: Альфа (Велика Британія, грудень 2020 року), Бета (ПАР, грудень 2020 року), Гамма (Японія, січень 2021), Дельта (Індія, червень 2021 року) та Омикрон (Ботсвана та ПАР, листопад 2021 року).

Мета роботи аналіз результатів досліджень різних геноваріантів SARS-CoV-2 — від класичного штаму до перелічених вище.

Матеріали: опубліковані у інформаційній електронній базі Pubmed результати молекулярно-генетичних досліджень вчених різних країн світу.

Застосовані методи: описово-аналітичний.

Результати. Під час роботи була спроба якомога різносторонніше висвітлити геномну будову SARS-CoV-2, її зміни в різних штаммах та їх вплив на патогенність вірусу, його репродуктивну здатність та контагіозність.

Висновок: від оригінального варіанту SARS-CoV-2 Альфа, Гамма, Дельта штами відрізняються особливо високою контагіозністю, є більш патогенними, в основному завдяки мутаціям спайкового білку. Штами Омикрон та Бета викликають занепокоєння через підвищену здатність обходити імунну відповідь, у тому числі, вакцинованої людини.

ЕФЕКТИВНІСТЬ І БЕЗПЕКА ВАКЦИН ВІД COVID-19: ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА

Лапкін А. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

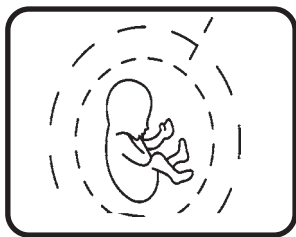
Актуальність. У світі продовжує вирувати пандемія важкого гострого респіраторного захворювання, спричиненого SARS-CoV-2. У зв'язку з відкриттям нового штаму Омикрон це захворювання стає ще більш небезпечним і досить цікавим для дослідження.

Метою роботи стала оцінка сучасних даних щодо ефективності та безпеки існуючих на ринку вакцин.

Матеріали та методи. У дослідженні було проаналізовано схвалені інструктивні матеріали найпопулярніших вакцин: Pzifer (BNT162b2), CoronaVac, Moderna (mRNA-1273 SARS-CoV-2), AstraZeneca (AZD1222 ChAdOx1 nCoV-19).

Результати. Усі представлені вакцини мають доведену ефективність понад 50 %, що, за оцінками ВООЗ, вважається досить ефективним, щоб проводити масову вакцинацію людей. Також було розглянуто частоту побічних реакцій після вакцинації: ті, що швидко розвивались (від кількох секунд до 24 годин), і відстрочені за часом.

Висновок. Найбільш ефективною щодо запобігання коронавірусній інфекції вважається вакцина від компанії Pzifer (95 %), але в плані попередження госпіталізацій від коронавірусної інфекції CoronaVac (100 %).



СЕКЦІЯ ПЕДІАТРІЇ Section of Pediatrics

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК УСКЛАДНЕНОГО АУТОСОМНО-РЕЦЕСИВНОГО ПОЛІКІСТОЗУ НИРОК І ХВОРОБИ КАРОЛІ У ДИТИНИ

Белкіна О. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність теми. Аутосомно-рецесивний полікістоз нирок (АРПКН, полікістозна хвороба новонароджених, Поттер І) — це орфанне захворювання, яке зустрічається у 1:6000 — 1:40 000 новонароджених. В основі патогенезу лежить мутація гену PKHD1, що знаходиться у короткому плечі 6 хромосоми. АРПКН можливо діагностувати внутрішньоутробно або у ранньому дитячому віці. Відсоток летальності становить близько 30 %. Приблизно 50 % дітей з аутосомно-рецесивним полікістозом доживають до 10 років, а 80 % немовлят доживають до 1 року на тлі підтримуючої терапії. Найчастішими причинами смертності в ранньому дитячому віці є розвиток ниркової недостатності та приєднання вторинної бактеріальної інфекції. У 45 % дітей АРПКН асоціюється з гепатоспленомегалією, розширенням жовчних протоків, хворобою Каролі.

Хвороба Каролі — це рідка хвороба з аутосомно-рецесивним типом наслідування, яка зустрічається у 1:1 000 000 випадків. Проявом хвороби є фіброзно-кістозне розширення внутрішньопечінкових жовчних протоків. Найчастіше хвороба Каролі ускладнюється формуванням конкрементів, рецидивуючим холангітом, вторинний біліарний цироз, абсцеси печінки. Ризик холангіокарциноми при цій патології у 100 разів вище, ніж у пацієнтів без ураження жовчних протоків. Саме тому раннє виявлення асоціації цих захворювань допомагає запобігти розвитку ускладнень.

Мета. Довести доцільність променевих методів візуалізації для виявлення ранніх ознак аномалій розвитку печінкових протоків у дітей з АРПКН для подальшої корекції терапії.

Матеріали та методи. Ретроспективний аналіз історії хвороби пацієнтки М., 6 років, яка перебуває під наглядом лікаря-нефролога з моменту народження. Порівняння в динаміці даних лабораторних досліджень, зіставлення результатів УЗД досліджень та даних КТ органів позачеревної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням.

Результати. Під час проведення пренатального скринінгу вдається виявити достовірні ознаки полікістозу нирок, але важко визначити аномалії розвитку жовчних протоків. Проведення КТ із внутрішньовенним контрастуванням у пацієнтів з полікістозом нирок, які не мають клінічних проявів печінкової патології, дозволяє достовірно виявити наявність порушень розвитку жовчних протоків. Проведення в динаміці УЗД дозволяє достовірно простежити динаміку прояв полікістозу нирок без подальшого променевого навантаження дитини.

Висновки. Рання діагностика та лікування дітей з аутосомно-рецесивним полікістозом нирок асоційований з хворобою Каролі є важливою міжгалузевою задачею, яка має тільки комплексний підхід до вирішення. Для своєчасного виявлення сумісної патології печінки вважаємо необхідним проводити МСКТ з внутрішньовенним контрастуванням згідно педіатричного протоколу, в подальшому УЗД контроль.

МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ГЕМОФІЛІЇ А

Борінштейн Н. Є.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Бурхливий розвиток методів молекулярної генетики у розшифруванні тонкої структурно — функціональної організації генома людини, картування на хромосомах багатьох структурних генів призвело до значного прогресу в галузі медичної генетики, суттєво розширило і збагатило знання про молекулярну природу спадкових хвороб, способах їх точної діагностики та профілактики.

Гемофілія А належить до найпоширеніших спадкових коагулопатій. Це захворювання проявляється в ранньому віці, характеризується загостреннями та прогресивним перебігом, рано призводить до інвалідності й обмеження чи втрати працездатності.

Протягом усього життя хворі потребують спеціалізованого лікування з використанням препаратів плазми, що дорого коштують.

Успіхи в діагностиці і лікуванні гемофілії А призвели до зниження дитячої смертності і збільшення тривалості життя хворих. Вони одружуються і народжують дітей, внаслідок чого накопичується аномальний ген в популяції як за рахунок

збільшення кількості хворих, так і гетерозиготних носіїв.

У зв'язку з цим усе актуальнішою виявляється проблема профілактики гемофілії А.

Одним із шляхів профілактики гемофілії А — медико-генетичне консультування безсимптомних гетерозиготних носіїв мутантного гена.

Протягом останнього часу з'вилася можливість лабораторної діагностики гетерозиготного ураження гемофілією А за допомогою спеціальних серологічних методів дослідження.

Принципово новим і значно ефективнішим підходом у виявленні гетерозиготних носіїв і пренатальній діагностиці ї молекулярно — генетичні методи.

Мета роботи. Розробити комплексну раціональну профілактику гемофілії А шляхом активного виявлення гетерозиготних носіїв та пренатальної діагностики у родинах високого ризику.

Ми встановити популяційну частотність гемофілії А в Одеській області. Виявили родини з хворими на гемофілію А дітьми у популяції Одеської області.

Визначили інформативність сімей високого ризику для ДНК — діагностики. Провели аналіз з метою вивчення, чи є гетерозиготні носії гемофілії А серед родичів пробанда жіночої статі.

ПРОКТОКОЛІТ, ІНДУКОВАНИЙ БІЛКОМ КОРОВ'ЯЧОГО МОЛОКА У ДИТИНИ ГРУДНОГО ВІКУ

Галюк А. В., Галюк Д. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Проктоколіт, індукований білком коров'ячого молока — доброякісне минуше не IgE — індуковане ураження шлунково — кишкового тракту. Але не дивлячись на доброякісність проявів та відносно сприятливий прогноз, стан викликає турботу у батьків та обумовлює необхідність медичного втручання. Захворювання дебютує у віці від декількох днів до 6 міс у дітей, що знаходяться на грудному або штучному вигодовуванні з використанням звичайної суміші. Основним клінічним симптомом є діарея з домішками крові та слизу.

Мета роботи. Проаналізувати клінічні зміни у випадку проктоколіту, індукованого білком коров'ячого молока у дитини грудного віку

Матеріали та методи. Проведено клінічний аналіз випадку проктоколіту, індукованого білком коров'ячого молока на підставі вивчення медичної карти стаціонарного хворого.

Результати та обговорення. Хлопчик у віці 6 тижнів звернувся зі скаргами на зміни в стільці (зелений колір випорожнень, домішки слизу та прожилки крові), які з'явилися у віці 4 тижнів. Загалом інших скарг немає. Періодично дитину турбують кишкові кольки, полегшення відбувається після акту дефекації. Дитина знаходиться виключно на грудному вигодовуванні за вимогою. В раціоні матері переважають молочні продукти, вміст яких вона стрімко нарощувала за останній час (щодня в раціоні матері присутнє молоко, сир, бринза). Об'єктивно: фізичний та нервово — пси-

хічний розвиток відповідає віку. В копрограмі — підвищений вміст лейкоцитів до 60–100 в полі зору, та еритроцитів до 10 в полі зору. Бактеріологічний аналіз калу — без виявлення патологічних чинників. На сьогоднішній день діагноз проктоколіту, індукованого білком коров'ячого молока ґрунтується на клінічних даних та ретельній диференційній діагностиці. В ході обстеження дитини були виключені наступні стани: тріщина анального отвору, лактазна недостатність, інфекційний ентероколіт та кишкова інвагінація. Лікування має на меті виключення причинного фактору. Отже матері була призначена елімінаційна дієта з виключенням будь яких молочних продуктів, а також продуктів, які містять в своєму складі молоко. На третю добу від початку елімінаційної дієти, візуально зникли прожилки крові в калі, а протягом наступних двох тижнів зменшилась кількість слизу, стілець набув жовтого кольору.

Висновки. Основний прояв проктоколіту, індукованого білком коров'ячого молока — гематохезія, яка викликає занепокоєння у батьків та труднощі з правильним трактуванням у педіатрів. Важлива своєчасна і правильна диференційна діагностика. Специфічних діагностичних тестів немає, а єдиним способом підтвердження діагнозу є позитивний ефект від елімінаційної дієти. Ефективність лікування проктоколіту, індукованого харчовими білками, залежить від суворості та тривалості елімінаційних заходів. Прогноз при проктоколіті, індукованому білком коров'ячого молока, сприятливий. Більшість дітей одужують до 3 років (в середньому до 15 місяців).

СИНДРОМ КАВАСАКІ У ХЛОПЧИКА 8 РОКІВ

Галюк А. В., Галюк Д. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Синдром Кавасаки (СК) — один із діагнозів, який повинен прийматися до уваги при проведенні диференційної діагностики фебрильної лихоманки у дітей. СК може призводити до розвитку аневризми та стенозу в'язових артерій, особливо при пізній діагностиці та несвоєчасному лікуванні. Етіологія СК залишається невизначеною. Найбільш вірогідними чинниками є інфекційні агенти, обговорюється роль аутоімунних механізмів та генетична схильність.

Мета роботи. Проаналізувати клінічні зміни у випадку СК у хлопчика 8 років.

Матеріали та методи. Проведено клінічний аналіз випадку СК у хлопчика 8 років на підставі вивчення медичної карти стаціонарного хворого.

Результати та обговорення. Хлопчик 8 років, госпіталізований на 8 день хвороби зі скаргами на фебрильну лихоманку, що не відповідала на дію жарознижувальних, набряки та почервоніння долоней та стоп, скарлатиноподібний висип на тулубі та кінцівках та початкову десквамацію на пальцях ніг. З анамнезу: на початку захворювання у дитини відмічались явища катарального кон'юнктивіту та зміни язика (малиновий язик), а також болі у животі, одноразово рідкі випорожнення та

нудота. При обстеженні були виявлені наступні зміни: лейкоцитоз, значно прискорена шое, тромбозитоз, підвищення С-реактивного протеїну та трансаміназ. З метою диференційної діагностики також проведений ряд досліджень, які не виявили патологічних змін: рентгенограма, посів з зіву, носу, крові, стрептотест, експрес — тестування на грип, мазок на ВЛ, дослідження на тифо — паратифозну групу, узд органів черевної порожнини. Стосовно ЕХО — КС, то на 10-й день хвороби даних на користь ураження вінцевих судин виявлено не було. Враховуючи епідеміологічну ситуацію щодо коронавірусної інфекції, а також спільні риси перебігу мультисистемного запального синдрому з СК, дитину було обстежено: ПЛР до коронавірусу та імуноглобуліни М та G — негативні, що дозволило виключити вплив цієї інфекції в якості етіологічного чинника. Діагноз СК в даному випадку містив 4 з 5 обов'язкових клінічних ознак та був встановлений на 11 день від початку хвороби. Протокол лікування СК передбачає введення внутрішньовенно людського нормального імуноглобуліну (ВВІГ), бажано до 10 дня та використання з протизапальною та антиагрегантною дією ацетилсаліцилової кислоти. Однак, враховуючи пізню діагностику та поліпшення самопочуття після 10 — го дня хвороби, ВВІГ не був застосований. Було призначено лікування ацетилсаліциловою кислотою 5 мг/кг/добу та моніторинг узд серця через 2 та 6 тижнів.

Висновки. Пізню діагностику СК можна пояснити різноманітним клінічним проявом та відсутністю їх етапності. ЕХО-КС повинна проводитися якнайшвидше при підозрі на СК. У педіатрів та сімейних лікарів повинна бути настороженість щодо ХК, оскільки вона може проходити під масками ГРВІ, дебюта дифузних захворювань сполучної тканини, інфекційного ендокардиту, тощо.

ЛАКТАТДЕГІДРОГЕНАЗА ПРИ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ

Глазова М. Ф.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Проблема педіатричної позалікарняної пневмонії (ПП) займає важливе місце у сучасному суспільстві, що зумовлено важкою епідеміологічною ситуацією та незадовільним рівнем щеплення дітей. Зазначене актуалізує пошук та запровадження у практику нових біомаркерів важкого перебігу ПП.

Мета. Визначити діагностичну значущість лактатдегідрогенази (ЛДГ) для прогнозу важкого перебігу ПП.

Матеріали та методи. За дизайном дослідження мало проспективний характер та було реалізоване на базі КП ОМР «МДЛ № 2». Загальна кількість хворих — 49 дітей із ПП віком 6–12 років, що були розподілені на 2 підгрупи: 1 — із легкою ПП (29 дітей), 2 — із важкою ПП (20 дітей). Аналізували інтегральні показники гемограми та активність ЛДГ у крові (кінетично-фотометричний метод). Було застосовано методи описової статистики. ROC-аналіз було використано для оцінки

діагностичної значимості лабораторних показників.

Результати. Рівень ЛДГ у дітей із ПП складав ($688,23 \pm 2,23$) Од/л, тобто виходило за межі встановлених методикою референтних показників ($240-480$) Од/л. При цьому при легкій ПП ЛДГ був на рівні ($434,62 \pm 2,25$) Од/л, що істотно нижче ніж ЛДГ у дітей із важким ПП ($859,70 \pm 3,18$) Од/л, $p < 0,05$. Було встановлено діагностичну значимість ЛДГ у прогнозуванні важкої ПП у дітей — площа під ROC-кривою (AUC) — 0,83, при Cut-off критерії $> 777,14$ Од/л, $Sp=0,69$, $Se=0,80$, $PPV=0,84$, $NPV=0,86$. Серед гематологічних індексів найбільша AUC була притаманна нейтрофільно-лімфоцитарному співвідношенню (НЛС) — 0,77, при Cut-off критерії $> 1,845$ Од/л, $Sp=0,55$, $Se=0,95$, $PPV=0,59$, $NPV=0,94$. При одночасному підвищенні ЛДГ та НЛС у хворого AUC становив 0,86, а $Sp=0,82$, $Se=0,85$, $PPV=0,773$, $NPV=0,89$.

Висновки. Показник ЛДГ у сироватці крові має істотну клінічну значущість у верифікації дітей із важкою ПП, при Cut-off критерії $> 777,14$ Од/л.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА ЗА УМОВ СУПУТНЬОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ

Гніда Н. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність теми. Розлади аутистичного спектру (РАС) — це ураження центральної нервової системи (ЦНС) на генетичному, метаболічному, енергетичному рівнях. Представником ЦНС у шлунково-кишковому тракті (ШКТ) є ентеральна нервова система (ЕНС), яка регулює не тільки вісцеро-вісцеральні зв'язки, але й взаємодіє з ЦНС шляхом церебро-інтестинального та ваго-церебрального зв'язку. Зважаючи на двонаправлений взаємозв'язок, а також на високу частоту функціональних розладів органів травлення (ФРОТ) в осіб з РАС, доцільно оцінити особливості клінічного перебігу психо-когнітивних порушень у дітей з РАС за наявності супутніх ФРОТ.

Мета роботи. Оцінити структуру ФРОТ та клінічний перебіг РАС у дітей на їхньому тлі.

Матеріали та методи: Обстежено 66 дітей, від 2 до 4 років, із підтвердженим діагнозом РАС, яких розподілено на групу А — діти РАС+ФРОТ (45), та групу Б — РАС без ФРОТ (21). Для оцінки ступеня клінічних проявів РАС застосовано рейтингову шкалу Childhood autism rating scale (CARS) (Schopler et al. 1980, 1988).

Результати та їх обговорення. Частота супутніх ФРОТ склала ($68,20 \pm 4,66$) %. З них: функціональні розлади біліарного тракту (ФРБТ) — ($22,7 \pm 4,19$) %, синдром подразненого кишечника (СПК) — у ($27,30 \pm 4,46$) % (із переважанням діареї — ($18,20 \pm 3,86$) %, з переважанням закрепа — ($9,10 \pm 2,88$) %), синтропні ФРОТ — у ($18,20 \pm 3,86$) % дітей.

Оцінка перебігу РАС за умов супутніх ФРОТ проводилася порівняльним аналізом показників CARS в групах А і Б та оцінкою виразності змін

за доменами: емоційна відповідь, адаптація до змін та схильність до посилення нервової напруги та страхів. У групі В співвідношення легкий/середній ступінь — 7,5/1; співвідношення легкий/важкий ступінь — 5,3/1, що демонструвало достеменно переважання легких форм над важкими ((75,00±4,33) % та (15,40±3,61) % відповідно, $p \leq 0,05$). У групі А — 1/3,6 (7,57±2,65) % та (27,27±4,45) %, $p \geq 0,05$ та 1,0/4,4 відповідно, що свідчить про зменшення легких та середньоважких форм у дітей із супутніми ФРОТ. Також у групі А кількість балів, які відповідали важкому перебігу РАС («+4»): підвищення емоційної відповіді — (85,00±10,50) % $p < 0,05$, порушення адаптації до змін — (90,00±8,83) % $p < 0,05$, схильність до посилення нервової напруги та страхів — (80,00±11,70) % $p < 0,05$.

Висновки. Частота супутніх ФРОТ у дітей з РАС (68,20±4,66) %, з переважанням синдрому подразненого кишечника (СПК) — (27,30±4,46) % (із діареєю — (18,20±3,86) %, з закрепом — (9,10±2,88) %). Наявність ФРОТ значно обтяжує клінічний перебіг РАС у вигляді посилення порушень комунікації і соціальної взаємодії, наростання стереотипних рухів, негативізму, що реєструється за зсувами психо-емоційних та адаптаційних параметрів CARS.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ГЕМОБЛАСТОЗИ У ДІТЕЙ В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Кенгельян Т. Р.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Гемобластози займають перше місце серед захворювань крові, та складають приблизно 30 % від всіх злоякісних новоутворень дитячого віку. Пік захворюваності припадає на ранній дитячий вік. Провідне місце від всіх гемобластозів посідає ГЛЛ (80 %).

Мета. Аналіз захворюваності гемобластозами за 5 років у дітей різного віку.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби дітей, які знаходились на лікуванні в гематологічному відділенні КНП «ООДКЛ «ООР»», за період 2016–2020 років.

Результати. Захворюваність на гемобластози складає: 2016 рік — 36 дітей з яких: ГЛЛ — 17 (47 %); ГМЛ — 3 (8 %); ХМЛ — 1 (3 %); неходжкінською лімфомою — 5 (14 %); лімфомою Ходжкіна — 7 (20 %); гістіоцитозом — 3 (8 %). 2017 рік — 22 дитини з яких: ГЛЛ — 8 (36 %); ГМЛ — 2 (9 %); ХМЛ — 3 (14 %); неходжкінською лімфомою — 2 (9 %); лімфомою Ходжкіна — 5 (23 %); гістіоцитозом — 2 (9 %). 2018 рік — 37 дітей з яких: ГЛЛ — 22 (60 %); ГМЛ — 5 (13 %); ХМЛ — 0 (0 %); неходжкінською лімфомою — 5 (13 %); лімфомою Ходжкіна 4 (11 %); гістіоцитозом — 1 (3 %). 2019 рік — 34 дитини з яких: ГЛЛ — 19 (56 %); ГМЛ — 3 (9 %); неходжкінською лімфомою — 2 (6 %); лімфомою Ходжкіна — 9 (26 %); гістіоцитозом — 1 (3 %). 2020 рік — 37 дітей з яких: ГЛЛ — 23 (62 %); ГМЛ — 3 (8 %); неходжкінською лімфомою — 4 (11 %); лімфомою Ходжкіна — 6 (16 %); гістіоцитозом — 1 (3 %).

Висновки. Отримані дані свідчать, що перше місце серед гемобластозів займає ГЛЛ — 54 %, пік захворюваності припадає на 2020 р. (26 %). Друге місце лімфома Ходжкіна — 19 %, пік захворюваності припадає на 2019р. (29 %). Третє місце займає неходжкінська лімфома — 11 %, пік захворюваності припадає на 2016(28 %), 2018 (28 %) роки.

АНАЛІЗ ЧАСТОТИ І ХАРАКТЕРУ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ З НЕЙРОГЕННИМ СЕЧОВИМ МІХУРОМ ЗА ГІПЕРАКТИВНИМ ТИПОМ

Кобець В. В., Белянський М. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Метою дослідження був аналіз частоти та характеру супутньої патології у дітей з нейрогенним сечовим міхуром за гіперактивним типом.

Проаналізовано 35 випадків нейрогенного сечового міхура за гіперактивним типом у дітей віком від 5 до 15 років (14 дівчаток та 22 хлопчики). У 27 (77,1 %) дітей віком до 10 років було діагностовано нейрогенний сечовий міхур за гіперактивним типом та лише у 8 (22,9 %) дітей після 10 років. Всім пацієнтам проводилося комплексне клініко-лабораторне обстеження, неврологічне, уродинамічне дослідження, ультразвукове дослідження черевної порожнини та сечовидільної системи. Всі діти були проконсультовані вузькими спеціалістами: неврологом, нефрологом, гастроентерологом, отоларингологом.

У всіх дітей зареєстровані скарги на порушення уродинаміки, а саме часте сечовипускання, імперативні позиви, у 17 (48,6 %) дітей діагностовано нічний енурез.

У спектрі супутньої патології виявлено неврологічні порушення у 22 (62,9 %) та у 1 (2,9 %) дитини діагностовано енкопрез, у 18 (51,4 %) дітей — хронічну патологію верхніх дихальних шляхів, у 13 (37,1 %) дітей — функціональні захворювання шлунково-кишкового тракту, у 8 (22,9 %) — алергічні захворювання, у 9 (25,7 %) — інфекції сечової системи, у 3 (8,6 %) — дисметаболічні нефропатії, у 2 (5,7 %) — аномалії розвитку з боку сечової системи.

Таким чином, превалююче місце серед супутньої патології у дітей з нейрогенним сечовим міхуром за гіперактивним типом належить неврологічним порушенням, які найчастіше є причиною даної патології. Результати дослідження свідчать про важливість урахування виявленої супутньої патології у дітей з нейрогенним сечовим міхуром за гіперактивним типом при складанні плану обстеження, комплексного лікування та профілактики.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНТЕРОСОРБЦІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ГЕМОЛІТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Ковальчук Л. С., Соловійова І. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Порушення білірубінового обміну та накопичення токсичних речовин в крові є головними у

патогенезі гемолітичної хвороби новонароджених. Вони негативно впливають на перебіг хвороби та подальший розвиток дитини.

Перспективним методом лікування гемолітичної хвороби новонароджених, спрямованим на зниження вмісту продуктів білірубінового обміну та продуктів незавершеного метаболізму з крові, є метод ентеральної сорбції.

Метою дослідження є поліпшення результатів терапії ГХН шляхом розробки методики ентеросорбції з використанням ентеросгелю на основі урахування клініко-лабораторних особливостей захворювання.

В ході виконання дослідницької роботи було обстежено 22 хворих на різні варіанти гемолітичної хвороби новонароджених. Ефективність застосування ентеросгелю оцінювалась за клінічними та лабораторними показниками.

Проведені дослідження показали, що включення ентеросгелю до комплексної терапії різних форм ГХН підвищує ефективність лікування із імунного конфлікту, що характеризується скороченням тривалості жовтяниці, покращенням функції печінки, зменшенням активності лактатдегідрогенази та гепатоспецифічних ферментів, ознак білірубінової та ендогенної інтоксикації, більш швидкою елімінацією білірубіну та середньомолекулярних пептидів. Позитивний ефект застосування ентеросгелю у комплексній терапії ГХН підтверджено зменшенням кількості ЗПК та терміну перебування в стаціонарі. Доведено, що ентеросорбція не викликає побічних реакцій та ускладнень, а за даними катамнезу не чинить негативної дії на фізичний та психомоторний розвиток дітей.

ЧАСТОТА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТА ПЕРЕБІГ НЕКРОТИЗУЮЧОГО ЕНТЕРОКОЛІТУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Кудрявцева А. В .

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. НЕК — одне з основних захворювань шлунково-кишкового тракту у новонароджених, яке потребує інтенсивної терапії та спостереження дитячого хірурга. Розвивається внаслідок гіпоксії або асфіксії новонародженого на тлі незрілості кишкової стінки. А також імунного дефіциту (дефіцит секреторного Ig A), що схиляє до бактеріального обсеменіння кишківника.

Мета. Встановити частоту значущих факторів ризику виникнення некротизуючого ентероколіту у новонароджених .

Матеріал та методи. На першому етапі даної роботи було проведено ретроспективний аналіз та сформована таблиця з даними всіх представлених пацієнтів, які надійшли в Одеську Обласну Дитячу Клінічну Лікарню за період 2020–2021 рік з НЕК (24 недоношені дитини). Проведено аналіз таких даних: — перебіг вагітності, захворювання матері та результати досліджень, перебіг пологів (в якому термін вагітності: характер пологів природним шляхом або кесаревим розтином, яка маса

та довжина тіла при народженні, коли проводилось перше ентеральне годування (грудне/змішане/штучне), оцінка за шкалою Апгар на 1-й та 5-й хвилинах життя, переливання еритроцитарної маси, анемія, поліцитемія, вроджені вади серця. Також досліджувалась контрольна група без НЕК (25 новонароджених). Клінічними діагнозами у дітей контрольної групи були: гіпоксично-ішемічна енцефалопатія, різного ступеня тяжкості, ВШК, пневмонія, пізній сепсис новонароджених, ЗВУР, вроджена вада серця, діабетична фетопатія. Проведено аналіз таких даних: перебіг вагітності, та пологів, термін вагітності. Захворювання матері та результати досліджень, перебіг пологів (в якому термін вагітності, природним шляхом або кесаревим розтином, яка маса та довжина тіла при народженні, коли проводилось перше ентеральне годування (грудне/змішане/штучне), оцінка за шкалою Апгар на 1-й та 5-й хвилинах життя, переливання еритроцитарної маси, анемія, поліцитемія, вроджені вади серця.

Результати. В ході виконання роботи були з'ясовані найбільш значущі фактори ризику, що впливають на виникнення НЕК у новонароджених. А саме низький гестаційний вік та дуже низька (менше 1500 г) та надзвичайно низька маса тіла дітей при народженні (менше 1000 г). Діти частіше народжувалися шляхом кесаревого розтину за невідкладними показаннями з боку матері чи дитини, інфекційно-запальні захворювання матері під час вагітності, що проявлялися багатоводдям, маловоддям, хоріонамніонітом, вроджені вади серця у дітей, переливання препаратів крові, перш за все переливання еритроцитарної маси, штучне вигодовування. Було встановлено — більшість пацієнтів в основній групі склали хлопчики.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АМНІОТИЧНИХ ПЕРЕТЯЖОК У НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ (СИНДРОМ СИМОНАРТА)

Куліш М. Ю.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Синдром амніотичних перетяжок (синдром Симонарта, тяжі Симонара, амніотичні тяжі, адамів комплекс, амніохоріонічні фіброзні тяжі, вроджені кільцеві перетяжки, вроджений констриктивний синдром). МКЛ-10 P 02.8. Являє собою аномалію розвитку амніону (плідного міхура), що полягає у наявності тканинних тяжів (волокнистих ниток), які є дуплікатурою амніотичної оболонки, натягнутої між стінками матки. Частота виявлених амніотичних перетяжок 1:1200 — 1:15 000 новонароджених та 1,8 % випадків на 10 000 викиднів. Сприятливими факторами виникнення амніотичних перетяжок є травми та аномалії статевих органів, істміко-цервікальна недостатність, порушення цілісності плодового міхура, маловоддя, при яких між шкірними покровами плода та амніоном утворюються зрощення, які набувають характеру тяжів або ниток. Згідно класифікації вроджені амніотичні перетяжки поділяються: за фор-

мою — циркулярні, напівциркулярні, косі та спіралеподібні; за ступенем залучення тканин — поверхневі та глибокі; за тяжкістю ураження — прості та ускладнені. В даний час етіопатогенетичне лікування новонароджених з ускладненнями амніотичних перетяжок відсутнє.

Аналіз клінічного випадку амніотичних перетяжок у новонародженого проводився на базі ВІТН КНП «Пологовий будинок № 5» ОМР.

Дитина (чол) народилася від 2 вагітності, перших пологів, шляхом кесаревого розтину, з масою тіла 3290 г, довжиною 50 см, оцінкою за шкалою Апгар 8–9 балів. Фактори ризику: виражене маловоддя, аномалія розвитку пуповини, загроза викидня на 13 тижні вагітності. При народженні виявлені вроджені вади розвитку кінцівок: редукційне ураження пальців правої кисті та обох стоп.

Після проведення комплексного клініко-параклінічного та інструментальних досліджень, консультативних оглядів хірурга, генетика, невропатолога встановлено остаточний діагноз: Вроджена вада розвитку кінцівок: правої кисті та обох стоп. Амніотичні перетяжки.

Особливістю даного випадку є пізні (23 тижня гестації) постнатальне виявлення вади розвитку кінцівок у дитини при своєчасному спостереженні вагітної у жіночій консультації. В подальшому можлива хірургічна корекція пороку з довготривалою реабілітацією.

РАДІОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ХВОРОБИ ВЕГЕНЕРА

Кушнір В. В., Левінсон М. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Гранулематоз з поліангіітом (ГПА) — раніше хвороба Вегенера — орфанне захворювання, яке клінічно реалізується некротизуючим васкулітом і гранульомами верхніх та нижніх дихальних шляхів і нирок. Основним морфологічним субстратом ГВ є некротичне гранулематозне запалення, яке виявляють при гістологічному дослідженні матеріалу з ураженого органу.

Рання діагностика важкого за клінічним перебігом захворювання потребує мультидисциплінарних підходів.

Розповсюдженість ГПА у США складає 25–60 випадків на 1 млн. населення, найчастіше діагностується у віці 40–65 років; виявлення захворювання в дитячому віці є рідкісним.

Етіопатогенез захворювання пов'язаний з синтезом специфічних аутоантитіл до цитоплазми нейтрофілів (ANCA). Важливими імуногенетичними маркерами ГПА є антигени HLA B7, B8.

Критерії Американського коледжу ревматології для постановки діагнозу потребують наявності мінімум двох з чотирьох проявів хвороби: ознак гранулематозного васкуліту за біопсією; запалення порожнин носа і роту; сечовий осадок з еритроцитами; аномальні прояви при дослідженні ОГП.

Через невелику розповсюдженість, варіантність клінічного перебігу та різноманітність симптомів методи променевої діагностики стають вагомими

у своєчасному встановленні діагнозу та проведенні диференціальної діагностики.

У роботі досліджено радіологічні прояви ГПА у пацієнтів 56 і 12 років; здійснена спроба виявлення особливостей радіологічних ознак перебігу захворювання у хворих різних вікових група при КТ дослідженні приносівих пазух.

ДО ПИТАННЯ ПРО COVID-19 АСОЦІЙОВАНОЇ КАРДІОПАТІЇ У ДІТЕЙ.

**Кузнєцова О. А., Бурлака І. А.,
Гросфілер О. В., Домбровська Н. В.,
Муляр Н. В., Сервецька О. М.,
Шаповалов О. Г., Шаповалов О. О.**

*КНП Дитячий консультативно-діагностичний
центр ім. Б. Я. Резніка, ОМР, Одеса, Україна*

Метою дослідження було вивчення наявності і поширеності SARS-CoV-2 асоційованої кардіопатії у дітей.

Матеріали та методи. Об'єктом вивчення служили 64 пацієнта віком 4–16 років з паритетним гендерним розподілом, які перенесли верифіковану SARS-CoV-2 інфекцію в легкій або середньоважкій формі в період з травня по грудень 2020 р., спрямованих педіатром на консультацію до дитячого кардіоревматолога через наявність скарг або зміни аускультативної картини діяльності серця. Випадків KAWA — COVID і педіатричного мультисистемного запального синдрому не спостерігалось. Раніше кардинальна патологія не задокументована. Діагностичний комплекс передбачав огляд дитячим кардіоревматологом, реєстрацію стандартної ЕКГ спокою, проведення ЕхоКГ, за показаннями — навантажувальних ЕКГ — тестів (тредміл, або велоергометрія), ХМ ЕКГ; рутинні загальноклінічні та біохімічні аналізи крові, в окремих випадках — детекція високоспецифічного С-реактивного протеїну, прокальцитоніну і D-димеру.

Результати. У 86 % обстежуваних відзначалися прояви цереброастеничного синдрому (слабкість, сонливість, постуральні запаморочення, редукція толерантності до інтелектуальних і фізичних навантажень), 68 % — суб'єктивні відчуття тахікардії і неритмічності серцевої діяльності, 29 % — кардіалгії, переважно у вигляді кластера вищезазначених скарг. ЕКГ виявляла патерни дифузних порушень метаболізму міокарда шлуночків в 79 % спостережень, синусову тахікардію — в 40 %, маркери дисфункції синусового вузла (міграція над шлункового водія ритму, ніжньопередсердний ритм, виражена брадикардія і брадиаритмія) мали місце у 60 % пацієнтів. ЕхоКГ презентувала трансмітральну регургітацію 1–2 ст, в 39 % спостережень, часто асоційовану з помірним підвищенням ехоцильності стулок (приблизно 2/3 випадків), аортальну регургітацію (22 % дітей). Маркери ураження осердя і вінцевих артерій не виявлялись. Навантажувальні ЕКГ-тести, проведені у 40 пацієнтів, загально демонстрували маніфестну редукцію толерантності до фізичних навантажень, погіршення реполяризаційних процесів міокарда шлуночків — в 77 %, гіпотонічний тип реактив-

ності — у 52 % досліджень. ХМ ЕКГ (34 пацієнта) виявило практично загальну поширеність дисфункції синусового вузла з домінуванням міграції суправентрикулярного джерела ритму.

Висновки. Отримані результати можуть свідчити про високу поширеність залучення серцево — судинної системи у дітей при SARS-CoV-2-інфекції. На відміну від пацієнтів дорослого віку, переважна частина змін носить потенційно оборотний характер і не відображає глибокі структурні пошкодження, проте, в силу недостатньої вивченості патогенезу COVID-19, мутації вірусу і може використовуватись для оцінки віддалених наслідків, потребує подальшого вивчення.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ПРИ ПОРУШЕННЯХ КИШКОВОГО БІОЦЕНОЗУ У ДІТЕЙ

Левінсон М. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Сьогодні націлювання на кишковий мікробіом розглядається як потенційна терапевтична стратегія для низки алергічних захворювань — насамперед, бронхіальної астми, широке поширення якої в популяції є однією з глобальних проблем для світових систем громадського здоров'я, що зумовлює актуальність даної роботи.

Метою цього дослідження є розробка моделі особливостей клінічного перебігу бронхіальної астми у дітей залежно від характеру порушень кишкового біоценозу.

Дизайн дослідження: мета-аналіз. Інформаційними джерелами є наукові розробки кафедри педіатрії № 1 ОНМедУ, національна та англійська текстова база даних медичних та біологічних публікацій: PubMed, MedScare, UpToDate, Medline, Cochrane database, а також пошукові системи Google.scholar та Google.

Антибіотики, противіразкові препарати та інші ліки серйозно погіршують стан кишечника. Огляд численних робіт продемонстрував: потенційна роль мікрофлори кишківника в патогенезі бронхіальної астми може бути реалізована через вісь «кишківник-легені».

Передбачається, що зміна складу мікробіоти кишечника або її метаболічної активності може призвести до порушення імунологічної рівноваги та розвитку алергічних реакцій через збільшення пулу прозапальних цитокінів та зміну диференціювання імунних клітин.

Відмічено, що зниження кишкового мікробіома за рахунок біфідобактерій, бактерій Akkermansia, Faecalibacterium, Morganella, Lactobacillus асоціюється з періодами загострення бронхіальної астми та здатне пролонгувати приступний період.

Робляться спроби відновити мікробіоту та імунний баланс за допомогою пробіотиків та штучно створених бактерій, але результати досліджень на людях ще не підтверджують їх ефективності у профілактиці чи лікуванні астми.

ПЕРЕБІГ COVID-19 У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Макаренко П. П.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

COVID-19 — це переважно респіраторна інфекція, і вивчення впливу цього вірусу на дітей, що хворіють на бронхіальну астму (БА), має велике значення, зважаючи на значну розповсюдженість цієї патології в дитячій популяції, бо вірусні інфекції дихальних шляхів є частою причиною загострень астми саме у дітей. Під нашим спостереженням було 48 пацієнтів, зі встановленим діагнозом бронхіальна астма згідно національного та міжнародного (GINA 2021) протоколів. Серед них 27 дівчаток та 21 хлопчик, віком від 6 до 12 років. Усі діти отримували базисну протизапальну терапію інгаляційними глюкокортикостероїдами (ІГКС — 26 пацієнтів) або комбінацію ІГКС та пролонгованого бронходилататора (22 пацієнти) згідно ступеню важкості БА. Захворювання на COVID-19 підтверджувалося позитивним ПЛР тестом. У всіх дітей двічі на добу замірялися температура, сатурація та пікова швидкість видиху (ПШВ) за пікфлоуметрією, відмічали в балах кашель, задишку, порушення сну, головний біль та наявність хрипів, ЗАК на початку захворювання, та при одужанні.

За результатами спостереження, слід відмітити, що жодну дитину не було госпіталізовано: усі пацієнти отримували лікування амбулаторно. Загострення БА зафіксовано у 9 пацієнтів (18,75 %), у решти пацієнтів коронавірусна інфекція SARS-CoV-2 протікала як звичайне ГРВІ. Пневмоній у пацієнтів підтверджено не було. Ці дані відображають разючу відмінність від попередніх респіраторних вірусних пандемій.

Вважаємо цікавим відмітити, що у пацієнтів, що не дали загострення БА при COVID-19 відмічалася зниження еозинофілів у ЗАК, тоді як у дітей з загостренням відмічалася еозинофілія, і можна припустити, що збільшення кількості еозинофілів у дихальних шляхах пацієнтів з астмою може захищати від перебільшених запальних реакцій COVID-19. Висновки. Таким чином, необхідні подальші дослідження, що дозволять виділити ранні маркери тяжкого перебігу цієї коморбідної патології та дозволять вчасно почати необхідну патогенетичну терапію.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ COVID-19 У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ

Апостолова Г. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Більшість досліджень COVID-19 зосереджені лише на особливостях перебігу захворювання у дорослих, незважаючи на збільшення кількості інфікованих дітей. Так, клінічні та лабораторні прояви COVID-19 у дітей залишаються не до кінця невизначеними.

Дослідження проводилося в Одеській міській інфекційній лікарні протягом квітня-вересня

2020 року. Нами обстежено 60 дітей віком від 3 місяців до 18 років з лабораторно підтвердженим COVID-19.

Результати. Встановлено, що захворюваність на COVID-19 зустрічається у всіх вікових групах, а тяжкість і тривалість клінічних і лабораторних проявів залежали від віку дитини. Дані свідчать, що найбільш характерними проявами COVID-19 у дітей до 3 років були гострий початок (90,0 %) з інтоксикацією (75,0 %), гарячкою (60,0 %), із закладеністю носа (25,0 %), ринореєю (20,0 %), лейкоцитозом (25,0 %), лейкопенією (15,0 %), анемією (10,0 %), підвищенням ШОЕ та С-реактивного білка (55,0 %) та КТ ознак бронхіту (35,0 %). Перебіг COVID-19 у дітей від 4 до 6 років характеризувався гострим початком (85,71 %), лихоманкою (57,14 %), фарингітом (85,71 %), анемією (14,28 %), лімфопенією (28,56 %), відсутністю, за даними КТ, ураження бронхів та легень (71,43 %). Характерний поступовий початок з інтоксикацією (88,89 %), головним болем (16,67 %), гарячкою (33,33 %), сухим кашлем (77,78 %), лімфоцитозом (16,67 %) з прискореним ШОЕ (38,89 %), пневмонією (38,89 %) перебіг COVID-19 у дітей від 7 до 12 років. Найлегший перебіг (26,67 %), з лихоманкою (46,67 %), втратою нюху (20,0 %), лейкопенією (20,0 %), прискореним ШОЕ (20,0 %), зниженням протромбіну (13,33 %), без ураження бронхів і легень (73,33 %), за даними КТ, були характерні для перебігу COVID-19 у дітей віком від 13 до 18 років.

Таким чином, тяжкість і тривалість клінічних симптомів COVID-19 залежать від віку дитини, а найбільш гострий і різноманітний перебіг хвороби спостерігався у дітей до 3 років.

РОЛЬ ІНФЕКЦІЙНИХ ФАКТОРІВ У ЕТІОЛОГІЇ ТА ПАТОГЕНЕЗІ ХРОНІЧНИХ ТРОМБОЦИТОПЕНІЙ У ДІТЕЙ ОДЕСЬКОГО РЕГІОНУ

Пірієва С. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Тромбоцитопенічна пурпура (ТП) — це клініко-гематологічний симптомокомплекс, який супроводжується порушенням згортання крові. Ця патологія зумовлена різними чинниками (зменшенням утворення кількості тромбоцитів в кістковому мозку чи/та збільшенням їх руйнування у периферичній крові). ТП є найбільш поширеною формою геморагічного діатезу у дітей.

Метою нашої роботи було вивчення чинників, що призводять до захворювання або загострення хронічних форм ТП, особливостей перебігу, порівняння різноманітних терапевтичних схем із метою надання рекомендацій щодо оптимальної лікувальної тактики ведення пацієнтів із ТП, розробка профілактичних заходів.

Частота ТП становить — 76–81 % серед всіх геморагічних діатезів у дітей. Основними етіологічними чинниками ТП є: вірусна інфекція — 86 %; бактеріальна інфекція — 5 %; психічні та фізичні травми, харчові алергени — рідко. В протоколи Міністерства охорони здоров'я України по веден-

ню хворих на тромбоцитопенічну пурпуру з хронічним перебігом захворювання є обов'язковим обстеження пацієнтів на наявність антитіл до вірусу Епштейн-Барр, цитомегаловірусів, вірусу герпесу, тощо.

В онкогематологічному відділенні ООДКЛ у 82 % хворих були виявлені високі титри антитіл до вірусу Епштейна — Барр, цитомегаловірусів, вірусу герпесу. В терапію хворих, у яких були встановлені високі титри вірусних антитіл поряд з базисним лікуванням проводилось лікування інфекції, що призвело до збільшення рівня тромбоцитів у периферичній крові.

При проведенні лікування застосовують базисну терапію, альтернативні засоби лікування, симптоматичну терапію тощо. У роботі наведені профілактичні заходи, найбільш ефективним із яких виявилася профілактика загострень.

ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ З ІНФЕКЦІЄЮ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Полстянка К. О., Літвіненко Д. Ю.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Відомо, що перебіг хронічної хвороби нирок (ХХН) у дітей має свої відмінні риси, які виявляються впливом на зростання дитини, на нейрогуморальну та вегетативну систему, психологічний вплив на сім'ю в цілому та наявністю ускладнень з боку серцево-судинної системи. Виходячи з даних національних реєстрів, за останнє десятиліття порушення фільтраційної здатності нирок на 1 млн дитячого населення діагностується у 18,5–58,3 випадках, а середня захворюваність на термінальну хронічну ниркову недостатність (ХНН) у дітей до 16 років становить від 1 до 3 нових випадків на рік на 1 млн загального населення.

Таким чином, метою нашого дослідження було дослідити особливості перебігу ХХН у дітей різного віку з інфекцією сечовивідних шляхів.

Проводилось ретроспективне дослідження 335 історій хвороби стаціонарних пацієнтів дітей нефрологічного відділення ОДКЛ № 2 м. Одеси віком від 1 до 18 років. Співвідношення хлопчиків і дівчаток було 1:3. У групі хлопчиків найчастіше відзначався середній шкільний вік (30,43 %), а у групі дівчаток — дошкільний вік (30,59 %). За стадіями ХХН пацієнти розподілялися так: ХХН 1 ст. — 22 (6,57 %), ХХН 2 ст. — 158 (47,16 %), ХБП 3 ст. — 79 (23,58 %), ХХН 4 ст. (4 — 1,19 %), ХНН 5 ст. (1,19 %). Для характеристики функціонального стану нирок розраховували швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою СКД ЕРІ. Середні показники ШКФ склали $(67,142 \pm 3,053)$ мл/(хв \cdot $1,73 \text{ м}^2$). Коефіцієнт кореляції Пірсона (r) в аналізі сечі за Нечипоренком між рівнем лейкоцитів та еритроцитів склав 0,34 ($\chi^2=0,12$). Сечовий синдром був виявлений у 100 % пацієнтів.

Особливістю ХХН у дітей є те, що навіть на ранніх її стадіях за відсутності лікування з високою ймовірністю призводить до термінальної ХНН, що, у свою чергу, має враховуватися при

складанні діагностичних та терапевтичних підходів до ХХН із спрямованістю на раннє виявлення, попередження та активне лікування всіх нефропатій з метою запобігання розвитку термінальної ХНН.

ПЛАЗМАФЕРЕЗ У ЛІКУВАННІ ІЗОЛЬОВАНОЇ ШКІРНОЇ ФОРМИ ГЕМОРАГІЧНОГО ВАСКУЛІТУ У ДІТЕЙ

Почтаренко К. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Геморагічний васкуліт (ГВ) відноситься до найпоширенішої класичної імунокомплексної патології з облігатно наявними порушеннями гемостазу у вигляді мікротромбоваскуліта. Використання глюкокортикоїдів, антикоагулянтно-деагрегаційної та кріоплазменої терапії буває недостатньо. Це обумовлює високу частотність ускладнень і/або рецидивуючого перебігу ГВ (до 25–40 %).

В останній час з'явилося багато повідомлень про ефективне використання при ГВ плазмафереза (ПФ). За допомогою ПФ на фоні базисної терапії є можливість ліквідувати найбільш стійкі перебіги ГВ. При цьому, показання до призначення метода залишаються не визначеними, а лікувальне значення плазмоексфузій — не ясними.

Метою роботи є вивчення терапевтичних можливостей та місця ПФ у терапії ускладнених та/чи рецидивуючих форм ГВ у дітей з розробкою оптимальних режимів його проведення.

Було обстежено 8 дітей віком з 8 до 14 років з тяжким перебігом ГВ. У всіх хворих повторні епізоди захворювання зберігались протягом 1–2 місяців (у 2-х дітей) та 2 місяців — 2 років (у 6 дітей).

У всіх 8 хворих з ГВ домінував різного ступеня наявності папульозно-геморагічний висип з переважною локалізацією на нижніх кінцівках та сідницях. Тяжкість шкірного ураження проявлялась бульозно-некротичними елементами (у 2 дітей), розвитком глибоких виразок (у 1 дитини) та розповсюдженість процесу. У 7 (87 %) хворих разом з висипом був наявний біль з периартикулярним набряком середніх та рідше великих суглобів.

Абдомінальний біль у 5 (62 %) хворих носив дифузний та рецидивуючий характер та у 1/3 пацієнтів супроводжувався шлунково-кишковою кровотечею.

Використання ПФ в комплексній терапії ГВ дозволило досягнути клініко-параклінічної ремісії у короткі строки та забезпечити профілактику ускладнень та/чи рецидивуючого перебігу ГВ.

ХАРЧОВА ПОВЕДІНКА У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

Койфман Д. А., Романчук Н. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність: За даними ВООЗ, захворюваність на розлади аутистичного спектру (РАС) серед дитячого населення світу становить 1:160 дітей і неухильно зростає з кожним днем. РАС — по-

ліетиологічне захворювання, що включає генетичні, метаболічні, енергетичні ланки патогенезу. Саме тому важливо вивчати як психічні особливості дітей з РАС, так і супутні порушення здоров'я.

Мета. Вивчити особливості харчування у дітей з РАС та оцінити вплив сімейних харчових звичок на формування харчової поведінки у дітей з РАС.

Матеріали та методи. Нами було проаналізовано 36 анкет віком від 2 до 11 років, заповнених батьками дітей з РАС. Використовувалася авторська анкета, розроблена групою студентів СНТ Кафедри педіатрії № 2.

Результати. Одноманітну їжу вживають 30,6 % дітей з РАС, харчова неохочість спостерігається у 44,4 % дітей, що є причиною розвитку гіпер — та гіповітамінозів. Спотворені харчові звички у 53 % дітей з РАС, що можуть сприяти високому ризику розвитку ожиріння, алергічних станів, функціональних розладів ШКТ (нудоти, що спостерігалася у 5,6 % опитуваних, діарея — 8,3 %, запори — 19,4 %) та інших захворювань, пов'язаних із харчовою поведінкою. Спотворена харчова поведінка у дітей з РАС (поїдання ниток, крейди, льоду, землі та ін) спостерігалось у 22,2 % дітей. У харчових звичках сім'ї віддається перевага м'ясній їжі (27,8 %) та хлібобулочним виробам (13,9 %). Часті перекушування (переважно печивам віддавало перевагу 86,1 % дітей з РАС, фруктам — 83,3 %, йогуртам — 61,1 %, овочам — 30,6 %) у 44,4 % дітей також сприяють порушенню формування правильних харчових звичок, що призводить до зниження інтересу до їжі у 16,7 % дітей з РАС, що проявляється у недоїданні своєї порції, та зниження апетиту у 33,3 % дітей з РАС.

Висновки. Враховуючи психологічні особливості та стан здоров'я, необхідно звертати увагу на формування правильних харчових звичок, дотримуватися гігієни харчування. Величезна роль у формуванні цих навичок відводиться сім'ї. Тож для корекції порушення харчової поведінки у дітей з РАС необхідно розробляти комплексні програми із залученням трансдисциплінарних команд (психологів, логопедів, медичних працівників).

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ЛЕЙКЕМІЙ У ДІТЕЙ

Саввова А. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Лейкемія у дітей є дуже поширеною патологією. Так, згідно даних Одеського обласного онкологічного диспансеру за останні 15 років в структурі загальної онкологічної патології у дітей лейкемії складають 52–54 %.

В усьому світі постійно удосконалюються діагностичні та лікувальні підходи до вирішення проблеми лейкемії. Патогенетично обґрунтованим та найбільш ефективним з позицій доказової медицини є протокольна терапія.

Метою роботи було дослідити ефективність та безпечність терапії різних форм лейкемії згідно німецької протокольної програми ВФМ.

Було обстежено 234 дитини та проаналізовано 1928 історій хвороб дітей, які знаходились на лікуванні в онкогематологічному відділенні Одеської обласної дитячої клінічної лікарні у термін з 2011 по 2021 рр. На гостру лімфобластну лейкемію(ГЛЛ) хворіли 1812 (83,8 %) дітей, на гостру мієлобластну лейкемію(ГМЛ) — 296 (13,7 %), на хронічну мієлобластну лейкемію (ХМЛ) — 54 (2,5 %).

Всі діти отримували терапію згідно відповідного протоколу ВФМ. У дітей з ГЛЛ клініко-кістково-мозкова ремісія була досягнута у 186 (95 %) пацієнтів, у дітей з ГМЛ — у 14 (43,8 %). У 34 (14,1 %) дітей ремісія не була досягнута, з них у 5 дітей батьки відмовились від лікування.

Всі пацієнти (200 дітей), у яких була досягнута ремісія, пройшли повний курс протокольної терапії. З цієї кількості у 51 (25,5 %) дітей з ГЛЛ було діагностовано рецидиви: ранні — у 41 (20,6 %) випадках, пізні — у 10 (5,1 %). Після ранніх рецидивів довгострокова ремісія була досягнута у 3 (7,3 %) дітей, після пізніх рецидивів — у 2 (20 %) дітей. У дітей з ГМЛ, після досягнення ремісії та проходження повного курсу терапії було діагностовано рецидиви: ранні — 1 дитина, пізні — 1 дитина. Після рецидивів ГМЛ ремісія жодного разу не була досягнута.

РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ

Слущька М. Ю.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Пневмонія залишається поширеним захворюванням респіраторного тракту та зумовлює щорічно смерть більше 800 000 дітей у всьому світі.

Метою роботи було визначення клініко-рентгенологічних форм позалікарняної пневмонії (ПП) у дітей за даними рентгенографії грудної клітки.

Проведено ретроспективне, рандомізоване, моноцентрове, клінічне дослідження на базі пульмонологічного відділення КНП «Одеська обласна дитяча клінічна лікарня» ООР. Методом випадкової вибірки був проведений ретроспективний аналіз 101 історії хвороб дітей за період з 2019 по 2020 р. Серед обстежених дітей було 58 ((55,2±8,5) %) хлопчиків та 47 ((44,8±5,9) %) дівчаток. Діти дошкільного віку склали 12 (11,9 %), препубертатного віку — 38 (37,6 %) та пубертатного віку — 51 (50,5 %). Пацієнти нормостенічного типу конституції з нормальним індексом маси тіла налічували 77 (76,2 %) дітей та лише 24 дитини (23,8 %) — астеничного типу зі зниженим індексом маси тіла. Діти потрапляли до стаціонару на лікування після маніфестації перших ознак захворювання на 2–4 (3,24±0,37) день захворювання, у розпалі клінічної симптоматики ПП.

При рентгенологічному обстеженні візуалізувались/локалізувались: вогнищеві інфільтративні тіні в ділянках легеневої тканини у 21 (20,8 %) дитини; вогнищеві інфільтративні тіні зливного характеру у 2 (2,0 %) дітей; запальні інфільтрати в ділянці сегменту у 24 (23,7 %) дітей, запальні інфільтрати в ділянці сегментів у 50 (49,5 %) дітей, а

також запальні інфільтрати в області частки легень у 4 дітей (4,0 %).

Отримані дані свідчать, що найбільш поширеними формами пневмонії у дітей є полісегментарна пневмонія — 49,5 % та сегментарна пневмонія — 23,7 %, тоді як вогнищево-зливна пневмонія виявлена лише у 2,0 % дітей.

СУЧАСНІ МЕТОДИ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Трамбач А. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Астма — поширене хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, на яке страждає 5–10 % населення земної кулі, або понад 300 млн осіб, у тому числі 7 млн дітей. Серед дітей астма є найпоширенішою хронічною хворобою.

За останнє десятиріччя у ключових показниках ефективності лікування астми, таких як госпіталізація та смертність, спостерігається поліпшення, але воно незначне, незважаючи на прогресуюче зростання витрат на ведення хворих, синтез нових молекул лікарських засобів та глибше розуміння патогенезу.

Нещодавно було запропоновано термін «точна медицина» для визначення методів діагностики та лікування, що спрямовані на потреби окремих пацієнтів. Тепер при астмі вкрай важливим є пошук ранніх, чутливих, доступних маркерів різних типів запалення, які можна легко вимірювати та на які можна поклатися, створюючи персоналізовані лікувальні стратегії.

В реальній клінічній практиці в більшості випадків діагностика астми базується лише на клінічних симптомах і вимірюванні функції зовнішнього дихання, що не завжди є достатньо інформативним в дебюті астми.

Метою нашої роботи є оцінка інформативності та ефективності визначення оксиду азоту (FeNO), який зазвичай міститься в кожному видиху всіх людей, який використовується як сурогатний біомаркер для оцінки еозинофільного запалення дихальних шляхів, що асоційоване з Th-2, що має значення при первинній діагностиці астми. Рівень FeNO також використовується як предиктор відповіді на різні лікувальні стратегії при астмі.

Нами було обстежено 126 дітей з бронхіальною астмою, які знаходились на лікуванні у відділенні пульмонології дитячої обласної клінічної лікарні. Оцінка стану і ефективності терапії проводилась за допомогою традиційних (клінічних та інструментальних) методів діагностики та визначення рівня FeNO.

Нами показано, що: 1) високий базовий рівень FeNO був запорукою кращого реагування на інгаляційні КС у пацієнтів з неспецифічними респіраторними симптомами, в яких астма не була своєчасно діагностована; 2) цей показник має діагностичну значущість для прогнозу перебігу астми; 3) FeNO швидше, ніж інші характеристики (симптоми, показники функції зовнішнього дихання), у пацієнтів з астмою реагує на терапію кортикостероїдами, вимірювання цього показника в

динаміці є зручним інструментом оцінки правильності обраної лікувальної тактики; — 4 рівень FeNO є надійним індикатором прихильності до терапії при астмі.

ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНІ УРАЖЕННЯ ЦНС У НЕМОВЛЯТ: АНАЛІЗ ВІДДАЛЕНИХ НАСЛІДКІВ

Шинкаренко Т. Д., Степова В. О.,
Карпінська А. Б.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Віддалені наслідки гіпоксично-ішемічних уражень (ГІУ) ЦНС у немовлят сприяють формуванню психоневрологічних порушень.

Мега роботи: вивчення особливостей катамнестичного спостереження (через 1 рік) дітей з ГІУ ЦНС.

Матеріал і методи: проведений ретроспективний аналіз 87 історій розвитку дітей із зазначеним діагнозом.

Визначали стан психомоторного розвитку у 2 групах дітей: контрольна — 40 дітей, яким призначали традиційне медикаментозне лікування та стандартні методики масажу; основна група — 47 дітей, які отримали курс не медикаментозної терапії і преформованих фізичних факторів реабілітації.

Аналіз віддалених результатів показав, що в певному відсотку відхилення в неврологічному статусі й психомоторному та мовному розвитку на першому році життя спостерігається в обох групах, але достеменно частіше у пацієнтів контрольної групи.

Психомоторний розвиток немовлят основної групи був швидшим. Діти раніше починали сидіти, стояти, ходити, більш активно формувались передмовний розвиток, емоції, мова ($p < 0,05$).

Зазначимо, що на 1-му році життя чітко визначалися грубі органічні зміни у вигляді дитячого церебрального паралічу, гідроцефального синдрому. Однак при цьому в основній групі дітей частота даних порушень була достовірно нижчою, ніж у дітей контрольної групи. Аналогічна закономірність розвитку залишкових змін відмічалася і у вигляді затримки психомоторного розвитку та мінімальних мозкових дисфункцій ($p < 0,05$).

Таким чином, аналіз катамнестичного анамнезу довів, що у немовлят, які отримали розширений комплекс реабілітаційних заходів, психоневрологічні розлади констатуються достеменно рідше та маніфестуються в певній мірі меншою грубою патологією ЦНС.

ДИТЯЧА ІНВАЛІДНІСТЬ В УКРАЇНІ

Якуба Ю. В., Черненко В. С., Шульга А. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Метою нашого дослідження було вивчити структуру інвалідності дітей (віком від 0 до 17 років включно) в Україні.

Завдання. 1. Знайти наукову інформацію про проблеми, які ми вивчаємо, використовуючи медичну літературу в Інтернеті та медичних журналах. 2. Провести статистичний аналіз структури дитячої інвалідності (вік дітей від 0 до 17 років включно) в Україні.

Методи та матеріали дослідження. Проведено аналіз доступних статистичних даних, огляд наукової медичної літератури.

Результати та висновки. Незважаючи на зменшення кількості дітей в цілому по Україні, кількість дітей-інвалідів за останні два десятиліття зростає в 1,8 рази. У структурі інвалідності у дітей в Україні (2016 р.) (вік від 0 до 17 років включно) % випадків від загальної кількості дітей з інвалідністю складають групи захворювань: вроджені аномалії, деформації хромосом та хромосомні порушення (31,1 %), захворювання центральної нервової системи (16,6 %), психічні розлади та розлади поведінки (14,6 %), захворювання ендокринної системи, розлади харчування та обміну речовин (8,6 %), захворювання вуха та соскоподібного відростка (6,5 %), захворювання скелетних м'язів системи та сполучної тканини (4,3 %), захворювання очей та придатків ока (3,9 %), пухлини (3,5 %).

Серед причин інвалідності в 1994 році: 1-ше місце — захворювання центральної нервової системи, 2-ге місце — вроджені аномалії, деформація хромосоми та хромосомні порушення; у 2016 році: 1-ше місце — вроджені аномалії, деформація хромосом та хромосомні порушення, 2-ге місце — захворювання центральної нервової системи.

ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АСФІКСІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Аксьонова Є. В.

*Одеський національний медичний університет,
Миколаїв, Україна*

Актуальність: асфіксія є провідною у статистиці причин смерті новонароджених. Кожна ланка патогенезу згодом відзеркалюється як у фізичному, так і у розумовому розвитку дитини.

Мета дослідження:

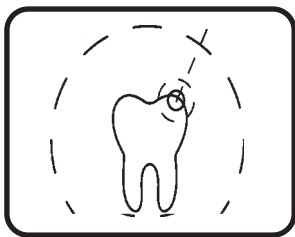
1) визначити патофізіологічні особливості асфіксії у новонароджених;

2) встановити взаємозв'язок між цими особливостями та затримкою психомоторного розвитку у майбутньому;

3) дослідження частоти ускладнень, що виникають в результаті цього патологічного процесу.

Методи: на базі Обласної дитячої лікарні міста Миколаєва було проаналізовано 14 амбулаторних карт пацієнтів. Це допомогло встановити, що у 5 дітей виник внутрішньочерепний крововилив, у 3 — легенева гіпертензія, у ще 4 — поліцитемія та у 1 — набряк головного мозку.

Висновок: через різноманітність етіологічних факторів, вчасність і правильність надання медичної допомоги, в залежності від ступеню важкості асфіксії та особливості кожної з ланок патогенезу виникають абсолютно різні наслідки.



СЕКЦІЯ СТОМАТОЛОГІЇ

Section of Dentistry

СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ З РІЗНИМ ІНДЕКСОМ МАСИ ТІЛА

Сухомейло К. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Метою цього дослідження стало визначення ступеня каріозного ураження зубів і стану пародонту у дітей, що відрізняються за ІМТ, а також встановлення зв'язку метаболічних порушень в організмі дітей з розвитком стоматологічної патології.

При вивченні рівня фізичного розвитку отримані дані свідчать про те, що у 54,17 % дітей з 72 обстежених школярів м. Чорноморська є невідповідність ваги і росту: у 19,44 % — гіпотрофія, у 34,72 % — гіпертрофія. При цьому 27,78 % мають хронічні соматичні захворювання; у 7 дітей індекс КПУ \geq 6, а у 44,4 % — КПУ \geq 7 з 79 дітей 12 років м. Одеси у 25,32 % — зріст і вага відповідають нормі, у 36,71 % — гіпотрофія, у 37,97 % — гіпертрофія. 64,56 % обстежених школярів м. Одеси мають хронічні соматичні захворювання.

Отримані нами дані свідчать про сприятливу для розвитку карієсу дію гіпотрофії. Можливо це обумовлено зниженням рівня імунітету у дітей з гіпотрофією. На фоні імунодефіциту, як правило, розвивається дисбіоз, в тому числі порожнини рота.

У дітей м. Одеси та м. Чорноморська з гіпотрофією поширеність карієсу постійних зубів вище (89,66 % та 85,71 %, відповідно), ніж у дітей з нормою — (60,0 % та 74,85 %, відповідно) і гіпертрофією (73,33 % та 81,0 %, відповідно).

42 % дітей м. Чорноморська і 33 % дітей м. Одеси мають незадовільний рівень гігієни порожнини рота. При цьому, поганий рівень гігієни відзначається тільки у дітей з гіпертрофією. Поширеність захворювань пародонту коливається від 80 % до 96 % і теж корелює з показниками ІМТ. Ознаки запалення були відсутні у 9,72 % обстежуваних дітей м. Чорноморська та 16,46 % дітей м. Одеси.

Висока поширеність хронічних гінгівітів виявлена у дітей обох міст з гіпертрофією. Поширеність кровоточивості ясен при цьому становила 63,3 % у дітей 12 років, що відповідає високому рівню в цієї вікової групі. Індекс «кровоточивість ясен» теж самий високий у дітей з ІМТ $>$ 25.

При цьому, у дітей з діагностованим афтозним стоматитом в 100 % випадків виявлені вогнища

одонтогенної інфекції. При первинному огляді дітей обох міст звертає на себе увагу той факт, що у школярів з відхиленнями від норми за показником ІМТ діагностується афтозний стоматит середнього ступеня тяжкості: 11,11 % з ІМТ $>$ 25 і 6,94 % з ІМТ $<$ 20 (з 72 оглянутих м. Чорноморська); 12,66 % з ІМТ $>$ 25 і 6,33 % з ІМТ $<$ 20 (з 79 оглянутих м. Одеси). У дітей з нормотрофією симптоми стоматиту зафіксовані тільки у 2,78 % дітей м. Чорноморська.

Напрошується висновок, що дисбіотична та запальна реакції в порожнині рота є захисними по відношенню до пародонта.

Важливо звернути увагу на порушення режиму харчування та гігієни порожнини рота у дітей обох населених пунктів.

СУЧАСНІ РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ В СТОМАТОЛОГІЇ: КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ ТА ОРТОПАНТОМОГРАФІЯ

Зелінська В. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність теми. На сьогоднішній день, у сучасній стоматології, питання вибору методу рентгенологічного дослідження, безсумнівно, актуальне. Ряд стоматологів вважають, що ККЛТ-метод рентгенологічного дослідження, здатний вирішити всі завдання у діагностиці стоматологічних захворювань. Інші лікарі вважають, що даний метод рентгенологічного дослідження не є необхідністю та не завжди є інформативним. Певною проблемою є те, що пацієнти, через недостатню обізнаність, вважають, що ККЛТ може бути небезпечною для загального стану організму. Альтернативою ККЛТ виступає ортопантомографія — рентгенологічний метод, що дозволяє отримати певне бачення стану ЗЩС.

Мета дослідження: Оцінити доцільність застосування сучасних методів рентгенодіагностики у стоматології.

Матеріали та методи: Нами було вивчено 50 ККЛТ та 50 ортопантомограм пацієнтів у віці 18–56 років. Серед них: 58 жінок та 42 чоловіки.

Обговорення результатів: ККЛТ надає зображення у трьох площинах, є інформативним методом діагностики захворювань ЗЩС та має безпечне променеве навантаження на організм людини.

ОРПГ — надає певну інформацію про стан ЗЩС, але зображення має проєкційне спотворення та сумарною тіней.

Висновки: сучасні методи рентгендіагностики: ККЛТ та ортопантомографія — актуальні та інформативні на певних етапах стоматологічного лікування і є варіантом вибору. Обґрунтоване призначення лікарем-стоматологом методу рентгенологічного обстеження є ключовим моментом у діагностиці та лікуванні захворювань зубощелепної системи.

БЕЗПОСЕРЕДНЯ РЕПЛАНТАЦІЯ В ХІРУРГІЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

**Лунгу К. В., Романов К. К.,
Шнайдер К. С.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ: деякі автори використовують методику безпосередньої реплантації для лікування зубів, пошкодження яких недоступні або які неможливо пролікувати всередині порожнини рота, невдалої спроби лікування к/к, облітерації к/к.

Вибір безпосередньої реплантації як метод лікування викликає безліч суперечок.

У процедури є кілька різних етапів, що дає можливість для багатьох варіацій техніки та матеріалів. Це може пояснити широкий діапазон сполучених показників успіху, які часто менш сприятливі, ніж інші методи лікування. Недавній систематичний огляд літератури, проведений Мохаммадом Торобінеядом, показав, що загальне виживання для навмисно реплантованих зубів становить 88 %, а сучасні дослідження показують, що показники успіху досягають 95 %. Через нещодавні повідомлення про високі показники виживання базпосередньої реплантації тепер може розглядатися як один із найбільш загальноприйнятих варіантів лікування. Однак у цьому ж дослідженні було зазначено, що лише 4 статті були опубліковані за останні 12 років і також продемонстрували відмінності у клінічній техніці, обмежуючи розуміння сучасної практики навмисної реплантації.

Мета роботи: оцінка методу безпосередньої реплантації та її актуальність, довести що реплантація як така має місце у клінічній практиці.

Висновок: безпосередня реплантація має місце в хірургічній стоматології, це дуже перспективний метод лікування який потребує вивчення та досконалення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Torabinejad M, Dinsbach NA, Turman M, et al. Survival of intentionally replanted teeth and implant-supported single crowns: a systematic review.
2. Setzer F. C., Kohli M. R., Shah S. B., et al. Outcome of endodontic surgery: a meta-analysis of the literature — part 2: comparison of endodontic microsurgical techniques with and without the use of higher magnification. *J Endod* 2012;38:1-10.
3. Deeb E. Intentional replantation of endodontically treated teeth. In: Transactions of the Fourth International Conference on Endodontics. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1968.

4. Cho SY, Lee Y, Shin SJ, et al. Retention and healing outcomes after intentional replantation. *J Endod* 2016;42:909-15.

5. Щелепно-лицьова хірургія та хірургічна стоматологія: у 2 книгах. Книга 1: підручник/О. А. Тимофеев 2020 р.

ОСОБЛИВОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ З ВАДАМИ ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ

Скоркін М. В., Шпак С. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Під час лікування дітей з вадами психомоторного розвитку перед лікарем-стоматологом виникає низка проблем. Так даний контингент дітей часто має вади опорно-рухомого апарату, особливості поведінкових реакцій та інтелектуальних здібностей, що погіршує, або унеможливує проведення індивідуальної гігієни порожнини рота, та значно ускладнює лікування основних стоматологічних захворювань.

Мета. Дослідження особливостей стоматологічного статусу та індивідуальної профілактики основних стоматологічних у дітей з вадами психомоторного розвитку.

Матеріали та методи. Обстежено 68 дітей віком 6–15 років, які були розподілені на 3 вікові групи (6–7 років, 1–12 років, 14–15 років) згідно рекомендацій ВООЗ. Під час обстеження досліджувались індекси гігієни Федорова-Володкіної, Гріна-Вермільйона, індекси розповсюженості та інтенсивності карієса зубів, індекс РМА %, СРІ. В групі порівняння увійшло 62 дитини без вад психомоторного розвитку віком 6-15 років. Дослідження проводились на клінічній базі кафедри стоматології дитячого віку ОНМедУ та відділення дитячого стоматологічного здоров'я Багатопрофільного медичного центру ОНМедУ.

Результати дослідження. У дітей основних груп були виявлені більша розповсюженість та інтенсивність карієсу, підвищені показники гігієнічних та пародонтальних індексів чим у групах порівняння.

Висновки. При аналізі проведених досліджень встановлено незадовільні показники індексів гігієни, високу розповсюженість та інтенсивність карієсу зубів, високу захворюваність тканин пародонту у дітей з вадами психомоторного розвитку. Отримані дані свідчать про необхідність розробки індивідуальної лікувально-профілактичної програми для дітей з вадами психомоторного розвитку.

ВИНИКНЕННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ ДЕФОРМАЦІЙ ВНАСЛІДОК НЕСВОЄЧАСНОГО ЛІКУВАННЯ КАРІЄСУ ТА ЙОГО УСКЛАДНЕНЬ

Непряхіна Н. О., Кордонець О. Л.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Проблема високої поширеності захворювання карієсом є досить актуальною в

Україні і закордоном. За даними національного моніторингу поширеність карієсу зубів у дітей України коливається в інтервалі 63,3–100 %. Так, частота карієсу зубів у дітей дошкільного віку Києва складає 71,94 % (в 4 роки), 82,48 % (в 5 років), 87,87 % (в 6 років). Результатом такої розповсюдженості карієсу та його ускладнень являється раннє видалення молочних зубів, недооцінення значення дитячого протезування і як наслідок виникнення численних деформацій прикусу.

Мета. Виявлення частоти виникнення зубощелепних деформацій внаслідок несвоєчасного лікування карієсу та його ускладнень.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 85 дітей у віці від 6 до 14 років. Було проведено огляд, збір анамнезу та проведено додаткові рентгенологічні та антропометричні методи дослідження.

Висновок. В результаті обстеження дітей з проблемами множинного карієсу спостерігається виникнення глибокого перекриття, зниження висоти прикусу. У 100 % дітей при ранньому видаленні молочних зубів у результаті карієсу або його ускладнень спостерігається укорочення зубного ряду, затримка прорізування постійних зубів, виникнення аномалії положення окремих зубів і як наслідок скупченість у період постійного прикусу.

ВИВЧЕННЯ КІЛЬКОСТІ МІКРОЯДЕР КЛІТИН БУКАЛЬНОГО ЕПІТЕЛІУ ПРИ ВНУТРІШНЬО-АРТЕРІАЛЬНІЙ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ РАКУ ПОРОЖНИНИ РОТА

К. В. Лунгу, К. С. Шнайдер, В. І. Лунгу

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Сучасні методи лікування хворих на рак порожнини рота дозволяють поліпшити результати лікування, разом з тим залишаючи невирішеними питання лікування побічних ефектів і негативного токсичного впливу на неуражені оточуючі пухлину тканини. У нашому дослідженні виявлено підвищення рівня мікроядер в ексfolіативних клітинах у 3–4 рази, що підтверджує результати досліджень А. К. Нерсесяна (2003) [1], J. V. Richard (2009) [2] і F. Sarto et al. (1990) [3], які проводили на малій кількості хворих.

Метою даного дослідження є вивчення змін кількості мікроядер в ексfolіативних клітинах слизової оболонки порожнини рота як маркера

бластомогенного впливу хіміопрепаратів на неуражені тканини.

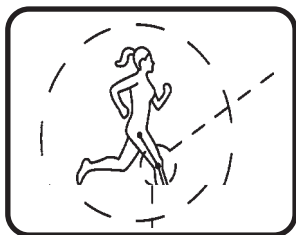
Матеріали та методи. Цитологічне дослідження слизової оболонки проводили за допомогою мазків-відбитків. Хворих на рак порожнини рота, що отримували на першому етапі комплексного лікування внутрішньо-артеріальну поліхіміотерапію, поділили на дві групи. Серед хворих було 16 чоловіків, 6 жінок. В 1-й групі було досліджено 13 хворих, в 2-й групі — 9 хворих.

Результати дослідження та їх обговорення. Середня кількість мікроядер в ексfolіативних клітинах у хворих двох досліджених груп до лікування хіміопрепаратами складала $0,181 \pm 0,07$ — 1 % (у чоловіків $(0,180 \pm 0,066)$ %, а у жінок — $(0,182 \pm 0,076)$ %) (табл.), тобто практично не відрізнялась від цього показника у здорових осіб. Після закінчення курсу селективної внутрішньо-артеріальної поліхіміотерапії в самостійному режимі (1-а гр.) середній рівень мікроядер у хворих дорівнював $(1,161 \pm 0,071)$ % ($(1,140 \pm 0,074)$ % у чоловіків та $(1,183 \pm 0,068)$ % у жінок). Кількість ексfolіативних клітин з мікроядрами у хворих після лікування достовірно збільшилась у 6,3 рази у порівнянні з хворими до лікування ($P < 0,02$). При цьому цей показник збільшився у чоловіків у 6,2 рази ($P < 0,02$), а у жінок — в 6,5 рази ($P < 0,01$).

Висновки. Через добу після закінчення одного курсу лікування хіміопрепаратами кількість мікроядер збільшується у 6,3 рази. Отримані нами дані наводять на думку про генопротекторну дію глюкози при одночасному використанні з хіміопрепаратами (кількість клітин з мікроядрами збільшилась всього у 2,3 рази).

ЛІТЕРАТУРА

1. Нерсесян А. К., Зильфян В. Н., Кумкумаджян В. А. Аналіз мікроядер слизової оболонки ротової порожнини онкологічних больних для оцінки кластогенного ефекта хіміопрепаратів. *Цитологія і генетика*. М., 2003. Т. 1, № 1. С. 77–80
2. Richard J. M., Kramor A., Molinari R. Randomised EORTC head and neck, cooperative group trial of preoperative intra-arterial chemotherapy in oral cavity and oropharyngeal carcinoma. *Eur. J. Cancer*. 2009. Vol. 27. № 7. P. 812–827.
3. Sarto F., Tomanin R., Giacomelli L. et al. Evaluation of chromosomal aberration in lymphocytes and micronuclei in lymphocytes, oral mucosa and hair root cells of patients under antitumoral therapy. *Mutat. Res.* 1990. № 2. P. 157–169.



СЕКЦІЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ, ВАЛЕОЛОГІЇ ТА ГІГІЄНИ

Section of Physical Rehabilitation, Sports Medicine, Valeology and Hygiene

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ВІТАМІН D ДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ З ГОСТРИМ РЕСПІРАТОРНИМ ДИСТРЕС-СИНДРОМОМ

Шанигін А. В., Бабіч М. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Особливо гостро проблема дефіциту вітаміну D виникає у відділеннях інтенсивної терапії, через важкість стану пацієнтів, коморбідність, недостатнє надходження вітамінів з харчуванням. Вітамін D відіграє значну роль у функціонуванні всіх систем організму. Впливає на функціональний стан дихальної системи, діючи на клітинному рівні. 25-гідроксивітамін-D здатен стимулювати імунну систему, має протекторні властивості та попереджає процеси ремоделювання у легенях.

Мета: дослідження розповсюдженості вітаміну D дефіцитних станів серед пацієнтів з гострим респіраторним дистрес-синдромом (ГРДС), визначення зв'язку між рівнем 25-гідроксивітаміну D(25(OH)D) та ступенем важкості ГРДС.

Матеріали і методи: визначення газового складу артеріальної крові (парціальний тиск O_2 — PaO_2 , мм. рт. ст.) за допомогою газового аналізатора; розрахунок індексу оксигенації (IO) (PaO_2 / FiO_2 , де FiO_2 — фракція O_2 у вдихуваному повітрі); ІФА визначення концентрації 25(OH)D сироватки крові.

Результати: У дослідженні брали участь 45 пацієнтів відділення інтенсивної терапії (N=45). Після визначення IO всі пацієнти були розподілені на три групи. Група № 1 з важким перебігом ГРДС (N=10) з IO — $94,02 \pm 3,5$; середній рівень 25(OH)D — $19,05 \pm 0,9$ нг/мл. Група № 2 з ГРДС середнього ступеня важкості (N=17) з IO — $168,71 \pm 11,2$; середній рівень 25(OH)D — $24,4 \pm 1,7$ нг/мл. Група № 3 з гострим пошкодженням легень (N=18) з IO — $279,05 \pm 4,7$; середній рівень 25(OH)D — $28,3 \pm 0,75$ нг/мл. Коефіцієнт кореляції — $r=0,780$ ($p=0,05$). Серед усіх пацієнтів дефіцит вітаміну D мали 22 пацієнта (48,9 %), недостатність — 20 пацієнтів (44,5 %), нормальний рівень був у 3 пацієнтів (6,6 %).

Висновок. Визначено прямий зв'язок між рівнем 25(OH)D сироватки крові та важкістю перебігу ГРДС. Це підкреслює необхідність подальшо-

го дослідження впливу вітаміну D на перебіг ГРДС та впровадження рекомендацій з призначення вітаміну D пацієнтам в умовах відділення інтенсивної терапії.

ОЦІНКА РІВНЯ СПОЖИВАННЯ ВІТАМІНУ D В РАЦІОНІ ХАРЧУВАННЯ СТУДЕНТІВ ОДЕСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Шанигін А. В., Коломійченко Ю. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Одним з найбільш важливих факторів, який чинить вплив на стан здоров'я людини є харчування. Вітамін D є незамінним нутрицевтиком, вплив якого поширюється не лише на стан кістково-м'язової системи, але і на ендокринну та серцево-судинну. Доведено, що виражений дефіцит 25(OH)D3 і 1,25(OH)D3 поєднаний з схильністю до депресивних станів, може бути причиною слабкості м'язів і навіть виступати одним із факторів розвитку синдрому полікістозних яєчників. В багатьох країнах світу низький рівень вітаміну D досягає масштабів пандемії, і вимагає своєчасної діагностики та корекції.

Мета. Оцінити якість харчування і його вплив на стан здоров'я студентів ОНМедУ та визначити наявність або відсутність симптомів дефіциту вітаміну D. Розробити рекомендації, щодо профілактики дефіциту та недостатності вітаміну D.

Матеріали і методи. В дослідженні прийняли участь 94 студенти ОНМедУ віком 18-30 років (74,5 % жінки, 25,5 % чоловіки). Для оцінки споживання вітаміну D з харчовими продуктами використовували анкетний метод. У 30-ти студентів, які мали симптоми дефіциту вітаміну D виконано визначення рівня 25(OH)D в сироватці крові методом імуноферментного аналізу за допомогою тест системи EUROIMMUN.

Перший етап анкетування ґрунтується на оцінюванні уживаних продуктів, які містять низький, середній або високий відсоток вітаміну D3 на 100г; кількості та частоті вживання. Другий етап складався з аналізу загального психоемоційного та фізичного стану здоров'я та лабораторного визначення рівню 25(OH)D в сироватці крові.

Результати. Виходячи з результатів отриманих даних було встановлено, що 74 ± 5 % студентів не мали в своєму раціоні достатню кількість продук-

тів багатих вітаміном D. Так тільки 18 % респондентів мали у своєму раціоні риб'ячий жир, який містить максимальну кількість вітаміну D в 100г продукту. Вживання молочних продуктів відзначили лише 67 % студентів. За даними лабораторного контролю у студентів, які мали симптоми дефіциту вітаміну D (n=30) було встановлено, що дефіцит 25(OH)D визначався у 27 %; недостатність — 63 %; норма — 10 %.

Висновки. Своєчасна компенсація харчового дефіциту вітаміну D, в раціоні студентів-медиків, є одним з важливих напрямків сучасної профілактичної медицини. Висока поширеність дефіциту вітаміну D, та його значна роль в розвитку органічної патології, обґрунтовує подальше вивчення даної проблеми, та створення раціонів харчування для усунення дефіцитних станів.

ПІСНІЧНА ОЦІНКА ВМІСТУ МАГНІЮ В ОСНОВНИХ ПРОДУКТАХ ХАРЧУВАННЯ

Суворова А. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Магній — один з важливих біогенних елементів, який у значних кількостях міститься в тканинах тварин і рослин (хлорофіл). Сьогодні магній вважають одним з основних регуляторів обмінних процесів і його фізіологічні ефекти в організмі людини добре вивчені.

Відомо, що добова потреба в магнії коливається від 30 мг/кг/день для дітей від 0 до 6 місяців до 420 мг/день для чоловіків у віці 31 рік і старше. За іншими даними ця цифра складає 350–800 мг.

За даними дослідження, проведеного у Німеччині, поширеність дефіциту магнію в загальній популяції становить 14,5 %, а субоптимальний рівень спостерігається у 33,7 % населення. Марк Сіркенс (США) переконалий у магнієвому дефіциті американців на рівні 80 % населення. Дефіцит магнію є самостійною нозологічною одиницею в Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) (код E61.2).

Аналіз даних літератури показав відсутність даних щодо стану дефіциту магнію у населення України. Це спонукало автора на вивчення вмісту магнію в основних продуктах харчування.

За даними Держстату споживчий кошик українця на місяць у поточному році наступний: хліб — 10 кг, рис — 1,5 кг, яйця — 20 шт, м'ясо — 6 кг, молоко — 10 літрів, сир — 1 кг, овочі — 8 кг, фрукти — 6 кг. У розрахунках добового споживання магнію (мг) пересічним українцем враховували його вміст в даних продуктах харчування у мг/100 г продукту. Отримали наступні дані: хліб — 25 мг/100 гр, 82,50 мг; рис — 12 мг/100 г, 6,0 мг; яйця — 10 мг/100 г, 4,0 мг; м'ясо — 29 мг/100 г, 58,0 мг; молоко — 11 мг/100 г, 36,30 мг; сир — 28 мг/100 г, 9,3 мг; овочі — 22 мг/100 г, 58,70 мг; фрукти — 29 мг/100 г., 58,0 мг. Сумарно добове споживання складає 312,8 мг.

Після приготування їжі концентрація магнію в ній зменшується.

Наприклад, якщо в гречці магнію міститься 250 мг/100 г, то в гречаній каші, звареній на воді,

кількість цього елемента зменшується до 51. Квасоля при варінні також значно втрачає магній — з 130 до 35 мг/100 г. (джерело: <https://goodnet.org.ua/?p=20338>). Середнє значення для кратності зменшення вмісту магнію у цих продуктах харчування складає 3,7.

Певна частина продуктів із споживчого кошика (рис, яйця, м'ясо, молоко, овочі) теж підлягає термічній обробці, зокрема варінню. Якщо зробити спробу екстраполювати кратність зменшення 3,7 вмісту магнію на ці продукти, то разом із непереробленими (хліб, сир, фрукти) це складатиме 193,4 мг.

Отримані дані дозволяють зробити попередній висновок про суттєву недостатність вмісту магнію в основних продуктах харчування як базового джерела поступлення магнію в організм. Це дає підставу продовжити розпочаті дослідження як в контексті вмісту магнію в продуктах харчування, які споживаються різними категоріями населення, так і стосовно анкетування таких осіб для орієнтовного визначення дефіциту магнію як підстави для його корекції.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЯКОСТІ ПИТНОЇ ВОДИ В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Кирилюк В. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

За умовами водозабезпеченості та водоспоживання Одеську область можна розподілити на три регіони — північний, центральний та південний.

Підземними водними ресурсами Одеська область забезпечена недостатньо та розміщені вони нерівномірно. Північний регіон (14 районів) достатньо забезпечений розвіданими запасами підземних вод. Вода з артезіанських свердловин у більшості цих районів відповідає нормативним вимогам щодо питної води. Центральний регіон має малопродуктивні свердловини.

Південний регіон (9 районів у межах річки Дністра та Дунаю) найменш забезпечений підземними водами питної якості. Майже по всій його території, крім міст Ізмаїл та Рені, підземні води високомінералізовані.

Загальна характеристика водопостачання області наступна: переважність поверхневих водозаборів (Дунай — 40 %, Дністер — 47 %); централізованим водопостачанням охоплено 57 % населених пунктів; дефіцит питної води більш ніж 600 тис. м³/добу; 150 населених пунктів користується привізною водою.

Одеська область є південним прикордонним регіоном з розвиненими міждержавними транспортними зв'язками, інтенсивними міграційними процесами, значними рекреаційними територіями, високими рівнями забруднення довкілля та дефіцитом доброякісної питної води.

Має місце постійний ризик контамінації об'єктів довкілля, зокрема води, вірусами різної етіології. Їх присутність у воді джерел водопостачання — рік Дністер, Турунчук та Дунай — періодично встановлювалась на протязі 2019 — 2020 років.

За результатами багаторічних спостережень і комплексною епідеміологічною оцінкою майже всі адміністративні області мають високий ступінь епідризику та відносяться до неблагополучних по захворюваності на кишкові інфекції.

У 2018 році встановлено невідповідність питної води від нормативних вимог у 54 % досліджених проб на санітарно-хімічні показники, у 7,3 % — на мікробіологічні показники та 10 % досліджених проб за паразитологічними показниками. За даними соціально — гігієнічного моніторингу об'єктів централізованого та децентралізованого водопостачання, проведеного у 2018 р. ДУ “Одеський обласний лабораторний центр МОЗ України”, 10 % проб питної води не відповідали чинним вимогам за мікробіологічними показниками, 23,3 % — за санітарно — хімічними показниками. Отримані результати свідчать про низьку бар'єрну функцію існуючих водоочисних споруд або відсутність комплексу очисних споруд по очищенню та знезараженню питної води, особливо на сільських водопроводах.

Вищезазначене свідчить про гостру необхідність реалізації Регіональної програми «Питна вода Одещини» на 2021–2024 роки.

ЛАТЕНТНИЙ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТ У СТУДЕНТІВ: РОЛЬ ХАРЧУВАННЯ ТА СТИЛЮ ЖИТТЯ

Шейх Алі Д. Х.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

За оцінками експертів ВООЗ кожна третя людина у світі має прояви анемії, причому одною з основних причин анемічних станів поряд з хронічними інфекційними, соматичними та гінекологічними захворюваннями у країнах, що розвиваються, є аліментарний дефіцит заліза. За даними МОЗ України, поширеність залізодефіцитної анемії складала 1515,4 на 100 000 населення.

Метою дослідження була оцінка поширеності латентного залізодефіциту у студентів в залежності від якісного складу харчування та стилю життя.

Матеріал та методи. Дослідження виконане на базі підрозділів кафедри гігієни та медичної екології Одеського національного медичного університету.

Проведене анкетування за оригінальним опитувальником 976 студентів медичного факультету у віці від 17 до 32 років, серед яких незначно переважали дівчата (51,7 %). Середній вік обстежених склав $(19,7 \pm 0,9)$ року.

Як показали результати дослідження у більшості опитаних раціон харчування був повноцінним щодо вмісту заліза. Водночас, 81 (8,3 %) студентів були веганами, а ще 32 (3,3 %) дотримувалися переважно вегетаріанської дієти, роблячи виключення для молочних продуктів. 56 (5,7 %) студентів (переважно дівчат) постійно вживали БАДи із вмістом солей заліза. Таким чином, 628 студентів (64,3 %) споживали більше 90 відсотків від добової потреби, в тому числі 377 (38,6 %) — у надмірних (більше 100 %) кількостях. 14,5 % студен-

тів (або 142 особи) споживали від 81 до 90 % добової потреби, 128 (13,1 %) — від 71 до 80 %. 78 (8,0 %) студентів мали ймовірний дефіцит заліза (до 70 % від добової потреби).

В цілому, ймовірний залізодефіцит був констатований на попередньому етапі дослідження у 88 (9,0 %) студентів, їм в подальшому були проведені верифікуючі лабораторні дослідження. При аналізі одержаних даних діагноз ЗДА легкого ступеня підтвердився у 4 (4,5 %) дівчат у віці 18-21 років, латентний залізодефіцит — у 31 (35,2 %) осіб з контингенту ризику, при переважанні дівчат — гендерне співвідношення 1:2,4.

Висновки. Частота латентного залізодефіциту у популяції студентів, що навчаються у медичному ВИШі Півдня України не перевищує 3,2 % від загальної чисельності контингенту. Запропонований метод скринінгу відповідає вимогами до інструментів донозологічної діагностики ($J=0,39$, $Sp=0,99$) й може бути рекомендований до застосування у практиці соціально-гігієнічного моніторингу.

МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ХВОРОБІ ПЕРТЕСА

Будігай Н. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Хвороба Пертеса (ХП) — це захворювання, яке зачіпає юний контингент не тільки нашої країни, а й усього світу. ХП є результатом порушення кровопостачання і живлення суглобового хряща, що призводить до некрозу головки стегнової кістки, й на сьогоднішній день ця проблема є актуальною та до кінця не вивченою. Також важливою проблемою є правильно підібрана фізична реабілітація дітей з цією недугою.

Остеохондропатія головки стегнової кістки як самостійне захворювання виділено з групи так званого туберкульозного кокситу та являє собою асептичний некроз головки стегнової кістки, в якій відбуваються незворотні зміни. Хвороба Пертеса є одним з поширених захворювань кульшового суглоба у дітей.

Аналіз літератури дозволяє зробити висновок, що в патогенезі ХП головною ланкою, на думку більшості авторів, є порушення кровообігу в голівці стегнової кістки, а причини цих порушень зумовлені комбінованою дією ряду факторів, тому, це захворювання поліетіологічне. Хвороба має етапний перебіг. На основі цих етапів формується правильність фізичної реабілітації.

Хвороба Пертеса може призводити до вельми проблематичних у плані відновлення наслідків, таких, як контрактури, гіпотрофія сідничних м'язів, що виявляється у дефіциті маси м'язів, а також візуальне зменшення ширини кінцівок. Тому протягом усього періоду лікування необхідно проводити наступні заходи: масаж, фізіопроцедури (УВЧ, ультразвук, діатермія, електрофорез з йодистим калієм, фосфором, кальцієм), теплові процедури (парафін, грязьові аплікації, теплові водні процедури), голкорексфлексотерапія.

Вивчення наукових робіт показує, що застосування засобів лікувальної гімнастики на ранніх стадіях та протягом усієї хвороби, з урахуванням морфофункціональних особливостей ураженого суглоба, дає можливість зменшити побічні ефекти, що виникають при тривалій іммобілізації, гіподинамії, покращують трофіку та об'єм.

При використанні правильно підбраного ЛФК та фізичних процедур ми можемо спостерігати результат кращий, ніж при оперативному втручанні.

Таким чином всі ці заходи необхідні для того, щоб надалі запобігти розвитку раннього деформуючого артрозу в тазостегновому суглобі.

ПРОФІЛАКТИКА СКОЛІОЗУ І ПОРУШЕНЬ ПОСТАВИ У СПОРТСМЕНІВ, ЩО ЗАЙМАЮТЬСЯ АСИМЕТРИЧНИМИ ВИДАМИ СПОРТУ

Колотова К. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Велика кількість хворих сколіозом зафіксована серед спортсменів, що займаються різними видами спорту, у супереччя з уявленням про здоровий спосіб життя. Недостатньо добре вивчені причини його розвитку, а так само той факт, що сколіоз приводить до інвалідизації, порушенню роботи внутрішніх органів, представляє великий інтерес у вивченні цієї проблеми.

Мета: дослідити взаємозв'язок чинників асиметричного навантаження в розвитку неправильної постави й сколіозу у спортсменів, розробити спеціальні рекомендації для спортсменів та їх тренерів для профілактики розвитку порушення постави.

Завдання: з'ясувати, які асиметричні види спорту призводять до розвитку сколіозу, у разі виявлення сколіозу — розробити і дати рекомендації для запобігання подальшого його розвитку.

Сколіоз — багатоплощинне викривлення хребта, що супроводжується торсією хребців відносно один одного.

Спортивні фізіологи пропонують розділити всі види спорту за характером їхнього впливу на опорно-руховий апарат спортсмена на три групи: симетричні (плавання, спортивна гімнастика, стрибки у воду), асиметричні (стрільба з лука, теніс, баскетбол) та змішані (волейбол, футбол, спортивна акробатика). Асиметричні види спорту за літературними даними провокують розвиток сколіозу. Проте, було проведено обстеження групи спортсменів, віком 11-13 років, стаж у спорті складає 5–6 років, які займаються спортивною акробатикою, під час якого були виявлені різні порушення постави у 10 із 23 обстежуваних спортсменів, з них 7 дівчат та 3 хлопчики. Сколіоз був виявлений у 6 із 23 спортсменів, з них 4 дівчат та 2 хлопчики. З цього можна дійти висновку, що чинник змішаного навантаження не відіграє у цьому разі ключової ролі у розвитку патологій постави.

Спорстмени схильні до значних осьових навантажень при виконанні вправ і при приземленні після стрибків. Так само, у багатьох спортсменів спостерігається слабкість зв'язкового апарату (гіпер-

мобільність колінних та ліктьових суглобів), що може призвести до патологій постави.

У разі виникнення сколіозу, деякі асиметричні види спорту будуть протипоказані, їх можна замінити на симетричні види, наприклад: ходьба на лижах, плавання тощо.

Висновки. У разі асиметричних навантажень, необхідно включати в заняття комплекси симетричних вправ, що зміцнюють, при постійному навантаженні на одну зі сторін — виконувати вправи, що будуть зміцнювати протилежну.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ КОМОРБІДНУ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ II ТИПУ

Паніна С. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета дослідження: підвищити ефективність комплексного відновлювального лікування та реабілітації хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з енцефалопатією та супутнім цукровим діабетом (ЦД) II типу на основі застосування медикаментозної та високотонної терапії з урахуванням особливостей перебігу даної коморбідної патології.

Обстежено 105 хворих на АГ з енцефалопатією та супутнім ЦД. З використанням сучасних клініко-функціональних (магніторезонансна томографія (МРТ), ультразвукова доплерографія (УЗДГ), лабораторних (ліпідний профіль крові, рівень глюкози крові натще) методів дослідження вивчено стан хворих, які надходили в стаціонар та динаміка цих показників під впливом відновлювального лікування із застосуванням медикаментозної та високотонної терапії.

Усіх пацієнтів було поділено на 2 групи. Перша група — контрольна (45 осіб) — отримувала діету № 9, ЛФК, психотерапію (індивідуальну та групову), медикаментозну терапію згідно стандартів, які викладені в наказах МОЗ України. Друга група — основна (60 осіб) додатково до лікування, яке застосовувалось у першій групі, отримували високотонну терапію (ВТ-терапію) за розробленою методикою з використанням апарату НіТоР 4 touch, Німеччина.

Додаткове до медикаментозної терапії застосування ВТ-терапії призводить до зменшення скарг та основних ознак захворювання. Данні свідчать про те, що у хворих, які отримували додатково до медикаментозної ВТ-терапії всі показники мали позитивну статистично достовірну динаміку. За даними УЗДГ значно зменшилися прояви асиметрії мозкового кровотоку. Доведено, що найбільш значущі позитивні статично достовірні зміни мозкового кровообігу реєструвалися в групі, яка отримувала додатково до медикаментів ВТ-терапію. Динаміка біохімічних показників під впливом комплексного відновлювального лікування із застосуванням медикаментозної та високотонної терапії свідчить про найбільш суттєву динаміку біохімічних показників з досягненням цільових значень у найбільшій кількості хворих на АГ з енцефалопатією та супутнім ЦД, які додатково отримували ВТ-терапію за розробленою методикою.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ СИСТЕМАТИЧНИХ ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНИМ ВИХОВАННЯМ НА ФІЗИЧНУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ У СТУДЕНТІВ

Тесленко А. О., Зіміна М. С.

*Харківський національний університет
ім. В. Н. Каразіна, Харків, Україна*

Актуальність. Студентська молодь являє важливу соціальну групу населення, а також є джерелом майбутніх кваліфікованих кадрів. Навчальне навантаження помітно зменшує рухову активність, що негативно впливає на стан здоров'я та функціонування вітально важливих систем, що потребує уваги й корекції фізичним вихованням.

Мета. Оцінити вплив систематичних занять фізичним навантаженням на фізичну працездатність у студентів ХНУ імені Каразіна.

Матеріали та методи. Було досліджено 25 студентів віком 17–18 років, які займаються фізичним навантаженням на спеціалізації «теніс» двічі на тиждень. Фізична працездатність визначалася за індексом Руф'є двічі за семестр (у вересні на першому занятті (В) та у грудні (Г)). Результати було оцінено залежно від кількості набраних балів 0,1–5 — «відмінно», 5,1–10 — «добре», 10,1–15 — «задовільно», 15,1–20 — «погано». Статистична обробка даних була виконана в програмі Microsoft Excel з використанням Т-критерію Уїлкінсона.

Результати. Встановлено, що показник «задовільно» мали 32 % ($n_V=8$) студентів при першому вимірюванні, а при другому 4 % ($n_G=1$), «добре» 44 % ($n_V=11$) та 64 % ($n_G=16$), «відмінно» 16 % ($n_V=4$) та 24 % ($n_G=6$). Середнє значення показника проби Руф'є у вересні склало $8,74 \pm 3,42$, а у грудні $7,28 \pm 2,88$. Емпіричне значення Т-критерію Уїлкінсона в зоні значущості ($T_{\text{емп}} < T_{\text{кр}}$ (0,01)), тобто показники мали тенденцію до зниження.

Висновки. Внаслідок занять фізичним навантаженням спостерігається позитивна динаміка показників проби Руф'є. Показники «задовільно» зменшилися на 28 %, «добре» збільшилися на 20 %, «відмінно» на 8 %, а середнє значення наприкінці збільшилось на 1,46. Таким чином, систематичні заняття спортом збільшують резервні можливості організму.

КИСНЕВІ РЕЖИМИ ЖІНОЧОГО ОРГАНІЗМУ У ПІДГОТОВЧІЙ ЧАСТИНІ ЗАНЯТТЯ З ХОРЕОГРАФІЇ

Галактіонова В. В., Кириченко В. Н.,
Тимовська О. В., Чуб К. С.

*Державний заклад «Південноукраїнський
національний педагогічний університет
імені К. Д. Ушинського, Одеса, Україна*

Вивчення особливостей кисневого забезпечення (КЗ) організму протягом життя та діяльності у різних кліматогеографічних умов має неабияке наукове та практичне значення, оскільки розкриває функціональні можливості киснево — транспортної системи (КТС), особистості її пристосувальних реакцій за впливів різних чинників зовнішнього та внутрішнього середовища. Стан та резе-

рви КТС розглядаються ВООЗ як критерій здоров'я людини, а в практиці фізіології м'язової діяльності, у тому числі спорту і хореографії, як основа високого рівня працездатності та підґрунтя успішних виступів. У цьому сенсі представляють науковий інтерес кисневі режими організму протягом фізичного навантаження за різних станів організму: стартового, розминки, впрацювання, оптимального стану (steady state), стомлення та відновлення, а також як критерій внутрішнього (фізіологічна ціна) та зовнішнього впливу фізичних навантажень на працюючого та їх дозування. У зв'язку з неймовірною кількістю різновидів фізичних вправ до цього часу означене питання остаточно не вирішене, зокрема у хореографії.

Метою проведеного дослідження було вивчити рівень кисневого забезпечення організму дівчат, які займаються хореографією у стані спокою та під час розминки. Проведено дослідження кисневих режимів (КР) двох дівчат-хореографів 19 років за умов спокою та розминки на занятті з гімнастичної підготовки. Використовували методику побудови фізіологічної кривої заняття, оцінки загальної і моторної щільності розминки та рівня кисневого забезпечення протягом стану спокою (тричі), на третьому, завершальному етапі розминки на 11, 12, 13, 14 і 15 хвилини (хв) та протягом 5-ти хв відпочинку за О. С. Солодковим (2006), для чого визначали частоту дихання (ЧД), дихальний та хвилинний об'єм дихання. За відомими формулами розраховували максимальне споживання кисню (МСК), кількість спожитого кисню за хвилину у спокої (СКсп), робоче споживання кисню за хвилину (СКроб) у відповідні періоди обстеження та споживання кисню у відновний період (СКвідн), кисневий борг (КБ), загальний і хвилинний кисневий запит та витрати енергії. За результатами проведеного дослідження встановлено, що у стані відносного м'язового спокою середня, за даними обох обстежених, ЧД становила 13,5 цикл/хв, ДО дорівнював 0,54 л, ХОД — 7,29 л/хв, що в цілому відповідає статевим та віковим нормативам з урахуванням фізичної підготовленості дівчат завдяки тривалим, близько 10 років, заняттям хореографією. Споживання кисню на заключній 5-хвилинці розминки коливалося в діапазоні 1,9–2,2 л/хв, що у перерахунку на масу тіла становило 34–38 мл/хв/кг, відповідало 70–77 відсоткам від МСК та характеризувало високий вплив фізичних навантажень на організм обстежених. За 5-хвилинний термін відпочинку повного відновлювання не відбувалося і рівень функціональної активності КТС був майже удвічі вищий порівняно з вихідним.

ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ ПРОТЯГОМ ТРЕНУВАЛЬНИХ ЗАНЯТЬ З ФУТБОЛУ

Журавльов А. М.

*Державний заклад «Південноукраїнський
національний педагогічний університет
імені К. Д. Ушинського, Одеса, Україна*

Фізичне виховання в загальноосвітній школі характеризується можливістю використання ши-

рокого кола засобів, видів спорту, серед яких футбол займає одне із провідних місць, користується великою популярністю серед дітей, підлітків і молоді. Однак даних щодо функціонального стану футболістів, під час занять різної спрямованості, величини навантаження і в залежності від віку обмаль, особливо за умов використання футболу в процесі фізичного виховання хлопчиків підліткового віку.

Особливе місце у функціональному контролі посідає оцінка реакцій центральної нервової (ЦНС) і серцево-судинної (ССС) систем школярів, як важливіших критеріїв адаптаційних можливостей дітей, рівня їх мобілізації.

Найбільш повну оцінку адаптаційним процесам дають комплексні, інтегровані методи досліджень. Можна констатувати наявність значної кількості наукових робіт високого рівня, які все одно не вирішують всі проблеми функціонального моніторингу. Лише поодинокі роботи цього спрямування виконані в процесі фізичного виховання на заняттях з футболу.

Метою проведеного дослідження ставили вивчити можливість контролю адаптаційних реакцій ЦНС школярів — хлопчиків 13–14 років на заняттях з футболу в процесі фізичного виховання, за даними біоелектричних процесів головного мозку (БЕП). В процесі роботи було обстежено три типи тренувань, які були визначені як тренування помірної (П), середньої (С) і змагальної інтенсивності (З). Відповідно, помірною інтенсивністю занять становила 68,5, середня — 77,1 %. Інтенсивність тренувального заняття в умовах підвищеної мотивації була більшою за 90 %.

За індивідуальними даними, зміни БЕП характеризувались трьома типами процесів — інтермітуючий, стійкого підвищення і стійкого зниження. Перший тип, за умов коливань значень омега-потенціалу в діапазоні ± 25 %, розцінювався як найбільш оптимальний, який характеризує адекватність реакцій організму на діючі впливи. Зниження або підвищення омега-потенціалу до 50 % і більше відбивало, відповідно, напруження і перенапруження адаптивних механізмів і зниження функціональних можливостей. Аналіз даних свідчить, що на заняттях першого варіанту (П) домінуючим процесом у 100 % обстежених був тип реакції стійкого зниження на до 38,9 %. У другому (С) і третьому (З) варіантах занять відмічався наступний розподіл за типами процесів: інтермітуючий тип динаміки ОП був властивий 30,8 і 50,0, стійкого підвищення — 16,7 і 21,4 та стійкого зниження — 50,0 і 28,6 відсотків учнів, відповідно. Отже, всі типи тренувальних навантажень викликали значне напруження організму у більшості обстежених.

Підтверджено можливість використання даних омега-потенціалу на різних етапах навчального процесу і на окремому занятті з футболу з метою здійснення об'єктивного контролю адаптаційних можливостей учнів і можливої корекції фізичного виховання.

ОСОБЛИВОСТІ СКЛАДУ ТІЛА СТУДЕНТОК СПЕЦІАЛЬНОСТІ ХОРЕОГРАФІЯ

Ковальчук А. Ю., Караман В. В.

Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського, м. Одеса, Україна

Особливості будови, форм, складу та антропометричних показників тіла починають цікавити особу ще з дошкільного віку. Цей інтерес зростає з віком, особливо якщо ці характеристики визначають успішність у повсякденному житті, професійній або спортивній діяльності, зокрема у хореографії.

Тілобудову пов'язують із рівнем здоров'я, з можливістю реалізувати професійні навички, які у хореографії характеризуються виразністю, спритністю, витонченістю тощо, що відбиває ідею, естетичну та емоційну сторони задуму авторів та виконавців твору — танцю.

Неабияку роль означені якості виграють у жіночому танці, оскільки саме вони розкривають найтонкіше особливості хореографічного твору. Проблема тілобудови жінок-хореографів супроводжує усе їх життя та творчу активність. Однак, лише в останні роки у теорії і практиці і медико-біологічному супроводі хореографії цьому питанню стали наділяти увагу завдяки появи технічних засобів. У зв'язку з цим у науковій літературі на цей день обмаль даних щодо вікових, статевих особливостей будови та складу тіла танцюристів, зокрема, виходячи з їх спеціалізації. Це підкреслює актуальність і перспективність обраного напрямку досліджень.

Отже, метою роботи було визначення особливостей складу і будови тіла дівчат-хореографів 19–21 років.

У проведеному дослідженні взяли участь студентки факультету музичної та хореографічної освіти Університету Ушинського, третього року навчання за спеціальністю 024 — хореографія, віком 19–20 років у кількості 12 осіб. Стаж занять обстежених коливався від 8 до 12 років. Для вирішення поставленої мети використовували вагіаналізатори «Tanita BC-1000», принцип дії яких ґрунтується на реєстрації електричного опору тканин. За даними вимірювань, були визначені наступні показники: маса тіла, кг; вміст жиру, %; вміст води, %; м'язова маса, %; тип статури; базальний метаболізм; біологічний вік, роки; кісткова маса, %; рівень вісцерального жиру, %. Статистична обробка здійснена з використанням методів математичного аналізу (SPSS 16, Microsoft Excel).

Встановлено, що для обстеженого контингенту дівчат — студенток хореографічного відділення третього року навчання характерними були наступні значення найбільш актуальних показників: за масою тіла, яка дорівнювала $(61,10 \pm 1,34)$ кг, вміст жиру становив $(20,28 \pm 1,06)$ %, вміст води коливався в діапазоні $(57,39 \pm 1,08)$ %, а вміст м'язової маси дорівнював $(46,47 \pm 0,85)$ %, що відповідає віковим та статевим нормам. Однак, враховуючи вид професійної діяльності — хореографія — маса

тіла дещо і особливо вміст жиру перевищують таку. Лише у 25 % обстежених вміст жиру відповідає нормі спортсменок якісних видів спорту. За цим показником та типом статури відмічалася найбільша індивідуальна варіативність, CV становив, відповідно 28,30 та 17,57 відсотків. Одержані дані мають практичну значущість у медико — педагогічному контролі.

ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК СУЧАСНИХ СТУДЕНТОК-ХОРЕОГРАФІВ УНІВЕРСИТЕТУ УШИНЬСЬКОГО

Пасічник А. Р., Панов В. С.

*Державний заклад «Південноукраїнський
національний педагогічний університет
імені К. Д. Ушинського, Одеса, Україна*

Фізичний розвиток (ФР) є одним із важливих ознак, що характеризують рівень здоров'я окремої особистості і в цілому суспільства, а відтоді — успішність у професійній діяльності.

Особливо велике значення відіграють параметри фізичного розвитку осіб, які планують пов'язати своє життя з хореографією, зокрема балетом. У цій галузі ФР оцінюється як за абсолютними стандартними для окремої вікової та статевої групи, так і за відносними показниками та враховується суттєві відмінності навіть в одному виді хореографічного мистецтва.

Так, у класичному балеті, за сучасними вимогами, балерина повинна мати довжину тіла (ДТ) близько 175 см, а вагу — не більше 50 кг, що обумовлено ще необхідністю виконання чисельних підтримок партнером і значним фізичним напруженням. Водночас низькоросла артистка із відповідною масою тіла (МТ) має переваги у виконанні «швидких» танців, які є обов'язковими у багатьох видах хореографії. Доречно зауважити, що видатних успіхів досягали балерини з різними антропометричними характеристиками, як от: Максимова К. (ДТ=157 см, МТ=47 кг), Плисецька М. (МТ =167 см, МТ=52–53 кг), Лієпа І. (ДТ=173 см, МТ=50 кг).

Фахівцями показано, що протягом кар'єри довжина тіла артистів балету, яка є більш консервативним показником, як правило, з віком зменшується на відміну від маси тіла. Однак вікова динаміка вказаних критеріїв у окремих балерин мала свої особливості, наприклад, ріст і вага А. Волочкової, С. Захарової протягом активної діяльності, за різними літературними і інтернет даними, зазнали суттєвих змін: за ростом, відповідно, 168–178 см (обидві), за масою тіла — 55–65 кг у Волочкової А. та 48–52 кг у Захарової С. Наведені дані яскраво демонструють, з однієї сторони — обмаль достовірних наукових результатів за цим напрямом, з іншої — суперечливість наявних результатів досліджень.

Аналогічні висновки можливо зробити по відношенню професійної та масової хореографії, що спонукало нас визначити фізичний розвиток сучасних студенток-хореографів. Обстежено 12 дівчат віком 19–20 років, які професійно займалися хореографією протягом 8–12 років і в дійсний час навчаються на третьому курсі хореографічного

відділення факультету музичної та хореографічної освіти Університету Ушинського.

Використовувалися методи антропо- та фізіометричних вимірювань, за результатами яких визначено близько 20 параметрів та понад 10 індексів, що характеризують фізичний розвиток сучасних дівчат-хореографів. Встановлено середню довжину тіла обстежених ($166,25 \pm 1,42$ см) та маси тіла ($60,25 \pm 1,86$ кг), що відповідає нижній межі норми за ДТ та характеризує надлишок за МТ.

Більш повно результати досліджень будуть представлені у доповіді. Отримані дані мають наукове та практичне значення в сенсі організації навчально-тренувального процесу, визначення епохальної динаміки фізичного розвитку, встановлення статевої і вікової нормативних значень, що є однією із складових вікової фізіології як науки і навчальної дисципліни.

ФОРМУВАННЯ ДОРОБОЧОГО СТАНУ ЦНС ДІВЧАТ-ХОРЕОГРАФІВ ПЕРЕД СПЕЦИФІЧНИМИ НАВАНТАЖЕННЯМИ

Цибулько В. О., Сизарева А. М.

*Державний заклад «Південноукраїнський
національний педагогічний університет
імені К. Д. Ушинського, Одеса, Україна*

Відомо, що вихідний функціональний стан регуляторних і виконавчих систем людини значною мірою забезпечує результати подальшої діяльності.

Аналіз актуальних даних свідчить, що майбутня робота впливає на різні аспекти функціонального стану центральної нервової системи (ЦНС) та формує відповідний передробочий її рівень, що у спорті, зокрема хореографії, отримало назву перед — або стартові стани. Встановлено три стартові стани — бойової готовності, стартової лихоманки та стартової апатії, перший з яких є найбільш оптимальним та бажаним, другий — характеризується підвищеною збудливістю, яка негативно може вплинути на виступ, і третій — стартова апатія, що також не сприяє високим результатам майбутньої діяльності. Актуальним є визначення основних вихідних характеристик ЦНС з метою їх регуляції і забезпечення високої якості виконання запланованих композицій. Водночас, наукової інформації, особливо у сфері хореографічного мистецтва, вкрай недостатньо, що обумовило мету нашого дослідження — визначення формування доробочого стану ЦНС дівчат-хореографів перед специфічними навантаженнями.

Оцінка функціонального стану ЦНС дівчат-хореографів 19–20 років ($n=11$), студенток Університету Ушинського, проводилася за допомогою методики Е. Ландольта, яка відноситься до групи коректурних тестів.

Математична обробка даних була здійснена із використанням стандартних програм (Microsoft Excel, Statistica 6.0).

Результати обстеження свідчать, що інтегральна психофізіологічна характеристика особи, якою є загальна працездатність, і яка оцінюється сумарною кількістю переглянутих кілець (Qt) дівчат-хореографів становила ($1833,0 \pm 22,2$) знака, що від-

повідает таким ровесників волейболістів ($p > 0,05$) за аналогічних умов і достовірно ($p < 0,05$) менше нетрениованих юнаків перед розумовим завданням. Цікаво відмітити, що робота виконувалася з помірним діапазоном коливань цього показника ($V = 13,3\%$), що відбиває щільність середньогрупових показників та схожість індивідуальних доробочих реакцій мозку студенток (Босенко А. і співавт., 2019).

Водночас кількість обробленої інформації необхідно співвідносити із якістю виконаної роботи, яка характеризується числом пропущених і неправильно закреслених кілець за 10 хвилин (Nt), і яке перед специфічним навантаженням хореографів дорівнювало у середньому ($27,12 \pm 1,49$) помилки, відповідало значенням юних спортсменів і було меншим на $24,0\%$ ($p < 0,05$), ніж у нетрениованих юнаків перед розумовою діяльністю. Зауважимо, що за цим критерієм відмічалася висока індивідуальна варіативність ($V = 63,0\%$), яка вказує на необхідність обов'язкового врахування цього параметру при оцінці стартової готовності дівчат-хореографів до майбутньої діяльності.

Характеристика інших особливостей функціонального доробочого стану ЦНС дівчат-хореографів буде надана під час доповіді і презентацій.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МОЗКУ ШКОЛЯРІВ-ШАХМАТИСТІВ У РІЗНІ ПЕРІОДИ НАВЧАЛЬНОГО РОКУ

Ясько А. І., Лобзова К. О.

Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського, Одеса, Україна

Низкою досліджень показано, що від початку до кінця навчального року у учнів і студентів протікають адаптаційні процеси з негативними тенденціями, які характеризуються погіршенням функціонального стану багатьох фізіологічних систем організму. Центральна нервова система (ЦНС), як організуюча і регулююча, виконує інтегративну функцію і, у зв'язку з цим, гіпотетично повинна мати більші зрушення під впливом розумових і фізичних навантажень. На цей час існують суперечності в сенсі висловленої думки, в науковій літературі обмаль індивідуальних і нормативних даних подібних реакцій та методичних рекомендацій щодо їх оцінки.

Метою проведеного дослідження було вивчення динаміки функціонального стану центральної нервової системи протягом навчального року у школярів 11–12 років, які займалися шахматами.

Обстежено 18 школярів віком 11–12 років (10 дівчаток та 8 хлопчиків) на початку і наприкінці навчального року. За даними медичного огляду, всі школярі були практично здоровими, не мали гострих та хронічних захворювань і скарг на стан здоров'я.

Динаміка загального функціонального стану (ЗФС) центральної нервової системи (ЦНС) відслідковувалася методом рефлексометрії за методикою Т. Д. Лоскутової, який ґрунтується на аналізі статистичного розподілу багаторазово виміряного часу простої зорово-моторної реакції і являє

собою кількісну характеристику функціонального стану центральної нервової системи.

Аналіз отриманих даних свідчить, що фоновий функціональний стан мозку більшості підлітків наближався до рівня, характерного для фізіологічної норми дорослою людиною. При цьому достовірних змін між величинами ЗФС мозку у дівчаток і хлопчиків як фонових міжгрупових, так і на тестові завдання не встановлено.

Водночас, під впливом дозованого велоергометричного фізичного навантаження за замкнутим циклом досліджувані показники у дітей змінювалися різноспрямовано: в одних випадках значення збільшувалися, в інших — навпаки, зменшувалися. За цих умов збільшення відбувалося при їх низьких значеннях, а зменшення — навпаки, при високих. Так, за стійкістю реакції на початку навчального року у 40% дівчаток реєструвалися зрушення в діапазоні $\pm 25\%$, у половини дівчаток спостерігалось напруження адаптивних реакцій і в 10% випадках — передпатологія. Наприкінці навчального року передпатологічний рівень було зареєстровано вже у 60% , а реакція активації — лише у 30% дівчаток.

Дослідження ЗФС мозку школярів, які займалися шахматами, виявили велику варіативність його реакцій, особливо за стійкістю реакції, на що вказує коефіцієнт варіації, який коливався в межах $31\text{--}57\%$, що відбиває одну із вікових особливостей функціонування ЦНС дітей підліткового віку.

АНАЛІЗ КОГНІТИВНОЇ СКЛАДОВОЇ ПРОЦЕСУ НАВЧАННЯ

Смолякова І. Д., Фурса Р. Г.

Державний університет «Одеська політехніка», Одеса, Україна

У процесі планування навчальної діяльності з фізичного виховання необхідно враховувати можливість винесення до розділу позааудиторної, самостійної роботи учнів достатнього обсягу навчальної діяльності когнітивної спрямованості. Дидактично традиційно сформована структура і зміст навчальної діяльності, спрямованої на навчання руховим діям, включає створення уявлення про рухи, первинного вміння у їх виконанні, і далі — вдосконалення вміння до переходу їх у рухову навичку, що характеризується рівнем технічної майстерності та ефективності. Загалом, такий підхід не викликає сумнівів у доцільності його застосування в практиці. Тим не менш, існує ряд свідчень, що доцільна активація когнітивної діяльності в процесі навчання веде до підвищення освітнього ефекту, вдосконалення якості мотиваційної сфери. Методологія побудови та проведення нами педагогічного спостереження базувалася на використанні досвіду освітньої системи, яка за останні роки міцно обґрунтувалася на лідируючих позиціях у рейтингу передових освітніх систем світу. Аналіз даних у ракурсі технології рекомендованої нашими сінгапурськими колегами: — «Що я знаю, що хотів би дізнатися і що я дізнався на заняттях про біг? дає широкий спектр педагогічних суджень з різних сегментів когнітивної діяльності.

Проведений пошуковий експеримент дозволяє зробити такі висновки та пропозиції:

— когнітивна діяльність учнів під час уроків фізичної культури важливий напрям навчальної діяльності і потребує глибокого вивчення;

— когнітивну складову навчального процесу необхідно чітко враховувати та розглядати як елемент кінцевого продукту навчальної діяльності на уроках фізичної культури;

— когнітивна складова кінцевого продукту навчальної діяльності під час уроків фізичної культури — найважливіша умова формування «Здорового способу життя» в учнівської молоді.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Шкімбов С. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

За офіційними даними, поширеність артеріальної гіпертензії (АГ) серед дорослого населення України складає 32,2 %. За останні роки спостерігається стійке зростання поширеності АГ. Особливої уваги заслуговує той факт, що 60 % пацієнтів з АГ — особи працездатного віку, стан здоров'я яких суттєво впливає на трудові та економічні резерви країни. В програмах медичної допомоги на тлі перманентної базової терапії гіпотензивними препаратами застосовуються дозовані фізичні навантаження та фізичні методи лікування. Вони доповнюються рекомендаціями щодо здорового способу життя. Мета роботи — підвищити ефективність лікування та реабілітації хворих на АГ на основі застосування електросон-терапії та йодобромних ванн з урахуванням особливостей перебігу захворювання. Обстежено 2 групи хворих: I-ша (30 осіб), яка отримувала медикаментозну гіпотензивну терапію, фізичні вправи, психотерапію; II-га (36 осіб), яка додатково отримувала електросон — терапію (імпульси тока прямокутної форми тривалістю 0,2–0,5 мс, частотою 10Гц на протязі 40 хвилин, щоденно на курс 10-12 процедур) та йодобромні ванни (35–37 С, 10-15 хвилин, через день, на курс 10-12). В динаміці вивчали клінічний стан, систолічний та діастолічний артеріальний тиск (АТ), частоту серцевих скорочень (ЧСС), ЕКГ, біохімічні показники (ліпідний профіль, коагулограма), УЗДСГ. Всі хворі добре переносили лікування, відмічая регрес скарг, стабілізацію АТ, покращення біохімічних показників та мозкового кровообігу. Найкращі кінцеві результати отримано у хворих на АГ другої групи, яким додатково призначалися електросон та йодобромні ванни, що підтверджувалось статистично вірогідним зниженням АГ, покращенням ліпідного профілю та мозкового кровообігу (зменшення асиметрії, покращення еластичності, тонусу та периферичного опору судин мозку). Досягнутий ефект у другій, групі реєструвався на протязі 6–8 місяців, тоді як у першій групі — 3–4 місяці. Отримані дані підтверджують доцільність комплексного лікування та реабілітації хворих на АГ із застосуванням медикаментозної терапії, фізичних вправ, психотерапії та методів апаратної фізіотерапії.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНІ МЕТОДИКИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ДОРСАЛГІЯМИ

**Стоянова І. Д., Ель-Назер Махмуд
Абдульрахман Махмуд**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Проведено клініко-інструментальне обстеження 85 хворих з дорсалгіями, які були представлені двома репрезентативними групами, які отримували медикаментозну терапію (40 хворих) та комплекс медикаментозної і високотонної терапії (ВТ-терапії) (45 хворих). Виражений больовий синдром мав місце у 24 (53,3 %) хворих з хронічним попереково-крижовим радікулітом (ХПКР), у 10 (55,6 %) хворих з полірадікулярним синдромом (ПРС) і у 13 (59,1 %) хворих з рефлекторними синдромами; помірно виражений больовий синдром реєструвався з меншою частотою, відповідно у 18 (40,0 %), 6 (33,3 %) і у 7 (31,8 %) хворих, а слабо вираженим (періодичні болі) він був у 3 (6,7 %), 2 (11,1 %) і 2 (9,1 %) хворих відповідно. За даними інтерференційної ЕМГ, в м'язах дистальних відділів кінцівок реєструвалася спонтанна активність у вигляді фасцикуляцій і рідше — фібриляцій, більш виражена у хворих з ХПКР і ПРС при тривалості захворювання більше 10 років при наявності вираженого і помірно вираженого больового синдрому. У хворих з рефлекторними синдромами при слабо вираженому больовому синдромі, спонтанна активність в м'язах нижніх кінцівок не реєструвалася, переважаючи у хворих зі стажем захворювання більше 5 років з вираженим больовим синдромом (у стадії загострення). У хворих ХПКР і ПРС фасцикуляції і фібриляції переважали в стадії загострення захворювання. У хворих ХПКР і ПРС переважали знижені значення швидкості поширення збудження (ШПЗ) (відповідно у 77,8 % хворих ХПКР і у 66,7 % хворих ПРС), співвідношення N_{\max}/M_{\max} і підвищення латентності F-хвилі, а також, відповідно, зниження — ШПЗпрокс. У хворих з ХПКР відзначено зниження амплітуди F-хвилі в порівнянні з нормою (до $242,5 \pm 18,2$ мкВ ($p < 0,001$)). У хворих ХПКР часто мали місце блоки F-хвилі, тобто повна відсутність ряду F-хвиль при стимуляції серією з 20 імпульсів — у 38 хворих ХПКР (84,4 %). Після проведеного лікування та реабілітації із застосуванням ВТ-терапії значно покращився клініко-функціональний стан хворих, що підтверджувалось зменшенням або зникненням больового синдрому, покращенням неврологічної картини захворювання, а також показників електронейроміографії.

ПЕРЕВАГИ ВИКОРИСТАННЯ МЕЗОЦИКЛІВ У ТРЕНУВАННІ СПОРТСМЕНІВ

Храмов М. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. У зв'язку з тим що ставлення до тренувального процесу в різних видах спорту однакове, і в основному даються звичні або ж спе-

цифічні для цього виду спорту навантаження. Введення мезоциклів в комплексний процес дозволяє побудувати його більш раціонально і збалансувати тренувальний режим з метою підвищення як особистих так і командних якостей гри.

Мета. Дослідження впливу мезоциклів на тренувальний процес дає можливість побудувати індивідуальну програму тренування, яка буде відповідати особистим якостям команди.

Методи оцінки. Для оцінки відновлювальних процесів був використан гарвардський степ-тест, на базі якого була проведена порівнювальна оцінка тренувальних результатів.

Фізичне навантаження задається у вигляді сходження на сходинок 43 см (для жінок). Час сходження 5 хвилин, частота підйому 30 циклів на хвилину (1 цикл — 4 кроки). Час сходження 5 хвилин, частота підйому 30 циклів на хвилину (1 цикл — 4 кроки). Результати тестування виражаються в індексі:

$$\text{ИГСТ} = t \cdot 100f_1 + f_2 + f_3 \cdot 2,$$

де t — час сходження в секундах (при виконанні всього тесту $t = 300$);

$f(1), f(2), f(3)$ — сума пульсу за перші 30с. після 2,3,4 хв. Відновлення.

За результатами степ тесту можемо порівняти швидкість відновлення спортсменів команди «Збірна Одеси» у 2020 році (до введення мезоциклів) і після 2021 року, де у тренування було введено різні види мезоциклів.

У 2020 р. середній показник індексу до введення мезоциклів становив 65-80, що інтерпритується від середнього до хорошого.

У 2021 р. середній показник індексу збільшився до 90 та більше, що вказує відмінний результат відновлення спортсменів

Висновок. Результативність спортивної діяльності в і багато в чому залежить від фізичної, технічної, тактичної та психологічної підготовленості але поряд з цим, не менш важливою залишається правильна побудова тренувального процесу. Зокрема, методика побудови мезоцикла дозволяє підвищити ефективність підготовки та забезпечити високу результативність виступу в різних видах спорту на змаганнях.

ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК СТУДЕНТІВ ПЕРШОГО РОКУ НАВЧАННЯ ІФКСР

Дишель Г. О., Настаченко Д. В.

ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського», Одеса, Україна

Фізичний розвиток — це процес змін форм та функцій організму людини під впливом умов життя і виховання. У вузькому сенсі під фізичним розвитком розуміють ряд антропометричних показників, таких як зріст, вага, об'єми та форми окремих частин тіла, а також динамометричні показники та осанку.

Антропометричне обстеження 133 студентів першого курсу включало вимірювання довжини й маси тіла, а також окружності грудної клітки у спокої на вдиху і видиху. Проводилося стандартним інструментарієм (ростомір, медичні ваги, ви-

мірювальна сантиметрова стрічка) за загальноприйнятою уніфікованою методикою. Як параметр, що характеризує стан системи дихання, вивчалася життєва ємність легень (ЖЄЛ), вимірювана водяним спірометром. М'язова сила студентів оцінювалася за наслідками кистьової та станової динамометрії.

Аналіз антропометричних показників показав, що середня довжина тіла юнаків становить $(178,16 \pm 0,71)$ см стоячи і $(93,23 \pm 0,3)$ сидячи; маса тіла $(72,04 \pm 0,93)$ кг; окружність грудної клітки у спокої $(92,23 \pm 0,5)$ см, на вдиху $(98,52 \pm 0,45)$ см, на видиху $(88,62 \pm 0,5)$ см; життєва ємність легень в середньому становила $(4784,9 \pm 58,1)$ мл; показники кистьової динамометрії за провідною рукою $(50,4 \pm 0,75)$ кг; станова динамометрія дорівнювала $(121,26 \pm 2,79)$ кг. За всіма показниками фізичного розвитку у групи виявлений гармонійний розвиток відповідно віку.

Для отримання найбільш достовірної оцінки фізичного розвитку нами було також проаналізовано співвідношення антропо-фізіометричних показників та їх взаємозв'язки.

За індивідуально-конституційною належністю юнаки на I курсі, в середньому (за індексом Піньє), відносилися до брахіоморфного (33 %) та мезоморфного (35 %) типу, до середнього і слабого мезоморфного типу належало відповідно 11 % і 14 %. Доліхоморфний тип тілобудови найменш представлений і був характерний для 7 % першокурсників.

Аналізуючи середні дані показників індексу маси тіла (ІМТ), у 5 % першокурсників зафіксовано дефіцит маси тіла та у 2 % — її надлишок. Індивідуальний аналіз дозволив визначити, що серед обстежених у 21 відсотка студентів центр ваги розташований вище ніж у нормі.

Для додаткової характеристики функції зовнішнього дихання був розрахований життєвий індекс, який є важливим критерієм резерву функцій зовнішнього дихання і визначається відношенням показника життєвої ємності легень (ЖЄЛ) до маси тіла. Середні значення життєвого індексу обстежених студентів знаходилося в межах вікової норми, однак у 44 % студентів із загальної кількості обстежених цей показник був менше норми.

Додаткова оцінка м'язової системи студентів була подана за допомогою показника відносної м'язової сили руки та станової динамометрії. Дослідження силового індексу виявило рівень розвитку м'язової системи у юнаків на межі низького і менше середнього.

Так показники сили м'язів ведучої руки менше норми зареєстровані у 48 % першокурсників, а показник сили м'язів спини менше норми у 83 %.

Аналіз сучасної наукової літератури вказує на актуальність моніторингу фізичного розвитку студентської молоді та пошуку заходів щодо збереження а, краще, підвищення його рівня. На жаль, дослідники фіксують тенденцію до збільшення частки студентів, які за станом здоров'я і рівнем фізичного розвитку відносяться до спеціальних медичних груп в процесі їх навчання у закладах вищої освіти. Отримані нами результати можуть бути використані як у подальшому моніторингу

фізичного розвитку студентів ІФКСР, так і для порівняння зі студентами-першокурсниками інших спеціальностей.

ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК СТУДЕНТІВ ТРЕТЬОГО РОКУ НАВЧАННЯ ІФКСР

Дишель Г. О., Кісельова Г. Г.

ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»,

Навчально-науковий інститут фізичної культури, спорту та реабілітації, Одеса, Україна.

Фізичний розвиток особи, оцінюється його антропометричними й фізіометричними показниками, показниками формування постави, рівнем розвитку фізичних якостей. Процеси фізичного розвитку відображають загальні закономірності росту й розвитку і, водночас, істотно залежать від соціальних, санітарно-гігієнічних умов, вплив яких значною мірою визначається віком людини. Сьогодні рівень здоров'я населення України, вкрай низький. Причини цього необхідно шукати насамперед у відсутності в значній частині населення навиків здорового способу життя й негативному впливі навколишнього природного середовища.

Антропометричне обстеження 109 студентів третього курсу включало вимірювання довжини й маси тіла, а також окружності грудної клітки у спокої на вдиху і видиху. Проводилося стандартним інструментарієм (ростомір, медичні ваги, вимірювальна сантиметрова стрічка) за загальноприйнятою уніфікованою методикою. Як параметр, що характеризує стан системи дихання, вивчалася життєва ємність легень (ЖЄЛ), вимірювана водяним спірометром. М'язова сила студентів оцінювалася за наслідками кистьової та станової динамометрії.

Аналіз антропометричних показників показав, що середня довжина тіла юнаків становить $(178,82 \pm 0,7)$ см стоячи і $(93,61 \pm 0,36)$ сидячи; маса тіла $(74,65 \pm 1,04)$ кг; окружність грудної клітки у спокої $(95,17 \pm 0,62)$ см, на вдиху $(100,77 \pm 0,68)$ см, на видиху $(92,09 \pm 0,62)$ см; життєва ємність легень в середньому становила $(4838,5 \pm 73,5)$ мл; показники кистьової динамометрії за провідною рукою $(52,28 \pm 1,00)$ кг; станова динамометрія дорівнювала $(125,81 \pm 2,17)$ кг. За всіма показниками фізичного розвитку у групи виявлений гармонійний розвиток відповідно віку.

Для отримання найбільш достовірної оцінки фізичного розвитку нами було також проаналізовано співвідношення антропо-фізіометричних показників та їх взаємозв'язки.

За індивідуально-конституційною належністю юнаки на третьому курсі, в середньому (за індексом Пінье), відносилися до брахіоморфного (33 %) та мезоморфного (23 %) типу, до середнього і слабого мезоморфного типу належало відповідно 11 % і 14 %. Доліхоморфний тип тілобудови був характерний для 7 % першокурсників.

Аналізуючи середні дані показників індексу маси тіла (ІМТ), у 2 % третього курсу зафіксова-

но дефіцит маси тіла та у 4 % — її надлишок. Індивідуальний аналіз дозволив визначити, що серед обстежених у 77 відсотків студентів спостерігається нормальна вага тіла. І у 17 % студентів спостерігається надлишкова вага.

Для додаткової характеристики функції зовнішнього дихання був розрахований життєвий індекс, який є важливим критерієм резерву функцій зовнішнього дихання і визначається відношенням показника життєвої ємності легень (ЖЄЛ) до маси тіла. Середнє значення життєвого індексу обстежених студентів знаходилося в межах вікової норми, однак у 59 % студентів із загальної кількості обстежених цей показник був менше норми.

Додаткова оцінка м'язової системи студентів була подана за допомогою показника відносної м'язової сили руки та станової динамометрії. Дослідження силового індексу виявило рівень розвитку м'язової системи у юнаків на межі низького і менше середнього.

Так показники сили м'язів ведучої руки менше норми зареєстровані у 64 % третього курсу, а показник сили м'язів спини менше норми у 85 %.

Аналіз сучасної наукової літератури вказує на актуальність моніторингу фізичного розвитку студентської молоді та пошуку заходів щодо збереження а, краще, підвищення його рівня. На жаль, дослідники фіксують тенденцію до збільшення частки студентів, які за станом здоров'я і рівнем фізичного розвитку відносяться до спеціальних медичних груп в процесі їх навчання у закладах вищої освіти. Отримані нами результати можуть бути використані як у подальшому моніторингу фізичного розвитку студентів ІФКСР, так і для порівняння зі студентами III курсу інших спеціальностей.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ БОЛЕЙ У М'ЯЗАХ, ЯКІ МОЖУТЬ ЗАСТОСОВУВАТИ СТУДЕНТИ В УМОВАХ ОНЛАЙН НАВЧАННЯ

Василенко К. С.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Актуальність. У зв'язку з переходом на онлайн навчання, намітилася тенденція збільшення проблем, пов'язаних із тривалим збереженням неоптимальної пози перед комп'ютером. На сьогоднішній день важко знайти студента, у якого ніколи не турбували болі у шийному, грудному чи поперековому відділах хребта.

Мета дослідження. Існує безліч способів лікування м'язових болів, але як з них підібрати найбільш ефективні, безпечні, прості та доступні методи лікування та профілактики болів у м'язах.

Завдання дослідження. Вибрати найбільш ефективні методи лікування болів у м'язах та навчити студентів самостійно лікувати біль їх у домашніх умовах.

Методи дослідження. Дискомфорт та біль у різних м'язах періодично турбували практично всіх студентів. У 92 % був біль у шийному відділі хребта, УЗ доплерографія була проведена 25 % студентів нашої групи. Погіршення кровообігу в суди-

нах мозку було виявлено у 70 % їх. У 60 % студентів періодично хворіли м'язи протягом сідничного нерва. Невропатологи рекомендували нестероїдні (диклофенак), стероїдні (преднізолон, гідрокортизон) протизапальні засоби, вітаміни групи В (В12), міорелаксанти (мідокалм, сирдалуд). Однак ці симптоматичні засоби мали тимчасовий, нетриивальний ефект.

Під час зайняття з фізичної реабілітації та спортивної медицини ми вивчили принципи постізометричної релаксації та ізометричної напруги.

На відміну від постізометричної релаксації, ізометрична напруга виконується на видиху (10 секунд), а не на вдиху (7 секунд) у той бік, який боляче. ПИР виконується в той бік, який не боляче.

Прийоми постізометричної релаксації та ізометричної напруги м'язів діють швидко та доступні. Болі в спині та шийному відділі хребта проходили після 1–3 процедури. В результаті виконання цих вправ покращувалося сприйняття навчального матеріалу, припинялися головні болі та запаморочення. При повторному доплерівському дослідженні у 75 % студентів було виявлено покращення кровообігу в судинах головного мозку. Постізометрична релаксація грушоподібного м'яза сприяв швидкому лікуванню ішіасу. Біль часто проходила під час процедури.

Висновки. За результатами дослідження рекомендовано кожному студенту навчитися принципам постізометричної релаксації та ізометричної напруги м'язів для ефективної допомоги собі та пацієнтам.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАКЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ НА НАВАНТАЖЕННЯ РІЗНОЇ ІНТЕНСИВНОСТІ У СТУДЕНТІВ 1 КУРСУ ОНМедУ

Журавський А. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вивчення особливостей роботи серцево-судинної системи є актуальним на сьогоднішній день, адже вона є ключовою в організмі людини, від її роботи на пряму залежить якість функціонування всіх інших органів та систем тіла. Виходячи з цього можна затвердити, що зміни в її роботі безпосередньо впливають і на стан решти систем організму. Серцево-судинна система дуже чутлива до змін і змінюється сама, корегує і загальний стан організму людини. Відповідно, навіть невеликі несприятливі зміни в ній одразу сказуються на загальному самопочутті, що дає можливість відслідкувати залежність між її станом, зовнішніми збудниками та медичними показниками, що її характеризують.

Мета. Виявити особливості реакції серцево-судинної системи на навантаження різної інтенсивності у студентів 1 курсу ОНМедУ, які займаються в основній та спеціальній групах. У дослідженні прийняли участь студенти першого курсу ОНМедУ, в кількості 10 осіб, віком від 17 до 23 років, які займалися в основній та спеціальній групах.

Для зваженої оцінки характеризуючих показників серцево-судинної системи студентам було запропоновано виконати ряд особисто відібраних фізичних вправ, в свою чергу, розділяються на 3 групи: легкі, середньої важкості, важкі. Названі вище групи вправ відрізняються між собою за наступними критеріями: за характером навантаження (гімнастичні вправи, силові вправи, вправи на витривалість), інтенсивністю виконання та кількістю повторень (але деякі підібрані вправи треба робити максимальну кількість разів за певний проміжок часу). Виконуватимуться в наступній послідовності: легкі-середньої важкості-важкі з перервою по 5 хвилин між блоками. Після навантажень вивчалися пульс, артеріальний тиск, типі реакції артеріального тиску та серцево-судинної системи, а також час реституції.

Висновки. Під час виконання вправ рівня «легкий», значних відмінностей в середньому тиску між групами не просліджувалося, але помітна різниця в середньому пульсі, що для групи 2 був в середньому на 10 ударів більший. Показовою різницею в типі РАТ та типі РССС не відбулося.

При виконанні вправ середнього рівня тяжкості, отримано більш істотну різницю в середньому тиску: середній систолічний тиск групи 2 був більший на 5 мм. рт. ст., у цієї ж групи показник середнього діастолічного тиску збільшився більш ніж на 3 мм. рт. ст. Пульс, як і очікувано, збільшився, але вже істотніше, на більш ніж 15 ударів. Виходячи з цього, у групі 2 стали помітні зміни в типі РАТ, що змінився на задовільний для всіх учасників даної групи, демонструючи нижчий рівень фіз. підготовки учасників цієї групи ніж групи 1, адже типи РАТ учасників групи 1 не змінилися.

Наслідки виконання вправ важкої групи демонструють деяку послідовність у зміні вимірюваних показників: різниця середнього систолічного тиску склала рівно 10 мм. рт. ст., діастолічного — 8 мм. рт. ст. Зміна пульсу залишилася сталою — трохи більше 15 ударів. Бачимо збільшення діастолічного тиску майже у 3 рази, що зумовлює погіршення типу РАТ — появлення у одного з випробуваних групи 2 типу «допустимий».

ВПЛИВ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ НА СЕРЦЕВО-СУДИННУ СИСТЕМУ СТУДЕНТІВ

Нігрецук В. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність теми: на долю хвороб серця припадає 16 % усіх смертей у світі за даними МООЗ, при чому у 2019 році кількість померлих на 2 мільйони осіб більше, ніж у 2000 році. До того ж за останні десятиліття погіршилися показники ССС серед молоді, збільшилися захворюваність на хвороби серцево-судинної системи та смертність.

Мета: оцінити вплив оздоровчої ходьби на студентів 1 курсу ОНМедУ, які займаються в основній, підготовчій і спеціальній медичних групах.

В дослідженні взяли участь студенти 1 курсу ОНМедУ віком від 17 до 23 років (4 дівчини і 4 юнаки). Перед початком дослідження проводи-

лося анкетування для визначення протипоказань до занять фізичною культурою, а також щодо характеру і ступеню порушень стану здоров'я студентів. Далі було проведено розминку та розпочато тестування (тест 1: біг підтюпцем Купера), за яким було відібрано людей у поганій фізичній формі. Далі надавався відпочинок до повної стабілізації пульсу у стані спокою. Після цього проводилася проба Руф'є (тест 2), надалі — знову відпочинок до повної стабілізації пульсу у стані спокою, після чого застосовувалась проба Робінсона (тест 3). За даними дослідження були отримані наступні дані: тест 1 — $(1973,75 \pm 165,66)$ м, тест 2 — $(8,0625 \pm 1,0100)$ м, тест 3 — $(90,6525 \pm 3,7300)$ м. За результатами тестів студенти отримували оцінки, взявши до уваги останні, а також характер і ступінь хвороб студентів було побудовано програму занять оздоровчої ходьби для студентів за методикою К. Купера. Студенти виконували комплекс спеціальних вправ самостійно в домашніх умовах 3-5 разів на тиждень упродовж 1 місяця. Заняття склалися з 4 фаз: розминка, оздоровча ходьба (аеробна фаза), остигання і силове навантаження. Після 1 місяця тренувань проведено повторно всі тести, отримано результати середніх значень: тест 1 — $(2265,625 \pm 195,510)$ м, тест 2 — $(4,55 \pm 1,18)$ м, тест 3 — $(83,9225 \pm 2,9500)$ м.

Висновки: результати тесту 3 зменшилися на 6,73 в середньому, а результати тесту 2 поліпшилися на 3,5125. Результати тесту 1 збільшилися у середньому на 261,25 м, 6 учнів із досліджуваної групи стали мати добру фізичну форму, 2 — задовільну. Це свідчить про високу ефективність фізичних тренувань у вигляді оздоровчої ходьби у поліпшенні фізичної форми та показників ССС.

АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ВРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ У СПОРТСМЕНІВ ВІКОМ ДО 18 РОКІВ

Кравець С. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Щороку в Україні народжуються 4,5 — 5,5 тис. дітей з вродженими вадами серця і ця цифра має тенденцію до зростання. Тому раннє виявлення, діагностика і лікування цих патологій попереджає дитячу смертність як на уроках фізичної культури, так і на спортивних змаганнях.

Мета. Вивчити структуру захворювань вроджених вад серця у спортсменів віком до 18 років.

Матеріали досліджень. За 2021 рік на базі КНП “ООЛФД” ООР було обстежено 1839 спортсменів віком до 18 років, у 40 (2,2 %) було вперше виявлено вроджену ваду серця.

Вік обстежуваних становив від 6 до 17 років. Середній вік становив $(11,7 \pm 2,9)$, з них число хлопчиків — 55 % ($n=22$), дівчаток — 45 % ($n=18$).

Методи досліджень. Опитування, об'єктивне і фізикальне обстеження. Оцінка функціональної проби з дозованим фізичним навантаженням (20 присідань) Мартіне-Кушелевського. Інструментальні дослідження: тестування електрокардіограми з навантаженням (з орієнтуванням на вид спорту), доплерокардіографія (ДопЕхоКГ). Лабора-

торні дослідження: загальний аналіз крові (ЗАК), загальний аналіз сечі (ЗАС).

Результати. Було встановлено, що у спортсменів скарг по серцево-судинній системі не було. Дані анамнезу життя — без особливостей. При фізикальному обстеженні було виявлено систолічний шум на верхівці серця і в V т., що посилювався при фізичному навантаженні. Проба Мартіне-Кушелевського у всіх спортсменів без особливостей.

Лабораторні обстеження — без паталогічних змін. Дані обстежень електрокардіограм з навантаження-без паталогічних змін. При оцінці даних по ДопЕхоКГ було виявлено структуру вроджених вад серця в якій переважають АРХЛШЛ (аномально розміщена хорда лівого шлуночка) — 77,5 % ($n=31$), ТР (трикуспідальна регургітація) — 75 % ($n=30$), ПМК (пролапс мітрального клапану) — 57,5 % ($n=23$), ЛР (легенева регургітація) — 42,5 % ($n=17$) і в меншості МР (мітральна регургітація) — 7,5 % ($n=2$), АР (аортальна регургітація) — 7,5 % ($n=2$), ВОВ (відкрите овальне вікно) — 7,5 % ($n=2$).

Було встановлено структуру патології вроджених вад серця по видах спорту, в якій переважають футбол — 35 % ($n=14$), художня гімнастика — 10 % ($n=4$), баскетбол — 10 % ($n=4$) і в меншості плавання, великий теніс, фігурне катання по 5 % ($n=2$), спортивна аеробіка, самбо, дзюдо, тхеквондо, бадмінтон по 2,5 % ($n=1$).

Висновок. Ці дані підтверджують, що проблема існує, тому потрібно посилити контроль по виявленню дитячих вад серця у Одеському регіоні, проводити «Дні серця», не допускати без огляду спеціалістів поліклінік, фізкультурних диспансерів до занять з фізичної культури та спорту, до початку тренувань і змагань.

ДОСЛІДЖЕННЯ ФІЗИЧНОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ СТУДЕНТІВ 1 КУРСУ ОНМедУ

Стефанчук І. Ю.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Фізична працездатність є вираженням життєдіяльності людини. Вона проявляється в різних формах м'язової та розумової діяльності і залежить від здатності і готовності людини до цих видів фізичної та розумової роботи. У ході навчального процесу студенти потрапляють у умови недостатнього рухового режиму, довгий час знаходяться в навчальних аудиторіях сидячи за столом, працюючи з комп'ютером. Внаслідок цього в них відбуваються порушення процесу кровообігу, постави, що призводить до виникнення різноманітних захворювань та зниження працездатності. Для попередження та подолання цих небажаних наслідків велика роль відводиться фізичним вправам і особливо тим, які мають цілеспрямовану дію на відновлення фізіологічних функцій організму.

Мета дослідження полягала у підвищенні ефективності навчальних занять з ЗФП для студентів 1 курсів.

Завдання дослідження: дослідити вплив фізичних навантажень (за результатами контрольних нормативів) на функціональний стан та зміну показників ЧСС студентів першокурсників на заняттях фізичної культури на початку навчального року.

Результати дослідження. У дослідженні брали участь студенти 1 курсу ОНМедУ, віднесені за станом здоров'я до всіх медичних груп. Тестування рівня фізичного розвитку проводились у 1 семестрі 2021–2022 навчального року. Вік учасників: $(17,0 \pm 0,8)$. Усього 160 студентів взяли участь в експерименті. За результатами антропометричних досліджень визначено, що зростання дівчат становить у середньому $(161,0 \pm 0,4)$, при масі $(56,0 \pm 1,2)$ кг. Індекс маси тіла визначався за відомою формулою і становить 20,2, що є нормою. Динамометрія правої та лівої руки в середньому становить у дівчат 21,6 та 19,8 відповідно. Зростання юнаків становить середньому $(163,0 \pm 0,6)$, при масі $(59,0 \pm 1,2)$ кг. Динамометрія правої та лівої руки в середньому становить у юнаків 32 та 29,8 відповідно. Індекс маси тіла становив 28,2, що нормою. Проба Руф'є серед юнаків 11,76 % тих, хто займається, мають гарний рівень працездатності, серед них спостерігалися поодинокі випадки з відмінною пристосовністю організму

до навантажень; 11,76 % тих, хто займається, мають посередній рівень; 44,13 % досліджуваних відноситься до слабкої і 29,41 % до не задовільну групу результатів. Серед дівчат 4,55 % тих, хто займається, мають гарний рівень працездатності; 9,1 % — посередній, 63,62 % — слабкий та 22,73 % — незадовільний.

Для оцінки аеробної витривалості використали біг на 1000 метрів. Серед юнаків 14 % тих, хто займається, мають гарний рівень фізичної підготовленості, серед них спостерігалися поодинокі випадки з відмінною пристосовністю організму до навантажень; 38 % тих, хто займається, мають посередній рівень фізичної підготовленості; 26 % досліджуваних відноситься до слабкої і 22 % до незадовільної групи результатів. Серед дівчат 12 % тих, хто займається, мають гарний рівень фізичної підготовленості; 41 % — посередній рівень фізичної підготовленості, 31 % — слабкої фізичної підготовленості 16 % — незадовільний.

Об'єктивне і фізикальне обстеження. Оцінка функціональної проби з дозованим фізичним навантаженням (20 присідань) Мартіне-Кушелєвського. Інструментальні дослідження: тестування електрокардіограми з навантаженням (з орієнтуванням на вид спорту), доплерехокардіографія (ДопЕхоКГ). Лабораторні дослідження: загальний аналіз крові (ЗАК), загальний аналіз сечі (ЗАС).

Результати. Було встановлено, що у спортсменів скарг по серцево-судинній системі не було. Дані анамнезу життя — без особливостей. При фізикальному обстеженні було виявлено систолічний шум на верхівці серця і в V т., що посилювався при фізичному навантаженні. Проба Мартіне-Кушелєвського у всіх спортсменів без особливостей.

Лабораторні обстеження-без паталогічних змін. Дані обстежень електрокардіограм з навантаження-без паталогічних змін. При оцінці даних по

ДопЕхоКГ було виявлено структуру вроджених вад серця в якій переважають АРХЛШЛ (аномально розміщена хорда лівого шлуночка) — 77,5 % ($n=31$), ТР (трикуспідальна регургітація) — 75 % ($n=30$), ПМК (пролапс мітрального клапану) — 57,5 % ($n=23$), ЛР (легенева регургітація) — 42,5 % ($n=17$) і в меншості МР (мітральна регургітація) — 7,5 % ($n=2$), АР (аортальна регургітація) — 7,5 % ($n=2$), ВОВ (відкрите овальне вікно) — 7,5 % ($n=2$).

Було встановлено структуру патології вроджених вад серця по видах спорту, в якій переважають футбол — 35 % ($n=14$), художня гімнастика — 10 % ($n=4$), баскетбол — 10 % ($n=4$) і в меншості плавання, великий теніс, фігурне катання по 5 % ($n=2$), спортивна аеробіка, самбо, дзюдо, тхеквондо, бадмінтон по 2,5 % ($n=1$)

Висновок. Ці дані підтверджують, що проблема існує, тому потрібно посилити контроль по виявленню дитячих вад серця у Одеському регіоні, проводити “Дні серця”, не допускати без огляду спеціалістів поліклінік, фізкультурних диспансерів до занять з фізичної культури та спорту, до початку тренувань і змагань.

ВИЗНАЧЕННЯ БІОЛОГІЧНОГО ВІКУ ЛЮДИНИ

Кіриєнко А. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Біологічний вік завжди співставляється у часі з календарним, він є важливим для розгляду питанням у соціумі (але через брак новітніх технологій дослідники не мають змоги опрацювати дану тему (Якщо людина виглядає старшою чи молодшою хоча б на 2 роки свого календарного віку, то має патологію, яка підтверджена лікарями. Щодня професори дискутують на дану тему, знаходять нові омолоджуючі засоби, намагаються створити так званий еліксир молодості, який допоможе біологічному віку відповідати календарному.

Актуальність: За даними науковців у кожної 5 людини календарний вік не відповідає біологічному на це впливає низка різних факторів (соціальних, екологічних, фізичних). Соціальними є напружена робота, стреси, стосунки з людьми; екологічні-забруднення середовища, чистота повітря; фізичні-вплив радіації, здоровий спосіб життя, загартовування, використання косметичних засобів, відвідування спортзалу.

Мета: виявити різницю біологічного та календарного віку людини у сучасному світі; розкрити питання впливу чинників на різницю між біологічним та календарним віком.

Група дослідження: 24 студенти (7 чол. 17 жін.) 1 курсу 7 групи віком від 17 до 26 років; середній вік = 18 років + (— 0,2).

Матеріали та методи дослідження: матеріалами дослідження є метод Клемера-Дюбала (KDM2), в основі якого лежить графік сукупності чинників, місце проживання індивіда, соціальне середовище, стать, стан, екологія, використання косметики, схильність до стресів, щоденне напруження. Головним методом дослідження є анкетування першо-

курсників, яке допоможе з'ясувати зв'язок між біологічним та календарним віком.

Отримані результати: За результатами дослідження отриманих даних з 24 людей виявлено однаковий календарний та біологічний вік у людей; різний-у людей. Це цілком пов'язано зі способом життя студентів, відповідальністю до навчання, режимом дня та сну, генетикою батьків, біоритмами у природі.

Висновки: в результатах груп дослідження привелоють обличчя з календарним та біологічним віком; за статтю однаковий вік у, а різний-у. . Фактори навколишнього середовища суттєво впливають на зовнішній вигляд людини і саме біологічний вік тісно пов'язаний із календарним через цю ознаку.

ДОМІНАЦІЯ ПІВКУЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Насонов А. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Протягом часів, з дня відкриття асиметрії кори великих півкуль, часто і з дуже великим зацікавленням у вчених, дослідників та звичайних людей проявляється інтерес до домінування півкуль мозку. Асиметрія кори великих півкуль досі викликає дослідження, в яких вивчається зв'язок домінування однієї з півкуль із вираженістю у людини «творчих нахилів», особливої обдарованості, прихованих талантів.

Згідно з підрахункам дослідників, близько 90 % людей є праворукими, решта 10 % — ліворукі. Основна відмінність ліворуких від праворуких в тому, що у ліворуких домінуючою є права півкуля мозку. Ліва півкуля, домінуюча у праворуких, відповідає за знакову інформацію (математичні операції, мова, читання, письмо), за здатність аналізувати предмети і явища. Права півкуля, що веде у ліворуких, оперує здебільшого образами. Вона відповідає за уяву, за сприйняття виразності звуків, образну пам'ять, мислення, здатність довго зберігати враження від побаченого.

Мета роботи — дослідження певної кількості людей для визначення повної чи часткової домінації однієї з півкуль, зв'язок домінації з типом темпераменту та смаковими нахилами.

Вивчення проводилося із участю 200 осіб. Представниками експерименту були люди різного віку, статі, які мали різне фізіологічне, психологічне та матеріальне становище. Внаслідок експерименту було виявлено, що 52 особи — з однією явно переважаючою півкулею (з яких було 27 ліворуких), 148 — зі змішаною перевагою (де всі правші).

Проаналізувавши результати цього проекту, можна зробити висновок, що люди з однією явно переважаючою півкулею є більш активними — здебільшого холерики та сангвініки, а люди зі змішаною перевагою мають середній тип — здебільшого флегматики та сангвініки. Віддача переваги солодкому чи солоному не залежить від домінації півкуль головного мозку, бо статистика зібраних

даних вказала на приблизно однаковий розподіл, не залежно від повної чи часткової домінації, правої чи лівої півкулі (108 — обрали солодке, 92 — солоне). Також були підтверджені дані, що приблизно 10 % людей є шульгами — серед учасників проекту 13,5 % виявилися ліворукими.

ПОРУШЕННЯ ЦИРКАДНИХ РИТМІВ ЛЮДИНИ ЯК НАСЛІДОК УРБАНІЗАЦІЇ

Званчук К. Ю.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Період активності у людини змінюється періодом відпочинку. Але ці періоди не змінюють один одного у всіх в один і той же час. Люди засипають і прокидаються по-різному. З розвитком урбанізації та технологічного прогресу виникла необхідність жорсткого дотримання загальноприйнятих норм щодо режиму дня. До недавнього часу вважалось, що дотримання цих норм є не тільки необхідним компонентом діяльності людини, а й важливим кроком для зміцнення сили волі. Однак, у 2017 році американські генетики Джеффри Хол, Майкл Росбаш і Майкл Ян довели протилежне, за що і отримали Нобелівську премію в галузі фізіології та медицини. Вчені встановили, що вже на клітинному рівні життя у кожного індивідуума відбуваються молекулярні механізми, які регулюють циркадні ритми людського організму. Циркадні ритми є практично у всіх живих організмів на планеті. Вони регулюються гормонами, генами й білками. Важливим чинником, що зумовлює порушення «біологічного годинника», окрім вищезазначеної проблеми є також навколишнє середовище, наприклад шумове забруднення, штучне освітлення, тощо.

Актуальність проблеми: Десинхроноз — вид хронопатології, котрий є передвісником та супутником найрізноманітніших проявів неблагополуччя організму, в тому числі і багатьох захворювань. Порушення сну стає причиною зміною гормонального фону, розвитку депресії та інших психічних розладів. Зниження продуктивності, прокрастинація вводять людину у замкнене коло: порушення сну → зниження продуктивності → невиконані справи → порушення сну. Дослідження саме добових ритмів людини,

Мета: довести значущість проблеми, порушеної у ході дослідження, дослідити циркадні ритми людського організму, встановити причини та наслідки порушення біоритмів, знайти спільне рішення проблеми режиму сну-неспанья, яке підійде для кожної окремої людини.

Метод та хід дослідження: скринінгове опитування для діагностики порушення циркадних ритмів.

Аналіз та обробка даних. Ведення статистики щодо процентого співвідношення трьох хронотипів — сова, жайворонок, голуб. Розрахунок тривалості сну з урахуванням хронотипу, часу найвищої діяльності мозку та графіку роботи. Формування висновку щодо отриманих результатів.

ПІДОШОВНИЙ ФАСЦІТ: ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА

Тимофєєва Л. О., Коберідзе В. Т.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Поширеність підшовного фасціту становить близько 25 % хвороб стопи та го-мількостопного суглоба. Легкість постановки діагнозу, що здається, часто маскує інші патології заднього відділу стопи. Таким чином, питання диференціальної діагностики при підозрі на ПФ залишається актуальним.

Мета дослідження. Диференціація діагнозу «підшовний фасціт» від інших захворювань стопи.

Матеріали та методи. До дослідження було включено 56 пацієнтів, з діагнозом ПФ. У 87,5 % випадків (n=49) тривалість скарг становила понад 6 місяців. Всі пацієнти (n=56) мали результати рентгенографії стопи в бічній проекції. У 64,3 % випадків (n=32) пацієнтам раніше виконувались блокади глюкокортикостероїдами у тригерні точки. Пацієнти були поділені на II групи за методами обстеження. У першій групі (n=28) виконувалося УЗ-дослідження. У другій (n=28) виконувалося УЗ-дослідження та МРТ-дослідження.

Отримані результати. У I групі (n=28) під час УЗ обстеження виявлено ознаки підшовного фасціту в 60,7 % випадків (n=17); нейропатії Бакстера у 25,0 % випадків (n=7); синдрому тарзального каналу 143 % випадків (n=4). У II-й групі за результатами МРТ-дослідження були виявлені ознаки підшовного фасціту у 64,3 % випадків (n=18); локального набряку кісткової тканини у місці прикріплення підшовної фасції 17,9 % (n=5); асептичного некрозу кістки п'яти в 7,1 % (n=2); стресового перелому кістки п'яти в 3,6 % (n=1); пошкодження підшовної фасції у 7,1 % (n=2) випадках. У всіх пацієнтів за даними рентгенологічного дослідження була «п'яткова шпора». У 14,3 % (n=8) випадках потрібно оперативне лікування, в інших випадках було застосовано консервативне лікування з хорошими (14,3 %) та відмінними (85,7 %) результатами лікування.

Висновки. Таким чином, очевидним є факт того, як багато різноманітних патологій, може ховатися за діагнозом «підшовний фасціт». Відповідно, це вимагає подальшого вивчення проблеми та створення протоколів обстеження пацієнтів, які скаржаться на біль у ділянці п'яти.

СУЧАСНІ ПЕДАГОГІЧНІ МЕТОДИКИ ФОРМУВАННЯ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ У ДОШКІЛЬНЯТ В УКРАЇНІ

Теслюк О. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

В науковій роботі розглядається актуальність розвитку рухової активності в дітей віком дошкільного віку. Проводиться аналіз усіх актуальних

та ефективних методик, які використовуються вихователями у дошкільних закладах України для покращення фізичної культури дітей. Досить давно вчені встановили тісний зв'язок між рівнем розвитку, фізичної підготовленості дітей та їхньою руховою активністю (М. Антропова, О. Аракелян, Г. Сальникова, О. Силіна та ін.). Також визначили пряму залежність між рівнем фізичної підготовленості та психічним розвитком дитини. Повноцінна рухова активність дитини стимулює мовленнєвий розвиток, що веде до розвитку пізнавальних процесів та вищих психічних функцій. Оптимальна рухова активність служить для регулювання зростання і розвитку молодого організму, є важливою умовою для становлення та вдосконалення дитини як біологічної істоти та соціального суб'єкта (Н. Лебедева, А. Маркосян, І. Муравов та ін.).

В Україні існує досить багато методик фізичного виховання дітей дошкільного віку і кожна з них має свою мету і свій напрямок. Для дієвого фізичного виховання дошкільнят необхідно враховувати фізичні дані дитини, мати зацікавити дитину у заняттях фізичною культурою, підібрати індивідуально програму.

ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ СТУДЕНТІВ: КОМПОЗИЦІЙНИЙ СКЛАД ТІЛА Юшук К. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Дослідження фізичного розвитку у студентів 4 курсу, які не займаються регулярними фізичними навантаженнями, як і можна було припустити, показало, що основні середні антропометричні показники у чоловіків достовірно вище, ніж у жінок — зріст в 1,1, а вага в 1,3 рази ($P < 0,05$). При цьому індекс маси тіла не залежить від статі ($P > 0,05$). У зв'язку з цим, наступним етапом роботи було дослідження композиційного складу тіла, яке виявило, що відсотковий вміст жиру у жінок майже в 1,5 рази більше, ніж у чоловіків. Але при перерахунку в абсолютні величини відмінності практично зникають: 18,43 (7,87 у жінок і 17,33 (10,66 у чоловіків). Зовсім інша картина спостерігається при розгляді величин скелетної мускулатури. Відсотковий вміст м'язів, природно, більше у чоловіків — в 1,3 рази ($P < 0,05$). При переході до абсолютних значень, на відміну від жирової компоненти, ця різниця не зникає, а навпаки, істотно збільшується і становить майже дворазову перевагу у чоловіків ($P < 0,01$). Таким чином, м'язова компонента композиційного складу тіла людини демонструє чіткий статевий диморфізм. На відміну від неї, жирова компонента композиційного складу тіла людини в цьому відношенні повністю нейтральна. Дане положення дало можливість запропонувати на цій основі оцінку фізичної працездатності студентів.

КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ДИСПЛАЗІЇ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ В НОВОНАРОДЖЕНИХ

Гомонюк А. Л.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Згідно зі статистичними даними, в Україні дисплазія кульшових суглобів діагностується у 5–20 % новонароджених дітей, причому у дівчаток у 5–6 разів частіше. Це поширена патологія, яка при своєчасному виявленні та правильній терапії успішно лікується, але за її відсутності може провокувати розвиток тяжких ускладнень та стати причиною ранньої інвалідності.

Мета дослідження. Вивчення ефективності консервативного лікування дисплазії кульшових суглобів у новонароджених.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження комплексу консервативного лікування дисплазії кульшових суглобів за степенями цієї патології. У більшості випадків у дітей, особливо народжених раніше терміну, діагностують дисплазію обох кульшових суглобів, але патологічно зміненим може бути і один з них. Залежно від ступеня дисплазії виділяють передвивих, підвивих та вивих тазостегнового суглоба.

1 ступінь — її ще називають передвивихом (нестабільністю); спостерігається недостатній розвиток суглоба, але головка стегнової кістки знаходиться в правильному положенні у вертлюжній западині;

2 ступінь — підвивих тазостегнового суглоба; відбувається невелике зміщення положення головки стегнової кістки щодо вертлюжної западини;

3 ступінь — вивих тазостегнового суглоба; на тлі недорозвинення суглоба відбувається повне зміщення головки кульшового суглоба щодо вертлюжної западини.

Консервативні методи лікування:

- широке сповивання;
- ортопедичні пристрої (стрема, подушки Фрейка та шини-розпірки, у складних випадках — гіпсову або полімерну іммобілізацію);
- фізіотерапію;
- лікувальну гімнастику;
- лікувальний масаж.

Результати дослідження. За результатами аналізу простежується:

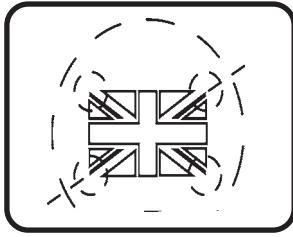
— на початку лікування у віці до 3 місяців позитивний результат складає 97 %;

— лікування, призначене у другому півріччі, дає відмінні результати тільки в 30 % випадків;

— виявлення захворювання у віці до 6 місяців становить всього 40 %.

— лікування, розпочате у віці до 3 місяців, триває 2 місяці, а розпочате у віці 12 місяців, — понад 20 років.

Висновки. Консервативні методи лікування дисплазії кульшових суглобів у дітей є ефективними та дає хороший результат при ранньому виявленні патології та початку травмі. Це дає змогу уникнути серйозних ускладнень у майбутньому.



МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА АНГЛОМОВНА СЕКЦІЯ Multidisciplinary English Section

THE ASSOCIATION BETWEEN STUDENT'S CHRONOTYPE, MENTAL HEALTH ISSUES, SOCIAL BEHAVIOR AND PHYSICAL WELL-BEING IN ODESA NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

Laribi Mariem

Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine

The circadian rhythm is a universal feature of living organisms and influences nearly every biological process, Chronotype, reflecting interindividual differences in daily activity patterns and sleep-wake cycles, is intrinsically connected with well-being.

Chronotype is related to mental health, with evening chronotypes being more susceptible to psychological disorders than intermediate and morning types. The present study investigated the relationship between chronotype and mental health and other parameters in Odesa national medical university students.

Objective: this study tends to link the student's chronotype (morning, evening) and their Mental Health issues, social behavior, and physical well-being.

Method: to correlate these parameters, survey methodology was used. Students completed anonymously and voluntarily our poll, we have created a survey that contains 4 parts, the first part is to determine the students' chronotype with 10 yes or no questions inspired from Munich's chronotype questionnaire by Till Roenneberg, then we elaborated 3 quizzes that aim to reveal students' problems and uncover their

behavior (psychological, social and physical) the research sample consists of 50 fourth-year students 50% males and 50% females aged between 21 and 27 and from different countries (India, Ukraine, Tunisia. . .), and different specialties (dentistry, pharmacy, and general medicine).

DIFFICULTIES IN COMMUNICATION BETWEEN SENIOR AND JUNIOR DOCTORS IN INDIA

Халім Ікбал, Шаповалов О., Добровольський А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Communication problems between junior and senior healthcare professionals, such as interns and doc-

tors, are prevalent and known to contribute to medication errors. In particular, poor communication has been identified as one factor that can affect prescribing errors. Studies have already explored communication between interns and doctors in primary care from both professionals' perspectives, but there is a lack of research investigating communication between interns and doctors in secondary care, particularly from the junior doctors' (doctors in their first year of training postgraduation) perspective with whom senior doctors have frequent contact. Studies in primary care settings in India have shown that interns act on doctor's recommendations 47–100% of the time (median 77%), but it is unknown why this variation exists and why interns do not act on doctors' recommendations. These findings suggest that there may be unaddressed issues with communication that could be improved. Primary care research found that interns' negative attitudes towards senior doctors and their lack of appreciation for senior doctors skills can cause communication problems, for example, no feedback following senior doctors' recommendations and a disinterest in collaboration from interns. Poor communication between first-year doctors and senior doctors has also been identified as a barrier to effective feedback.

A previous study found that first-year doctors made the most prescribing errors, but since they are generally responsible for the majority of prescribing it could not be assumed that they make more prescribing errors than senior doctors (registrars and consultants). A more recent study found that first-year doctors were twice as likely to make a prescribing error compared with consultants. First-year doctors have previously said that one-way communication with little discussion and few opportunities for learning contributed to prescribing errors, suggesting better communication may reduce prescribing errors and improve medication safety.

Exploring first-year doctors' views of communication with senior doctors is important to further add to the knowledge base of communication between interns and senior doctors. Identifying factors that facilitate or hinder communication could help inform strategies to reduce prescribing errors and improve doctor care.

MODERN METHODS IN COMMUNICATION WITH SEVERE PATIENTS

Гопіка Сюреш, Руденко О., Лисенко А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Bad news is defined as one which is pertaining to situation where there is a feeling of no hope, a threat to a person's mental or physical well being, a risk of upsetting an established lifestyle or where a message is given which conveys to an individual fewer choices in his or her life. Another definition states "any news that drastically and negatively alters the patient's view of her or his future" is bad news. Breaking bad news about a serious life limiting illness or a chronic life altering illness and supporting patients as they progress through the illness process is arguably one the most stressful activities any clinician must perform. However, most clinicians do not receive any formal training on how to break bad news and skillfully conduct crucial conversations with patients and families.

In practice, there are 3 main principles of breaking bad news algorithms — SPIKES, ABCDE and BREAKS. Both these protocols can be used in clinical practice:

«BREAKS» — consists of 6 steps: B — Background, R — Rapport, E — Explore, A — Announce; K — Kindling and S — Summarize

«ABCDE» model includes next: A — Advance preparation, B — Build a therapeutic environment, C — Communicate well, D — Deal with patients and family reactions, E — Encourage and validate emotions.

SPIKES protocol is based on 6 steps, that include setting up the interview, assessing the patient's perception, obtaining the patient's invitation, giving knowledge and information to the patient, addressing the patient's emotions with empathic responses and the last one — building up the dealing-with-problem strategy and summary. In our work we are reviewing the effectiveness of both «Breaking bad news» methods of communication with severe patients, analyzing their positive and weak sides.

COMPARISON OF MODERN CLASSIFICATIONS OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA

Гопіка Сюреш

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

The prognostic role of endometrial hyperplasia in the diagnosis of endometrial cancer is difficult to underestimate. Classification, as a useful tool in the hands of a physician, must meet the necessary criteria.

Objective: To conduct a systematic review of the literature on the classification of endometrial hyperplasia, to study the features of the use of classification tools and their pros and cons. Approaches to the classification of endometrial hyperplasia are currently focused on cancer-predictive function. 413 sources for the last 5 years of scientometric databases PubMed, Google Scholar, Scopus, Web of Science were ana-

lyzed. Key words: Benign "endometrial hyperplasia", "classification", "endometrial cancer", "endometrial intraepithelial neoplasia", "endometrial neoplasia". On the basis of the research the aspects of vulnerabilities and strengths of the existing classification tools are formed, the understanding of urgent needs in further improvement of diagnostic-classification tools is obtained, which will include molecular-genetic research methods.

INSTRUMENTAL METHODS OF INVESTIGATION OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA: FINDING AN OPTIMAL COMBINATION

Добровольський А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Screening and preliminary diagnosis of endometrial hyperplasia in practice is usually based on instrumental research methods due to the low cost, the prevalence of diagnostic equipment and the speed of the result. However, there are a number of problems associated primarily with these positive qualities — the heterogeneous quality of the results, the use of an incomplete range of diagnostics. Our goal was to analyze the data on the effectiveness of existing and promising methods and tools for the diagnosis of endometrial hyperplasia, primarily from the carcinogenic side. The study involved 86 women aged 18 to 55 years. They were divided into the following groups: I (women with diagnosed and verified endometrial hyperplasia) — 31 women, group II included 27 women with clinical signs of endometrial hyperplasia and control group (CG) — 28 women. All patients of the control group underwent a comprehensive study according to the Unified Clinical Protocol for Endometrial Hyperplasia № 869 of the Ministry of Health of Ukraine. Patients of groups I and II were offered new methods of instrumental diagnosis in combinations. The WHO2014 and EIN systems were used to classify the results obtained. Conclusion: According to the results, it was found that the proposed methods of instrumental diagnosis have shown their effectiveness, but their advantage and inclusion in the investment standards of endometrial hyperplasia requires further study.

EFFECTIVENESS OF SIMULATOR-BASED TRAINING IN SURGICAL SPECIALISTS DEVELOPMENT

Дерік Джо Вінсі, Караконстантин Д. Ф.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

The impact of working time regulations over the past decade has been especially felt within surgery, resulting in a move away from the classic model of training. With less time available to train under the supervision of an expert in teaching room, trainees now use more simulation-based medical education alongside traditional methods, to develop surgical skills. The use of simulation-based medical education has advantages, particularly amongst trainee surgeons, who are able to develop basic skills with rela-

tive efficiency, and without compromising their own, or patient safety.

In Odesa National Medical University we have made an conclusion of the benefits of simulation across various systematic reviews of simulation based education interventions include greater opportunity for focus on specific tasks, rather than whole procedures; providing scope for repetition and feedback; greater control over the case mix for trainees and allowing trainees an environment in which to learn from errors, while protecting the patients from harm. However, outcomes relevant to informing the design of training programmes such as transferability of skills, subsequent decay of skills and impact on patient outcomes remain poorly described. The aim of this research was to undertake a systematic literature review and investigate the effectiveness of simulation-based medical education interventions for increasing transferability of skills acquired from simulated settings to theatre, preventing long-term skills decay or improve patient-related outcomes.

PREMATURE OVARIAN INSUFFICIENCY IN INDIA AND UKRAINE

Дерік Джо Вінсі, Добровольський А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

“Premature menopause” or premature ovarian insufficiency (POI) is a condition of a woman’s health that is characterized by loss of reproductive and even menstrual function, which clinically looks like menopause and affects the quality of life in all its areas. The average population risk of POI is approximately 1% of patients under 40 years of age. Sources report the following frequency of menopausal component: in women aged 18–25 years it is 1 case per 10,000, for the category 25–30 years — 1 to 1000 and reaches a risk of 1: 100 in women aged 35–40 years. The etiopathogenesis of POI includes many factors, such as genetic abnormalities, metabolic disorders, autoimmune conditions, effects of iatrogenic, infectious processes. Due to a certain age criterion and a significant decrease in the working capacity of women in the most active period of life, the authors decided to study this topic and conduct a comparative analysis of the incidence, existing treatment and diagnostic procedures and their effectiveness in India and Ukraine. We reviewed 144 literature sources from the scientometric databases Web of Science, Scopus, PubMed, Google Scholar and conducted a retrospective analysis of 79 case histories of patients diagnosed with POI in the Gynecology Clinic of the ONMedU Multidisciplinary Medical Center and Nanavati Hospital, Mumbai. There were many similarities and many fundamental differences in diagnostic and therapeutic methods of POI in India and Ukraine, some clinical features, but found the main common features — individualization of the approach for each woman, taking into account all her needs and characteristics, ie individuality — oriented management. Information about the study and the results obtained are added to the body of work.

PSYCHOPHYSIOLOGICAL CONDITION OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS WHEN USING DEVICES FOR CONSTANT MONITORING OF GLUCOSE

Abdelmoaty Mahmoud Shaker Zaki

Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine

Diabetes mellitus, a chronic metabolic disease based on absolute or relative insulin deficiency, requires constant replacement and pathogenetic therapy to correct blood glucose levels, which reduces the risk of acute and chronic complications and improves patient’s quality of life. Diagnosis of diabetes and the need for understanding of patients affect not only the metabolic state, but also the psychophysiology of life. Psychological well-being is an important component of effective treatment and compensation of sugar levels — at the initial stage by reducing fatigue, excessive emotionality, with long-term therapy by changing behavior, increasing compliance, normalizing metabolic effects of stress hormones and improving patient self-control. In our work we considered the normalization of the psychological state of patients through the use of various means of insulin therapy: we compared the effectiveness of the traditional method of insulin injection with a syringe pen and the continuous subcutaneous infusion with an insulin pump. Levels of fasting glucose, C — peptide, glycosylated hemoglobin, microalbuminuria were measured. Continuous insulin therapy in patients reduces the risk of retinopathy by 60%, nephropathy — by 40%, macroangiopathy — by 30%, neuropathy — by 70%, 7 times reduces the rate of temporary disability and hospital treatment. Psychological parameters were assessed using existing questionnaires (Self-Efficacy for Diabetes Scale, Diabetes Quality of Life, Issues in Coping with IDDM). It was found that against the background of insulin therapy with pumps, the vital interests of the patient coincide with those of a healthy person, patients can comfortably study, work, perform the necessary medical and social tasks. The results obtained showed that intensive continuous pump insulin therapy is more effective and physiological due to the imitation of the pancreas.

JUSTIFICATION FOR THE CHOICE OF MEDICINAL PLANTS FOR PHARMACOTHERAPY OF INSULIN-INDEPENDENT DIABETES

Botrus Cecil Hani Fawzi

Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine

Diabetes mellitus, metabolic syndrome, obesity, hypercholesterolemia are accompanied by pathological intracellular or extracellular deposition of fat droplets in the liver and the formation of an independent nosoform of nonalcoholic steatohepatitis, the main reason for the increase of content of free fatty acids in the liver tissue. Up to 10% of new cases of chronic hepatitis in the world, due to the introduction of liver biopsy and ultrasound in clinical practice, account for nonalcoholic steatohepatitis. Search and implementation in the complex program of treatment of the specified dysmetabolic pathology of medicinal plant raw materials defined the purpose of our work. Due to the

content of bioflavonoids, essential polyunsaturated fatty acids (choline, lecithin), natural biguanides, chromium, medicinal plants are used to treat diabetes and its complications. Information search showed that the recipes mainly include 84 species of plants from 36 families, the total index of repetitions was 450 units. The main task at this stage was to theoretically substantiate the plant collection to reduce fatty degeneration of hepatocytes, taking into account the basic pharmacological properties of each component. The possibility of attracting *Folium Lauri nobili*, *Fructus Silybi mariani*, *Cormus Vaccini myrtilli*, *Radices Taraxaci officinalis*, *Radices Cichorii* mixed in equal parts to obtain a dry extract which can then be used for internal use. Due to the combination of biologically active substances and pharmacological effects (antioxidant, transport, regenerative, antisclerotic, regulatory), this collection controls serum glucose levels, lowers cholesterol, prevents the conversion of carbohydrates into fats, improves glucose transport into cells, stimulates protein synthesis, inhibits gluconeogenesis, and may be useful in the treatment of diabetes and steatohepatitis.

LANGUAGE BARRIERS IN MEDICAL TRAINING OF INTERNATIONAL STUDENTS

Абрамович В. Є.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

As a number of international students studying medicine is steadily rising, it is crucial to evaluate the educational experiences of these international medical students (IMs) especially regarding the language barrier. A language barrier is a figurative notion used primarily referring to linguistic barriers in communication, i. e. the difficulties experienced by people or groups originally speaking different languages, or even dialects, in some cases. Among many other factors, language influences the education experiences of IMs. The most common language barriers are given as: regional accents, dialects and pidgin; decoding and recoding problems; use of jargon and slangs; literacy and linguistic ability; cultural factors; non-interactive environment; grammar and spelling.

The researchers offer the following strategies to overcome the language barriers among IMs:

1. Language affects student's ability to understand, interact and learn with direct consequences on students' confidence. It is recommended that lecturers and students spend some time at the start of the academic session to better understand the language, cultural similarities and differences, which will contribute substantially to the creation of an interactive environment.

2. The creation of an environment that invites and encourages students to participate and contribute to their own learning is essential.

3. Communication should be clear, slow and in a concise way to enhance the understanding. One should understand the use of non-specific terms such as metaphors, double meaning expressions or ambiguous expressions might cause misunderstanding in students.

Additionally, lecturers should use body language to emphasize important statements.

4. Students should know about the medical and academic vocabulary and structure of second language, mainly English, and little bit familiarity with local culture and dialects of international language is necessary.

5. Student should mainly focus about medical jargons, slangs and terminologies during their study period.

6. Use of audio-visual aids for better understanding of medical lectures.

7. Lecturer should encourage cross questioning for better learning experiences and all queries must be responded promptly and in detail.

8. In addition to campus courses student can also join classes for learning the local language.

9. Keeping a pocket translation dictionary can be helpful.

10. Practicing is the best way to overcome the language barrier and enhance any language skill. Once the basics of language are understood instead of doing the translation silently in your brain, student should try to process it directly.

11. Language discovery is just a part of an international medical student education. Therefore, student should not be overwhelmed or consider it as an issue of embarrassment or ego.

THE ROLE OF DIET IN FORMING THE RISK OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Михалчук Е., Королева Т., Шаньгин А.

Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine

Relevance. Cardiovascular diseases are the most common group of diseases and the main cause of death in patients with type 2 diabetes mellitus (DM2). Currently, there are more and more data confirming the influence of nutritional factors not only on the achievement of target values of metabolic parameters in diabetes, but also on the causes of increased cardiovascular risk, and demonstrates their role as independent predictors of cardiovascular pathology. In this regard, the study of the role of nutritional factors in the formation high cardiovascular risk in patients with DM2 is of great practical importance and relevance. Goal — evaluating the impact of diet on the formation a total cardiovascular risk in patients with DM2, as well as the ability to manage risk through the development of individual diets.

Material and methods. Provided an open clinical controlled prospective follow-up of 7 patients with diabetes mellitus (47 women and 16 men, mean age (58.1 ± 3.4) years) has performed for 7 months. The HOMA index in the group was $(7.95 \pm 3.12)\%$, the body mass index was (33.13 ± 5.11) kg/m². All the participants were assessed for traditional cardiovascular risk factors, markers of systemic inflammation and endothelial dysfunction, nutritional status through analysis of frequency consumption and general semi-quantitative assessment consumption of nutrients, food groups, energy. In the prospective follow-up, total cardiovascular endpoints were recorded and the impact

of patient learning on metabolic parameters, nutritional factors, and cardiovascular risk was assessed.

Results. In patients with DM2, who had various clinical forms of cardiovascular disease, the diet showed an increased level of fat, which is higher than that in uncomplicated individuals ($p=0.013$), and saturated fatty acids (PFA) ($p=0.003$). The risk of adverse cardiovascular events in patients with diabetes mellitus increased 4 times with excessive consumption of foods containing LSFA (meat, animal oils, sausages, offal). The decrease in body weight in the target range (6-9% over 7 months) was characterized by a decrease in the HOMA index by 11.9%, postprandial glycemia — by 23.1%, total cholesterol — by 19.3%, atherogenic factor — by 25.0%, high-sensitivity C-reactive protein — by 26.3%, systolic blood pressure — by 7.7%, and was accompanied by a significant ($p=0.024$) decrease in the probability adverse total cardiovascular events during the year. In addition, in the diet of trained patients, there was a decrease in total calories consumed ($p=0.018$), consumption of LSFA ($p=0.021$), mono — and disaccharides ($p=0.001$), increase in dietary fiber ($p=0.015$). Conclusion. During the research has found nutritional components disbalance in the patients who has DM2. Showed an importance role of alimentary factors in prospect formation a high risk of cardiovascular disorder, also effectiveness of correction nutritional ration in the patient from risk group.

METHODS FOR GROWING CRYSTALS OF BIOLOGICALLY ACTIVE COMPLEXES BASED ON XYLARIC ACID

Abu Koosh Mahmoud, Nikohosyan L. R.

Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine

In the process of crystal formation, the following phases are distinguished: the formation of active crystallization centers, their growth, the formation of a new liquid phase, agglomeration, destruction of agglomerates, the introduction of seeds and polymorphic transformations. It often happens that all or several mechanisms act simultaneously, leading to the fact that amorphous or fine-crystalline precipitates fall out, crystals with defects or asymmetric are formed. Particular difficulty in obtaining crystals suitable for X-ray structural analysis from solutions of coordination compounds with bioligands. The complexity of in-depth study of crystal formation processes forced the developers to follow the path of finding the ideal method. And here are the methods used:

a) freezing — the initial solution contained many active centers, leading to the formation of a fine-crystalline precipitate. Flash cooling retarded this stage, allowing larger crystals to be grown;

b) adding an anti-solvent — adding a solvent that would be miscible with the original solvent, but in which the substance does not dissolve. The method was suitable for dilute solutions;

c) evaporation is one method of increasing concentration by removing the solvent. Its modification is using of desiccants.

d) reaction (precipitation) — the addition of an exoligand or other metal, interaction with which will lead to the precipitation of the newly formed com-

pound. These crystallization methods made it possible to obtain crystals $[\text{Cu}(\text{H}_2\text{O})_6][\text{Ge}(\mu\text{-Thgl})_2\{\text{Cu}(\text{H}_2\text{O})_2\}_2]\cdot 2\text{H}_2\text{O}$ and $[\text{Co}(\text{H}_2\text{O})_6][\text{Ge}(\mu\text{-Thgl})_2\{\text{Cu}(\text{H}_2\text{O})_2\}_2]\cdot 4\text{H}_2\text{O}$.

THE INFANT FEEDING PRACTICES IN INDIAN POPULATION

Prachi Dabas, Gaurav Saini, Mohd Adnan Azhar, Nabeel Mukri Kizhakkevalappil

The Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine

Introduction. The complementary feeding period is a short transitional period from breastfeeding (BF) or formula feeding to family foods. Timing, quantity, and quality of which are implied to impact growth delay or obesity risk in children. Objective was to reveal the specific regional and cultural features of infant feeding practices in India and need of further counseling.

Methods. The survey was conducted from April to November 2021 via anonymous Google form questionnaire that consisted of 44 questions for the parents. The research targeted the Indian Citizens with children aged 1 to 3 years. The data from the answers was analyzed using the WHO Z-Score Charts, Percentile Tables to evaluate the growth and development. The data was analyzed using PC Software “Statistica 10”.

Results. 38 responses were achieved, out of which 44.7% — South Indian, 55.3% — North. 97.5% of responders had secondary level of education. 23% are living in the rural area. 2% of families has low budget. Out of 38 children boys were 55% and girls — 45%. The mean gestational age was (36.737 ± 2.250) weeks with 36.84% were preterm. The average birth weight was (2865.395 ± 462.058) g, birth length (49.396 ± 3.382) cm, IUGR — 5.26%. At 1 year the average body weight was (9057.895 ± 2161.035) g, length — (72.763 ± 5.211) cm. It was seen growth delay in 36.8% (95% CI 23.38–52.72%) of the babies in first year of life. The mean age of exclusive BF is 5.5 months (m), BF at night — 8.1 m., stopped the BF — 8.2 m. Supplemental food was usually given twice a day at 6 m., thrice — at 9 m., 4–5 times — at 12 m. The introduction of iron containing food was seen to be delayed: meat — (10.65 ± 3.46) m., egg yolk — (9.39 ± 3.63) m., fish — (10.70 ± 3.35) m., legumes (7.50 ± 3.20) m. Dairy products were also seen to be delayed by 1–2 m. On the contrary cow's and goat's milk which aren't advised before 12m were introduced earlier (9 to 7 m. respectively). As it was revealed that the restricted items were given before time: fruit juices (7.69 ± 3.37) m, sugar (8.00 ± 3.50) m, salt (7.54 ± 3.23) m., spices (9.17 ± 3.36) m. Some families do not follow the practice of responsive feeding: 36.8% infants were forced to eat, 16.42% infants sleep with bottle, 40% were fed while watching TV, remarkably 18% of parents reported that their child's appetite is unsatisfactory. Conclusion. This study revealed that iron fortified products, dairy are often delayed and the restricted products were introduced before time which may potentially increase the risk of gastrointestinal problems, obesity and allergy. Also responsive feeding practice was not properly followed. It shows the necessity of working out the simplified and understandable algorithm for feeding counseling.

INFLUENCE OF THE NATURE OF THE SOLVENT ON THE STRUCTURE OF NEW COORDINATING BIOLOGICALLY ACTIVE SUBSTANCES

Aloui Ansem, Nikohosyan L. R.

Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine

The influence of the solvent on the coordination process is difficult to overestimate, because its molecules can enter the inner, outer sphere of the complex, and also change the shape of the ligand and the metal complexing agent. Solvation of the ligand leads to the fact that the type of solvent changes the rate of chemical reactions (up to 10⁹ times), determines the relative stability of tautomers, conformers, isomers, and affects the reaction mechanism. The positions of acid-base equilibria are largely determined by the solvating ability of the solvent. In accordance with the types of intermolecular interactions, nonspecific and specific solvation are distinguished. Nonspecific solvation is due to van der Waals interactions, specific solvation is manifested mainly due to electrostatic interactions, coordination and hydrogen bonds.

Over the past decades, at the Department of Inorganic Chemistry and Chemical Education of Odesa National I. I. Mechnikov University obtained a large number of coordination compounds of germanium (IV) with aliphatic hydroxycarboxylic acids using various solvents. The main problem in these studies is the limitation of the applicability of toxic organic solvents for the synthesis of biologically active substances.

Let us consider the complexes of germanium (IV) with gallic acid (H₄Gal), the synthesis of which was carried out in solvents of different nature — acetic acid and water. Depending on this, complexes of different composition and structure were obtained. It was found that in the reactions of the interaction of GeCl₄ with H₄Gal in acetic acid, depending on the heating time of the reaction mixture, coordination compounds of the dimeric [Ge₂(μ-OH)₂(μ-HGal)₂] (violet), [Ge₂(μ-OH)₂(μ-HGal)₂·2H₂O] (red), and as a result of the reaction of GeO₂ with H₄Gal in water — polymeric {[Ge(μ-OH)(H₃Gal)(H₂Gal)]·2H₂O}_n (white) structure.

SOME ISSUES OF PATHOGENESIS AND TREATMENT OF POSTVIRUS LESIONS OF THE PERIPHERAL NERVOUS SYSTEM

Eltaraboly Kholoud Ibrahim Attia Safan

Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine

Viral diseases in general occupy one of the leading pathological conditions, which are encountered by a very large circle of doctors of various professions. Among viscerotropic nosofoms in influenza, shingles, coronavirus infection are lesions of the skin, mucous membranes of the mouth, genitals, eyes, visceral lesions of the lungs, liver, meninges, central and peripheral nervous system. We would like to dwell on the deterioration of neuro-, radiculopathies in our work. Peripheral nerve damage is the result of a complex of negative effects of toxic, vascular, inflammatory, dysmetabolic, autoimmune, degenerative processes with a predominant lesion of the myelin sheath, distal segments of nerve trunks, nerve axons. As a result, there

is a progressive pain, weakness and paresthesias in the extremities, limited movement, decreased reflex activity, dysfunction of internal organs and central nervous system. The above determines the appropriate program of treatment of viral lesions of peripheral nerves primarily etiotropic antiviral therapy. In our work, the pathogenetic approach of pharmacocorrection with the involvement of anti-inflammatory drugs in combination with vitamin B-complex and antihomotoxic drugs was analyzed. Drugs, which are components of plant, mineral and animal origin, have immunomodulatory, lymphatic drainage, detoxification effect (Herpes simplex-Nosode-Injeel, Lymphomyosot N), anti-inflammatory, analgesic, anti-edematous, trophic-metabolic, reparative effect (Discus compositum, Traumeel C), normalizing and activating effects on the course of tissue respiration and redox processes in peripheral nerves (Coenzyme compositum, Catalysts of the citric acid cycle) were used in various schemes with intramuscular administration and improved the course of postviral polyneuropathy, which was accompanied by a more rapid and prolonged reduction in pain and recovery of peripheral muscle function.

CONVERSION AS A RISK FACTOR FOR COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH ACUTE DESTRUCTIVE CHOLECYSTITIS COMPLICATED WITH PERITONITIS

Kravets K. V., Pykhtieieva O. D.

Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine

Relevance. Biliary peritonitis is one of the most severe and prognostically unfavorable diseases of the abdominal organs. The frequency of biliary peritonitis only in acute calculous cholecystitis, according to ukrainian authors, ranges from 2.2 to 84%. Postoperative mortality ranges from 17 to 48%.

Objective. To identify risk factors for the conversion of laparoscopic cholecystectomy and laparolifting laparoscopic cholecystectomy and risk factors for postoperative complications in acute calculous cholecystitis complicated by peritonitis. The most common complications were also to be found as a result of cholecystectomy.

Materials and methods. A total of 128 patients were included in the study, which underwent urgent cholecystectomy with a diagnosis of acute destructive cholecystitis complicated by peritonitis in OOPMU OER in 2014–2020. Of these, 21 (16.4%) patients with LLCE with abdominal drainage, 65 (50.8%) patients with LCE with abdominal drainage. Patients with performed TCE with abdominal drainage — 42 (32.8%) patients were excluded, as a result of which 86 patients were taken for final analysis.

Results. C-reactive protein (CRP) over 150 mg/l, age over 65 years, diabetes mellitus, gallbladder gangrene and abscess were identified by us as risk factors for conversion of surgery. Mini-invasive interventions were performed in 86 patients, of which 3 (3.5%) were transferred to open surgery. Age over 65 years, male gender, renal impairment and conversion are risk factors for postoperative complications. Intra — and early postoperative complications occurred in 8 (9.3%)

patients. Late postoperative complications were found in all patients at different stages of manifestation.

Conclusions. C-reactive protein (CRP) over 150 mg/l, age over 65 years, diabetes mellitus, gallbladder gangrene and abscess were identified by us as risk factors for conversion of surgery. Mini-invasive interventions were performed in 86 patients, of which 3 (3.5%) were transferred to open surgery. Age over 65 years, male gender, renal impairment and conversion are risk factors for postoperative

Conclusions: running cholecystitis with high CRP, gangrene or abscess increases the risk of conversion. The risk of postoperative complications is higher after conversion.

Early detection and treatment of acute destructive cholecystitis can reduce the number of patients with advanced cholecystitis or peritonitis and thus improve outcomes.

EMERGENCY CONDITIONS AS SIMULATED SCENARIOS DURING MEDICAL TRAININGS FOR STUDENTS AND RESIDENTS

Melnychenko V. A., Pervak M. P.,
Yehorenko O. S., Karakonstantyn D. F.,
Onyschenko V. I.

Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine

Department of Simulation Medical Technologies of Odesa National Medical University provides simulation trainings for students and residents (interns) of different specialties using high-fidelity simulation equipment and mannequins. The crucial scenarios are about Emergency conditions (Bleeding, Anaphylaxis, Epilepsy and Seizures, Heart attack, etc.).

In this regard, it is very important for students and interns to practice the skills associated with most emergency activities and learn to provide emergency care.

The number of students who took part in the study was 126, and the number of interns was 68. The assessment was carried out on a 100-point scale. At first, the practice of the scenario caused difficulties for senior students, the average mark after passing the scenario was — 72.14 ± 0.35 . The interns' overall score was significantly better and amounted to — 82.25 ± 0.18 . After completing the training cycle, detailed briefing, running through scenarios and debriefing, the assessment showed a significant improvement in student results — 85.17 ± 0.17 , and a slight improvement in interns — 86.73 ± 0.36 .

The assessment showed a significant increase in knowledge among students and insignificant among interns — this may be due to the experience of interns at clinical sites and initially high marks. Thus, we can conclude about the importance of using practice-oriented scenarios for key diseases with widespread prevalence.

TRANSANAL VERSUS LAPAROSCOPIC TOTAL MESORECTAL EXCISION

Anna Maria George

Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine

Introduction. The principles of total mesorectal excision (TME) were first described by Heald in 1982.

Since then it has become a standard procedure for rectal cancer, and reduced the local recurrence to less than 5%. Laparoscopic total mesorectal excision (LapTME) faced many obstacles in obese male with narrow pelvis and bulky mesorectum with increased risk of incomplete mesorectal excision and positive circumferential resection margin (CRM) and distal resection margin (DRM). Transanal Total Mesorectal Excision (TaTME), also known as 'bottom-up' surgery, is a new minimally invasive robotic alternative to conventional surgery for patients with lower rectal cancer. In the TaTME procedure, the tumor is completely removed, while all the benefits of a standard laparoscopic procedure are maintained, including a shorter recovery time, minimal scarring, and less pain.

Objective. To conduct a comparative study between transanal total mesorectal excision (TaTME) versus laparoscopic total mesorectal excision (LapTME) in patients with middle or low rectal cancer. Materials and methods: The study had 38 patients of middle or low rectal cancer and were nonrandomly assigned to either TaTME or LapTME. Surgeries were performed in KNP Odesa Regional Clinical Medical Center of Odesa Regional Council in 2014–2020. Eighteen patients were operated by TaTME versus 20 patients by LapTME. Mean body mass index was significantly higher in the TaTME group (30.73 ± 7.78) than in the LapTME group (25.98 ± 4.78).

Results: Our research showed that patients who underwent TaTME were associated with more transanal specimen extraction (55.5% versus 20%). No significant differences were detected in either of the groups with respect to CRM, DRM, peri — or postoperative complications.

Conclusions: TaTME facilitated rectal cancer surgery in obese patients had increased the chance of transanal specimen extraction with equivalent oncological outcomes to conventional LapTME. The TaTME procedure was used in patients expected to have difficult TME due to obesity, size and distal localization of the tumor. Further studies for long term oncological outcomes are needed.

INTERNATIONAL HEALTH CARE LAW

Singh Vijay Kumar

Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine

As a result, the 20th century in the field of international law gave the impetus for the emergence of the institutions for the protection of the right to health (international legal regulation of infectious and non-infectious diseases, implementation of gender equality in health care; international legal consolidation of environmental determinants of health; creation of international labor standards related to health, etc.), protection of biomedical human rights (international legal regulation of experiments on human, organ and tissue transplantation, ban on cloning, etc.), regulation of international trade in the field of health care (international legal regulation of the circulation of medicines and medical equipment, medical technology, tobacco control, etc.).

An integrated approach to international medical law / international health care law is inherent in vari-

ous scientific schools. D. H. Bartenev points out that international health care law is at the stage of forming a new complex branch of international law that regulates cooperation between states and other subjects of international law in the field of medicine and health care. L. Hostin expands the subject of regulation of international health care law, including related aspects (environmental protection, bioethics, social welfare, etc.)

International health care law, as A. Taylor points out, covers increasingly diverse and complex problem areas of international legal regulation, including various aspects of biomedicine, human reproduction and cloning, control of infectious and non-infectious diseases, control over the safety of health services, products and pharmaceuticals. Jean-Marie Crouzatie, who substantiates the affiliation of international health care law to international public law in the field of industry. The scholar points out that international health care law covers areas related to the human right to health: international medical law; international pharmaceutical law; international humanitarian law on health activities in times of international and domestic conflicts; provisions of international human rights law concerning the right to life and health.

Thus, international health care law can be considered as the emerging branch of international law, which is a system of international legal principles and norms that regulate the relations between the subjects of international law on cooperation in the protection of collective and individual health.

OMICRON STRAINS MUTATIONS SARS-COV-2 AMONG INDIAN POPULATION

Kushwah P., Mamontova T. V.

Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine

Introduction. COVID-19 was declared a public health emergency of international concern. Genomic sequencing of SARS-CoV-2 structure of the virus allows to detect transmission chains, track contacts and identify new strain variants, namely variants of concern (VOC), which is responsible for increasing the transmission of the virus, the formation of immune evasion and reducing the susceptibility of vaccinated individuals to infection with new strains. However, the analysis of the spread of mutations in the SARS-CoV-2 genome in India remains completely unexplored.

The goal of investigation: assess the prevalence of mutations SARS-CoV-2 genome among the population of Ukraine

Methods. Data on COVID-19 epidemiology trends of cases of infection and death in Ukraine were obtained on the open platform Google Public Data. Analysis of meta-data of all SARS-CoV-2 genomes from Ukrainian population (n=617) submitted to the GISAID database was performed from 2020 to 2021. The analysis includes data about the type and subline of the genome identified GISAID database. Genome evolution analysis was performed on the Nextstrain web platform. Statistical analysis. Results: Analysis of trends showed that 20 January 2022 have been high level in daily new cases (n=34562) and mortalities (n=491) of COVID-19 in India, it revealed high levels with 3 peak growth rates. Vaccination trends in

India showed that the total number of vaccinated with 1 dose is 52%, and 2 doses — 20% of the population. Average age of population was 35.7 ± 16.1 (from 11 months to 84 years old). Among population with Omicron mutation of SARS-CoV-2 was 337 males (54.6%) and 280 females (45.6%). In the samples, the proportion of strain GRA was 99.5% and strain GR — 0.5% strain according to GSAID classification. We found strong negative association between sex and Omicron mutation ($\tau = -0.06$; $p < 0.05$).

Conclusions. It was shown high pf Omicron strains of SARS-CoV-2 virus mutations during 2020-2021 among Indian population. Currently, the Omicron strain poses a new potential threat. The emergence of new strains in the country coincided with a new peak of COVID-19.

SIGNIFICANCE OF CLINICAL PEPTIDOMIC ANALYSIS IN MATERNAL HYPERTENSIVE DISORDERS IN PREGNANCY

Халім Ікбал Салім

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Hypertensive pregnancy disorders remain one of the leading causes of disability in women and maternal mortality, as well as infant perinatal morbidity and mortality. There are 4 variants of hypertensive disorders in pregnant women — chronic hypertension, gestational hypertension, preeclampsia-eclampsia and chronic hypertension with preeclampsia.

Adequate diagnosis of these diseases still remains a topical issue in modern obstetrics.

We analyzed the literature from the scientometric databases Scopus, Web of Science, Google Scholar and British Medical Journal (BMJ) in the amount of 96 papers on the keywords: “Hypertensive disorders”, “Preeclampsia-eclampsia”, “peptidomic analysis”, “chromatography”. It has been found that many authors use liquid chromatography and mass spectrometry to elucidate the molecular mechanisms involved in the development of hypertensive pregnancy disorders.

But this method was uncomfortable to determine biomarkers in a clinical blood sample, because it requires large amounts of biological materials. Therefore, according to other scientists, a more appropriate technique is BLOTCHIP, as one that does not require protein depletion in the sample. Further reflection requires new research and an increase in the number of results.

VARIANTS OF GENOME MUTATIONS IN WOMEN WITH OCULOLOGY OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM

Безродний О., Семенова Є., Добровольський А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Most human tumors, including cancers of the female reproductive system, arise from changes caused by pathogenic mutations in so-called “cancer genes.” Based on this concept, the identification of somatic mutations in tumor genomes is the starting point in the detection of “cancer genes”. According to the au-

thors, genomic mutations can affect in two ways — inactivation of suppressor genes or activation of oncogenes.

This paper analyzes 328 literature sources from scientometric databases Scopus, Web of Science, PubMed, Google Scholar. Search criteria: year of publication 2017–2022, keywords “genes”, “mutations”, “gynecological malignancies”, “cancer”, “cancer genes”. Genes were searched using The Cancer Genome Atlas (TCGA).

An important role in the development of endometrial cancer was found to be genomic abnormalities in chromosomes, inability to express PTEN-responsible for secondary mediator function in signaling in individual endometrial cells due to mutation or deletion, overexpression of HER-2 \ neu (HER2) dysregulation or overexpression of aldolase C, integrin-bound kinase, CLK, p16, cyclin E.

However, in the authors' opinion, there is not enough information about the so-called “cancer window”, which arises due to the imbalance between estrogen-induced endometrial proliferation and the system of repair of inconsistencies (SRI).

CHARACTERISTICS OF DIETARY HABITS OF MEDICAL STUDENTS

Zarichniak I. I.

Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine

Nutrition is known to be an integral part of human health, as it plays a significant role in the development of physical, mental and social well-being. Therefore, it is very important for students to carry out explanatory work on the basic principles of nutrition. The purpose of the study is to assess the atti-

tude of medical students to the proper diet and quality of nutrition. Materials and methods. The main method of research was the questionnaire form, which was attended by 43 6th year students (14 boys and 29 girls). The questionnaire included questions about diet, balance and nutritional benefits. Results. The analysis of the diet showed that more than half of the students (67.4±7.1%) ate at least 3 times a day, almost a third (27.9±6.8%) — 2 times a day, in most respondents 1–2 snacks prevail — (81.4±5.9%). Most students often miss breakfast (20.9±6.2%), do not have dinner (11.7±4.9%). According to the survey results, it was found that more than half of the students (60.5±7.5%) include fresh vegetables and fruits in their diet almost daily or at least 3–4 times a week. (6.9±3.9%) students have almost no meat in their weekly diet. More than half of fish dishes are eaten only 1–2 times a month (55.8±7.6%), and the rest of the students (9.3±4.4%) indicated the absence of seafood in the diet at all. Dairy products are consumed several times a week (65.1±7.3%) of respondents. The presence of sweets in the diet was noted almost daily (41.9±7.5%) of students. In addition, quite often (72.1±6.8%) in various forms in the diet are flour products. Almost a third (32.6±7.1%) eat “fast food” once a week, some students (37.2±7.4%) buy food at the kiosk.

Conclusions. Thus, the analysis showed that most medical students try to follow a balanced diet and nutrition, however, draws attention to the lack of protein, excessive consumption of bakery products and sweets. Therefore, it is necessary to actively involve students in the discussion of proper and quality nutrition, which will not only increase the level of education, but also contribute to the prevention of many diseases.

ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК
INDEX

- Абрамович В. Є. 164
Агафонікова Н. І. 112
Аксьонова Є. В. 140
Алавацька Т. В. 68, 70
Аль-Надаві Н. Д. 30
Анісімова О. О. 92
Антонян Д. А. 43, 75
Апостолова Г. С. 136
Артюх А. О. 100
Атанасов Д. В. 94
- Бабіч М. С. 144
Багузова А. С. 6
Базовкіна С. О., 17
Балабан А. А. 26
Балабан Н. С. 69
Балич В. З. 127
Балухата О. Ю. 85
Баран М. О. 21
Барась А. В. 83
Бассін М. 61
Безродний О. 168
Белянський М. А. 133
Бермас Н. О. 125
Бессонова А. Ф. 8
Бестанчук М. І. 27
Белкіна О. А. 130
Беседа А. Я. 82, 87
Бистриця Є. Р. 106
Біднюк В. К. 31
Блажко Ю. О. 125
Боева В. В. 45
Боклащук Е. І. 33
Бондар О. В. 99
Боришполь Т. О. 14
Борінштейн Н. Є. 130
Борщ В. І. 18
Боухаджеб Ель Мехді 53
Бошкова Я. В. 93, 94, 99
Бугаєнко А. Р. 86
Будігай Н. С. 146
Буравцев-Давидов Н. А. 99
Бурлак С. О. 11, 97
Бурлака І. А. 135
Бурмістрова Л. Д. 73
Бурячківський С. Е. 20, 24
Бушта К. В. 43
- Волощук Х. Ю. 66
Василенко К. С. 154
Вастьянов М. Р. 37, 38
Вербицька А. О. 84
Виговська Н. С. 113
Видрін К. Є. 116
Візінська І. Р. 9
Вінніченко Д. О. 22
- Вінокуров М. В. 29
Власов І. Г. 41
Волик Ю. В. 119
Володичев Д. С. 124
Ворона Д. А. 17
Воротинцева К. О. 91
- Гайдаржі Х. Д. 117
Гайналій Д. М. 50
Галактіонова В. В. 148
Галюк А. В. 131
Галюк Д. В. 131
Гамелаурі Ю. А. 111
Ганєв М. М. 120
Главацький І. О. 112
Глазова М. Ф. 132
Гнатюк І. М. 84, 86
Гніда Н. І. 132
Гожелова Н. М. 10
Головко В. В. 41
Гомонюк А. Л. 160
Гопіка Сюреш 162
Горбовецький М. В. 74
Горліцина О. А. 38
Горова А. С. 4, 31
Горпинич Д. В. 107
Грабарчук І. М. 3
Гриценко А. А. 114
Гриценко К. С. 128
Гриценко М. В. 76
Грицюк А. Г. 49
Гросфілер О. В. 135
Грушецька М. О. 100
Гуменко К. М. 40
Гуменюк В. М. 59
Гуненко І. І. 77
- Давидова Д. А. 51
Даниленко М. В. 105
Данилець Д. С. 26
Дегтяренко С. П. 91
Дегтярьов А. О. 6
Денисенко О. В. 29
Деренжі А. Д. 32
Дерік Джо Вінсі 162, 163
Дишель Г. О. 153, 154
Дімова В. Д. 61
Дімова О. Д. 40
Добровольський А. 13, 161, 162, 163, 168
Добровольський А. Л. 108
Домбровська Н. В. 135
Дончу А. М. 43, 75
Дороніна В. К. 111
Доценко О. В. 91
Дробініна М. Б. 53
- Дробот Д. І. 109
Дубна Є. С. 64
Дяденюк В. С. 79
Дьячкова З. Е. 89
- Ель-Назер Махмуд
Абдульрахман Махмуд 152
- Євсєєва О. А. 115
Єгоренко О. С. 30
Єленич Ю. С. 75
Єлісєєва Є. О. 71
Єловицова Є. С. 27
Єрасов А. М. 124
Єрмакович В. П. 85
Єршова М. Е. 127
- Жеронкіна О. О. 21
Журавльов А. М. 148
Журавський А. А. 155
- Загребельна К. В. 93
Заїка А. В. 43, 76
Зачеславська К. О. 113
Званчук К. Ю. 158
Зелінська В. С. 141
Зіміна М. С. 148
Золотухіна А. В. 22
- Ібрагімова Л. І.-К. 111
Іваненкова В. М. 126
Іванів Д. В. 80
Іванова А. В. 28
Іванова Д. О. 32, 121
Іванюк А. В. 84
Ісмаїлов Г. Т. 101
- Каліцинська Ю. Л. 108
Канжо Н. 95
Карадяур Д. М. 98
Караконстантин Д. Ф. 162
Караман В. В. 149
Кармоліна С. М. 90
Карпінська А. Б. 140
Карплюк Т. М. 28
Кастіро Н. А. 16
Кателіна Є. Г. 56
Квардакова В. Н. 48
Кенгельян Т. Р. 133
Кир'язова О. В. 15
Кирилюк А. О. 56
Кирилюк В. О. 145
Кирилюк О. О. 95
Кириченко В. Н. 148
Кірієнко А. В. 157
Кірова М. С. 86

- Кірчев В. В. 38
Кісельова Г. Г. 154
Коберідзе В. Т. 159
Кобець В. В. 133
Кобзар Д. С. 17
Коваленко Є. М. 22
Ковальчук А. Ю. 149
Ковальчук Л. С. 133
Коверга А. Г. 65
Ковтун Г. В. 22
Ковтун Ю. Є. 54
Козавчинська Д. М. 48
Козак А. О. 12
Козоріз А. С. 17
Козьма А. С. 128
Койфман Д. А. 138
Колєв М. І. 90
Коломійченко Ю. В. 22, 23, 34, 144
Колотова К. С. 147
Копйов Н. В. 29
Кордонець О. Л. 142
Корінь С. Ю. 66
Коротков О. О. 124
Котляр А. Г. 3. 21
Коханівський В. В. 68
Коцар А. О. 16
Кравець С. В. 156
Кравцова А. М. 95
Кравченко Н. В. 45
Кравчук К. М. 78
Краснов Крістіан 34
Красько В. С. 94
Крепєц С. М. 39
Кривуля К. Ю. 127
Крюкова Г. В. 121
Кудрявцева А. В. 134
Кузнєцова О. А. 135
Кулікова А. А. 117
Куліш М. Ю. 134
Курінна А. М. 54
Курінна О. В. 129
Кушнір В. В. 135
Кушнір М. О. 89, 123
- Ладиженська В. О. 102
Лапєєв І. С. 103
Лапкін А. А. 129
Латипов К. А. 30, 31
Левінсон М. М. 135, 136
Лекан М. Р. 27
Лемешева Д. О. 62
Лисенко А. 13, 162
Литвінець Д. О. 79
Літвін К. П. 116
Літвіненко Д. Ю. 137
Ліхтарьов О. В. 12
Лобзова К. О. 151
- Лук'янець О. Л. 35
Лунгу В. І. 143
Лунгу К. В. 142, 143
Лунько А. С. 109
Луценко Є.-М. С. 40
Ляшенко А. В. 30
- Мазніченко Є. О. 75, 76
Майстрєнко М. С. 69, 70
Макарєнко П. П. 136
Макєєва М. А. 77
Максимішин Р. С. 46
Максимовський Д. В. 20, 24, 99
Макуха А. В. 98
Малєнко Є. В. 57
Малишева А. С. 8
Малюта І. С. 90
Мальченко Д. О. 75
Мамалиженко Ю. В. 40
Маркова І. Є. 47
Мартинов Г. І. 89
Мартиновська О. В. 110
Марусіч Т. С. 84
Марценюк Я. І. 46
Маряхіна Є. Ю. 71, 72
Мастикаш О. О. 31
Масько А. М. 87
Матюшенко Є. О. 17
Матюшкіна М. В. 55
Мелєневич А. Я. 68
Мельник Ю. М. 62
Міронов О. В. 39
Мінковська Л. І. 57
Місяновська К. А. 8
Мокрієнко Е. М. 13
Мороховська К. В. 72
Москва Г. О. 25
Мотрєчко О. Ю. 108
Муляр Н. В. 135
Мунтян Є. О. 36
- Назарєнко О. О. 4, 16
Назаров В. В. 96
Найдьонов А. Ю. 79
Найдьонова Л. М. 79
Насонов А. І. 12, 158
Настаченко Д. В. 153
Нгуєн Тхі Ван Ань 60
Недялков А. Г. 92
Непряхіна Н. О. 142
Нестєренко Н. В. 7
Нетрєбчук Л. М. 7
Нігрецкул В. В. 10, 155
Нікуліца І. Є. 35
Новосьолов А. І. 29
Новосьолов О. І. 29
Новохацька А. В. 66
- Обєзєнюк В. О. 95
Овсьяннікова Л. С. 67
Оксєнюк О. В. 58
Онофрїйчук О. П. 97
Осінцева В. І. 43
Осмоловська І. І. 15
Остапенко І. О. 37
Остапенко Л. О. 23
Остапчук Т. М. 79
Очерєтна Ю. С. 121
- Паніна С. О. 147
Панов В. С. 150
Парасківа Д. Г. 77
Пархоменко О. Ю. 21, 73
Пасічник А. Р. 150
Пастухов О. О. 97
Пєлєхович Є. Є. 33, 64
Первак М. П. 30
Перєхрєстенко В. С. 63
Персіанова М. С. 20
Петрушенко С. В. 96, 98
Пірогов В. В. 99
Пірієва С. С. 137
Плохотнюк В. П. 91
Площинська Т. А. 118
Полєтянка К. О. 137
Поляков В. О. 120
Пономарєнко А. В. 95
Пономарьов В. О. 28
Попова А. Р. 23
Попова К. Ю. 40
Потапчук Ю. О. 124
Почтарєнко К. А. 138
Приболєвєць К. О. 30, 31
Прищєпа О. О. 39
Проскура О. А. 59
Пустовойченко Д. О. 26
- Радченко А. І. 16
Разінкін О. С. 26, 33
Ракович О. О. 49
Ратовська Г. В. 115
Рацібурінська В. Д. 16
Рашаді Хамза 53
Рєвурко А. П. 84
Рогачєвський Р. О. 107
Романів Д. Ф. 3, 32
Романов К. К. 142
Романчук Н. В. 138
Романюк К. О. 81
Рудєнко В. Р. 51
Рудєнко О. 162
Рудєнко О. В. 124
Рудінська Е. С. 18
Рудоманєнко Т. П. 101
Руснак С. В. 40
Рябєнька О. Д. 25, 29

- Рябокони А. М. 99
Рябцева А. М. 64
Рябченко В. О. 42
- Саввова А. О. 138
Савенко П. О. 52
Савицький В. І. 78
Сазанська М. С. 17
Сапрунова В. С. 47
Саражина К. С. 84
Свириденко Р. В. 20
Сема Р. В. 127
Семенова Є. 168
Сервецька О. М. 135
Сергієнко В. О. 25
Сизарева А. М. 150
Сіваш В. С. 50
Сікорська М. О. 18
Сімінченко Ю. С. 125
Січкара О. В. 81
Скоркін М. В. 142
Слуцька М. Ю. 139
Смірнова М. І. 96, 98
Смірнова О. В. 67
Смолякова І. Д. 151
Собітняк В. О. 80
Соболева К. М. 85
Соловйова А. Д. 76
Соловйова І. В. 133
Станіславчук В. В. 88
Стародубцева В. В. 11
Стасій Ю. С. 114
Степанов Є. А. 69, 70
Степова В. О. 140
Стефанчук І. Ю. 156
Стоянова І. Д. 152
Стоянова І. І. 55
Суворова А. С. 22, 23, 145
Сухіна О. О. 43, 76
Сухіна Ю. О. 68, 70
Сухомейло К. О. 141
- Таганова М. І. 115
Тер-Варданян Д. Г. 100
Терещенко А. А. 89
Тесленко А. О. 148
Теслюк О. О. 159
Тимовська О. В. 148
Тимофеева Л. О. 159
Ткаченко Є. О. 25
Тодорова Т. П. 117
Толочко А. В. 38
Топал М. М. 37
Трамбач А. В. 139
Трегубенко В. А. 10
Тулянцева Є. О. 75, 76
Тюпа В. В. 126
- Унгурян Г. В. 25, 66, 67
Урсу О. Ю. 24
- Фам Нгок Фіонг Ян 118
Федоров В. І. 52
Філоненко О. В. 5
Фурса Р. Г. 151
- Хаддар Алаа 65
Халім Ікбал 161
Халім Ікбал Салім 168
Харченко Е. А. 65
Хворостяна С. В. 100
Хзам М. Б. 72
Ходорова Д. В. 110
Хоробрих О. В. 3, 82
Хорько А. В. 100
Храмов М. А. 152
Хрущ М. О. 93
- Цепкова Т. В. 58
Циба А. А. 14
Цибулько В. О. 150
Цилько І. В. 103
- Черкова М. М. 63
Черненко В. С. 140
Чернишова К. С. 75, 77
Четверіков М. С. 93
Четверікова-Овчинник В. В. 93
Чорній О. П. 80
Чуб К. С. 148
- Шанигін А. В. 144
Шаплавська А. І. 100
Шаповалов О. 161
Шаповалов О. Г. 135
Шаповалов О. О. 135
Швага М. Ю. 111
Шевцова І. Ю. 113
Шевчук Н. Д. 119, 123
Шейфель А. В. 97
Шейх Алі Д. Х. 146
Шинкаренко Т. Д. 140
Шкімбов С. М. 152
Шкуропат Є. В. 51
Шнайдер К. С. 142, 143
Шпак С. В. 142
Шпильовий С. О. 48
Штипуляк В. Р. 94
Шульга А. С. 140
Щеглов І. А. 31
Щербакан С. С. 103, 104
- Юсеф М. Е. 9
Ющук К. С. 159
- Яковлева Н. В. 116
Якуба Ю. В. 140
Якуба Ю. В. 37
Якушкіна М. Ю. 104, 105
Ямпольська Т. П. 42
Январьова О. Ю. 71, 72
Янєва Д. Г. 101
Янєва О. О. 107
Янюк Г. В. 60
Ярова К. О. 85
Яссір ель Шаїмі 36
Ясько А. І. 151
Ящук І. С. 59, 60
- Abdelmoaty Mahmoud Shaker Zaki 163
Abu Koosh Mahmoud 165
Aloui Ansem 166
Anna Maria George 167
- Botrus Cecil Hani Fawzi 163
- Eltaraboly Kholoud Ibrahim Attia Safan 166
- Gaurav Saini 165
- Karakonstantyn D. F. 167
Koroleva T. 164
Kravets K. V. 166
Kushwah P. 168
- Laribi Mariem 161
- Mamontova T. V. 168
Melnychenko V. A. 167
Mikhalchuck E. 164
Mohd Adnan Azhar 165
- Nabeel Mukri
Kizhakkevalappil 165
Nikohosyan L. R. 165, 166
- Onyschenko V. I. 167
- Pervak M. P. 167
Prachi Dabas 165
Pukhtieieva O. D. 166
- Shanyhin A. 164
Singh Vijay Kumar 167
- Yehorenko O. S. 167
- Zarichniak I. I. 169

ЗМІСТ

«Круглий стіл», присвячений 100-річчю з дня народження професора Крістіана Барнарда “Round Table”, Dedicated to 100th Anniversary of Birth of Professor Christian Barnard	3
Секція суспільних і гуманітарних наук, філософії та соціальної медицини Section of Social Sciences and Humanities, Philosophy and Social Medicine	6
Секція морфологічних, фізіологічних наук, медичної біології, біофізики та медичної апаратури Section of Morphological, Physiological Sciences, Medical Biology, Biophysics and Medical Equipment	20
Секція фармакології і фармації Section of Pharmacology and Pharmacy	45
Секція терапії та сімейної медицини Section of Therapy and Family Medicine	68
Секція нейронаук Section of Neuroscience	84
Секція хірургії Section of Surgery	89
Секція акушерства, гінекології та урології Section of Obstetrics, Gynecology and Urology	107
Секція епідеміології, інфекційних, шкірно-венеричних хвороб та фтизіатрії Section of Epidemiology, Infectious, Skin and Venereal Diseases and Phthisiology	123
Секція педіатрії Section of Pediatrics	130
Секція стоматології Section of Dentistry	141
Секція фізичної реабілітації, спортивної медицини, валеології та гігієни Section of Physical Rehabilitation, Sports Medicine, Valeology and Hygiene	144
Мультидисциплінарна англомовна секція Multidisciplinary English Section	161
Іменний покажчик Index	170

**СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ
АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ
(для студентів та молодих вчених)**

**Науково-практична конференція
з міжнародною участю, присвячена 100-річчю
з дня народження К. Барнарда
2–3 червня 2022 року**

Тези доповідей

Провідний редактор О. В. Бровкін
Редактор А. А. Гречанова
Художній редактор А. В. Попов
Технічний редактор Р. В. Мерешко
Коректор О. В. Титова

Видання можна знайти
в репозиторії Одеського національного медичного
університету за посиланням <https://repo.odmu.edu.ua>

Електронне видання. Формат 60x84/8. Ум.-друк. арк. 20,23. Зам. 2408.

Видавець і виготовлювач Одеський національний медичний університет
65082, Одеса, Валіховський пров., 2.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 668 від 13.11.2001 р.

