

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО- МЕДИЧНИЙ МОЛОДІЖНИЙ ЖУРНАЛ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ВИДАННЯ

ISSN 1996-353X
ISSN 2311-6951



www.nmu.ua

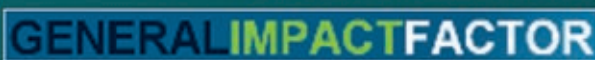
UKRAINIAN
SCIENTIFIC
MEDICAL
YOUTH
JOURNAL



www.mmj.com.ua

СПЕЦІАЛЬНИЙ ВИПУСК

№ 1 (92) 2016





ISSN 1996-353X

Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ВИДАННЯ



Спеціальний
випуск № 1 (92)
2016

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-МЕДИЧНИЙ МОЛОДІЖНИЙ ЖУРНАЛ

Засновник – Національний
медичний університет
імені О.О. Богомольця
МОЗ України

Періодичність виходу
4 рази на рік.

Журнал внесено до переліку

фахових видань.
Галузі наук: медичні,
фармацевтичні.

(наказ МОН України
09.03.2016 № 241)

Реєстраційне свідоцтво
КВ № 17028-5798ПР.

Рекомендовано
Вченою Радою
НМУ імені О.О. Богомольця
(протокол № 9
від 21 березня 2016 р.)

Усі права стосовно
опублікованих статей
залишено за редакцією.
Відповідальність за добір
та викладення фактів
у статтях несуть автори,
а за зміст рекламних
матеріалів – рекламодавці.
Передрук можливий за згоди
редакції та з посиланням
на джерело.

До друку приймаються
наукові матеріали,
які відповідають вимогам
до публікації в даному
виданні.

Адреса

для кореспонденції:
Редакція Українського
науково-медичного
молодіжного журналу,
науковий відділ,
бул. Т. Шевченка, 13,
м. Київ, 01601

www.mmj.com.ua
E-mail: usmj@nmu.ua

© Національний медичний
університет
імені О.О. Богомольця, 2016
www.nmu.ua

Видавець

ТОВ "Видавництво "KIM"
Свідоцтво ДК № 2888
від 03.07.2007 р.

Підписано до друку
22.03.2016 р.
Формат 60x84/8
Друк офсетний.
Папір офсетний
Тираж 200. Зам. № 005-16.

**Видається за наукової підтримки Національної академії наук України
та Національної академії медичних наук України**

Представлений в Ulrich's International Periodicals Directory

**Видання індексується CiteFactor, General Impact Factor, Google Scholar,
Index Copernicus, Index Science, InfoBase Index, Open Academic Journals
Index, ResearchBib, Scientific Indexing Services, WorldCat OCLC**

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

**Голова редакційної колегії: член-кореспондент НАМН України, доктор
медичних наук, професор Амосова К.М.**

Заступники голови редакційної колегії: Цехмістер Я.В., Черенько Т.М.

**Члени редколегії: Антоненко М.Ю., Бардов В.Г., Бичкова Н.Г., Благая А.В.,
Боднар П.М., Божук Б.С., Борисенко А.В., Булах І.Є., Бур'янов О.А.,
Бутенко Г.М., Васильєва І.В., Вельчинська О.В., Веніківський Б.М.,
Вітовська О.П., Волков К.С., Володій М.О., Волосовець О.П., Волох Д.С.,
Голубовська О.А., Грузєва Т.С., Давтян Л.Л., Дронов О.І., Дубров С.О.,
Захараш М.П., Іюффе О.Ю., Карвацький І.М., Колеснікова І.П., Короленко В.В.,
Крамарьов С.О., Кремень В.Г., Косяченко К.Л., Копчак А.В., Курченко А.І.,
Лазоришинець В.В., Линовицька О.В., Майданник В.Г., Максименко С.Д.,
Маланчук В.О., Мельник В.С., Медведєв В.В., Михайличенко Б.В., Міхньов В.А.,
Мішалов В.Г., Мороз В.М., Натрус Л.В., Науменко О.М., Неспрядько В.П.,
Нетяженко В.З., Ніженковська І.В., Омельчук С.Т., Парій В.Д., Петренко В.І.,
Попович В.П., Редькіна О.А., Розенфельд Л.Г., Романенко О.В., Савчук О.М.,
Сарафинюк Л.А., Свінціцький А.С., Сергієнко В.П., Скрипник Р.Л., Соколова Л.І.,
Сокурєнко Л.М., Староста В.І., Степаненко В.І., Стеченко О.В., Стеченко Л.О.,
Стучинська Н.В., Сусь Б.А., Сятиня М.Л., Тарасюк Т.В., Ткаченко М.М.,
Тяжка О.В., Фомін П.Д., Хайтович М.В., Хоменко Л.О., Цимбалюк В.І.,
Цуркан О.О., Чазов Є.І., Чайковський Ю.Б., Чалий О.В., Чекман І.С.,
Шебень В., Черкасов В.Г., Чешук В.Є., Ширококов В.П., Яворовський О.П.,
Яременко О.Б., Chorostowska-Wynimko Joanna (Польща), Freitas Jr. Robert A.
(США), Kowalski Janusz (Польща), Torello Lotti (Італія), Tsankov Nikolai (Болгарія).**

Головний редактор: Ковальчук О.І.

Заступники головного редактора: Дінець А.В., Мороз В.В.,

Приступюк Л.О., Сулік В.В.

Відповідальні секретарі: Мурланова К.С., Сергієнко М.С.

ISSN 1996-353X

Ministry of Health of Ukraine
Bogomolets National Medical University

THEORETICAL AND PRACTICAL EDITION



UKRAINIAN SCIENTIFIC MEDICAL YOUTH JOURNAL

Special
Edition № 1 (92)
2016

**Published by scientific support of the National Academy of Sciences
and National Academy of Medical Sciences of Ukraine**

Introduced in Ulrich's International Periodicals Directory

**Journal's indexing: CiteFactor, General Impact Factor, Google Scholar, Index
Copernicus, Index Science, InfoBase Index, Open Academic Journals Index,
ResearchBib, Scientific Indexing Services, WorldCat OCLC**

EDITORIAL BOARD

**Chairman Of The Editorial Board: *Corresponding Member in NAMS of
Ukraine, Doctor of Medicine, Professor K.M. Amosova***

Vice-Chairmen of the Editorial Board: *Ya.V. Tsekhmister, T.M. Cherenko*

***M.Yu. Antonenko, V.H. Bardov, N.G. Bichkova, P.M. Bodnar, A.V. Blagaia,
A.V. Borysenko, B.S. Bozhuk, I.Ye. Bulakh, O.A. Burianov, G.M. Butenko,
Yu.B. Chaikovskiy, O.V. Chalyi, Ye.I. Chazov (RF), I.S. Chekman,
V.G. Cherkasov, V.Ye. Cheshuk, L.L. Davtian, O.I. Dronov, S.O. Dubrov,
P.D. Fomin, Robert A. Freitas Jr. (USA), O.A. Golubovska, T.S. Gruzeva,
O.Yu. Ioffe, I.M. Karvatsky, M.V. Khaitovych, L.O. Khomenko, I.P. Kolesnikova,
A.V. Kopchak, V.V. Korolenko, K. L. Kosyachenko, Kowalski Janusz (Poland),
S.O. Kramarov, V.H. Kremen, V.V. Lazoryshynets, Lotti Torello (Italy),
O.V. Lynovytska, V.H. Maidannyk, S.D. Maksymenko, V.O. Malanchuk,
V.V. Miedvediev, V.S. Melnyk, V.A. Mikhnov, V.H. Mishalov, V.M. Moroz,
B.V. Mykhailychenko, L.V. Natrus, O.M. Naumenko, V.P. Nespriadko,
V.Z. Netiazhenko, I.V. Nizhenkovska, S.T. Omelchuk, V.D. Parij, V.I. Petrenko,
V.P. Popovych, O.A. Redkina, O.V. Romanenko, L.G. Rozenfeld,
L.A. Sarafyniuk, O.M. Savchuk, V.P. Sergienko, V. Sheben, V.P. Shyrobokov,
M.L. Siatynia, R.L. Skrypnyk, L.I. Sokolova, L.M. Sokurenko, V.I. Starosta,
L.O. Stechenko, O.V. Stechenko, V.I. Stepanenko, N.V. Stuchynska, B.A. Sus,
A.S. Svintsitsky, T.V. Tarasiuk, O.V. Tiazhka, M.M. Tkachenko, Nikolai
Tsankov (Bulgaria), V.I. Tsymbaliuk, O.O. Tsyrcan, I.V. Vasylieva,
O.V. Velchynska, B.M. Ventskiivskiy, O.P. Vitovska, K.S. Volkov, M.O. Volodii,
D.S. Volokh, O.P. Volosovets, Joanna Chorostowska-Wynimko (Poland),
O.B. Yaremenko, O.P. Yavorovsky, M.P. Zakharash.***

Chief Editor: *O.I. Kovalchuk*

Deputy Editor: *A.V. Dinets, V.V. Moroz, L.O. Prystupiyuk, V.V. Sulik*

Executive Secretary: *K.S. Murlanova, M.S. Sergienko*

**Founder – Bogomolets
National Medical University
Ministry of Health
of Ukraine**

**Publication frequency –
4 times a year.
The Journal is included in
the list of professional
publications in Medical and
pharmaceutical Sciences
(order MES Ukraine
09.03.2016 № 241)
Registration Certificate
KB № 17028-5798П.**

**Recommended by the
Academic Council of the
Bogomolets National Medical
University, Kyiv
(protocol № 9
of March 21, 2016)**

All rights concerning published
articles are reserved to the
editorial board.

Responsibility for selection
and presentation of the facts
in the articles is held by
authors, and of the content
of advertising material –
by advertisers.

Reprint is possible with
consent of the
editorial board and reference.
Research materials accepted
for publishing must meet the
publication requirements
of this edition.

Correspondence address:
Editorial board of the
Ukrainian Scientific Medical
Youth Journal
Research Department,
13, T. Shevchenka blvd.
Kyiv, 01601

www.mmj.com.ua
E-mail: usmyj@nmu.ua

© Bogomolets National
Medical University, 2016
www.nmu.ua

Publisher
"KIM" Publishing house" Ltd.
Certificate ДК № 2888
from 03.07.2007

Signed in print on 22.03.2016
Format 60x84/8 Offset print.
Offset paper.
Circulation: 500.
Order № 005-16.

ЗМІСТ / CONTENTS

Сторінки / Pages

МАТЕРІАЛИ ІІ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ
13-15 листопада 2015 р., м. Київ, Україна /
ABSTRACTS OF THE ІІ CONFERENCE ON EXPERIMENTAL SURGERY,
November 13-15 2015, Kyiv, Ukraine

5

МАТЕРІАЛИ VII МІЖНАРОДНОГО НАУКОВО-ПРАКТИЧНОГО СЕМІНАРУ,
ПРИСВЯЧЕНОГО ВСЕСВІТНЬОМУ ДНЮ БОРОТЬБИ ІЗ РАКОМ
5-6 лютого 2016 р., м. Київ, Україна /
ABSTRACTS OF THE 7th INTERNATIONAL SCIENTIFIC & PRACTICAL SEMINAR,
DEDICATED TO THE WORLD CANCER DAY,
February 5-6, 2016, Kyiv, Ukraine

13

МАТЕРІАЛИ V ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ СТУДЕНТСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДИТЯЧИХ ХВОРОБ»,
26 лютого 2016 р., м. Київ, Україна /
ABSTRACTS OF THE V UKRAINIAN STUDENT SCIENTIFIC CONFERENCE “INTERDISCIPLINARY
APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHILDHOOD DISEASES”,
February 26 2016, Kyiv, Ukraine

23

МАТЕРІАЛИ СЕМІНАРУ ПРИСВЯЧЕНОГО ВСЕСВІТНЬОМУ ДНЮ ЗДОРОВ'Я 2016
7-8 квітня 2016 р., Київ, Україна /
ABSTRACTS OF THE SEMINAR, DEDICATED to THE WORLD HEALTH DAY 2016
April 7-8, 2016, Kyiv, Ukraine

33

УМОВИ ПУБЛІКАЦІЇ

51

**МАТЕРІАЛИ
II ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ**

**13–15 листопада 2015 р.,
м. Київ, Україна**

**ABSTRACTS OF THE II CONFERENCE
ON EXPERIMENTAL SURGERY**

November 13–15 2015, Kyiv, Ukraine

ОЦЕНКА РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

EVALUATION OF RADICAL SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER

Васильева В.Д. / V.D. Vasilieva

*Научный руководитель: зав. кафедры урологии
ДонНМУ им. М. Горького, д.мед.н.,
проф. Шамраев С.Н.*

*ГУ «Институт урологии НАМН Украины»,
Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина*

Цель: Оценить результаты лечения больных после радикальной цистэктомии (РЦЭ).

Материалы и методы. Основу данного исследования составили материалы обследования и лечения 84 пациентов. Основным показанием к проведению РЦЭ в группах стал мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря (МИРМП) – у 78(92,9%) пациентов, также показаниями к операции были: рецидивирующий МНРМП у 3(3,6%) пациентов, экстропия МП у 2(2,4%) пациентов, вторичный склероз МП-1(1,2%) пациент.

Результаты исследований. Длительность операции в среднем составила $6,8 \pm 0,3$ часов, при среднем объеме кровопотери 550 ± 101 мл. Лимфаденэктомия в объеме стандартной выполнена 56(66,7%) пациентам, в объеме расширенной – 25(29,8%). Метастазы в регионарных ЛУ были выявлены у 21(25%) пациента. Послеоперационное восстановление в среднем $26,2 \pm 1,2$ дней. Использовались следующие методы деривации мочи: 14(16,7%) пациентам была выполнена уретерокутанеостомия с У-У анастомозом, деривация по методике Bricker у 35(41,6%) пациентов, гетеротопическое отведение мочи – 7(8,3%) пациентов, ортотопическая цистопластика по Studer – 28(33,3%) пациентов. У 43% пациентов развились послеоперационные осложнения различной степени тяжести согласно классификации Clavien-Dindo, основными были: гемотрансфузия – 10(11,9%) пациентов (Clavien II), ликвидация кишечного свища – 3(3,6%) пациента, несостоятельность кишечного анастомоза с релапаротомией – 6(7,1%) пациентов (Clavien IIIb). Летальный исход – 2(2,4%) пациента (Clavien V). Анализ общей выживаемости (ОВ) в общей когорте пациентов показал следующие результаты: 1-летняя ОВ – 87,1%, 3-летняя ОВ – 48,6%, 5-летняя ОВ – 41,4%.

Выводы: В 76% РЦЭ выполняется пациентам с интеркуррентной патологией и сопровождается развитием значительного числа «малых» (22%) и «больших» (21%) осложнений. Тенденция к ухудшению периоперационных результатов наблюдается у пациентов старше 65 лет ($r = +0,4$; $p < 0,05$); увеличению риска периоперационной летальности и снижению 3-летней ОВ способствует развитие послеоперационных осложнений, что подтверждается наличием обратной корреляционной связи между степенью тяжести осложнений и показателями ОВ.

Summary: Radical cystectomy (RCE) is a «gold standart» in the treatment of muscle-invasive bladder cancer, herewith it is remaining the most traumatic and technically complicated surgery. Was performed the analysis of results of the treatment of 84 patients who underwent RCE. Indicators of the 3- and 5-year overall survival (OS) in the research were for 48.6% and 41.4%.

ІДІОПАТИЧНА ПОРТАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ

IDIOPATHIC PORTAL HYPERTENSION

Захарук Є., Захарук Н. / E. Zacharuk, N. Zacharuk

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. І.Л. Насташенко
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної хірургії №1 (зав.каф., д.мед.н.,
проф. О.І. Дронов), м. Київ, Україна*

Ідіопатична портальна гіпертензія (ІПГ) – захворювання, яке супроводжується підвищенням тиску в системі ворітної вени при відсутності цирозу чи будь-яких інших хронічних захворювань печінки. Чіткі механізми, які пояснюють етіологію даного захворювання досі нам не відомі. ІПГ зазвичай передбачає доброякісний прогноз для лікування, але мають місце ускладнення у вигляді кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу (ВРВС) та сплено-мегалялія з явищами гіперспленізму або без них. Лікування даної групи пацієнтів може особливо не відрізнитись від лікування хворих з портальною гіпертензією (ПГ) на фоні цирозу печінки, але іноді потребує корекції лікувальної тактики та навіть трансплантації печінки.

Достовірна етіологія ІПГ досі не відома, але існує декілька основних теорій щодо патогенезу даного захворювання: імунологічна теорія, яка включає в себе можливу наявність прогресуючого системного склерозу, системний червоний вовчак та/або змішані захворювання сполучної тканини; інфекційна теорія, яка передбачає хронічні запальні реакції в портальній системі, як правило спричинені транслокацією кишкової флори, що призводить до гістопатологічних змін в печінці; генетичні розлади – основна теорія, про що свідчить сімейне угруповання, та наявність у хворих супутніх генетичних розладів таких, як синдром Адамса-Олівера чи синдром Тернера.

Ідіопатична портальна гіпертензія відрізняється від ПГ при цирозі печінки за характером і механізмом її виникнення повним або частковим збереженням функцій печінки. Це означає, що медикаментозне лікування даної групи хворих відрізняється від хворих з цирозом печінки (призначення бета-блокаторів та антагоністів рецепторів до ангіотензину-II не застосовується).

Більш ніж у 90% пацієнтів з ІПГ розвивається ВРВС, стравохідні варикси в пацієнтів з ІПГ мають декілька особливостей: вони товщі (так само як і стінка портальної вени) ніж у пацієнтів з цирозом печінки та рідко візуалізуються звичним червоним кольором під час ендоскопічного дослідження. Шанс розриву ВРВС набагато нижчий ніж у

пацієнтів з цирозом печінки та ПГ, але при наявності кровотечі у пацієнтів з ППГ лікування не відрізняється від звичайного лікування кровотеч з ВРВС. Існує одне невелике дослідження, яке вказує на недоцільність використання лігування судин для профілактики рецидиву кровотечі.

Шлункові варикси та гастропатія в наслідок портальної гіпертензії зустрічаються набагато рідше ніж ВРВС у хворих на ППГ. Що також вказує на недоцільність призначення неселективних бета-блокаторів для супресії кровотоку в слизовій шлунку, задля попередження рецидивів кровотеч.

Панцитопенія та гіперспленізм розглядаються, як основні покази до спленектомії або ж до часткової емболізації селезінкової артерії.

Висновки. Ідіопатична портальна гіпертензія – є гетерогенним розладом з різними клінічними варіантами перебігу, в тому числі з спленомегалією та гіперспленізмом і варикозним розширенням вен стравоходу. Дефіцит знань про причини виникнення ППГ призводить до відсутності однозначних позицій щодо лікування, як окремої патології так і її ускладнень.

Summary: Idiopathic portal hypertension – a disease that is accompanied by increased pressure in the porto-caval system in the absence of cirrhosis, or any other chronic liver diseases. The recondit etiology leads to the search for common definitions of tactics of treatment of patients with this disease. Some facts of disease manifestation are shown on this issue.

ХІРУРГІЧНА АНАТОМІЯ СУДИН НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ПЛОДІВ ТА НОВОНАРОДЖЕНИХ

SURGICAL ANATOMY OF LOWER URINARY TRACT OF THE FETUSES AND NEWBORNS

Кашперук-Карпюк І.С., Слободян О.М., Пелип Б. / Kashperuk-Karpiuk I.S., Slobodian O.M., B. Pelip

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

зав. каф.: д.мед.н., проф. О.М. Слободян

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

Актуальність дослідження обумовлена відсутністю цілісних уявлень щодо діапазону анатомічної мінливості міхурово-сечівникового сегмента, особливостей міо- та ангіоархітектоніки в перинатальному періоді онтогенезу, що потребує подальшої наукової розробки.

Мета дослідження: з'ясувати особливості кровопостачання міхурово-сечівникового сегмента.

Матеріали та методи. Дослідження виконано на 35 плодах людини, 161,0-420,0 мм тім'яно-куприкової довжини та 8 трупах новонароджених людини. У ході дослідження використовували методи: макро- та мікроскопії, морфометрії, комп'ютерне 3-D реконструювання.

У перинатальному періоді кровопостачання міхурово-сечівникового сегмента здійснюється за рахунок нижніх міхурових та середніх прямокишкових артерій, сечівнико-

вими артеріями. У плодів жіночої статі сегмент кровопостачається ще й піхвовою артерією. У плодів чоловічої статі від нижніх міхурових артерій до передміхурової частини сечівника відходять сечівникові артерії, кількість яких коливається від 5 до 7. У другій половині 3-го триместру в ділянці сім'яного горбика визначаються анастомози між сечівниковими, передміхуровозалозовими гілками та артеріями сім'яноснах проток, кількість гілок та анастомозів обумовлює потужне кровопостачання.

На рівні шийки сечового міхура, а також у межах трикутника міхура спостерігаються судинні сплетення підслизової основи. У сполучній тканині підслизової основи та м'язовій оболонці сегмента визначається концентрація судин, які за будовою подібні до кавернозних тіл.

Відтік венозної крові від міхурово-сечівникового сегмента здійснюється не тільки гілками сечоміхурових вен, розміщеними в адвентиційній оболонці, а також і венозними сплетеннями передміхурової залози, сім'яноснах проток у плодів чоловічої статі, відповідно у плодів жіночої статі – венозний відтік відбувається у піхвове венозне сплетення.

Висновки. Враховуючи топографоанатомічні особливості ангіо- та міоархітектоніки міхурово-сечівникового сегмента, вважаємо, що роль замикача нижніх сечових шляхів забезпечується взаємодією судинного (за рахунок кавернозоподібних утворень підслизової основи шийки сечового міхура і м'язового компонентів).

Summary. The examination is conducted on fetuses and dead newborns. The data obtained concerning anatomy and histostructural organization of the vesicourethral segment wall can serve as a morphological base to diagnose congenital defects of the vesicourethral segment, surgical correction of congenital pathology of the vesicourethral segment in children of early age.

ТРИВИМІРНЕ РЕКОНСТРУЮВАННЯ МІКРОСКОПІЧНИХ АНАТОМІЧНИХ ОБ'ЄКТІВ ЯК ЗАСІБ ПІЗНАВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТІВ У ВИВЧЕННІ МОРФОЛОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН

3D-RECONSTRUCTION OF MICROSCOPIC ANATOMICAL OBJECTS AS A MEANS OF STUDENTS COGNITIVE ACTIVITY IN THE STUDY OF MORPHOLOGICAL DISCIPLINES

Кашперук-Карпюк І.С., Цигикало О.В. / Kashperuk-Karpiuk I.S., Tsyhykalo O.V.

(д.мед.н., доц. кафедри здоров'я людини, рекреації та фітнесу ЧНУ ім. Ю. Федьковича)

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

зав. каф.: д.мед.н., проф. О.М. Слободян

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

Мотивація студентів до оволодіння теоретичними знаннями та практичними навичками з морфологічних

дисциплін спонукає викладачів розробляти та впроваджувати нові методичні підходи в організації самостійної аудиторної роботи та науково-методичної позааудиторної діяльності студентів. Наш досвід викладання анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії, вікової та динамічної анатомії, спортивної морфології свідчить про те, що серед головних мотиваційних факторів, які підвищують ефективність професійної пізнавальної діяльності студентів, є зацікавлення їх новітніми, передовими технологіями дослідження, надання можливості проявити свій індивідуальний творчий потенціал та свої особистісні якості під час виконання фрагменту роботи в групі однодумців, мати змогу отримати конкретний результат, який має всі ознаки наукової новизни та науково-практичної цінності. Найкращою формою для реалізації зазначених мотиваційних факторів є різні форми позааудиторної самостійної роботи студентів.

Враховуючи зацікавленість студентами сучасними та новітніми методами діагностичної медичної візуалізації, перспективним засобом залучення їх до самостійної позааудиторної роботи є реконструювання мікроскопічних анатомічних об'єктів (анатомічні структури дорослої людини, органи та органоконспекти передплідів та плідів людини). Невеликі розміри анатомічного препарату дозволяють реконструювати анатомічний орган із суміжними структурами, створити тривимірну модель – віртуальну копію реальних органів людського тіла в певному масштабі з можливістю вивчення просторової будови та проведення морфометрії. Технологія отримання комп'ютерної тривимірної реконструкції практично не відрізняється від методів візуалізації комп'ютерних, магнітно-резонансних томограм тощо, залучає студентів до їх практичного виготовлення та розуміння способу отримання зображення.

Summary. With the aim to find the ways to improve the educational process and mastering practical skills on topographic anatomy and operative surgery by the students, a pedagogical research has been conducted with the use of a critical analysis of educational-methodological literature on the given problem, learning experts' opinion (instructors) and questionnaire of the students. Practical classes maximum close to real conditions and individual students' work after classes increase their motivation and interest in independent advanced learning of topographic anatomy and operative surgery.

РЕГЕНЕРАЦІЯ КОСТИ В РАЗЛИЧНОМ ВОЗРАСТЕ

BONE REGENERATION IN DIFFERENT AGE

Кинь М.М., Кинь Н.М. / Kin M.M., Kin N.M.

Научный руководитель к.мед.н.

доц. Шерегий А.А., к.мед.н. доц. Вайнагий О.М., д.мед.н., проф. Шимон В.М.

Ужгородский национальный университет, медицинский факультет, кафедра общей хирургии зав. каф. д.мед.н., проф. Шимон В.М. г. Ужгород, Украина

Актуальность. Восстановление тканей, в частности костной – одна из наиболее актуальных проблем современной медицины [4, 5, 7]. В поисках решений ведутся исследования в различных направлениях, таких как разработка факторов роста, различных стимуляторов остеогенеза, в числе которых упоминаются костные морфогенетические белки, а так же и клеточно-тканевая инженерия [6, 9].

Остеогенез – сложный процесс, начинающийся клетками эндо- и периоста, которые происходят от мезенхимальных (стромальных) клеток костного мозга. Биохимические сигнальные молекулы регулируют их количество в восстановительных и ремоделирующих процессах костной ткани. Дальнейшая дифференциация остеогенных клеток в хондро- и остеобласты обусловлена локальным микроокружением на клеточном уровне. Костная ткань является уникальной в своем роде, отличающейся своими регенераторными возможностями, так как ей свойственно замещение дефектов идентичной тканью, в отличие от остальных тканей, где восстановление происходит только посредством соединительной ткани.

Цель исследования: изучить регенераторный потенциал остеогенной активности мезенхимальных (стромальных) клеток костного мозга в различном возрасте.

Материал и методы исследования. Соблюдая все хирургические меры, при использовании раствора Хенкса вымывали основной слой костной ткани, и из канала бедренной кости крыс-доноров 3 и 18 месячного возраста получали клетки костного мозга. Путем центрифугирования на протяжении 10 мин при 1000 об/мин клетки осаждали, в растворе Хенкса, осажденными, их отмывали, после чего ресуспендировали в среде ДМЕМ с добавлением 20 % фетальной телячьей сыворотки, 2 М L-глутамин и 50 мкг/мл гентамицина. Судить о количестве выделенных клеток могли по результатам подсчета в камере Горяева. Далее клетки культивировали, посеяв в специальные флаконы в концентрации 2×10^6 на 1 см^2 дна флакона. Культивация происходила в CO_2 – инкубаторе при 95% влажности в среде с 5 % CO_2 в температурном режиме 37°C . Каждые 48 часов среда менялась.

Через 12-14 суток на дне флаконов из стромальных клеток костного мозга образуются колонии фибробластоподобных клеток. С целью направления дальнейшей дифференциации по остеогенному типу, в культуральную среду добавляли 0,285 мл аскорбиновой кислоты,

10 мл бета- глицерофосфата, 10^{-7} М дексаметазона. Через 14 суток клетки приходили в пригодность для трансплантации. Инактивированной культуральной средой с сывороткой 0,25% трипсина клетки снимали и осаждали путем центрифугирования. В физиологическом растворе с 5% сывороткой крысы клетки ресуспендировали для дальнейшей трансплантации.

Эксперименты на крысах проводились в соответствии с правилами гуманного отношения к животными, а также „Общие этические принципы экспериментов на животных” принятого Первым национальным Конгрессом с биоэтики в Киеве 2001, „Европейская конвенция о защите хребетных животных, используемых в экспериментальных и научных целях” (Стасбург 1986), соблюдая все правила асептики и антисептики.

При внутримышечном наркозе (аминазин – 40мг/кг и кетамин – 50 мг/кг) стоматологическим бором производили сквозной монокортикальный дефект в области дистального метадиафиза бедренной кости до 2 мм в диаметре. Перед зашиванием раны дефект промывали физиологическим раствором. Через 72 часа подготовленную клеточную суспензию шприцом внутривожно вводили в дефект в количестве $6 \times 10^6 / 0,1$ мл. Стадия пролиферации и дифференциации клеток у крыс соответствуют третьим суткам течения регенераторного процесса кости.

Первой, исследуемой, группе животных (20 крыс) в зону дефекта вводили культивированные клетки от доноров 3-х месячного возраста, второй (20 крыс) – от доноров 18 месячного возраста. Третья, контрольная, группа животных (20 крыс) получала лишнюю культивированных клеток культивационную среду.

Исследования проводились на этапах 7, 14 и 28 суток. Из эксперимента животные выводились путем передозировки эфира.

Методы исследований. Экспериментальные, гистологические, морфометрические, цитологические, электронно–микроскопические, статистические. Для подготовки зоны обследования костного регенерата бедренной кости крыс руководствовались стандартной методикой [8]. Срезы окрашивали пикрофуксином по Ван Гизон, гематоксилин – эозином, Микроскопия проводилась под аппаратом MICROS. Тканей регенерата исследовались морфометрически на 14 сутки по методу Автандилова Г.Г. [1].

Результаты собственных исследований. образование клеточных колоний в костном дефекте исследуемых крыс подтверждено цитологически. На 7 день исследования в образцах после культивации стромальных клеток от молодых доноров наблюдаем: пролиферативно-активные колонии стромальных клеток, преобладание полей остеоида и незрелых костных трабекул, относительно меньшие территории фиброретикулярной ткани, а в образцах после культивации стромальных клеток от старых доноров более обширные территории фиброретикулярной ткани остеобластического типа; малых размеров, диффузные клеточные колонии, где степень зрелости клеток отстает от таковой в первой группе.

На 14 сутки область дефекта у животных первой опытной группы была заполнена мелкопетлистой сетью кост-

ных трабекул между которыми располагалась фиброретикулярная ткань. Новообразованные костные трабекулы характеризовались высокой плотностью остеоцитов

А в регенерате образцов второй группы больше фиброретикулярной и грубоволонистой ткани с малыми очагами пластинчатой костной ткани.

К истечению наблюдений на 28 сутки путем морфометрического подсчета установлено, что регенерат стимулированный стромальными клетками от молодых доноров по количеству новообразованных колоний достоверно превосходит показатели второй группы в 13,7 раза.

Выводы. Экспериментально подтверждено – трансплантация культивированных стромальных клеток костного мозга в костный дефект стимулирует репаративный остеогенез.

Более активным остеогенным потенциалом наделены стромальные клетки костного мозга молодых доноров, а в старых доноров- выражен в малой мере и к трансплантации не целесообразен.

Summary: The article is devoted to the comparative analysis the activity of osteoreparativity process after implantation of the cultivation stromal cells of bone marrow from donors with the different ages, into the defection of rats femurs.

At the result of the experiment, which was conducted on the sixty rat's- donors. We have found out that the quantity of the neoplasm cells in the biocytoculture of young rats were indications more than of the biocytoculture of the old rats- donors.

The osteogenic activity of the stromal cells were exceeding, than analogical indications of stromal cells of the old rat's of bone marrow in 13,7 times.

МОНОФИЛАМЕНТНЫЕ И МУЛЬТИФИЛАМЕНТНЫЕ СЕТКИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКЕ ЖИВОТА

MONOFILAMENTS AND MULTIFILAMENTS GRIDS DURING THE OPERATION ON THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL

Котелевец Д.А. / D.A. Kotelevets

*Научный руководитель к.мед.н., доц. Шуба Д.Г.
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра Оперативной хирургии и топографической анатомии*

*зав.каф.: д.мед.н., проф. Дуденко В.Г.
г. Харьков, Украина*

Цель: Улучшить эффективность использования монофиламентной и мультифиламентной сеток при операциях на передней брюшной стенке.

Задача: Определить критерии выбора типа полипропиленового эндопротеза.

Материал: лабораторные кролики

Метод: экспериментальный.

Было проведено исследование на лабораторных животных – 18 кроликов, поделенных на две группы. В первой группе имплантировали мультифиламентный (МультиФ) протез, а второй группе монофиламентный (МоноФ). Стенку брюшной полости вскрыли нижнесредним доступом, отделили кожу от брюшины и размещали без подшивания лоскуты эндопротеза (ЭндПтз) в проекции разреза. Разрез ушивался непрерывным проленовым швом. Иссекали фрагмент передней брюшной стенки размером 3 см с ЭндПтз в проекции центра фрагмента, рассекали фрагмент по середине протеза. Первую часть каждого фрагмента фиксировали, потом красили гематоксилином и еозином по Ван Гизону. Оценивая взаимодействие ткани передней брюшной стенки с моноФ имплантата было установлено, что воспаление становится продуктивным с 1 дня, протекает медленно. Образуется гранулематозная (гранулем.) ткань, проходит очень интенсивно, нету утолщения вокруг сетки. При использовании мультиФ сетки, возникает активное воспаление с участием макрофагов, лимфоцитов, эозинофилов, нейтрофилов. Появляется распространенная васкуляризованная гранулем. ткань, образуется фиброзная ткань. Другую часть фрагмента использовали для измерения стойкости к линейным нагрузкам. На 3 день сила разрыва стенок обоих типов одинакова, спустя надо увеличить. Стойкость мультиФ ЭндПтз к линейным нагрузкам превышала стойкость моноФ в 1,3 раза.

Можно сделать вывод про значительную целесообразность использования моноФ типа сеток для протезирования лигаментарного аппарата малого таза, а мультиФ – для фасциального.

Висновки. Влияние мультиФ имплантата вызывает более активное воспаление, которое начинается сразу и появляется обширная и васкуляризованная ткань, чем при моноФ сетке. Наблюдается стойкость мультиФ ЭндПтз к нагрузкам превышала стойкость моноФ. Следовательно, мультиФ сетка целесообразна для протезирования фасций, а моноФ – связок.

МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЯЄЧОК ЩУРІВ ПІСЛЯ ОПРОМІНЕННЯ ЕЛЕКТРОМАГНІТНИМ ПОЛЕМ ТА ВЖИВАННЯ ІМУНОМОДУЛЯТОРА

Шарапова О.М., Безпалько Є.Ю. /
Sharapova E.N., E.J. Bezpalko

Науковий керівник: д.м.н., проф. Е.Г.Топка

Дніпропетровська медична академія Кафедра урології, оперативної хірургії та топографічної анатомії (зав. каф.: д.мед.н., проф. В.П.Стусь)

м. Дніпропетровськ, Україна

Метою даного дослідження було визначення мікроструктурних змін в яєчках щурів, які підверглися дії електромагнітного поля та після цього вживали розчин імуномодулятора – настоянку ехінацеї пурпурової.

Завдання дослідження: встановити наслідки впливу електромагнітного поля високої напруги низької частоти на статеві органи щурів та ефект, який викликає вживання імуномодулятора – 7% спиртової настоянки ехінацеї пурпурової. Матеріалом даного дослідження слугували 35 статевозрілих білих щурів-самців вагою 180-200г віком 3 місяця, які опромінювались електромагнітним полем протягом 90 діб і потім на протязі тижня внутрішньошлунково одержували настоянку ехінацеї пурпурової і 5 контрольних щурів. З тканини сім'яників виготовлялись гістологічні препарати, пофарбовані гематоксилином і еозином. Проводилось мікроскопічне дослідження з наступною статистичною обробкою результатів.

Результати. З'ясовано, що в опроміненій електромагнітним полем і вживавших розчин імуномодулятора групі тварин спостерігалось розростання одиничних волокон сполучної тканини, адвентиційної оболонки звивистих сім'яних каналців і проток над'яєчка. Діаметр сім'яного каналця збільшувався при цьому до $281 \pm 0,065$ мкм. Вакуолі в цитоплазмі сперматогенного епітелію каналців головки і протоків яєчка збільшувались. В ядрах базального епітелію з'являлася поліхромія, вони ставали пікнотичними. Зміни в базальному епітелії були такими ж, як і в сперматогенному.

Висновки. В термін 90 доби опромінення тварин електромагнітним полем та вживання настоянки ехінацеї пурпурової спостерігались помірно виражені порушення ангіоархітектоніки внутрішньоорганного кровоносного та лімфатичного русел яєчок. Відзначалась тенденція до збільшення середнього діаметру сім'яного каналця і загальної площини сперматогенної тканини.

Summary: The authors concluded that the testicular vessels reacted to electromagnetic field exposure with by moderate plethora, which can be regarded as a sign of compensatory-adaptive processes, which do not reach the degree of pathological changes.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧКИ, ОСТАВШЕЙСЯ ПОСЛЕ НЕФРЕКТОМИИ

STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CHANGES IN THE KIDNEY REMAINING AFTER NEPHRECTOMY

Шепарович Т.М. / Т. Sheparovych, Грицишен В.В. /
V. Grytsyshyn, Кондратюк А.А. / A. Kondratyuk

Научные руководители: д.мед.н.,
проф. Пивторак В.И., к.мед.н. Монастырский В.Н.

Винницкий национальный медицинский
университет имени Н.И. Пирогова

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

(зав. каф.: д.мед.н., проф. Костюк Г.Я.)

Цель исследования: установить характер изменений структуры единственной почки, оставшейся после нефрэктомии.

Матеріали і методи: Експериментальне дослідження виконано на 60 половозрілих кривах-самцях масою 155–160 г. Животних розподілили на дві групи: інтактні і оперативні тварини (операційне втручання – нефрэктомія лівій нирки). Кривам під загальним внутрим'язовим обезболіванням проводили лівосторонню нефрэктомію шляхом перерізу ниркової ножки між двома лігатурами з наступним видаленням органу. Животних виводили з досвіду через 7 днів після нефрэктомії. Оцінювали макроскопічні і мікроскопічні зміни нирок тварин.

Результати дослідження: маса кривах після нефрэктомії збільшувалася. Через 7 днів після операції ваги і маса нирки зросли порівняно з лівій видаленою ниркою, відзначається приріст ваги органу в середньому на 20%. Мікроскопічно: на зрізах кори нирок після проведеної нефрэктомії спостерігаються гіпертрофовані ниркові тельця. В їх судинних клубочках частіше кровеносні капіляри розширені, містять форменні елементи крові.

Извилистые канальцы нефронов увеличены по площади в проксимальных и дистальных отделах. Ядра эпителиоцитов имеют круглую форму, светлую карิโอплазму с небольшими базофильными комками гетерохроматина. В цитоплазме клеток проксимального отдела наблюдаются белковые включения, локализованы преимущественно в базальных частях цитоплазмы эпителиоцитов.

Выводы: в ранние сроки после нефрэктомии происходят приспособительно-компенсаторные изменения. Это проявляется компенсаторной гипертрофией структурных компонентов нефронов и реорганизацией сосудистого русла.

Summary: After spending research in two groups of rats, one of which was intact, and the other was conducted nephrectomy, we concluded that in the cortex of the kidneys of mature animals after nephrectomy in the early stages of the experiment happen compensatory adaptive changes that occur compensatory hypertrophy of structural components nephrons and reorganization of the vascular bed.

МАТЕРІАЛИ

VII МІЖНАРОДНОГО НАУКОВО-ПРАКТИЧНОГО СЕМІНАРУ СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ, ПРИСВЯЧЕНОГО ВСЕСВІТНЬОМУ ДНЮ БОРОТЬБИ ІЗ РАКОМ

**4–5 лютого 2016 року,
м. Київ, Україна**

ABSTRACTS

VII INTERNATIONAL STUDENTS' AND YOUNG SCIENTISTS' SEMINAR DEDICATED TO THE WORLD CANCER DAY

**February 4–5, 2016
Kyiv, Ukraine**

ЕФЕКТИВНІСТЬ І БЕЗПЕЧНІСТЬ ЛІПОФІЛІНГУ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦІЇ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

LIPOFILLING EFFICACY AND SAFETY FOR BREAST RECONSTRUCTION IN BREAST CANCER PATIENTS

Костюченко Є.В. / Ye. Kostiuchenko

Науковий керівник: к.м.н., ас. І.М. Мотузюк

Національний медичний університет

імені О.О. Богомольця

Кафедра онкології (зав. каф.: д.м.н. Р. І. Верещако)

м. Київ, Україна

Актуальність. Ліпофілінг – це сучасна аутологічна мініінвазивна трансплантаційна техніка для покращення об'єму, форми, дефектів, асиметрії грудної залози (ГЗ) після онкохірургічних втручачь з приводу раку ГЗ. Ліпофілінг включає забір жиру, його обробку (при необхідності) і введення жиру у ГЗ.

Мета. Визначити ефективність і безпечність ліпофілінгу при реконструкції ГЗ у хворих на рак ГЗ.

Матеріали і методи. Дослідження включає 42 хворі на рак ГЗ ($T_{1-2}N_{1-2}M_0$), з них 21 – основної групи (хворі, яким проводився ліпофілінг), 21 – контрольної групи (ліпофілінг не проводився). Ефективність і безпечність оцінювали методом анкетування, за шкалою LENT-SOMA та за появою ускладнень або локальних рецидивів.

Результати. За 3 місяці після ліпофілінгу пацієнти основної групи оцінили стан своїх ГЗ як добре (57%), дуже добре (14%) або задовільно (29%). У контрольній групі отримали наступні результати: добре (43%), задовільно (38%), погано (14%), дуже погано (5%). Усі жінки основної групи помітили покращення консистенції, розміру, форми, еластичності, натягу тканини, симетричності та зменшення дефектів. Параметри шкали LENT-SOMA (біль, телеангіектазії, атрофія, набряк, фіброз) достовірно покращилися за 3 місяці після ліпофілінгу. Не відзначалося жодних ускладнень або *prolongatio morbid* в основній групі, в той час як в контрольній групі спостерігався один випадок капсульної контрактури.

Висновки. Результати показали ефективність і безпечність ліпофілінгу, доцільність його використання при реконструкції ГЗ у хворих на рак ГЗ. Даний метод дозволяє виправити дефекти ГЗ після лікування, покращує якість життя хворих. Проведення ліпофілінгу потребує тільки 1 день перебування в стаціонарі. Крім того, ліпофілінг є превентивним заходом капсульної контрактури.

Summary. The research has shown the efficacy and safety of lipofilling. This mini-invasive method provides successful removal of breast defects after special treatment, improves the quality of life. It can be used for reconstruction of breasts in patients with breast cancer.

ІМУНОГІСТОХІМІЧНА ДІАГНОСТИКА НЕЙРОЕНДОКРИННИХ ПУХЛИН ТРАВНОГО ТРАКТУ

IMMUNOHISTOCHEMICAL DIAGNOSTIC OF NEUROENDOCRINE TUMORS OF THE DIGESTIVE TRACT

Кривешко А.С. / A. Kriveshko

Науковий керівник: д.м.н. О.Г. Курик

Національний медичний університет

імені О.О. Богомольця

Медичний центр «Універсальна клініка «Оберіг»

м. Київ, Україна

Актуальність. Нейроендокринні пухлини (НЕП) травного тракту на сьогоднішній день є актуальною проблемою. У діагностиці НЕП вирішальне значення має морфологічне дослідження, що надалі має важливе значення для вибору лікувальної тактики. Морфологічна діагностика НЕП базується на класифікації ВООЗ і на критеріях оцінки прогнозу НЕП. Основним у морфологічній діагностиці НЕП є імуногістохімічне дослідження (ІГХ). На сьогоднішній день, з урахуванням даних імуногістохімічного дослідження, НЕП класифікують на: 1) високодиференційовані пухлини з низьким ступенем злоякісності NET G1; 2) високодиференційовані пухлини з проміжною ступенем злоякісності, NET G2; 3) низькодиференційовані пухлини з високим ступенем злоякісності (нейроендокринні карциноми, NEC).

Мета. Проаналізувати ефективність морфологічного дослідження НЕП з використанням ІГХ.

Матеріали та методи. Проведений аналіз випадків діагностики НЕП травного з подальшим морфологічним дослідженням на базі Медичного Центру «Універсальна клініка «Оберіг» 2009-2015 роки.

Результати. На базі «Медичного центру «Універсальна клініка «Оберіг» за 2008-2015рр. було діагностовано 14 випадків НЕП травного тракту різної локалізації: шлунок, дванадцятипала кишка, здухвинна кишка, апендикс, ободова, пряма кишка, підшлункова залоза. Більшість пухлин шлунка і кишечника були видалені мініінвазивними ендоскопічними методами, решта пухлин – шляхом лапароскопічних оперативних втручачь. Для встановлення остаточного діагнозу НЕП було проведено ІГХ з використанням маркерів – ChromograninA, Synaptophysin, Neuron-Specific Enolase, cytokeratin, CD56, Ki-67, AMACR..

Висновки. Для встановлення остаточного діагнозу НЕП необхідне використання методів, ІГХ з використанням маркерів, які дозволяють встановити нейроендокринну природу пухлини і маркерів, що визначають потенціал злоякісності пухлини.

Summary. In 2008 – 2015 the NETs of stomach, intestine and pancreas were diagnosed in 14 patients in “Oberig” clinic. For immunohistochemical diagnostic we used immunohistochemical markers: ChromograninA, Synaptophysin, Neuron-Specific Enolase, cytokeratin, CD56, Ki-67, AMACR.

ОДНОЦЕНТРОВИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ВЕНОЗНИХ ПОРТ-СИСТЕМ, ЩО ІМПЛАНТУЮТЬСЯ

ONE-CENTERED EXPERIENCE OF USING VENOUS PORT-SYSTEM IMPLANTED

Михайлова В.О. / V. Mykhailova

Науковий керівник: доц. О.В. Щур, О.А. Мишаківський
Львівський національний медичний університет
імені Д. Галицького

Кафедра хірургії №2 (зав. каф.: проф. І.І. Кобза)
м. Львів, Україна

Актуальність. Венозні порт-системи є актуальним сучасним шляхом введення медикаментів у пацієнтів, котрі потребують тривалого введення різноманітних медикаментозних засобів. Їх застосовують переважно у онкохворих для проведення тривалих внутрішньовенних інфузій хімотерапевтичних препаратів. Також венозні порт-системи допускають введення парентерального харчування, препаратів крові, здійснення заборів крові для наступного аналізу. Перевагою цих систем є повноцінна їх інтеграція в тіло хворого, що дозволяє використовувати порт-системи стільки часу, скільки це необхідно хворому. Мембрана порту витримує до 5000 ін'єкцій. Перевагами системи є також уникнення флебітів периферичних і центральних вен, нижчі ризики катетер-асоційованих інфекцій і пов'язаних з ними станів, мобільність хворих під час проведення довенних інфузій.

Мета. Представлення досвіду імплантації центральних венозних порт систем у Львівській обласній клінічній лікарні (ЛОКЛ).

Матеріали і методи. Використана клінічна інформація із стаціонарних статистичних карт хворих, котрим були імплантовані центральні венозні порт-системи у відділенні рентген-хірургії ЛОКЛ протягом 2015 року; рентген-ангіографічні записи у цих хворих, що виконані на ангіографічному комплексі Siemens Arcadis Avantic. Післяопераційне спостереження за хворими проводилось шляхом телефонного моніторингу і контрольних візитів пацієнтів пацієнтів у ЛОКЛ.

Результати. Протягом 2015 року у відділенні рентген-хірургії ЛОКЛ проведено 4 імплантації центральних венозних порт-систем із відсутніми ранніми післяопераційними ускладненнями та без летальності. У всіх пацієнтів показами до імплантації порт-систем була Неходжкінська дрібноклітинна лімфома типу В. Трьом хворим імплантовано порт-системи через пункцію підключичних вен, а одному пацієнту – шляхом пункції стегнової вени. У одного хворого на 3-й місяць лікування розвинулись ознаки катетер-асоційованої інфекції, що вимагало наступного видалення порт-системи. У 1 хворої після 10 місяців проведеного лікування і настання стійкої ремісії порт-систему було видалено через завершення лікування.

Висновки. Порт-системи підтверджують свою ефективність і зручність у використанні. Їх застосування є вимогою часу. Профілактика інфекційних ускладнень повинна проводитись медичним персоналом протягом

усього періоду використання порт-систем, а не лише на етапі його імплантації. Катетер-асоційовані інфекції порт-систем вимагають негайного їх видалення і не повинні лікуватись консервативно.

Summary. Port-systems confirmed their effectiveness and ease of use.

ВПЛИВ ЦИСПЛАТИНА І ТАМОКСИФЕНА НА РОЗВИТОК РАКУ ЯЄЧНИКІВ ШТАМУ ОЯ У ЩУРІВ

INFLUENCE OF CISPLATIN AND TAMOXIFEN ON THE DEVELOPMENT OF RATS' OVARIAN CANCER

Рожкова В.О. / V. Rozhkova

Науковий керівник: д.б.н. І.М. Тодор
Інститут експериментальної патології,
онкології і радіобіології імені Р.Є. Кавецького
НАН України
м. Київ, Україна

Актуальність. Рак яєчника (РЯ) – одна із найчастіших причин смертності від онкологічних захворювань. Питання про найефективнішу терапію досі залишається відкритим.

Мета. Пошук нових схем комбінованої хімотерапії, що володіє більш вираженим протипухлинним ефектом і є більш безпечною.

Матеріали і методи. Під час проведення дослідження ми перевірили ефективність двох препаратів – блокатора естрогенів Тамоксифена і цитостатика Цисплатина. Передбачається, що включення Тамоксифена в схеми хімотерапії РЯ дозволить збільшити результативність лікування, а також знизити дози препаратів платини, зменшивши тим самим токсичність терапії без зниження її ефективності. Асцитний РЯ був прещеплений внутрішньобрюшинно в кількості 5×10^6 клітин на щура. Тамоксифен і Цисплатин вводили перорально та внутрішньочеревно чотириразово через 48 годин після перевивання РЯ в максимально допустимих дозах: 0,12 і 1,2 мг/кг маси тіла відповідно. У комбінації препарати вводили в дозах, що становлять половину від максимально допустимих. Наукова новизна роботи полягає у виборі методів терапії. Тамоксифен – препарат, що офіційно застосовується при терапії раку грудної залози, тоді як його дія на рак яєчників ще не визначена до кінця. Проведені дослідження розширюють показання до застосування Тамоксифена.

Результати. Цисплатин продовжував тривалість життя на 113%, Тамоксифен – на 47%. Найефективнішою була комбінація препаратів. Тривалість життя збільшувалася на 143% у порівнянні з контролем. Лікування щурів призводило до нормалізації загальних показників крові.

Висновки. Самостійно Тамоксифен не здатен чинити таку сильну дію, як в комбінації з іншим препаратом (з часом ефект значно слабшає). У той же час, використання Тамоксифена в комбінації з цитостатиком дало кращий результат, ніж використання кожного з препаратів

окремо. Пошук найбільш ефективної комбінації дає широкий простір для подальших досліджень у цій сфері.

Summary. We made the analysis of Tamoxifen and Cisplatin anticancer properties and comparison of their impact on rats' ovarian cancer. Conclusions were based on rats' survival and blood test. We detected that combination of Tamoxifen and Cisplatin is the most effective, which reveals new possibilities for these drugs' using.

ЗНАЧЕННЯ ОСТЕОСЦИНТИГРАФІЇ У ВИЯВЛЕНІ МЕТАСТАТИЧНОГО УРАЖЕННЯ ХРЕБТА У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

OSTEOSCINTIGRAPHY IN DETECTION OF METASTATIC SPINAL LESION IN PATIENTS WITH BREAST CANCER

Соченко С.І. / S. Sochenko

Науковий керівник: к.м.н., доц. Г.О. Романенко

Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

Кафедра радіології та радіаційної медицини
(зав. каф.: д.м.н., проф. Ткаченко М.М.)
м. Київ, Україна

Актуальність. Рак молочної залози (РМЗ) – досить поширена проблема у наш час, та її актуальність, на превеликий жаль, продовжує зростати. Протягом життя ця хвороба вражає близько 1:12 жінок віком від 13 до 90 років. Незважаючи на велику кількість уваги до цієї проблеми, досить невирішеними залишаються питання методів ранньої діагностики як самого РМЗ, так і його ускладнень. Так, основним ускладненням та в подальшому причиною смерті є метастази РМЗ у хребет. Відповідно, рання діагностика та лікування цього ускладнення можуть значно покращити та подовжити життя пацієнта. Існує декілька методів діагностики метастатичного ураження хребта. Ця робота присвячена методу остеосцинтиграфії (ОСГ), який, на думку автора, є найбільш ефективним для ранньої діагностики.

Мета. Оцінити ефективність ранньої діагностики метастатичного ураження хребта у жінок, хворих на РМЗ за допомогою сцинтиграфічного дослідження.

Матеріали і методи. Для цього на кафедрі радіології та радіаційної медицини НМУ було проведено дослідження, суть якого полягала у введенні пацієнтам радіофармпрепарату, що має здатність накопичуватися в зонах метастатичного ураження. Група складалась з 12 жінок, частина з яких мала підтверджений діагноз РМЗ (n=8), та частина без виявленої патології з боку молочних залоз, але в них наявне дегенеративно-дистрофічне ураження кісток та остеоалгічний синдром (n=4).

Результати. Після обробки результатів обстеження, у 5 з 8 жінок з діагнозом РМЗ було виявлено метастатичне ураження хребта, та цікавим стало те, що у всіх пацієнток з контрольної групи ще без встановленого РМЗ вже були ознаки метастазів у кістковій системі.

Висновки. Таким чином, раннє проведення ОСГ у жінок з дегенеративно-дистрофічними захворюваннями кісткової системи, в кого є підозра, або встановлений діагноз РМЗ, дозволить значно раніше почати лікування та покращити якість і тривалість життя.

Summary. The results of osteoscintigraphy with ^{99m}Tc -pyrophosphate in 12 patients were analyzed. It was found that osteoscintigraphy is a very informative method for early detection of metastases of the spine in patients with breast cancer. It also allows for 3-12 months earlier than other radiation methods to detect metastases in bone and make a qualitative assessment to the damage of the bone structures. It is necessary for patients with breast cancer to make an osteoscintigraphy for early detection of bone metastases.

ВИЗНАЧЕННЯ ЕКСПРЕСІЇ ПРОТЕЇНУ KI-67 В СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ПРИ СТРАВХОДІ БАРРЕТТА

DETERMINATION OF KI-67 EXPRESSION IN MUCOSA IN BARRET'S ESOPHAGUS

Корнієнко М.А. / M. Korniyenko

Науковий керівник: д.м.н. О.Г. Курик

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Медичний центр «Універсальна клініка «Оберіг»
м. Київ, Україна

Актуальність. При стравоході Барретта (СБ) існує вірогідність розвитку аденокарциноми зі спеціалізованого кишкового епітелію, що є морфологічною основою СБ. Вивчення проліферативної активності епітелію з метаплазією і дисплазією є актуальним в плані прогнозування ризику малігнізації епітелію при СБ.

Мета. Визначити рівень експресії маркеру проліферації Ki-67 як показника порушення клітинного оновлення в епітелії при СБ.

Матеріали і методи. У препаратах біопсій слизової оболонки 20 пацієнтів із спеціалізованою кишковою метаплазією і 15 пацієнтів зі шлунковою метаплазією при СБ проведено імуногістохімічне визначення маркера проліферативної активності Ki-67 (DAKO, SP6). Для оцінки експресії Ki-67 визначали кількість імунопозитивних ядер від загальної кількості ядер в препараті у %.

Результати дослідження. Рівень експресії Ki 67 в ділянках шлункової метаплазії становив $16,85 \pm 2,6\%$. В ділянках спеціалізованої кишкової метаплазії при СБ рівень експресії Ki-67 становив $27,96 \pm 3,8\%$ ($p < 0,05$). В 5 випадках дисплазії спеціалізованого кишкового епітелію рівень експресії Ki-67 становив $42,84 \pm 6,2\%$.

Висновки. Підвищення проліферативної активності вказує на високий ризик малігнізації на фоні дисплазії при СБ.

Summary. The immunohistochemical determination of proliferative activity marker Ki-67 in mucosa in Barret's esophagus was studied. In mucosa with gastric metaplasia the percentage of cells expressing was $16,85 \pm 2,6\%$; in mucosa with

specialised intestine metaplasia – 27,96±3,8% (p<0,05), and in mucosa with dysplasia – 42,84±6,2%. The high Ki-67 expression is indicating the increase of the risk of precancerous changes in the epithelium of Barrett's esophagus.

МОЖЛИВОСТІ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ В СТАДІОВАННІ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

THE POSSIBILITIES OF PELVIC MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN STAGING OF CERVICAL CANCER

Лаврова А.Ю. / A. Lavrova

Науковий керівник: к.м.н., доц. Н.В. Тюєва

Одеський Національний медичний університет

Кафедра онкології з курсом променевої
діагностики і терапії

(зав. каф.: д.м.н., проф. В.Г. Дубініна)
м. Одеса, Україна

Актуальність. У пацієнок з місцево поширеним раком шийки матки вибір методу лікування в першу чергу залежить від особливостей зростання пухлини, інфільтрації тканин в зоні її зростання, ураження тих чи інших анатомічних структур. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) має найвищий рівень тканинної візуалізації, незалежно від типу тканини, й використовується з метою стадіювання раку шийки матки в 42-95% випадків.

Мета. Метою даної роботи була оцінка діагностичної ефективності нових методик високопольної МРТ органів малого таза в стадіюванні та динамічному контролі у хворих на рак шийки матки в ході спеціального лікування.

Матеріали і методи. Оцінено ефективність удосконаленої методики високопольної МРТ з внутрішньопіхвовим контрастуванням в двох групах пацієнок. В першу групу ввійшли хворі, у яких на першому етапі комбінованого або комплексного лікування виконувалась операція. До другої групи віднесено жінок, які до оперативного лікування отримували променево (хіміопроменево) терапію згідно чинних стандартів. МРТ проводилась до початку консервативного лікування та безпосередньо перед операцією.

Результати. Справжньопозитивні результати стадіювання за даними морфологічного дослідження отримано у 80% хворих першої групи та 84% другої, що свідчить про високу інформативність методу. При детальному аналізі виявлено максимальну користь від застосування розробленої методики у хворих з місцево поширеними пухлинами, залученням суміжних органів та тканин, в той час як при малоінвазивних формах існує можливість похибки стадіювання.

Висновки. Високопольна МРТ з внутрішньопіхвовим контрастуванням є високочутливим та ефективним методом, що дозволяє уточнити розповсюдження пухлини у хворих на рак шийки матки та обрати найбільш адекватні лікувальні алгоритми.

Summary. Cervical cancer is one of the most pressing problems in our time due to the increased incidence of the disease and depends on the characteristics of tumor growth and the depth of infiltration of tissues and adjacent organs. The aim of this work was to evaluate the diagnostic efficacy of new techniques of the pelvic magnetic resonance imaging with intravaginal contrast enhancement in staging of cervical cancer. As demonstrated by this study, this technique is a highly sensitive and effective method that allows to specify the spread of tumors in patients with cervical cancer, and to choose the most appropriate treatment strategy.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ

PHYSICAL REHABILITATION OF WOMEN AFTER MASTECTOMY

Мельніченко Н.О., Маломуж А.А., Вербіцька Я.В. /
N. Melnichenko, A. Malomuzh, Y. Verbitska

Науковий керівник: к.м.н., доц. В.В. Чернявський

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра фізичної реабілітації та спортивної
медицини (в.о. зав. каф.: к.м.н., доц. В.В. Чернявський)
м. Київ, Україна

Актуальність. Злоякісні новоутворення є однією з пріоритетних медико-соціальних проблем у всіх розвинених країнах світу, в тому числі в Україні, як в силу їх поширеності, так і в плані формування інвалідності та смертності.

Мета роботи. Виділити основні моменти фізичної реабілітації і профілактики ускладнень у жінок після мастектомії.

Матеріали і методи. Загальнонаукові (системний підхід, принципи історичного, компаративного та структурно-функціонального аналізу), розробка комплексу вправ фізичної реабілітації пацієнок після мастектомії.

Результати. Перший рік після радикального лікування раку молочної залози є вирішальним для медичної реабілітації хворих. Одним з основних післяопераційних ускладнень є порушення лімфовідтоку з хворої сторони, обмеження рухливості в плечовому суглобі на стороні операції, больовий синдром, розлад шкірної чутливості за корінцевим типом, деформуючий артроз плечового суглоба.

Лікувальна гімнастика, яка застосовується в ранні терміни, сприяє профілактиці виникнення ускладнень. Основна мета занять – домогтися відновлення обсягу рухів і м'язової активності на стороні операції, зменшити набряк, больочість верхніх кінцівок і плечового пояса, відновити психоемоційний стан. Хворі, які перенесли мастектомію, отримують спеціальні рекомендації з лікувальної фізкультури для розробки верхньої кінцівки.

Нами розроблено комплекс вправ фізичної реабілітації пацієнок після мастектомії, які раніше не застосо-

ували, а саме – з використанням джимстика (фітнес-тренажер, який складається з гімнастичної палки і резинових амортизаторів на кінцях), який був застосований у 30 пацієнток. Виконання комплексу вправ з джимстиком виявився ефективним в усуненні і профілактиці лімфостаза за рахунок активізації більшої кількості м'язів (основних і стабілізаторів) при меншому рівні інтенсивності фізичного навантаження, різноманітності вправ і можливості регулювати навантаження і, відповідно, кращої фізичної переносимості та прихильності пацієнток до них. Фізична реабілітація по наведеній методиці покращує якість життя, зменшує кількість ускладнень, частоту інвалідизації, допомагає жінкам повернутися до звичного способу життя і тому може і повинна використовуватися на етапі фізичної реабілітації жінок після мастектомії.

Висновки. Результати досліджень засвідчують високу ефективність використання наведеної програми реабілітації у жінок після мастектомії.

Summary. The results of researches certify high efficiency of the use of the resulted program of rehabilitation of women after mastectomy.

МОРФОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ СТРОМАЛЬНИХ ПУХЛИН ТРАВНОГО ТРАКТУ

MORPHOLOGICAL DIAGNOSTIC OF GASTROINTESTINAL STROMAL TUMORS OF THE DIGESTIVE TRACT

Нагорна Д.М. / D. Nahorna

Науковий керівник: д.м.н. О.Г. Курик

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Медичний центр «Універсальна клініка «Оберіг»
м. Київ, Україна

Актуальність. Гастроінтестинальні стромальні пухлини (ГІСП) є похідними сполучної тканини. Важкість діагностики ГІСП пов'язана з наявністю гістологічної схожості з багатьма м'якотканинними новоутвореннями, насамперед пухлинами міогенного походження. Тому для діагностики необхідне імуногістохімічне дослідження (ІГХ). На сьогоднішній день ГІСП у шлунку і кишечнику можна діагностувати на ранній стадії розвитку завдяки сучасним методам ендоскопічного дослідження, зазвичай як підслизові утворення, з подальшим ендоскопічним мініінвазивним видаленням пухлини.

Мета. Проаналізувати ефективність морфологічної і ІГХ діагностики ГІСП.

Матеріали та методи. Проведений аналіз випадків ГІСП після ендоскопічного мініінвазивного лікування на базі Медичного Центру «Універсальна клініка «Оберіг» за 2009-2015 роки.

Результати та їх обговорення. Ендоскопічно було діагностовано 28 випадків неепітеліальних пухлин шлунка

і кишечника, з них 13 (46%) нейроендокринних пухлин, 8 (29%) ГІСП, 2 (7%) лейоміоми і 5 (18%) ліпом. ГІСТ локалізувались: 4 (50%) в шлунку, 2 (12,5%) – в тонкій кишці, 1 (12,5%) – в висхідній ободовій кишці, 2 (25%) – в прямій кишці. Пухлини були видалені шляхом ендоскопічної підслизової дисекції і ендоскопічної хірургічної резекції в межах здорових тканин, що підтверджено морфологічно. За результатами ІГХ дослідження клітини пухлин виявились позитивними на CD117 (c-kit), DOG-1 і CD34. Такий імунофенотип характерний для ГІСП. В лейоміомах клітини пухлини виявились позитивними на гладком'язовий актин альфа, негативними на CD34, CD117 (c-kit) та DOG-1. Для визначення потенціалу злоякісності використовували Ki-67.

Висновки. Для діагностики ГІСП та визначення потенціалу злоякісності необхідно використовувати комплексну оцінку гістологічних критеріїв та панелі імуногістохімічних маркерів – CD117, DOG1, CD34, S100, Ki-67

Summary. Verification of gastrointestinal stromal tumors and determination of their malignancy potential remain still relevant. Markers CD117, DOG1, CD34 are important for the diagnostic process. Ki-67 is a useful marker for determination of malignancy potential of GIST.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ

SURGICAL TREATMENT OF PANCREATIC TUMORS IN CHILDHOOD

Тіунова І.А., Лукашенко А.В./ I. Tiunova, A. Lukashenko

Науковий керівник: к.м.н., ас. І.М. Мотузюк

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра онкології (зав. каф.: д.м.н. Р.І. Верещак)
м. Київ, Україна

Актуальність. Пухлини підшлункової залози (ППЗ) у дітей зустрічаються рідко. В міжнародній літературі дані про лікування ППЗ у дітей представлені окремими випадками. В більшості випадків хірургічне лікування ППЗ не виконується через технічну складність операції, ризик післяопераційних ускладнень.

Мета. Оцінка безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування ППЗ у дітей на базі високоспеціалізованих центрів, які мають досвід виконання аналогічних операцій у дорослих.

Матеріали і методи. Матеріали дослідження базуються на вивченні результатів лікування хворих на ППЗ, яким виконано хірургічне лікування за період з 1990 по 2015 роки на базі науково-дослідного відділення пухлин органів черевної порожнини та заочеревинного простору Національного інституту раку.

Результати. У дослідження включено 17 пацієнтів, молодших 18 років. Місцево розповсюджені пухлини (n=2) лікували симптоматичними операціями. У

випадках віддалених метастазів($n=4$) проводили хіміотерапію($n=2$) та променеви терапію($n=2$). РО резекція виконана в 11 випадках. Було виконано радикальну антеградну модульну передню резекцію підшлункової залози за Страсбергом($n=3$), панкреатодуоденальну резекцію($n=4$), пілорозберігаючу панкреатодуоденальну резекцію($n=1$), резекцію хвоста підшлункової залози, сплензберігаючу($n=1$), геміпанкреатектомію($n=1$), енуклеацію пухлини($n=1$). Післяопераційна смертність склала 9%, післяопераційні ускладнення- 25%. Медіана спостереження склала 49,5 місяців (7-234). Рецидив виник в 36% випадків. Післяопераційно в 1 випадку розвинувся цукровий діабет.

Висновки. хірургічне лікування ППЗ у дітей повинно виконуватись на базі високоспеціалізованих центрів. Радикальне лікування ППЗ має сприятливий прогноз.

Summary. Malignant pancreatic neoplasms in children and adolescents are rare. Surgery is the primary treatment for pancreatic malignant neoplasms to have disease-free survival. Pancreatoduodenectomy in very young age should perform only in high experienced institutions.

ВИЗНАЧЕННЯ ЕКСПРЕСІЇ ІНГІБІТОРА АПОПТОЗУ BCL-2 В СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ШЛУНКА ПРИ ХРОНІЧНОМУ ХЕЛІКОБАКТЕРНОМУ ГАСТРИТІ

DETERMINATION OF INHIBITOR OF APOPTOSIS BCL-2 EXPRESSION IN GASTRIC MUCOSA IN CHRONIC HELICOBACTER-ASSOCIATED GASTRITIS

Філоненко К.В. / К. Filonenko

Науковий керівник: д.м.н. О.Г. Курик

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Медичний центр «Універсальна клініка «Оберіг» м. Київ, Україна

Актуальність. На сьогоднішній день завдяки ідентифікації етіологічного фактору передракових захворювань шлунка – *H.pylori*, з'явилась можливість попередження раку шлунка шляхом виявлення патологічних змін, що призводять до розвитку неопластичної трансформації шлункового епітелію. Механізм цієї трансформації пов'язаний з ядерним білком Ki-67, антиапоптозним білком Bcl-2 і апоптозом.

Мета. Визначення рівня експресії антиапоптозного білка Bcl-2 у слизовій оболонці шлунка (СОШ) при хронічному хелікобактерному гастриті.

Матеріали і методи. Досліджено матеріал 30 гастробіопсій пацієнтів з хронічний атрофічним хелікобактерним гастритом і 20 пацієнтів з хронічним не атрофічним гастритом. Проведено імуногістохімічне (ІГХ) визначення маркера інгібітора апоптозу Bcl-2 (BCL-2 alpha Ab -1). Результати ІГХ реакції оцінювали за допомогою на-

півкількісного морфометричного методу, визначали середню площу експресії маркеру у відсотках.

Результати дослідження. При хронічному не атрофічному гастриті експресія Bcl-2 була невисокою – відсоток імунопозитивних клітин склав в антральному відділі $2,15 \pm 0,22$; в ділянці кута – $1,98 \pm 0,14$; в тілі шлунка – $1,86 \pm 0,32$. При ХАГ експресія Bcl-2 склала в антральному відділі – $18,62 \pm 2,4$, в ділянці кута – $16,86 \pm 2,60$, в тілі – $16,28 \pm 1,8$.

Висновки. При ХАГ виявляється вірогідне підвищення експресії інгібітора апоптозу Bcl-2 в епітеліоцитах СОШ, що вказує на порушення процесів клітинного оновлення із виникненням передракових змін в СОШ.

Summary. The immunohistochemical determination of Bcl-2 in gastric mucosa in chronic gastritis was studied. In chronic gastritis without atrophy the percentage of cells expressing was in the antral part $2,15 \pm 0,22$; in the angle – $1,98 \pm 0,14$; in the body of stomach – $1,86 \pm 0,32$. Chronic atrophic gastritis- in the antral part – $18,62 \pm 2,4$, in the angle – $16,86 \pm 2,60$, in the body – $16,28 \pm 1,8$. The high Bcl-2 expression is indicating the increase of cell renewal and increasing the risk of precancerous changes in gastric mucosa.

ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ЕХОМЕТРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ МАТКИ У РІЗНІ ФАЗИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ ЗДОРОВИХ МІСЬКИХ ДІВЧАТ РІЗНИХ СОМАТОТИПІВ

EVALUATION OF ECHOMETRIC INDICATORS OF THE UTERUS DURING DIFFERENT PHASES OF THE MENSTRUAL CYCLE OF HEALTHY URBAN GIRLS WITH DIFFERENT SOMATOTYPES

Черкасова Л.А. / L. Chercasova

Науковий керівник: д.м.н., проф. М.М. Ткаченко

Кафедра радіології та радіаційної медицини, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

м. Київ, Україна

Актуальність. Одне з актуальних завдань медицини – збереження репродуктивного здоров'я дівчат. У зв'язку з розвитком нових напрямків в діагностиці захворювань внутрішніх статевих органів необхідна деталізація анатомічних особливостей матки.

Мета дослідження. Оцінити ехографічні розміри матки у здорових міських дівчат різних соматотипів у різні фази менструального циклу.

Матеріали і методи. Були використані дані банку науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова і вивчені первинні показники ультразвукового дослідження матки (довжина та ширина тіла, довжина шийки) 108 здорових міських дівчат Поділля віком від 16 до 18 років у різні фази

менструального циклу. Антропометричне обстеження дівчат проведено за схемою В.В. Бунака. Соматотип дівчат визначався нами за методикою J. Carter і В. Heath. Статистичний аналіз отриманих результатів проведено за допомогою програми "STATISTICA 6.1" з використанням параметричних та непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

Результати дослідження. У здорових міських дівчат Поділля мезо-, екто-, екто-мезо- та ендомезоморфного соматотипу встановлені межі процентильного розмаху ехометричних параметрів матки у різні фази менструального циклу та проведений їх статистичний аналіз.

Висновки. У дівчат розміри матки в усі фази МЦ достовірно більші, або мають тенденцію до більших значень у осіб із мезоморфним і (або) ендомезоморфним соматотипами; та достовірно менші

(або з відповідною тенденцією) – у осіб із ектоморфним соматотипом. У дівчат із різними соматотипами розміри матки в різні фази МЦ встановлені наступні закономірності: розміри матки під час фолікулінової фази менші ніж відповідні розміри під час овуляції, які менші від розмірів матки під час лютеїнової фази.

Summary. It was found that the echometric size of the uterus in all phases of the menstrual cycle is significantly more, or have a tendency to higher values in patients with mesomorphic and (or) endomesomorphic somatotype; echometric parameters of the uterus of girls with ectomorphic somatotype is significantly lower (or with the appropriate trend). In individuals with various somatotypes in different phase of the menstrual cycle were found the following laws of uterine size: the size of the uterus during follicular phase is less than the appropriate size of the uterus during ovulation, which also is smaller than during the luteal phase.

МАТЕРІАЛИ

V ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ СТУДЕНТСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ «МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДИТЯЧИХ ХВОРОБ»

**26 лютого 2016 року,
м. Київ, Україна**

ABSTRACTS

V UKRAINIAN STUDENT SCIENTIFIC CONFERENCE “INTERDISCIPLINARY APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHILDHOOD DISEASES”

**February 26, 2016
Kyiv, Ukraine**

ФАКТОРИ ПАТОГЕННОСТІ HELICOBACTER PYLORI

VIRULENCE FACTORS OF HELICOBACTER PYLORI

Андриєнко М.І. / M. Andriyenko

Науковий керівник: к. мед. н., ас. Проценко Ю.І.

Національний медичний університет

імені О.О. Богомольця

Кафедра педіатрії №1

(зав. каф.: д. м. н., проф. Тяжка О.В.)

м. Київ, Україна

Актуальність. В 1983 році J. Warren і В. Marshall виявили в пілородуоденальному відділі слизової оболонки (СО) та описали спіральної бактерії *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Сьогодні *H. pylori* вважають одним із основних етіологічних чинників хронічної гастродуоденальної патології (ХГДП). За сучасними даними *H. pylori* впливає на СО шлунка шляхом порушення регенерації, проліферації та диференціювання клітин, стимуляції апоптозу, пригнічення імунної відповіді. Порушення процесів клітинного оновлення – це основа розвитку атрофічного гастриту або кишкової метаплазії. Але *H. pylori* не завжди викликає клінічну маніфестацію захворювання. В організмі людини ця бактерія здатна вести себе як комменсал, сапрофіт або паразит. Вивчаючи молекулярно-біологічні властивості мінливості *H. Pylori*, було виявлено, що у деяких штамів наявні «острівки патогенності» із генами цитотоксичності: CAGA, VACA, ICEA, BABA.

Метою нашого дослідження було вивчення даних літератури про вплив факторів патогенності *H. pylori* на перебіг ХГДП.

Результати. VAC A ген наявний в геномі всіх штамів *H. pylori*. VAC A ген стимулює вакуолізацію цитоплазми еукаріотичних клітин і сприяє проникненню *H. pylori* в цитоплазму епітеліоцитів. Дослідження показали, що VAC A уповільнює загоєння виразок шлунка, погіршує відновлення архітекtonіки і знижує проліферацію клітин СО. CAG A ген присутній лише в деяких штамів *H. pylori* і визначає патогенність збудника. Ймовірно, білки, що кодуються цим геном взаємодіють з клітинами шлункового епітелію і викликають каскад процесів з їх незворотнім ушкодженням. ICE A1 ген активується при контакті з епітеліоцитами СО та, за даними літератури, частіше зустрічається при важкому перебігу ХГДП, в той час як ICE A2 – при ХГДП легкого ступеня важкості.

Висновок. Таким чином, дослідження генів цитотоксичності дає можливість пояснити, чому інфікування *H. pylori* проявляється різною клінічною картиною, що важливо для вирішення питання диференційованого призначення еридикаційної терапії.

ПОРІВНЯННЯ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ГРИПУ А H1N1 PD CALIFORNIA 2009 SEZONU ЛИСТОПАД – ГРУДЕНЬ 2009 РОКУ ТА СІЧЕНЬ – ЛЮТИЙ 2016 РОКУ

COMPARISON OF THE CLINIC OF INFLUENZA A H1N1 PD CALIFORNIA 2009 OF SEASON NOVEMBER – DECEMBER 2009 AND JANUARY – FEBRUARY 2016

Басенко Є.В., Швецова М-А.І. Ничипорчук О.Ф. /
E. Basenko, M-A. Shvetsova, O. Nichiporchuk

Науковий керівник: к.мед.н., доц. О.В. Виговська,
к.мед.н., ас. В.В. Євтушенко

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

(зав.каф.: д. мед. н., проф. С.О. Крамарьов)

м. Київ, Україна

Мета роботи: порівняти особливості клінічної картини грипу А H1N1 PD CALIFORNIA 2009 сезону листопад – грудень 2009 року та січень – лютий 2016 року серед дітей, що знаходились на стаціонарному лікуванні у Київській міській дитячій клінічній інфекційній лікарні (КМДКІЛ).

Матеріал і методи дослідження. В період листопад-грудень 2009 року, за період дослідження, під спостереженням перебувало 135 хворих на грип, які проходили стаціонарне лікування в КМДКІЛ. За період січень – лютий 2016 – під спостереженням перебувало 47 дітей хворих на грип А H1N1 pd Каліфорнія 2009. Діагноз грипу встановлюється на підставі клініко-епідеміологічних даних та лабораторних методів дослідження: імунохроматографічного аналізу (ІХА) та PCR дослідження носогорлового змиву.

Результати дослідження. Клінічна симптоматика дітей, хворих на грип А/H1N1 California 2009 сезону листопад – грудень 2009 року представлена такими симптомами: лихоманка, гіперемія слизової ротоглотки – 100%, кашель – 73.1 %, загальна слабкість, кволість – у 69,2%, головний біль – 44,2%, закладеність носу – 40,4%, біль у горлі – 38,4%, міалгії – 25,0%. При аускультатії у більшості хворих (90,4) вислуховувалось жорстке дихання, 5,8%-везикулярне дихання. Переважаючими симптомами хворих на грип А/H1N1 сезону січень-лютий 2016 року були: лихоманка-100%, гіперемія слизової ротоглотки – 95,7%, кашель – 76,7%, загальна слабкість – 74,5%, закладеність носа – 40,4%, ринорея – 31,9%, головний біль – 29,8%. При аускультатії у більшості хворих (87,2%) вислуховувалось везикулярне дихання, 57,4% – жорстке дихання. У 90% хворих стан було розцінено як середньотяжкий, у 10%- важкий.

Висновки. Згідно опублікованих даних щодо грипу А/H1N1 California 2009, клінічні характеристики захворюваності грипу сезону січень-лютий 2016 року суттєво не відрізняються від даних щодо грипу А/H1N1 California 2009 сезону листопад-грудень 2009 року.

ВПЛИВ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ, НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН

DRUG-FREE TREATMENT EFFECT ON PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF OBESE CHILDREN

Древетняк Я.В. / J. Drevetnjak

Науковий керівник: к.м.н., ас. С.Д.Салтанова
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

Кафедра педіатрії №2

(зав.каф.: член-кор. НАМН України, д. мед. н.,
проф. Волосовець О.П.)

м. Київ, Україна

Актуальність. Ожиріння визнано ВООЗ новою неінфекційною пандемією XXI століття, яке призводить до зниження якості життя і зменшення її тривалості за рахунок розвитку тяжких супутніх захворювань. На сьогодні кількість дітей в світі, які страждають надмірною вагою і ожирінням, оцінюється в 20 млн. і більше. Основою лікування дитячого ожиріння є немедикаментозна терапія, яка включає в себе дієтотерапію, лікувальну фізкультуру та поведінкову терапію.

Мета. Дослідити вплив не медикаментозної терапії на психоемоційний стан дітей, хворих на ожиріння.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 20 дітей основної групи, хворих на ожиріння, віком 12-14 років (середній вік $13,2 \pm 0,8$ року). 1-й ступінь ожиріння діагностовано у 14 осіб, 2-й 6 у 5 дітей, 3-й 6 у 1 дитини. До контрольної групи увійшло 20 здорових дітей віком $12,6 \pm 1,4$ років. Психоемоційний стан оцінювався шляхом анкетування за методом Спілбергера-Ханіна за шкалою тривоги до та після лікування. Курс немедикаментозної терапії тривав 1 місяць і включав дієтотерапію, лікувальну фізкультуру та поведінкову терапію. Призначалася низькокалорійна дієта з обмеженням вживання жирів і легкозасвоюваних вуглеводів. Лікувальна фізкультура включала індивідуальне дозоване аеробне навантаження. Поведінкова терапія проводилася у вигляді індивідуальних і групових тренінгів для формування направлення на здоровий спосіб життя.

Результати дослідження. До лікування в основній групі за методом Спілбергера-Ханіна відмічався низький рівень тривожності, що свідчило про депресивний стан у хворих, у контрольній групі 6 \square помірний рівень тривожності, що було проявом нормального психоемоційного стану. Через 1 місяць від початку лікування в основній групі відбулося зниження маси тіла на $2,5 \pm 0,6$ кг та відбулося зміна рівню тривоги з низького на помірний, що є свідченням зникнення депресивного стану.

Висновки. У дітей, хворих на ожиріння, спостерігається порушення психоемоційного стану, ризик розвитку депресії. Немедикаментозна терапія, що включає дієтотерапію, лікувальну фізкультуру та поведінкову терапію призводить до зниження маси тіла та стабілізує психоемоційний стан дитини.

КОРЕЛЯЦІЙНІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ РІВНЕМ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У ДІТЕЙ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Друзенко М.Г., Мітюряєва І.О., Гнилоскуренко А.В.,
Крепосняк А.А. / Druzenko M.G., Mituryayeva I.O.,
Gnyloskurenko A.V., Kreposnyak A.A.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. І.О. Мітюряєва
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра педіатрії №4

(зав. каф.: акад. НАМН України, д. мед. н.,
проф. В.Г. Майданник)

м. Київ, Україна

Актуальність. На сьогодні, згідно численних досліджень, частота та тяжкість захворювань щитоподібної залози (ЩЗ) серед дітей усіх вікових груп зростає на 37–40%. Відомо, що вегетативна нервова система (ВНС) суттєво впливає на морфологічну структуру і функціональну активність щитоподібної залози. З іншого боку, щитоподібна залоза призводить до змін у діяльності різних частин ВНС шляхом гормонального впливу. У функціонуванні ЩЗ важливе значення мають мікроелементи, такі як бром, селен, кальцій та інші, порушення вмісту яких призводить до розвитку патологічних змін.

Мета дослідження: Встановити кореляційні взаємозв'язки між рівнем мікроелементів у плазмі крові (ПК) і волосі (В) та показниками щитоподібної залози у дітей з пароксизмальною вегетативною недостатністю.

Матеріали і методи дослідження: У дослідженні взяли участь 60 дітей 8–17 років з пароксизмальною вегетативною недостатністю на тлі патології щитоподібної залози. Рівень елементів вимірювали рентгено-флуоресцентним методом за допомогою портативного енерго-дисперсійного рентгено-флуоресцентного спектрометра «ElvaX». Статистична обробка проводилася з використанням програмних пакетів MS Excel та 12.0 SPSS.

Результати: Проведені клініко-інструментальні обстеження показали, що у дітей з ПВН виявляються наступні порушення щитоподібної залози: неоднорідність її структури (67,7), зміни в її ехогенності (59,8), макрофолікулярні утворення (53). Також було виявлено дефіцит таких мікроелементів: Вг (ПК) у 100% пацієнтів, Са (ПК) – 72,2, Се (ПК) – 88,9 та ін. Визначено кореляційні зв'язки показників щитоподібної залози та таких мікроелементів, як Са (ПК): Zn (ПК) – $r=0,417$, Вг (ПК): Se (ПК) – $r=0,610$; Mn (ПК): Cu (В) – $r=0,509$, збільшення щитоподібної залози: Вг(В) – $r=0,312$; макрофолікулярні утворення: I(В) – $r=0,384$ ($p < 0,05$).

Висновок: Ризик виникнення пароксизмальної вегетативної недостатності на тлі патології щитоподібної залози у дітей пов'язаний з низьким рівнем мікроелементів в організмі. Отримані дані можуть істотно полегшити профілактику та лікування даних захворювань.

КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ТА АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ МІОКАРДИТІВ

Федьків В.А. / V.A. Fedkiv

Науковий керівник: д.м.н. Рябенко Д.В.

ННЦ "Інститут кардіології імені М.Д.Стражеска"
НАМН України

м. Київ, Україна

Актуальність. Враховуючи зростання кількості хворих на гострий міокардит (М) – постає необхідність удосконалення ранньої діагностики та верифікації даної патології. Частота прижиттєвого встановлення діагнозу М за даними клінічного й електрокардіографічного (ЕКГ) досліджень складає 0,2-40%, що пов'язано з низькою специфічністю використаних критеріїв.

Мета роботи. Визначити можливості оцінки пошкодження міокарду при використанні різних методів діагностики у хворих, що мають підозру на М. Виділити ЕКГ, ехокардіографічні (Ехо-КГ) ознаки даної нозології, порівняти з даними методу магнітно-резонансної томографії (МРТ) та розробити діагностичний алгоритм.

Матеріали та методи. У 76 хворих проведено кардіо-МРТ обстеження на томографі Vantage Titan-1,5T, з використанням режимів: T1, T2 та в/в болюсним контрастуванням. Оцінювалися скоротлива функція міокарду лівого шлуночка (ЛШ), об'ємні та метричні показники, зони затримки виведення контрастного препарату в відстрочену фазу.

Результати та обговорення. При обробці кардіо-МРТ даних із загальної групи обстежених у 15 (20%) ознак патологічних змін не виявлено. У 61 (80%) встановлено МР-ознаки кардіологічних захворювань:

М-10 (13%), ішемічні ураження–30 (49%), інші–24 (18%), а саме у 4–патологія правого шлуночка, 6–кардіоміопатії, 2–ексудативний перикардит, 1–амілоїдоз, 1–хвороба Фабрі. Проаналізувавши дані ЕКГ 10 хворих на М, патологічний зубець Q сформувався у 2 хворих (20%), синусова тахікардія виявлена у 6 (60%), атріовентрикулярна блокада нижок пучка Гіса II-III ступеня – у 4 (40%). За даними Ехо-КГ: порушення скоротливої функції ЛШ у 9 (90%) та його дилатація у 8 (80%), тромб в порожнині серця (1%).

Висновки. Отже, міокардит представляє собою групу інфекційних, токсичних та аутоімунних випадків запалення міокарда. Клінічні симптоми міокардиту не завжди є специфічними. Діагностика даної патології є досить ускладненою. В свою чергу, МРТ серця у нативному режимі T1 та з відстроченим контрастним підсиленням є високоінформативним методом діагностики міокардиту, який дозволяє визначити локалізацію та площу ділянки запалення міокарда, визначити ступінь кардіальної дисфункції. МР-картина набряку та відстрочене накопичення контрастного розчину, локалізоване інтрамурально або ж субепікардіально, поруч з порушенням локального/глобального скорочення ЛШ – рахується як пряма ознака запалення з пошкодженням кардіоміоцитів.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ГРИПУ А СЕЗОНУ 2016 У ДІТЕЙ З ОБТЯЖЕНИМ ПРЕМОРБІДНИМ ФОНОМ

CLINICAL FEATURES OF INFLUENZA A SEASON 2016 IN CHILDREN WITH COMPLICATED PREMORBID BACKGROUND

Ковалюх І.Ю., Басенко Є.В. / I. Kovaliukh, Y. Basenko

Науковий керівник: к.мед.н., доц. О.В. Виговська,
к.мед.н., ас. В.В. Євтушенко

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

(зав.каф.: д. мед. н., проф. С.О. Крамарьов)

м. Київ, Україна

Мета роботи. Дослідити особливості клінічної картини грипу сезону січень-лютий 2016 року серед дітей, обтяжених преморбідним фоном, що знаходилися на стаціонарному лікуванні у Київській міській дитячій клінічній інфекційній лікарні (КМДКЛІ).

Матеріал і методи дослідження. Під спостереженням перебувало 47 дітей хворих на грип А H1N1 pd Каліфорнія 2009, які знаходилися впродовж січня-лютого 2016 року на стаціонарному лікуванні в клініці кафедри дитячих інфекційних хвороб НМУ імені О.О. Богомольця – КМДКЛІ. Серед обстежених пацієнтів у 12 (25,5%) був обтяжений преморбідний фон.

Результати дослідження та їх обговорення. Було проаналізовано 12 історій хвороби дітей з обтяженим преморбідним фоном. Серед них у 83,3% діагноз грипу А було підтверджено методом імунохроматографічного експрес-аналізу. У 2 дітей діагноз грипу був встановлений на підставі клініко-епідеміологічних даних. У структурі хворих з несприятливим преморбідним фоном зафіксовано 58,3% дівчат та 41,7% хлопчиків. Діти перших двох років життя склали 41,7%, віком 3–6 років – 16,7%, 6–9 років склали 33,3%, та вікова категорія 9–12 років – 8,3%. Серед фонових патологій переважали функціональні ураження центральної нервової системи – у 25% у вигляді парезу нижніх кінцівок, нейротоксикозу та шийного міозиту, серцево-судинні захворювання 8,3% у вигляді вродженої вади серця, ендокринні розлади–8,3% , цукровий діабету I типу у 1 хворого, хронічні захворювання дихальної системи– 8,3%, у вигляді бронхіальної астми, функціональні порушення ШКТ 3,9% у вигляді пілоростенозу, пухлини– 8,3% , неходжкінська лімфома у стадії ремісії, алергічні захворювання– 16,7% atopічний дерматит та алергія на лактозу. Слід зазначити, що у 16,7% були проведені операції зприводу аденектомії.

Висновки. Згідно з даними досліджень особливостей клініки грипу А/H1N1 California 2009, серед дітей з обтяженим преморбідним фоном суттєво не відрізняються від клінічної картини грипу дітей, що не мають супутньої патології.

ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ ТА КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ДІТЕЙ**FUNCTIONAL DYSPEPSIA AND CLINICAL DIAGNOSTIC FEATURES IN CHILDREN**

Матяшок Л.А., Смолякова Т.В. /
L. Matyashok, T. Smoliakova

Науковий керівник: к. мед. н., доц. С.П. Ходаківська
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра педіатрії №5

(зав. каф.: д. мед. н., проф. В.Д. Лукашук)

м. Київ, Україна

Мета і завдання. Вивчення клінічних та діагностичних особливостей функціональної диспепсії (ФД) у дітей.

Матеріали і методи виконання. Обстеження проводилося у ДКЛ №3 м.Києва. Обстежено 200 дітей з ФД, з них 40 практично здорових дітей, віком від 6 до 17 років. Найвність інфікування *Helicobacter pylori* встановлено у 111 дітей. В ході дослідження ми використовували фіброгастродуоденоскопію, кольоровий тест Люшера для визначення емоційного стану, та опитувальник Айзенка для визначення стану емоційної стійкості та ступеня тривожності. Для дослідження стану вегетативної нервової системи використовували кардіоінтервалографію. Отримані результати дослідження ми обробили за допомогою статистичної програми «Statgraphics».

Отримані результати. Дослідження довело, що більшістю дітей з ФД були дівчатка (64% проти 36%). Вивчення анамнезу вказувало, що 83,7% дітей мали порушене харчування. Хвороба виникала на тлі спадкової схильності у 63,5% дітей. У 82,2% хворих виявили постійне психоемоційне перевантаження, акцентуацію особистості, підвищену тривожність. У всіх пацієнтів виявлені вегетативні дисфункції. Хворі з ФД мали: пароксизмальну вегетативну недостатність- 9%, вегето-судинну – 15,7%, нейроциркуляторну дисфункцію- 32,8%, вегетовісцеральну дисфункцію- 31,8%. При лікуванні функціональних розладів системи травлення слід передбачати виконання таких положень: І- ліквідація чинників, що призвели до порушення функції органу;

ІІ- базова терапія хворих; ІІІ- корекція супутніх станів. Додатково на початковій стадії варто застосовувати седативні препарати та антидепресанти рослинного походження «Фітосед» і «Деприм». При аналізі запропонованої терапії відмічена позитивна динаміка, а саме: до 7 дня лікування зникав біль, прояви диспепсичного синдрому регресували у 60% дітей, стан клінічної ремісії спостерігали у всіх дітей.

Висновки. У дітей функціональна диспепсія супроводжується психоемоційними розладами та вегето-судинною дисфункцією, які потребують корекції. Застосування розробленого диференційованого комплексу лікувальних заходів показало вищу ефективність при лікуванні функціональної диспепсії у дітей.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ СОВМЕСТНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНДУКТОРА ИНТЕРФЕРОНА И РЕКОМБИНАНТНОГО ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ИНТЕРФЕРОНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМИ ВИРУСНЫМИ ГАСТРОЭНТЕРОКОЛИТАМИ**EVALUATION OF EFFICIENCY COMBINED USING OF INTERFERON INDUCTOR AND RECOMBINANT HUMAN INTERFERON IN YOUNG CHILDREN WITH ACUTE VIRAL GASTROENTEROCOLITIS**

Портняга Е.М., Скокова Н.В. / E.Portnyaga, N.Skokova

Научный руководитель: к.мед.н. ас. Царева Н.М.

Национальный медицинский университет

имени А.А. Богомольца

Кафедра педиатрии №2

(зав.каф.:член.-кор. НАМН Украины, д.мед. н., проф. А.П. Волосовец)

г. Киев, Украина

Актуальность. На сегодняшний день острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают ведущее место в инфекционной патологии у детей. Этиология гастроэнтеритов до 70% вирусная. У детей часто встречается сочетанная инфекция двух и более вирусов, при которой заболевание протекает в тяжелой форме. То есть возникает потребность совершенствовать методы лечения ОКИ с включением препаратов, обладающих противовирусной активностью.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ 51 историй болезней детей с ОКИ в возрасте от 1 мес. до 4-х лет, которые проходили лечение в отделении анестезиологии и интенсивной терапии Луганской областной детской клинической больницы с лета 2014 по осень 2015 года.

Результаты исследования. В исследовании оценивались два препарата: низкомолекулярный индуктора интерферона – циклоферон и препарат рекомбинантного интерферона – лаферобион. При анализе были составлены две группы. Группа №1: 22 ребенка получали циклоферон с лаферобионом. Группа №2: 29 детей, получали только циклоферон. Анализ эффективности совместного использования этих препаратов оценивался по главным клиническим симптомам – экзикоза и интоксикации, болевого и диарейного синдрома. На 2-й день лечения симптомы интоксикации купировались у 90% больных (против 70% в группе №2), у 82 % детей группы №1 нормализовалась температура тела и прекращалась рвота. На 2-3-й день болевой и диарейный синдром купировался у 70% больных (против 38% в группе №2).

Дети группы №1 уже на 3-4-е сутки с момента поступления переводились в детское инфекционное отделение.

Выводы. Комбинированное применения циклоферона и лаферобиона на ранних стадиях ОКИ сокращает продолжительность острого периода заболевания, уменьшает интоксикационный синдром и способствует более быстрому выздоровлению со снижением продолжительности пребывания в стационаре.

СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ З НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

THE VEGETATIVE REGULATION IN CHILDREN WITH SACT

Резніков Ю.П., Шкот А.В./ Y.Reznikov, A. Shkot

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Горобець Н.І.

Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

Кафедра педіатрії №1

(зав.каф.: д.мед.н., професор О.В. Тяжка)

м.Київ, Україна

Мета: з'ясувати особливості вегетативної дисрегуляції у дітей з неврологічною патологією на тлі недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ).

Матеріали та методи. Досліджено 50 дітей 5–16 років. Вихідний вегетативний тонус оцінювали за таблицею Г.Г. Осокіної, забезпечення діяльності – за даними кліноростатичної проби (КОП), НДСТ та ступені її важкості – за критеріями Т.Мілковської-Димитрової (1985) у модифікації Л.Н.Абакумової. Контрольну групу склали 25 дітей з неврологічною патологією без ознак НДСТ.

Результати. Виявлено, що еутонію мали 34% дітей основної групи та 26% – контрольної, ваготонію – 48% і 18%, відповідно. У 60% дітей з вираженою НДСТ переважала ваготонія, а 40% дітей з помірним вираженням НДСТ мали симпатикотонію. Більшість дітей з легкими проявами НДСТ мали еутонію.

При проведенні КОП нормальну реакцію на ортостаз мали лише 26% дітей основної групи, тоді як у контролі – 74%. У решти дітей обох груп була виявлена асимпатикотонічна реактивність.

Висновок. У дітей з неврологічною патологією на тлі НДСТ виявлено превалювання парасимпатичної регуляції та недостатнє вегетативне забезпечення діяльності організму, які, в свою чергу, зумовлюють біохімічні та фізіологічні розлади, що призводить до порушень адаптаційних процесів.

ОСОБЛИВОСТІ ГРИПУ СЕЗОНУ 2016 РОКУ У ДІТЕЙ

THE FEATURES OF INFLUENZA OF SEASON 2016 YEAR IN CHILDREN

Швецова М-А.І., Ковалюх І.Ю., Басенко Є.В. /
M-A. Shvetsova, I. Kovaliukh, Y. Basenko

Науковий керівник: к.мед.н., доц. В.В. Євтушенко

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

(зав.каф.: д.мед.н., проф. С.О. Крамарьов)

м. Київ, Україна

Мета роботи. Дослідити особливості клінічної картини грипу сезону січень-лютий 2016 року серед дітей, що знаходилися на стаціонарному лікуванні у Київській міській дитячій клінічній інфекційній лікарні (КМДКІЛ).

Матеріал і методи дослідження. Під спостереженням перебувало 47 дітей хворих на грип А Н1N1 pd Каліфорнія 2009, які знаходилися впродовж січня-лютого 2016 року на стаціонарному лікуванні в клініці кафедри дитячих інфекційних хвороб НМУ імені О.О. Богомольця – КМДКІЛ. Діагноз грипу встановлюється на підставі клініко-епідеміологічних даних та лабораторних методів дослідження: імунохроматографічного аналізу (ІХА) та PCR дослідження носогорлового змиву.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед обстежених пацієнтів у 64% хворих діагноз грипу, викликаного штамом грип А Н1N1pd Каліфорнія 2009 було підтверджено методом ІХА, у 4,2%-методом PCR; у інших 31,8%- встановлено на підставі клініко-епідеміологічних даних. Серед хворих хлопчики становили 59,6%, дівчатка–40,4%. Обстежені діти були у віці від 5 місяців до 17 років. Більшість хворих були діти віком 3-6 років–34%, діти перших двох років життя склали 19,2%, 6-9–21,3%, 9-12–17%, 12-18–8,5%. У 25,5% дітей мав місце несприятливий преморбідний фон. У 90% хворих стан було розцінено як середньотяжкий, у 10%- важкий. Переважаючими симптомами були: лихоманка-100%, гіперемія слизової ротоглотки-95,7%, кашель-76,7%, загальна слабкість-74,5%, закладеність носа-40,4%, ринорея-31,9%, головний біль-29,8%. При аускультатії у більшості хворих (87,2%) вислуховувалось везикулярне дихання, 57,4%-жорстке дихання. Катаральні симптоми тривали в середньому 3-4, лихоманка-2–2,5 днів. Ускладнений перебіг спостерігався у 12,7%: синдром цитолізу–у 2,1%, пневмонія–у 4,2%, симптоми менінгізму–у 2,1%, а також енцефалічна реакція, судомний варіант у 4,2%. Летальних випадків серед обстежених хворих на грип не було.

Висновки. Отримані дані показують, що клінічна картина грипу у обстежених дітей сезону січень-лютий 2016 р. була обумовлена грипом А Н1N1pd Каліфорнія 2009 та характеризувалася у 90% середньотяжкою формою, 87,3%-неускладненим перебігом.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АХОНДРОПЛАЗІЮ

Гнилоскуренко Г.В., Стебницький І.О., Векліч В.В.* /
H.Gnyloskurenko, I.Stebnitsky, V.Veklich

Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця, *Клініка «Ladisten»

Кафедра педіатрії №4

(зав. каф.: акад. НАМН України, д. мед. н., проф.
В.Г. Майданник)

м. Київ, Україна

Актуальність. Відомо, що ахондроплазія є наслідком мутації гена рецептора фактора росту фібробластів третього типу (FGFR3), що призводить до порушення процесів енхондрального окостеніння. Як наслідок у даних осіб спостерігається диспропорційний розвиток тіла, низький зріст, дефекти лицевого черепа, що формує характерний зовнішній вигляд. Через це виникають виникають проблеми з соціальною адаптацією.

Мета: визначити клінічні особливості перебігу ахондроплазії у дітей.

Матеріали та методи: Шляхом ретроспективного аналізу досліджено 30 пацієнтів з ахондроплазією, які перебували на стаціонарному лікуванні в клініці «Ladisten» з 2012 по 2015 рік.

Результати дослідження: Серед всіх дітей було 16 дівчаток та 14 хлопців, віком від 2 до 16 років. Середній вік – 5,9. Хворі знаходились на плановому оперативному лікуванні з приводу подовження росту. З них перший етап (подовження гомілок) отримали 8(26,7%), другий (подовдження стегон) – 9(30%), третій (подовдження плечей) – 13(43,3%). Половина дітей (50%) народились від матерів з особливостями вагітності та пологів. Токсикоз першої половини встановлено у 33,3%, другої половини 10%, загроза переривання вагітності 20%, оперативне втручання при пологах 26,7%, передчасні пологи 10%. Також 13,3% дітей мали пологові травми, асфіксію, порушення мозкового кровообігу.

Звертає увагу те, що половина хворих (50%) мають різноманітну патологію ЛОР органів, що у 40% супроводжується вираженим нічним храпом. Також у 43,4% встановлено гідро цефалічний синдром, у 33,3% – карієс, 16,7% порушення гемостазу та 26,7% – алергію.

Висновок: ахондроплазія – складне, полісиндромне генетичне захворювання, яке супроводжується порушенням багатьох систем організму. Ортопедичні операції з подовження кінцівок покращують соціальну адаптацію хворих. Проте хворі на дану патологію окрім планового оперативного лікування потребують диспансерного нагляду у отоларинголога, стоматолога, педіатра.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ЩЕПЛЕНЬ ТА ЇХ НАСЛІДКИ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ФЕНІЛКЕТОНУРІЮ

VACCINATION FEATURES AND THEIR IMPLICATIONS IN CHILDREN PKU

Тітова Т.О., Коляда Л.М., Ткалич А., Кириченко М.О.,
Губич І.Б., Анненко А.Р. / T.Titova, L. Kolyada,
A. Tkalych, M. Kyrychenko, I. Gubych, A. Annenko

Науковий керівник: д. мед. н., проф. І.О. Мітюряєва

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра педіатрії №4

(зав. каф.: акад. НАМН України, д. мед. н., проф.
В.Г. Майданник)

м. Київ, Україна

Серед проблем сучасних дитячих хвороб особливе місце займають спадкові дефекти обміну, що супроводжуються неврологічними ускладненнями і поведінковими порушеннями. Фенілкетонурия (ФКУ) є однією з найбільш поширених ензимопатій, частота дефекту в Європі становить у середньому 1: 10000 та 1: 70000 в Україні.

Метою дослідження був збір актуальних статистичних даних щодо особливостей перебігу соматичних захворювань та їх вплив на вакцинацію у дітей, хворих на ФКУ. Завданням було отримання і обробка інформації, співставлення даних для отримання результатів.

Дослідження проводилось за допомогою БО «Об'єднання батьків дітей хворих на ФКУ «Покоління», які надали медичні картки для подальшого вивчення і математичного оброблення статистичних даних.

На даний час наявна інформація про 40 людей з діагнозом ФКУ, серед яких спостерігається невідповідність профілактичних вакцинацій щодо календарю щеплень. Серед досліджених виявлено 71,43% випадків перенесення термінів профілактичних щеплень за медичними показаннями. Головною причиною відмови від вакцинацій є висока частота вірусних та інфекційних захворювань різних органів та систем впродовж перших 3 років життя, яка складає у середньому 5 – 10 разів за рік.

З іншого боку, виявлено, що у 64,29% дітей, хворих на ФКУ, щеплення супроводжувались системною відповіддю у вигляді алергічних реакцій. З них у 55,95% дітей було діагностовано гіперергічну реакцію на адсорбовану коклюшно-дифтерійно-правцеву вакцину (АКДП), у 44,4% на бацилу Кельметта – Герена (БЦЖ), у 36,58% досліджуваних була алергічна реакція на обидві вакцини. Серед зафіксованих випадків алергічних реакцій найбільш частими були прояви у вигляді atopічного дерматиту, себорейного дерматиту, алергічного дерматиту та гострого алергозу.

Висновок: дійсний календар профілактичних щеплень неможливо застосовувати відносно дітей з діагнозом ФКУ. Необхідне подальше вивчення цієї проблеми та розробка нових рекомендацій щодо вакцинації таких дітей.

ВПЛИВ КОЛОРТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ДІТЕЙ З РІЗНИМИ КЛІНІЧНИМИ ФОРМАМИ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

THE COLOR THERAPY'S INFLUENCE ON CHARACTERISTICS OF PSYCHO-EMOTIONAL CONDITION OF CHILDREN WITH VARIOUS CLINICAL FORMS OF VEGETATIVE DYSFUNCTION

Забашта Д.О., Ткачук О.І., Тітова Т.О., Слобода А.О., Коляда Л.М., Ткалич А.В., Мазурець О.В. / D. Zashasta, O. Tkachuk, T. Titova, A. Sloboda, L. Kolyada, O. Mazurets, A. Tkalych

Науковий керівник: д.мед. н., професор І.О. Мітюряєва

Кафедра педіатрії №4

(зав. каф.: акад. НАМН України, д.мед. н., проф. В.Г. Майданник)

м. Київ, Україна

Мета. Вивчити ефективність впливу колортерапії у комплексному лікуванні на психоемоційний статус дітей з різними клінічними формами вегетативної дисфункції.

Завдання. Покращити якість життя пацієнтів з різними клінічними формами ВД, після проведення комплексної терапії, досягти довготривалого ефективного лікування.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі Центру вегетативних дисфункцій ДКЛ №6 м. Києва. Обстежено 45 дітей віком 8 -17 років з різними формами ВД: 10 дітей (група контролю) отримувала базову терапію, 35 дітей основної групи, яким на фоні медикаментозної терапії проводилась колортерапія за допомогою апарату Біоптрон-компакт (Zepher). Курс лікування становив 10 днів, шляхом опромінення по ідентичним акупунктурним зонам верхніх кінцівок, шиї та чола, тривалістю по 3 хв. на кожну ділянку. В залежності від діагнозу застосовувався відповідний світлофільтр: у пацієнтів з ВД з гіпертензією – синього кольору, з гіпотензією – червоного, а ПВН – індиго. Для об'єктивного визначення ефективності лікування використовували психологічне тестування: тест САН, тест на тривожність за Спілбергом.

Результати. У клінічній групі з діагнозом ПВН показник самопочуття найбільше зріс після курсу колортерапії у хворих з гіпотензією -19,5%. Значення показника активності покращилося групі дітей з ВД з гіпертензією на 17,9%. За показником настрою найкращий результат отримали у групі дітей з ПВН – 22,1%. У контрольній групі показники тесту САН – суттєвих змін не спостерігалося. Підвищена ситуаційна тривожність у хворих основної групи після лікування знизилася майже в 2 рази, складаючи 27 %. У групі контролю після лікування даний показник зменшився на 6,25%. Рівень підвищеної особистісної тривожності знизився у 1,5 рази у дітей з основної групи та в групі контролю залишився незмінний.

Висновок. Отже, включення колортерапії до комплексного лікування хворих на різні клінічні форми ВД, дозволяє значно покращити психоемоційний стан, що сприяє підвищенню ефективності лікування.

ОЦІНКА ВПЛИВУ РЕГУЛЯРНИХ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ НА РІВЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИТЕМИ У ДІТЕЙ

ASSESSMENT OF FUNCTIONAL ADAPTATION OF CARDIOVASCULAR SYSTEM IN CHILDRENS

Зубрійчук А.О., Шматко А.М., Кириченко М.О. / A. Zubriichuk, A. Shmatko, M. Kyrychenko

*Науковий керівник: к. мед. н., доц. Г.В. Салтикова
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

Кафедра педіатрії №4

(зав. каф.: акад. НАМН України, д. мед. н., проф. В.Г. Майданник)

м. Київ, Україна

Актуальність: рівень фізичного здоров'я є одним з маркерів соціального благополуччя суспільства, тому питання вивчення показників фізичного здоров'я у дітей є актуальним.

Мета: оцінити зміни функціональних можливостей серцево-судинної системи у дітей за допомогою проби Руф'є під впливом регулярних фізичних навантажень.

Матеріали та методи: обстежено 48 дітей (11–16 років), що відпочивали в оздоровчому таборі пішохідного туризму. Проба Руф'є за стандартною методикою та оцінкою результатів відповідно до віку проводилась на початку відпочинку та через 14 днів, протягом яких діти мали обов'язкове щоденне фізичне навантаження у вигляді пішохідних прогулянок довжиною 3–8 км.

Результати: На початку відпочинку результати проведеного обстеження були оцінені як добрі у 8% (4 дитини), задовільні – 44% (21 дитина), слабкі – 34% (16 дітей), незадовільні – 14% (7 дітей). По завершенні відпочинку результати проведеного обстеження були оцінені як добрі у 23% (11 дітей), задовільні – 29% (14 дітей), слабкі – 31% (15 дітей), незадовільні – 17% (8 дітей).

Висновок: В динаміці, через 2 тижні, достовірно ($p < 0,05$) збільшилась кількість дітей з добрим результатом (з 8% до 24%), та зменшилась кількість дітей з задовільним результатом (з 44% до 27%) що свідчить про позитивний ефект від фізичних навантажень навіть за короткий термін. Звертає на себе увагу той факт, що добрий результат проби Руф'є був у малій кількості дітей, що говорить про недостатні резервні можливості серцево-судинної системи у дітей віком 11-16 років, які можуть бути пов'язані з недостатньою фізичною підготовкою. Оскільки рівень соматичної патології обернено пропорційний рівню фізичної підготовки, рекомендовано більше уваги приділяти фізичному вихованню, – як вдома, так і в школі.

**МАТЕРІАЛИ
СЕМІНАРУ ПРИСВЯЧЕНОГО
ВСЕСВІТНЬОМУ ДНЮ ЗДОРОВ'Я 2016**

7–8 квітня 2016 р.

**ABSTRACTS OF SEMINAR
DEDICATED to THE WORLD HEALTH DAY 2016**

April 7–8th, 2016

ЕФЕКТИВНІСТЬ НАВЧАННЯ САМОКОНТРОЛЮ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1 ТИПУ ТА СТАН ГЛІКЕМІЧНОГО КОНТРОЛЮ У ДІТЕЙ

Свідерок Ю.М., Ассонов Д.О. /
Sviderok Yuliya, Assonov Dmytro

Науковий керівник: к. мед. н. Лукашук І.В.
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, кафедра педіатрії № 5
(зав. каф.: д.мед.н.; професор В.Д. Лукашук)
м. Київ, Україна

Актуальність. Цукровий діабет 1 типу (ЦД1) поширене психосоматичне захворювання, яке маніфестує в дитячому віці. В Україні хворіє на ЦД1 понад 5000 дітей у віці 1-14 років та 3000 підлітків у віці 15-17 років. Інформування хворого є важливою складовою лікування ЦД1, яке проводиться за навчальною програмою з контролю ЦД1.

Мета дослідження – вивчити динаміку стану глікемічного контролю у дітей з ЦД1 до та після навчання в Школі самоконтролю діабету з урахуванням компетентності дітей та їх батьків.

Матеріали та методи. Проаналізували ретроспективно історії 87 дітей (загальна група) з ЦД1 у віці 6-17 років, які навчалися в школі самоконтролю діабету (СКД) у відділі дитячої ендокринної патології ДУ “Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України”. Програма СКД структурована 10-тю заняттями. В І групу (основну) включено 30 дітей з вперше діагностованим ЦД1 у віці 11-15 років; в ІІ групу порівняння увійшло 25 дітей, які отримували психологічний супровід (заняття за участю медичного психолога). У всіх дітей визначали глікозильований гемоглобін (НbA1c) в динаміці – до та після навчання через 3 і 6 місяців, а також динаміка тривожності. Компетентності дітей та батьків оцінювали за допомогою адаптованого опитувальника. В ІІІ групу порівняння увійшло 20 дітей, які не навчалися в школі СКД.

Результати. В загальній групі спостерігалася позитивна динаміка субоптимального глікемічного контролю – у 19,5% хворих через 3 місяці, та 36,8% через 6 місяців (в порівнянні з 10,3 % до навчання). В І групі показник НbA1c через 3 та 6 місяців знизився до 8,87%±0,87 та 8,32±1,05% відповідно (9,63±0,9% до початку навчання). В ІІ групі показник НbA1c через 3 та 6 місяців знизився до 9,34±0,93% та 9,17±0,97% відповідно (9,72±0,88% до початку навчання). В ІІІ групі показник НbA1c через 3 та 6 місяців динаміка показників була несуттєвою. В І групі до навчання самоконтролю у 43% обстежених спостерігався середній рівень тривожності, високий рівень – у 57%, низький рівень тривожності не виявлено. Через 3 місяці навчання в школі СКД низький рівень тривожності спостерігався у 46,7%, середній – у 30% обстежених і високий рівень – у 23,3%. В ІІ групі динаміка показників тривожності була незначною.

Висновок. Навчання в школі СКД дітей, поєднане з психологічною допомогою, підвищує компетентність дітей та їх батьків, покращує компенсацію ЦД1 та допомагає нормалізувати психоемоційний стан.

ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ АКТИВНИХ МЕТАБОЛІТІВ ПРИ НЕФРОПАТІЇ ЗА УМОВИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТА КОРЕКЦІЇ НІКОТИНАМІДОМ

Баран С.З. / S. Baran

Науковий керівник: к.біол.н., доц. Л.В.Яніцька
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця
кафедра біологічної та біоорганічної хімії
(зав.каф.: д.мед.н., проф. Л.В.Гайова)
м. Київ, Україна

Актуальність. За умови тривалої гіперглікемії активуються процеси нефермативного глікозильовання. Результатом такої модифікації є зміни структурно-функціональних властивостей протеїнів і, як наслідок, розвиток ускладнень діабету. Відомо, що у клітинному метаболізмі важливу роль відіграє рівень активних метаболітів. Підвищення рівнів лактату та пірувату може свідчити про порушення балансу між анаеробними та аеробними процесами енергоутворення. Не виключено, що за умов діабету відбувається порушення використання пірувату у циклі трикарбонових кислот.

Мета дослідження. Метою даної роботи було з'ясувати чи відбуваються зміни вмісту активних метаболітів(лактату, пірувату, малату) у кірковому шарі нирок за цукрового діабету та за умови корекції нікотинамідом.

Об'єкт і методи дослідження. Експериментальний цукровий діабет 1 типу викликали одноразовим внутрішньочеревним введенням шурам-самціям лінії Wistar масою 180-210г стрептозотоцину у дозі 60 мг на 1 кг маси тіла. Протягом двох тижнів вводили NAm («Sigma», США) у дозі 100 мг/кг маси тіла.

Результати. Для підтвердження розвитку цукрового діабету 1 типу у шурів на початку експерименту та в кінці було оцінено концентрацію глюкози у крові. Було виявлено, що концентрація глюкози в крові діабетичних шурів зросла у 4 рази у порівнянні з відповідними показниками контрольних шурів. У кірковому шарі нирок вміст лактату, пірувату, малату, збільшився в 2,2, 15 та 1,6 разів відповідно у порівнянні з відповідними показниками контролю. Це може бути результатом як пригнічення біосинтезу так і посилення полі-рибозильовання. Тобто, збільшення метаболітів свідчить про зміни у залежних від них процесах. За умови введення NAm, який є попередником біосинтезу нікотинаміднихдинуклеотидів, вміст лактату в кірковому шарі нирок зменшився на 26%, пірувату на 92% та малату на 28% у порівнянні показниками за діабету.

Висновки. За умови експериментального цукрового діабету спостерігається збільшення вмісту метаболітів, що свідчить про порушення енергетичних та регуляторних процесів у нирках. Введення нікотинаміду протягом двох тижнів частково відновлює ці показники, що свідчить про його корегуючу дію на дані процеси.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ
МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ
ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА
ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ**

**THE EFFICIENCY OF APPLICATION METABOLIC
THERAPY IN TREATMENT OF CORONARY ARTERY
DISEASE AND TYPE 2 DIABETES**

Бєлікова Ю.О., Моцак Т.М. / Y. Bielikova, T. Motsak

Науковий керівник: д.м.н., професор Лизогуб В.Г.

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

Кафедра внутрішньої медицини №4

(зав.каф.: д.м.н., професор Лизогуб В.Г.)

м.Київ, Україна

Актуальність: Одне з передових місць серед проблем суспільної охорони здоров'я займає ішемічна хвороба серця (ІХС) поєднана з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу. Соціальна значущість полягає у ранній інвалідизації та летальності, яка обумовлена наявністю пізніх судинних ускладнень діабету: мікро- та макроангіопатії.

Мета роботи: Дослідити ефективність використання L-аргініну як додаткового засобу у боротьбі з метаболічними порушеннями і прогресуючою серцевою недостатністю у хворих на ІХС та ЦД 2 типу.

Матеріали і методи: Було проведено обстеження та лікування 23 пацієнтів з ІХС віком від 62 до 83 років, з них: 16 хворих з артеріальною гіпертензією та 7 хворих з супутнім ЦД 2 типу, ускладнений мікроангіопатіями. Контрольна група-10 умовно здорових людей того ж віку. Базисна терапія включала схеми стандартного лікування ішемічної хвороби серця (нітрати, Я-блокатори, антиагреганти, блокатори кальцієвих каналів, інгібітори АПФ) та ЦД 2 типу (дієта №9, інсулінотерапія). Крім базисної терапії всім пацієнтам включали L-аргінін.

Результати дослідження: При обстеженні виявлено зменшення скарг у 82% хворих на відчуття стиснення за грудиною, головокружіння, відмічали покращення пам'яті. Знизилась кількість приступів стенокардії у 89% хворих, що зменшує потреби в використанні нітратів. Спостерігалась тенденція до зниження діастолічного АТ з $2\pm 0,01$ до $5\pm 0,02$ мм.рт.ст. В результаті проведеного лікування, із доповненням L-аргініну, у хворих з гіперхолестеринемією відмічали значне зниження рівня тригліцеридів порівняно з контрольною групою з $146,5\pm 2,1$ до $142,2\pm 3,3$ мг/дл ($p<0,05$). За даними Ехо-кардіографії фракція викиду лівого шлуночка збільшилась з $43,2\pm 0,8$ до $48,6\pm 0,7\%$ ($p<0,01$).

Висновок. В результаті підвищення активності енергетичного метаболізму кардіоміоцитів, метаболічна терапія з використанням L-аргініну сприяє нормалізації обміну тригліцеридів та покращення скоротливої функції лівого шлуночка.

**ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ
УСКЛАДНЕНЬ НИЖНІХ КІНІВОК ПРИ
ЦУКРОВИМУ ДІАБЕТІ ЗА ДОПОМОГОЮ
НЕВРОЛІЗУ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕРВІВ**

**TREATMENT OF PYO-NECROTIC
COMPLICATIONS OF THE LOWER LIMBS IN
DIABETES THROUGH NEVROLIZIS OF
PERIPHERAL NERVES**

*Лисайчук Ю.С., Четверус Р.В., Бойко К.О. /
Y.S. Lisaychuck, R.V. Chetverus, K.O. Boiko*

Науковий керівник: проф., д.мед.н. Лисайчук Ю.С.

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

*Кафедра хірургії, анестезіології та інтенсивної
терапії післядипломної освіти*

Завідувач кафедри: проф., д.мед.н. Скиба В.В.

м. Київ, Україна

Актуальність: Діабетична невропатія – ускладнення цукрового діабету (ЦД), яке зустрічається найбільш часто і вражає до 50% пацієнтів. Захворювання характеризується прогресуючим ураженням і втратою нервових волокон, які входять до складу соматичної і/або автономної нервової систем. Через несвоєчасне виявлення діабетичної невропатії виникають незворотні зміни, які не піддаються ефективному консервативному лікуванню і потребують альтернативних методів хірургічних втручань.

Мета роботи: Довести ефективність вибіркового невролізу периферичних нервів нижніх кінцівок у лікуванні та профілактиці трофічних виразок у хворих з цукровим діабетом.

Матеріали та методи дослідження: На базі КМКЛ №1 було виконано вибіркового невролізу великогомілкового нерва в тарзальному каналі, загального малогомілкового та його глибоких гілок, сурального нерва в зоні його формування 66 хворим зі встановленою діабетичною невропатією, яких розділили на три групи: перша група включала 32 пацієнта з нейротрофічними розладами, друга група – 22 пацієнта з нейротрофічними виразками, третій групі (12 пацієнтів) було проведено невроліз з профілактичною метою.

Результати дослідження: У першій групі у 100% пацієнтів трофічні виразки загоїлися в терміни від 45 до 60 діб. У другій групі рецидив трофічної виразки виник лише у 3% пацієнтів. У третій групі випадків трофічних виразок виявлено не було.

Висновки: Отже, вибіркового невролізу периферичних нервів нижніх кінцівок у хворих з цукровим діабетом дозволяє не тільки скоротити терміни загоєння трофічних виразок, а й забезпечити надійну профілактику їх виникнення.

ФАКТОРИ РИЗИКУ КАРДІОМЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Бутова Є.Ю. / E.Y. Butova

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Боброннікова Л.Р.
Харківський національний медичний університет
Кафедра клінічної фармакології (зав. каф. – д.мед.н., проф. Боброннікова Л.Р.)
м. Харків, Україна

Актуальність. Фактори ризику цукрового діабету (ЦД) 2 типу та артеріальної гіпертензії (АГ) здебільшого є сумісними. До них відносять абдомінальне ожиріння, інсулінорезистентність, гіперглікемію, дисліпопротеїнемію. Вони досить тісно пов'язані між собою та підвищують сукупний ризик як для ЦД, так і для кардіоваскулярної патології.

Мета: дослідити фактори кардіометаболічного ризику та їх роль в ураженні органів-мішеней у пацієнтів з АГ та ЦД 2 типу.

Матеріали и методи. 45 пацієнтів (17 чоловіків і 28 жінок) з АГ II стадії і 2 ступеню та ЦД 2 типу. Середній вік пацієнтів – 54,5±4,5 років. Проведена оцінка антропометричних показників, НОМА-IR, дослідження вуглеводного та ліпідного обмінів, С-реактивного протеїна (С-РП), товщини комплексу інтима-медіа загальних сонних артерій (ТІМ ЗСА). Пацієнти розділені на групи: 1-а група (n=24) з АГ та ЦД 2 типу; 2-а група (n=21) без АГ.

Результати. У 49,8% пацієнтів 1-ї групи встановлено абдомінальне ожиріння (АО) 2-го ступеню (p<0,05). Гіпертрофія міокарда лівого шлуночка (ГЛШ) виявлена у 68,2% пацієнтів 1-ї групи і у 43,2% 2-ї (p<0,01). Рівень НbA1c у пацієнтів 1-ї групи був у 1,2 рази вище, ніж у пацієнтів 2-ї групи (p<0,001). Виявлена гіперхолестеринемія у 68,4%, гіпертригліцеридемія у 42,0%, підвищення ХСЛПНЩ у 22,4%, зниження рівня ХСЛПВЩ у 33,1% пацієнтів 1-ї групи (p<0,001). Вміст С-РП у пацієнтів 1-ї групи був в 1,4 рази вище, НОМА-IR в 2,4 рази вище, ніж у пацієнтів 2-ї групи (p<0,01). ТІМ ЗСА у пацієнтів 1-ї групи була у 1,2 рази більша, ніж у пацієнтів 2-ї групи (p<0,01) та корелювала з рівнем ЗХС (r=0,44; p<0,01), НОМА-IR (r=0,38; p<0,01).

Висновки. Вирішальне значення у прогресуванні кардіометаболічних порушень та ураження органів-мішеней у пацієнтів з АГ та ЦД 2 типу мають АО та інсулінорезистентність, що сприяє розвитку ГЛШ, прогресуванню атеросклерозу та обумовлено дисліпідемією, порушеннями вуглеводного обміну, розвитком системного запалення.

ДІАГНОСТИКА ПАНКРЕАТИЧНОЇ ЕКЗОКРИННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ ТА КОРЕКЦІЯ ЇЇ ПОРУШЕНЬ

DIAGNOSTICS OF EXOCRINE PANCREATIC INSUFFICIENCY IN CHILDREN WITH DIABETES MELLITUS TYPE 1 AND CORRECTION OF IT'S VIOLATIONS

Варварук О.А. / O.A. Varvaruk

Науковий керівник: професор, д.мед.н. Лукашук В.Д.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра педіатрії № 5
(зав. каф.: професор, д.мед.н. Лукашук В.Д.)
м. Київ, Україна

Актуальність. Цукровий діабет 1 типу (ЦД 1) – поширене захворювання серед дітей і підлітків, при якому окрім ушкодження клітин підшлункової залози розвивається фіброз її ацинарної тканини з панкреатичною екзокринною недостатністю (ПЕН). Зазначене ускладнення ЦД, виникає у 40 – 60% випадків і впливає на перебіг хвороби та потребує замісної ферментної терапії (ЗФТ).

Мета. Діагностувати ПЕН у дітей з ЦД 1 і проаналізувати зв'язок ПЕН з тривалістю ЦД 1 та станом глікемічного контролю.

Матеріали та методи дослідження. Проведено рестроспективний аналіз даних історій хвороб 58 дітей з діагнозом ЦД 1 типу віком від 5 до 17 років. У всіх визначали фекальну панкреатичну еластазу-1 (Е-1) за допомогою імуноферментного аналізу (норма – більше 200 мкг/1 г калу, легкий ступінь ПЕН – 100-200 мкг/1 г, середній – 100-50 мкг/1 г, тяжкий – менше 50 мкг/1 г калу). 38 хворих з верифікованим діагнозом ПЕН склали I групу (основну); решта 20 дітей з ЦД 1 типу без ПЕН – II групу (порівняння). В контрольну групу увійшло 18 здорових дітей цього ж віку.

Результати дослідження. В I групі у всіх дітей спостерігали зниження показника Е-1 (середнє значення 78,3 ± 9,7 мкг/г). У 22 дітей – виявлено легкий ступінь ПЕН, у 12 – середній та у 4 – тяжкий. Клінічні прояви ПЕН були у 8 дітей. У всіх хворих з легким ступенем ПЕН та у 3 із середнім – тривалість ЦД 1 була до 1 року. У 6 хворих з вперше діагностованим ЦД 1 була виявлена ПЕН легкого ступеня. При тривалості ЦД 1 від 1-го до 3-х років у 7 хворих була виявлена ПЕН середнього ступеню; при тривалості 3-5 років – у 2 хворих діагностована тяжка ПЕН та у 2 – середній ступінь ПЕН. У решти 2 хворих з тяжкою ПЕН тривалість ЦД 1 була понад 5 років. Встановлено, що гіршому стану глікемічного контролю відповідає тяжкий або середній ступінь ПЕН. Крім того, в I групі виявлено також інші ускладнення ЦД 1: у всіх хворих з тяжкою ПЕН, та у 4 із середньою – ангіопатія і нейропатія. У II групі у всіх хворих показник Е-1 був в межах норми (середній показник Е-1 242,0±9,7 мкг/г). У 14 хворих тривалість ЦД 1 становила до 1 року, у 6 – від 1 до 3 років. Субоптимальний глікемічний контроль був у 17 хворих; у 5 дітей діагностовано – ангіопатію, у 3 – нейропатію.

Висновки. ПЕН є одним із ускладнень ЦД 1, що виявляється у частини дітей, і ступінь тяжкості якої залежить від його тривалості та глікемічного контролю. Важливо вчасно діагностувати ПЕН та призначити замісну ферментну терапію.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ГІПОГЛІКЕМІЇ СЕРЕД ЛЮДЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

RESEARCH ISSUES PEOPLE WITH HYPOGLYCEMIA DIABETES

Воронін Я.О., Вороніна К.І. / Y.Voronin, K.Voronina

Науковий керівник: д.м.н., проф. Ю.І.Комісаренко

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

Кафедра ендокринології

Зав. каф.: д.мед.н., проф. П.М. Боднар

м. Київ, Україна

Актуальність. Майже кожен хворий на цукровий діабет (ЦД) в своєму житті переживав гіпоглікемічний стан. Кожен 10 хворий на ЦД при нападі гіпоглікемії потребує сторонньої допомоги для нормалізації рівня глікемії. Кожен гіпоглікемічний напад підвищує ризик виникнення гіпоглікемічної енцефалопатії.

Мета. З метою покращення якості і продовження тривалості життя та зменшення виникнення ускладнень серед людей з діагнозом ЦД, привернути увагу на попередженні та ефективному лікуванні гіпоглікемічних станів.

Матеріали та методи. В київському міському клінічному ендокринологічному центрі було проведено анкетування хворих на ЦД. Проаналізовано 28 анкет.

Результати дослідження. Серед хворих на ЦД які брали участь у анкетуванні 90% хоч раз в житті мали епізод гіпоглікемії, з них 57% мають 3 і більше нападів гіпоглікемії легкого ступеня тяжкості протягом 1 місяця, 70% пов'язує їх з фізичним навантаженням яке передувало нападу, всі опитані хворі лікують напад гіпоглікемії за допомогою солодощів або теплою чаю з цукром, тільки 7% знають про ін'єкційний набір Глюкагенгіпокит, хоча кожен 10 переносить тяжкий напад гіпоглікемії в якому потребує сторонньої допомоги.

Висновки. За результатами нашого дослідження з гіпоглікемічним станом стикається в своєму житті майже кожен хворий на ЦД, для його попередження потрібно щоб цукрознижувальна терапія була оптимальною для даного хворого і адаптованою індивідуально до способу життя. Для зменшення ускладнень гіпоглікемічної енцефалопатії, гіпоглікемічної коми та зменшення кількості нападів гіпоглікемії, потрібно підвищувати ступінь організації «Шкіл самоконтролю цукрового діабету» в яких хворих будуть навчати вчасно розпізнавати та діяти в разі гіпоглікемії задля збереження свого життя і оточуючих.

АНАЛІЗ РИНКУ БРОНХОЛІТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЩО СПРІЯЮТЬ ПІДВИЩЕННЮ РІВНЯ ЦУКРУ В КРОВІ

Кльосова К.Г., Гончар А.О. / K.G. Klosova, A.O. Gonchar

*Наукові керівники: к.м.н., доцент Голопихо Л.І.,
к.фарм.н., доцент Шолойко Н.В.*

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

*Кафедра клінічної фармакології
та клінічної фармації*

(зав.каф.: д.м.н., проф. М.В. Хайтович)

Кафедра організації та економіки фармації

(зав.каф.: д.фарм.н., проф. М.Л. Сятиня)

м. Київ, Україна

Актуальність. Бронхіальна астма (БА) є поширеним, хронічним, респіраторним захворюванням, що вражає 1-18% населення в різних країнах (GINA). Епідеміологічні дослідження останніх років свідчать про те, що від 5 до 10% дітей страждають на БА, і з кожним роком цей показник збільшується (Звіт МОЗ України за 2015р.). Відповідно до Протоколів лікування (2016р.) для базисної терапії застосовуються глюкокортикостероїди та адrenomіметики, які одним з побічних ефектів мають здатність впливати на обмін вуглеводів.

Мета: провести аналіз ринку бронхолітиків, що зареєстровані в Україні та мають серед очікуваних побічних ефектів здатність викликати гіперглікемію та глюкозурію у дітей, які страждають на БА.

Методи дослідження: Аналіз стану реєстрації лікарських засобів (ЛЗ) в Україні для лікування БА у дітей згідно до Протоколів лікування.

Результати: Проведений аналіз фармацевтичного ринку інгаляційних бронхолітиків показав, що на сьогодні в Україні зареєстровано 52 ЛЗ під 14 МНН, з них 14 оригінальні, 26 – генерики (Pharmxplore). Кортикостероїди становлять 26,9% від групи інгаляційних засобів. Всі препарати цієї групи серед ускладнень фармакотерапії здатні викликати порушення обміну вуглеводів, особливо в дитячому віці. Такий ефект пов'язаний з впливом кортикостероїдів на проходження глюкози через мембрани всередину клітин. Агоністи в-адренорецепторів складають 28,8% від ринку бронхолітичних засобів. Серед них комерційні назви становлять 10 найменувань, а міжнародні назви 5 відповідно. Данна група ЛЗ також сприяє змінам вуглеводного обміну, за рахунок впливу на симпатoadреналову систему.

Висновки: Таким чином, аналіз бронхолітичних ЛЗ, зареєстрованих в Україні дозволяє зробити висновок, що дана група ЛЗ має великий сегмент фармацевтичного ринку. У зв'язку з тим, що досліджувані ЛЗ здатні підвищувати рівень вуглеводів у крові, що в подальшому може викликати гіперглікемію, тому потрібен ретельний контроль за рівнем глюкози при тривалому застосуванні кортикостероїдів та в-агоністів.

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ШУНТУВАННЯ ШЛУНКУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯ

POSSIBILITY OF USING GASTRIC BYPASS SURGERY IN THE TREATMENT OF TYPE 2 DIABETES AND OBESITY

Красняник В., Ружанський Т. /
V. Krasnianik, T. Ruzhanskyu

Науковий керівник: к.мед.н. Тарасюк Т.В.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра загальної хірургії №2

(зав. каф.: д.мед.н., проф. Іоффе О.Ю.)

м. Київ, Україна

Актуальність роботи зумовлена щорічним зростанням захворюваності на цукровий діабет (ЦД) 2 типу серед працездатного населення, особливо у поєднанні з надлишковою вагою. Всесвітня організація охорони здоров'я вважає епідемією темпи поширення ожиріння у світі.

Мета роботи – вивчити можливості застосування шунтування шлунку при хірургічному лікуванні хворих з морбідним ожирінням (МО), метаболічним синдромом та ЦД 2 типу.

Матеріали та методи. На лікуванні з 2011 по 2015 рр. знаходилося 34 пацієнти з МО та ЦД 2 типу. Всім хворим було виконано лапароскопічне шунтування шлунка (ЛШШ). 10 (29,4%) хворим з суперожирінням (ІМТ > 50 кг/м², ASA – III – IV клас) в якості першого етапу лікування було встановлено внутрішньошлунковий балон (ВШБ) на 6 місяців. Повну ремісію ЦД 2 типу оцінювали згідно критеріїв American Diabetes Association (ADA): рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) d— 6%, рівень глюкози натще < 5,5 ммоль/л (FG < 100 мг/дл) та відсутність активного фармакологічного лікування. Період спостереження після ЛШШ становив 12 місяців.

Результати та обговорення. Через 6 місяців після встановлення ВШБ в групі хворих із суперожирінням ІМТ достовірно зменшився з $65,9 \pm 7,8$ кг/м² до $58,6 \pm 7,2$ кг/м² ($p < 0,05$). При цьому операційно-анестезіологічний ризик за шкалою ASA знизився з III-IV до II класу. Середній показник ІМТ, а через 12 місяців після оперативного втручання зменшився з $48,2 \pm 9,0$ кг/м² до $34,7 \pm 8,8$ кг/м² ($p < 0,001$). Відсоток втрати маси тіла (%WL) становив $28,8 \pm 6,2\%$, а відсоток втрати надлишкової маси тіла (%EWL) склав $63,3 \pm 26,6\%$. Показник глюкози в плазмі венозної крові натще знизився з $9,1 \pm 1,8$ ммоль/л до $5,5 \pm 0,9$ ммоль/л ($p < 0,001$), глікозильованого гемоглобіну HbA1c - з $7,8 \pm 1,3\%$ до $5,7 \pm 0,8\%$ ($p < 0,001$), рівень С-пептиду - з $3,8 \pm 2,0$ до $2,1 \pm 1,2$ нг/мл ($p < 0,001$). Після оцінки отриманих даних встановлено нормалізацію рівня глюкози натще у 27 (79,4%) хворих та повну ремісію ЦД 2 типу у 18 (52,9%) через 12 міс спостереження.

Висновки: Після виконання ЛШШ шунтування у хворих з МО та ЦД 2 типу спостерігається стійке зменшення

показника індексу маси тіла ($p < 0,001$), рівня глюкози в плазмі венозної крові натще ($p < 0,001$), глікозильованого гемоглобіну HbA1c ($p < 0,001$), С-пептиду ($p < 0,001$) впродовж 12 міс спостереження. ЛШШ є перспективним методом комплексного лікування хворих ЦД 2 типу у поєднанні з МО.

КОРЕКЦІЯ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ КИШКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ

CORRECTION OF INTRA-ABDOMINAL HYPERTENSION IN PATIENTS WITH ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

Колосович А.І. / A. Kolosovych

Науковий керівник: д.м.н., доц. Теплий В.В.

Кафедра хірургії №2 (зав. каф.: д.м.н., проф. Безродний Б.Г.)

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Середня летальність при гострій кишковій непрохідності (ГКН) складає біля 20%. Причиною смерті у 68% хворих на ГКН є внутрішньочеревна гіпертензія (ВЧГ).

Мета дослідження – покращення результатів лікування хворих на ГКН.

Матеріали та методи Всього з ГКН на тлі ВЧГ було госпіталізовано 30 хворих: з obturaцією – 8 (26,7%), странгуляцією – 11 (36,7%), змішаною ГКН – 11 (36,7%). ВЧГ вимірювали у сечовому міхурі. ВЧГ I ст. виявлено у 9 хворих (30%), II – у 15 (50%), III – у 6 (20%). Всього було прооперовано 21 хворого (70%). Основну групу склали 17 осіб, контрольну – 13. Хворі контрольної групи лікувались згідно протоколів. У хворих основної групи додатково здійснювали заходи по корекції ВЧГ (введення в інкубаційний зонд піногасників, корекція дихальних налаштувань, нейро-м'язові блокади).

Результати дослідження У 9 (81,8%) хворих з спайковою ГКН вдалося цілком відновити прохідність кишки, її моторику та всмоктування без операції. Всього ускладнення у хворих на ГКН виникли у 8 хворих: у 6 хворих контрольної групи (46,2%), 2 – основної (11,8%). Серед системних ускладнень слід зазначити дихальну недостатність (3 хворих, 1 – основної групи), серцево-судинна недостатність у 2 хворих (по одному хворому), ентеральна недостатність (ЕН) у 2 пацієнтів та печінкова недостатність у 1 хворого контрольної групи. Одним з проявів ЕН була гіперглікемія (рівень глюкози $11,5 \pm 0,2$ ммоль/л та $12,3 \pm 0,3$ ммоль/л відповідно), яка була скоригована інсулінотерапією. Померло 3 хворих контрольної групи (23,1%). Причиною смерті були прогресування

дихальної, серцево-судинної та поліорганної недостатності.

Висновок Корекція ВЧГ у комплексному лікуванні хворих на ГКН дозволила відмовитись від виконання оперативного втручання в 81,8% випадків ілеусу спайкового генезу, зменшити загальну частоту ускладнень з 46,2% до 11,8%, а летальність звести з 23,1% до мінімуму. ВЧГ може спричинювати гіперглікемію, що потребує відповідної корекції.

Summary Based on the analysis of complex examination and treatment of 30 patients with acute intestinal obstruction was found the influence of the intra-abdominal hypertension (IAH) on the course and prognosis. The use of IAH treatment measures has reduced the overall incidence of complications – from 46.2% to 11.8% and the mortality rate from 23.1% to a minimum. IAH can cause hyperglycemia, that needs the proper correction.

ВПЛИВ СУПУТНЬОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ІІ ТИПУ НА ПРОВЕДЕННЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОГО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Кузуб М. В. / M. Kuzub

Науковий керівник: доцент, к.мед.н. Пленова О. М.
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1
Завідувач кафедри: професор, д.мед.н. Нетяженко В.З.
м. Київ, Україна

Актуальність. Фібриляція передсердь (ФП) – одна з найпоширеніших серцевих аритмій, частота виникнення якої становить 1-2% в загальній популяції. ФП асоційована з підвищеним ризиком смерті, інсульту та інших тромбоемболічних подій. Одним із незалежних факторів ризику розвитку ФП є цукровий діабет (ЦД), який призводить до виникнення діабетичної кардіоміопатії і діабетичної кардіальної автономної нейропатії. Наявність коморбідної патології підвищує ризик тромбоемболічних подій та вимагає більш жорсткого контролю за проведенням лікування.

Мета: Визначити вплив супутнього ЦД ІІ типу на особливості підбору дози перорального антикоагулянту варфарину у пацієнтів з ФП.

Матеріали та методи: В дослідження, яке проводилось на базі Дорожньої клінічної лікарні №2 – клінічній базі кафедри пропедевтики внутрішньої медицини №1, було включено 53 пацієнта з компенсованим ЦД ІІ типу (ступінь компенсації визначали за показниками рівня глікемії і глікованого гемоглобіну). Відповідно до мети хворі були розподілені на 2 групи: І група – з ФП та супутнім ЦД: 12 пацієнтів; ІІ група – з ФП без ЦД: 41 пацієнт. Доза варфарину підбиралась під контролем міжнародного нормалізаційного відношення (МНВ). Перед призначенням препарату всім досліджуваним виконували коагу-

лограму (активованій частковий тромбoplastиновий час (АЧТЧ), протромбіновий час із визначенням МНВ, вміст фібриногену, розчинних комплексів мономерів фібрину (РФМК), антитромбін ІІІ, фібринолітична активність). Корекція дози проводилась залежно від показників коагуляції крові на 1,3,7,14,21 та 30 день, після чого обстеження виконували раз на місяць.

Результати: Дослідження коагулограми показали, що у хворих І групи підвищена згортуюча активність крові у тестах АЧТЧ, РФМК; в цій групі також відмічено збільшення вмісту фібриногену. При подальшому підборі дози варфарину було виявлено, що наявність супутнього ЦД ІІ типу у хворих з ФП збільшує дозу варфарину, необхідну для досягнення цільових значень МНВ. Так, у хворих І групи середня доза препарату становила $6,39 \pm 0,24$ мг, а у обстежених ІІ групи – $5,76 \pm 0,13$ мг ($p < 0,05$). При цьому титрація дози вимагала більшого часу для досягнення оптимальних значень ($10,3 \pm 1,25$ дні).

Висновки: Наявність супутнього ЦД ІІ типу у хворих з ФП супроводжується посиленням прокоагулянтного потенціалу крові та вимагає більших доз варфарину для досягнення та підтримання цільових значень МНВ.

ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИНИКНЕННЯ ПАРОДОНТИТУ У ДІТЕЙ ВІКОМ ВІД 6 ДО 14 РОКІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТА ІНШИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ

FEATURES OF PERIODONTITIS IN CHILDREN AGED 6 TO 14 YEARS DEPENDING ON DIABETES AND OTHERS RISK FACTORS

Фера О.В., Криванич В.М., Кухарчук Л.В., Фера М.О. /
O. V. Fera, V.M. Kryvanych, L.V. Kuharchuk, M.O. Fera

Науковий керівник: д.мед.н., професор О. В. Фера
Ужгородський національний університет
Кафедра ортопедичної стоматології
(зав. каф.: д.мед.н., професор Є. Я. Костенко)
м.Ужгород, Україна

Мета дослідження: вивчення вікових особливостей формування та поширеності пародонтиту у дітей віком від 6 до 14 років в залежності від цукрового діабету та інших факторів ризику, гігієнічної грамотності, стану ротової порожнини на основі соціологічного анкетування.

Завдання: дослідити взаємозв'язки між цукровим діабетом, катаральним гінгівітом, кровоточивістю ясен, патологією прикусу і іншими факторами ризику та виникненням пародонтиту.

Матеріали та методи дослідження: соціологічне анкетування; аналіз медичної документації, стоматологічний огляд; математично-статистичні методи обробки даних з використанням комп'ютерних програм (Microsoft Excel).

Результати дослідження: в результаті проведених нами досліджень, ми отримали підтвердження

взаємозв'язків (на підставі визначених t-критерія Стьюдента (t_{st}) та коефіцієнта кореляції Пірсона (r)) між наявністю цукрового діабету (I типу) ($t_{st}=2,88$; $r = 0,88$), дефектами зубних рядів ($t_{st}=2,63$; $r = 0,77$), симптоматичними проявами патогенетичних відхилень ротової порожнини та виникненням пародонтиту у дітей віком від 6 до 14 років.

Висновки: Виявлено кореляційний зв'язок між наявністю загальносоматичного захворювання – цукрового діабету (I типу) та захворюваністю на пародонтит у дітей віком від 6 до 14 років.

Встановленні чіткі взаємозв'язки між наявністю дефектів зубних рядів, симптоматичними проявами патогенетичних відхилень ротової порожнини (наявність кровоточивості ясен, оголення коренів зубів тощо), та виникненням пародонтиту у дітей віком від 6 до 14 років.

Для ранньої профілактики та ефективного лікування пародонтиту у дітей необхідно своєчасно здійснювати цільові медичні огляди та мінімізувати вищенаведені фактори ризику.

ВПЛИВ ЧАСОВОГО РЕЖИМУ ТРЕНУВАНЬ НА РЕГУЛЯЦІЮ АПЕТИТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

IMPACT OF EXERCISE TIMING ON APPETITE REGULATION IN INDIVIDUALS WITH TYPE 2 DIABETES

Маломуж А. А., Вербіцька Я. В. /
A. Malomuzh, Y. Verbitska

Науковий керівник: к. мед. н.,
доцент В. В. Чернявський

Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця

Кафедра фізичної реабілітації та спортивної
медицини (в. о. зав. кафедри – к. мед. н.,
доцент В. В. Чернявський)

м. Київ, Україна

Актуальність: Близько 1,2 млн українців хворіють на цукровий діабет (ЦД), із них майже 90% становить ЦД 2 типу. Комплексне лікування таких хворих включає обов'язкове застосування фізичних вправ.

Мета: Встановити найбільш доцільний час (до чи після їжі) для занять фізичними вправами, щоб досягнути найкращої їх ефективності при лікуванні ЦД 2 типу.

Методи: У дослідженні брали участь 12 осіб, що страждають ожирінням (ІМТ>30) та хворіють на цукровий діабет 2 типу. Їх вік складав від 35 до 50 років. Серед них було сформовано три групи: I – 4 осіб виконували фізичні вправи до їжі, II – 4 осіб через 45 хв після їжі, III – 4 осіб не виконували жодних вправ. Учасники експерименту не палили, не використовували інсулін. Вони отримували медикаменти в звичайних дозах і в звичний час. Нами було використано суб'єктивну шкалу для оцінки відчуттів

голоду та насичення, визначено пульс, а також були взяті зразки крові для визначення концентрації ацетильованого греліну (АГ), панкреатичного пептиду (ПП).

Результати: Силові вправи, у хворих з ЦД 2 типу, які виконувались перед їжею збільшили відчуття насиченості, зменшили відчуття голоду і знизили концентрацію АГ у порівнянні з групою хворих, які не виконували жодних вправ ($P < 0,05$). В наступний період було визначено, що вправи до і після їжі зменшують відчуття голоду у порівнянні з групою людей, які не виконували вправ, але тим не менше тільки вправи, що виконувались після їжі зменшували відчуття насиченості ($P < 0,05$) порівняно з відсутністю вправ. В обох випадках силові вправи зменшували концентрацію ПП. Ми також визначили, що виконання фізичних вправ за короткий час збільшує концентрацію ПП і знижують відчуття голоду та збільшують відчуття насиченості у людей, що страждають ожирінням, але без ЦД 2 типу. При виконанні вправ середній пульс був приблизно на 5 уд/хв вище при вправах, які виконувались після їжі.

Висновок: Обидва види вправ, що різняться за часом свого виконання зменшують відчуття голоду та збільшують відчуття насиченості. Даний ефект може бути використаний для контролю кількості вживання їжі, що повинно допомогти для контролю за вагою для людей хворих на ЦД 2 типу.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВІКОВИХ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ГІПЕРТЕНЗІЇ У МАЛОМУ КОЛІ КРОВООБІГУ

Мокра А.П. / А. Мокра

Науковий керівник: докт.мед.наук, проф. Шульгай А.Г.
Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського, кафедра оперативної
хірургії і топографічної анатомії.

Зав. кафедри: д.мед. наук, професор Гнатюк М.С.
м. Тернопіль, Україна

Актуальність. Підшлункова залоза, як орган із поєднаною зовнішньо- та внутрішньосекреторною діяльністю та складною системою забезпечення кровообігу однією з перших проявляє адаптивні, пристосувальні та реактивні процеси ремоделювання при різних патологічних станах. Актуальними є вивчення вікових змін підшлункової залози та встановлення взаємозв'язків морфологічного стану її ацинарних відділів з екзокринною дисфункцією при гіпертензії у малому колі кровообігу.

Метою дослідження було дати порівняльну характеристику вікових морфофункціональних змін підшлункової залози при моделюванні гіпертензії у малому колі кровообігу.

Експериментальні дослідження проведені на 12 білих щурах-самцях віком 8 місяців та 12 білих щурах-самцях віком 24 місяці. Гіпертензію у малому колі кровообігу у

щурів моделювали шляхом виконання правобічної пульмонектомії. Проводили гістологічне та морфометричне дослідження підшлункової залози через 3 місяці після виконання пульмонектомії.

Одержані результати гістологічного аналізу та морфометричних досліджень показали, що при формуванні гіпертензії у малому колі кровообігу настають структурні зміни у екзокринних відділах підшлункової залози, які безпосередньо залежать від віку тварин.

Гістологічними дослідженнями встановлено, що у старих білих щурів значно більше вираженими були дистрофічні зміни екзокринних панкреатоцитів, які супроводжувалися загальним зменшенням площі ацинарних відділів. При цьому формувалися широкі фіброзні поля, які роз'єднували часточки, огортали протоки та кровеносні судини. Питома вага стромального компонента на 35,21 % переважала аналогічні параметри молодих тварин. Діаметр ацинусів зменшувався на 25,84 % а площа на 29,60 % ($p < 0,001$). У екзокринних панкреатоцитів діаметри ядра зменшувалися на 2,49 %. Ядра часто були змінені за формою та розташуванням, мали різний вміст хроматину. Площа цитоплазми зменшувалася на 28,13 %, при збільшенні показника ядерно-цитоплазматичних відношень на 24,01 %.

Висновок. При порушенні органного кровообігу підшлункової залози внаслідок гіпертензії у малому колі кровообігу у старих тварин розвиваються явища хронічного панкреатиту з вираженими фіброзними та атрофічними змінами.

ФОРМУВАННЯ ПАРОДОНТОЗУ У ЛЮДЕЙ У ВІЦІ ВІД 26 ДО 32 РОКІВ ПІД ВПЛИВОМ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ, ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ, ГІНГІВІТУ ТА ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

FORMATION OF PARODONTOSIS IN PEOPLE AGED 26 TO 32 YEARS UNDER THE INFLUENCE OF DIABETES, CHRONIC TONSILITIS, GINGIVITIS AND HEART DISEASE

*Фера О.В., Криванич В.М., Неєра А.В., Фера М.О./
O. Fera, as. V. Kryvanych, A. Nehrya, M. Fera*

Науковий керівник: д.мед.н., професор О.В. Фера

Ужгородський національний університет

Стоматологічний факультет

Кафедра ортопедичної стоматології

(зав.каф.: д.мед.н., професор Є.Я. Костенко)

м. Ужгород, Україна

Мета і завдання дослідження. Дослідити взаємозв'язки між проявом пародонтозу і цукровим діабетом, хронічним тонзилітом, гінгівітом, захворюванням серцево-судинної системи.

Матеріали і методи її виконання. Анкетування; медична документація; математично-статистичні методи обробки даних з використанням комп'ютерних програм.

Отримані результати і висновки. У ході дослідження був проведений аналіз зв'язів факторів ризику та пародонтозу. Розраховано коефіцієнти: рангової кореляції Спірмена, репрезентативності та Стьюдента. Дані були розраховані на основі анкетування, в анкеті пацієнти (з проявами пародонтозу) вказали наявність: пародонтозу в родичів, оголення коренів, зубного каменю, рухливість зубів, каріозних і некаріозних уражень, шкідливих звичок, цукровий діабет та інші фонові захворювання. Критерій Стьюдента, при кількості вимірювань – 30 та довірчому інтервалу $p < 0,05$ дорівнює $t = 2,042$. Коефіцієнт репрезентативності $= \pm 0,0000251$. Результати коефіцієнту рангової кореляції Спірмена ми співставили зі шкалою Чеддока.

На основі розрахунків ми можемо стверджувати, що до визначальних факторів, які впливають на формування та прояв пародонтозу можна віднести наступні:

- Наявність шкідливих звичок $t = 2,71$; $r = 0,82$;
- Наявність супутніх захворювань $t = 2,64$; $r = 0,82$;
- Спадковий характер виникнення пародонтозу $t = 2,64$; $r = 0,71$.

Наші результати є достовірними і на основі них ми можемо рекомендувати регулярні огляди у лікаря-стоматолога для раннього виявлення пародонтозу в залежності від наявності цукрового діабету, хронічного тонзиліту, гінгівіту, захворювань серцево-судинної системи, дотримання всіх санітарно-гігієнічних та профілактичних заходів.

РОЛЬ ХАРЧУВАННЯ У ВИНИКНЕННІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ У ДІТЕЙ

*Нещерет Л. Ш., Чугунова А. Ю. /
L. Sch. Nescheret, A. Yu. Chyugunova*

Науковий керівник: к. мед. н., асист. Сміщук В.В.

*Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця*

Кафедра педіатрії № 1

Зав. каф: д. м. н., проф. О.В. Тяжка

м. Київ, Україна

Актуальність. В Україні щорічно кількість хворих на цукровий діабет (ЦД) збільшується на 5-7%. Раніше вважалось, що діти хворіють виключно на ЦД 1 типу, але за останні роки є дані, що 8-40% дітей мають ЦД 2 типу. Головними факторами, які сприяють розвитку ЦД 2 типу у дітей є вживання великої кількості легкозасвоюваних вуглеводів (печиво, білий хліб та ін.), насичених жирів, транс-жирів, пальмової олії, омега-6 жирних кислот (соняшникова олія) та зниження фізичної активності. Також значну роль в регуляції ліпідного обміну відіграє мікрофлора кишечника, завдяки наявності ферменту сфінгомелінази у біфідо – та лактобактерій. Порушення мікробіоценозу кишечника призводить до підвищення літохолової та дезоксіхолової жовчних кислот та зменшенню виведення холестерину. Отже наслідком такого харчування є ожиріння, яке сприяє розвитку інсулінорезистентності та розвитку ЦД 2 типу.

Мета: Визначити роль харчування у виникненні ЦД 2 типу у дітей.

Матеріали: В обстеженні були діти від 6 до 14 років з ожирінням I – III ст. Основні показники, які досліджувалися: біохімічне дослідження крові (холестерин (ХС), тригліцериди (ТГ), ліпопротеїди низької щільності (ЛНЩ), ліпопротеїди високої щільності (ЛВЩ), індекс атерогенності (ІА), глюкоза); жирні кислоти (міристинова, пальмітинова, стеаринова, олеїнова, лінолева, ліноленова, арахідонова, сума насичених жирних кислот, сума ненасичених жирних кислот, сума поліненасичених жирних кислот).

Результати: Для дітей з ожирінням характерна дисліпопротеїдемія, а саме гіпертригліцеринемія, підвищення ЛНЩ та ІА. В жирнокислотному складі ліпідів є підвищення міристинової жирної кислоти (ЖК) в 6,5 раз, зниження пальмітинової ЖК на 30 %, зниження стеаринової ЖК на 5%, зниження олеїнової ЖК в 2 рази, підвищення арахідонової кислоти в 3 рази та підвищення лінолевої ЖК на 35 %. За рахунок підвищення лінолевої та арахідонової ЖК сума поліненасичених жирних кислот зростає в 1,5 рази, а рівень глюкози у обстежуваних був в межах норми.

Висновки: Результати дослідження свідчать про те, що у дітей з нераціональним харчуванням та надлишковою вагою є порушення метаболізму жирних кислот, ліпідного обміну та мікробіоценозу кишечника. Ці показники можуть сприяти до розвитку захворювань серцево-судинної, ендокринної та інших систем.

ПАНКРЕАТОГЕННИЙ ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ГАСТРОСТАЗ ЯК РАННІ УСКЛАДНЕННЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ

Новарчук І. С. / I. Novarhuk

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Дронов О. І.
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця*

Кафедра загальної хірургії №1

Зав. каф.: д.мед.н., професор Дронов О. І.

м. Київ, Україна

Актуальність. Захворюваність органів біліопанкреатодуоденальної зони має тенденцію до зростання за останні роки. Велика частина хворих підлягає хірургічному лікуванню. Панкреатодуоденальна резекція (ПДР) підшлункової залози (ПЗ) має значні переваги. Проте найчастішими ранніми післяопераційними ускладненнями після даної процедури являються післяопераційний гастростаз та панкреатогенний цукровий діабет (ПЦД).

Мета. Дослідити результати хірургічного лікування захворюваність органів біліопанкреатодуоденальної зони.

Матеріали і методи. Було проаналізовано результати хірургічного лікування пухлинних і непухлинних захворювань органів біліопанкреатодуоденальної зони у 100 пацієнтів, які було виконано в Київському центрі хірургії

печінки, підшлункової залози і жовчовивідних шляхів на протязі 48 місяців.

Результати. Проводилась оцінка післяопераційних ускладнень 100 хворих. З них було 38 чоловіків і 62 жінки. Вік коливався від 28 до 65 років. Післяопераційні ускладнення різного ступеня тяжкості розвинулись у 52 (52%) хворих, а саме: післяопераційний гастростаз у 25 (48%) хворих, ПЦД у 28 (53%) пацієнтів, післяопераційний панкреатит у 5(9%) хворих, неспроможність швів анастомоза з наступним формуванням свищів у 1(2%) , панкреонекроз розвинувся у 1(2%) хворого. 1(2%) хворий помер від поліорганної недостатності на фоні панкреонекрозу.

Висновок. На сьогодні широко застосовують радикальні оперативні втручання під час лікування пухлинних і непухлинних захворювань органів біліопанкреатодуоденальної зони. Частота ускладнень після таких операцій висока 21-54%. Проведений аналіз показав, що найчастіше в ранньому післяопераційному періоді спостерігають гастростаз та цукровий діабет. ПЦД значно погіршує якість життя пацієнтів. У 2-4% пацієнтів з приводу післяопераційного гастростазу показане вконтання повторних операцій. При цьому зростає летальність.

ВПЛИВ КОМПЕНСАЦІЇ ГЛІКЕМІЇ У ХВОРИХ НА 2 ТИП ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ПРИ ПОЄДНАННІ З ВІРУСОМ ГРИПУ ТИПУ А

Онофрійчук Ю.А. / I. Onofrijchuk

*Науковий керівник к.мед.н, доцент Морозова З.В.
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

*Зав. кафедри: д.мед.н, професор Свінцицький А.С.
м. Київ, Україна*

Мета. Визначити вплив компенсації глікемії у хворих на 2 тип цукрового діабету при поєднанні з вірусом грипу типу А

Матеріали і методи. Обстеження здійснювалось у 32 хворих які перебували у Київській міській клінічній лікарні №4, клінічній базі кафедри внутрішньої медицини №3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, в період 2014-2015 рр.. Контрольна група була представлена 30 пацієнтами. За віком, статтю та супутньою патологією групи були репрезентативні. У всіх хворих був цукровий діабет 2 типу в поєднанні з вірусом грипу типу А, наявність вірусу підтверджено лабораторною системою BD Veritor System. Пацієнти основної групи отримували інсулінотерапію з моменту верифікації вірусу. Хворі контрольної групи переводилися на інсулінотерапію при виявленні ускладнення вірусної інфекції (пневмонії, гострі обструктивні бронхіти). При надходженні до стаціонару середній рівень глікемії у хворих основної групи становив $15,5 \pm 1,4$ м.моль/л, у хворих контрольної – $15,1 \pm 1,6$ м.моль/л.

Результати та їх обговорення. Хворим основної групи вдалося досягти рівня компенсації ЦД на другий день

від моменту переведення на інсулінотерапію на рівні до $8 \pm 1,2$ м.моль/л натще та до $11,1 \pm 1,3$ м.моль/л прандіальної глікемії. У хворих контрольної групи на другий день від моменту встановлення наявності вірусної інфекції рівень глікемії становив $12,8 \pm 1,2$ м.моль/л натще та до $16,4 \pm 1,8$ м.моль/л прандіальної. Ускладнення вірусної інфекції у хворих основної групи, пневмонія – 3 (9,375%) хворих, гострі обструктивні бронхіти – 2 (6,25%). Ускладнення вірусної інфекції у хворих контрольної групи, пневмонія – 10 (33,3%) хворих, гострі обструктивні бронхіти – 12 (40%). Середній термін перебування хворих в стаціонарі, основна група – $9,4 \pm 1,4$ днів, контрольна – $16 \pm 2,3$ днів.

Висновки. Вчасна та адекватна інсулінотерапія зменшує ризик розвитку ускладнень вірусу грипу типу А. Ефективне досягнення компенсації діабету дозволяє скоротити термін перебування хворого в стаціонарі.

ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ НЕВРОІШЕМІЧНОЮ ФОРМОЮ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Приступиук М.О. / M. Prystupiyuk

Науковий керівник д.мед.н., професор Безродний Б.Г.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра хірургії №2
Зав. кафедри - д.мед.н., професор Безродний Б.Г.
м. Київ, Україна*

Актуальність. Цукровий діабет (ЦД) на сьогодні – є загрозливим захворюванням зі сталим збільшенням числа хворих. Згідно статистичних даних Міністерства охорони здоров'я, в Україні станом на кінець 2014 року нараховується 1 197 317 хворих а цукровий діабет із показником поширеності 2 790,7 на 100 тис. населення, з них 93,1% складають хворі на цукровий діабет 2 типу. Синдром діабетичної стопи (СДС) посідає одне з провідних місць серед інвалідизуючих хронічних ускладнень ЦД. Від 40 до 60% (а в деяких регіонах до 90%) усіх нетравматичних ампутацій здійснюються у хворих на ЦД. Важливо зазначити, що за умови активного лікування виразок у хворих на СДС до 85% ампутації можна запобігти.

Мета роботи. Вивчити вплив ультразвукової кавітації у комплексному лікуванні хворих із невроішемічною формою синдрому діабетичної стопи.

Матеріали та методи дослідження. Сформовано 2 групи хворих. У всіх хворих були трофічні виразки (хронічні рани) на нижніх кінцівках 2а-3б ступеню за класифікацією Вагнера. Всім пацієнтам проведена хірургічна обробка виразок. Хворим дослідної групи, 42 особи, проводили хірургічну обробку виразок з використанням апарату ультразвукової кавітації “Sonoca – 180” та “Sonoca – 185” фірми Scring (Німеччина). Хворим контрольної групи, 34 особи, проводили хірургічну обробку виразок з використанням стандартного хірургічного обладнання (скальпель, ножиці).

Результати дослідження. В результаті проведеного комплексного лікування хворих дослідної групи після ультразвукової кавітації на 5 добу мало місце зниження кількості мікробних колоній з 50 до 10 ($p < 0,05$). В той же час у пацієнтів контрольної групи вказана динаміка очищення ран від мікробного забруднення спостерігалась на 9–15 добу ($p < 0,05$). Епітелізація виразок у хворих дослідної групи пролікованих з використанням методу ультразвукової кавітації розпочиналась після 2-4 добу ($p < 0,05$). У контрольній групі – з 7-9 добу ($p < 0,05$).

Висновки. Застосування методу ультразвукової кавітації в комплексному хірургічному лікуванні хворих із невроішемічною формою синдрому діабетичної стопи суттєво знижує мікробне забруднення рани, зменшує прояви місцевої запальної реакції організму, прискорює очищення виразки (хронічні рани). Використання ультразвукової кавітації в комплексному хірургічному лікуванні хворих із невроішемічною формою синдрому діабетичної стопи дозволяє значно прискорити зміну фаз раннього процесу.

ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА БЕЗПЕКИ ВИКОРИСТАННЯ СИНТЕТИЧНИХ ЦУКРОЗАМІННИКІВ

HYGIENIC ASSESSMENT OF SAFETY OF SYNTHETIC SWEETENERS USAGE

Пурло Л.В. / L. Purlo

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. О.П. Вавріневич
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра гігієни та екології
Зав. кафедри: член-кор. НАМН України, д.мед.н., професор В.Г. Бардов
м. Київ, Україна*

Актуальність. Надлишок в раціоні цукру сприяє розвитку багатьох захворювань, в тому числі цукрового діабету, тому на сучасному етапі виробництва використовується значна кількість цукрозамінників (ЦЗ), які мають водночас невелику калорійність і високий коефіцієнт солодкості. Однак актуальними залишаються проблеми негативного впливу ЦЗ на здоров'я людини. Особливо це стосується синтетичних ЦЗ.

Мета і завдання дослідження: гігієнічна оцінка асортименту дієтичних продуктів та безпеки використання синтетичних цукрозамінників для визначення їх негативного впливу на організм людини.

Матеріали і методи. Використано методи санітарного обстеження та опису, аналітичний метод. Проведено аналітичне дослідження асортименту дієтичних продуктів (74 найменування) в Україні на вміст синтетичних цукрозамінників та здійснено аналіз сучасної літератури щодо безпеки цих сполук.

Результати. Результати аналізу асортименту дієтичних продуктів показали, що близько 59 % досліджуваних продуктів містить синтетичні цукрозамінники. Найчасті-

ше використовуються наступні синтетичні ЦЗ: аспартам (Е 951), цикламат (Е 954), стевіозид. В структурі дієтичних продуктів, які містять синтетичні цукрозамінники 25 % припадає на ті, що містять аспартам, 14 % – цикламат, близько 50 % – стевіозид.

Вживання аспартаму у вищих від норми дозах (до 20 г/кг на добу) спричиняє головний біль, алергію, нудоту блювання. Продукт протипоказаний хворим на фенілкетонурію та тим, хто страждає на порушення обміну фенілаланіну.

Цикламат виводиться з сечею, тому протипоказаний пацієнтам з нирковою недостатністю. Оскільки цикламат не здатний перетравитися кишковою мікрофлорою, він спричиняє диспепсичні розлади. Описані дані, що цей ЦЗ в експериментах на щурах сприяє розвитку раку сечового міхура. Рекомендована доза складає до 4-10 мг/кг на добу, тому може замінити лише 30 г цукру.

Стевіозид використовується як харчова добавка. Однак при неконтрольованому його прийомі виникають диспепсичні явища, знижується функція печінки, з'являється ризик розвитку онкологічних захворювань, так як до його складу входять канцерогени.

Висновки. Встановлено, що 59 % дієтичних продуктів для хворих цукровим діабетом містить синтетичні цукрозамінники, серед яких 25 % припадає на ті, що містять аспартам, 14 % – цикламат, близько 50 % – стевіозид і можуть спричинити негативні наслідки при неконтрольованому прийомі. В подальшому слід враховувати їх негативні впливи на здоров'я людини і продовжувати дослідження в даному напрямку.

СМАКОВІ РЕЦЕПТОРИ – МІШЕНЬ НЕХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОЖИРІННЯ

Фоменко К.С. / K.S. Fomenko

Науковий керівник: доцент, к.м.н. Карвацький І.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра фізіології

Зав. кафедри: доцент к.м.н. Карвацький І.М.

м. Київ, Україна

Актуальність. За даними ВООЗ у 2014 році на ожиріння страждає 13% населення Землі. Шунтування шлунка – ефективне лікування, хоча існують недоліки: використання методики лише у тяжких випадках, ризики оперативного втручання. Саме тому існує інтерес до використання нехірургічного лікування ожиріння.

Мета роботи: Розкрити потенційні можливості терапевтичного підходу до лікування ожиріння: застосування екзогенних GLP-1, PYY, або стимуляція секреції ендогенних GLP-1, PYY, зменшення рівня греліну у плазмі крові завдяки хеморецепторному механізму.

Матеріали та методи дослідження: Нами було проведено огляд сучасної літератури у галузі вивчення різноманітних смакових рецепторів травної системи людини. Відповідно останнім дослідженням, рецептори до солод-

кого і гіркого є членами двох GPCR (G protein-coupled receptors) родин: смакові рецептори 1 типу (T1R2, T1R3 – рецептори до солодкого), смакові рецептори 2 типу (T2R – рецептори до гіркого), які експресуються на смакових клітинах, ентероендокриноцитах вздовж шлунково-кишкового тракту. За даними імунофлюорисцентного дослідження, P/D1-клітини (виділяють орексигенний гормон грелін) колокалізовані з G-білком рецепторів до солодкого – T1R3, рецепторів до гіркого – T2R.

Результати дослідження: Денатоніум бензоат (агоніст гіркого), будучи лігандом T2R, здатен пригнічувати звільнення греліну, що викликає відчуття насичення. Завдяки шунтуванню неперетравленої їжі у дистальні відділи тонкого кишківника збільшується секреція L-клітинами GLP-1 й PYY після прийому їжі завдяки хеморецепторному механізму за участі T1R2, T1R3. Також зменшується експресія транспортерів глюкози L-клітин (SGLT1 – Sodium-dependent glucose transporter 1), інгібуючи транспорт глюкози у клітину. LX4211 – інгібітор кишкового SGLT1, що збільшує рівень GLP-1 й PYY у пацієнтів. Досягти ефекту збільшення рівня GLP-1 й PYY можна не тільки внаслідок хірургічного втручання, а також шляхом екзогенного введення PYY, GLP-1 та їх агоністів, що активно вивчається на сьогоднішній день.

Висновки: T2R можуть стати терапевтичною мішенню для зниження відчуття голоду, оскільки агоністи гіркого пригнічують звільнення греліну. Використання блокторів T1R3 або інгібіторів SGLT1 перспективне в лікуванні ожиріння, оскільки вони, імітуючи хірургічне втручання, дозволяють уникнути останнього.

ВПЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТА СТРЕСОВОЇ ГІПЕРГЛІКЕМІЇ НА ПЕРЕБІГ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ВИХІД ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Семенових Д. А.

Науковий керівник: асистент Рогоза С. В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра неврології

Зав. кафедри: д.мед.н, професор Соколова Л. І.

Актуальність. Робота присвячена проблемі впливу цукрового діабету 2 типу та стресової гіперглікемії на перебіг та функціональний вихід гострого періоду ішемічного інсульту.

Мета роботи: вивчити вплив стресової гіперглікемії на перебіг та функціональний вихід гострого періоду ішемічного інсульту у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу і без такого.

Матеріал та методи дослідження: обстежено 30 хворих (7 чоловіків та 23 жінки) віком від 50 до 93 років (середній вік 69,1±11,6 років) в гострому періоді ішемічного інсульту. Серед пацієнтів, залучених у дослідження, 11 пацієнтів хворіли цукровим діабетом 2 типу (1-ша група), у

7 хворих спостерігали стресову гіперглікемію (2-га група), у 12 пацієнтів не виявлено цукрового діабету та стресової гіперглікемії (3-я група). Всім пацієнтам проведено СКТ або МРТ головного мозку в першу добу від виникнення симптомів інсульту. Неврологічний дефіцит оцінювали за шкалою NIHSS при госпіталізації та на 7-й, 14-й і 21-й день захворювання, функціональний вихід – за модифікованою шкалою Ренкіна та індексом Бартел на 21-й день захворювання. Статистичний аналіз даних проводили із використанням критеріїв Краскела-Уолеса (ККУ) та Уїлкоксона (КУ).

Результати: встановлено, що в гострому періоді показники неврологічного дефіциту за шкалами NIHSS та шкалою коми Глазго значуще не відрізнялись між групами ($p > 0,05$, ККУ) як у першу добу, так і на 21-й день захворювання. Середні показники систолічного артеріального тиску у першу добу ішемічного інсульту були значуще вищими у пацієнтів із цукровим діабетом ($p < 0,05$, ККУ) у порівнянні з пацієнтами без цукрового діабету та стресової гіперглікемії. Показники функціонального виходу за модифікованою шкалою Ренкіна та індексом Бартел статистично значуще не відрізнялись між досліджуваними групами ($p > 0,05$, ККУ). Відновлення втрачених функцій найбільш повільно відбувалось у пацієнтів із стресовою гіперглікемією у порівнянні з хворими на цукровий діабет та хворими з нормальними показниками глюкози в крові без цукрового діабету ($p < 0,05$, КУ).

Висновки: цукровий діабет 2 типу пов'язаний з вищими показниками систолічного артеріального тиску у першу добу ішемічного інсульту. Стрессова гіперглікемія асоціюється з більш повільним відновленням неврологічних функцій в гострому періоді ішемічного інсульту.

ПОШИРЕНІСТЬ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛІМФОЕПІТЕЛІАЛЬНИХ СТРУКТУР ГЛОТКИ У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ

Степанова О.В., Гавриленко Ю.В.
Stepanova O.V., Gavrylenko Iy.V.

Науковий керівник, к.мед.н., асис. Гавриленко Ю.В.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

Кафедра дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії

Зав. кафедри: д.мед.н, професор Косаковський А.Л.
м. Київ, Україна

Актуальність. Актуальність цієї проблеми зумовлена високою частотою захворюваності дитячого населення на цукровий діабет 1 типу (ЦД1). При ЦД1 уражуються практично всі обміни речовин, а також більшість органів і систем. Прогрес захворювання і незадовільний глікемічний контроль призводять до виражених порушень мікроциркуляції. Функціональні порушення судин мікроциркуляторного русла супроводжується перебудовою ендотелію і, як правило, призводить до гіперплазії лімфоїдної тканини. Також знижується загальна опірність організму, що в свою чергу веде до виникнення хронічних вогнищ

інфекції, які погіршують тяжкість перебігу ЦД1. Таким чином виникає замкнуте коло.

Мета роботи. Встановити поширеність ХЗЛЕСГ у дітей, хворих на ЦД1.

Матеріали та методи дослідження. За період 2013-2015 рр. було обстежено 441 дитину з ЦД1 що знаходилась на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні НДСЛ «ОХМАТДИТ». Усі пацієнти проходили загальноклінічне і отоларингологічне обстеження. Реєстрація отриманих даних проводилась в розробленій анкеті огляду.

Результати дослідження. Серед обстежених 228 (52%) склали хлопчики і 213 (48%) дівчатка. Віковий діапазон коливався від 3 до 18 років (середній вік склав $10,37 \pm 4,47$ років). Тривалість перебігу ЦД1 від 1 до 10 років. ЛОР-патологію виявлено у 81,2% ($n=358$, середній вік $11 \pm 3,774$) пацієнтів і лише 18,8% ($n=83$) пацієнтів були без ЛОР-патології. Фарингіти діагностовано у 12% ($n=43$, середній вік $11 \pm 3,926$), аденоїдити у 10% ($n=36$, середній вік $12,36 \pm 3,914$) хворих, гіпертрофію глоткового і/або піднебінних мигдаликів у 18% ($n=65$, середній вік $9 \pm 4,212$), але найбільш значущим був хронічний тонзиліт, який було виявлено у 41% ($n=146$, середній вік $12 \pm 3,599$) пацієнтів.

Висновки. Проведені нами дослідження показали, що захворювання ЛОР-органів у дітей, хворих на ЦД1, є досить поширеними і діагностуються у 81,2% пацієнтів. Серед них найбільш характерним є ураження лімфоепітеліальних структур глотки хронічним запальним процесом, а саме хронічний тонзиліт – 41%.

ЗМІНИ ПРОТИЗГОРТАЛЬНОГО ПОТЕНЦІАЛУ КРОВІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, ПОЄДНАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ

Троць А.В. / A.V.Troty

Науковий керівник: к.м.н., доц. Пленова О.М.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1

Зав. кафедри: д.мед.н., чл.-кор. НАМН України, професор Нетяженко В.З.

м. Київ, Україна

Актуальність. Хронічна гіперглікемія при цукровому діабеті (ЦД) призводить до пошкодження та дисфункції ендотелію судин, що створює передумови для серйозних розладів мікроциркуляції.

Особливе місце у даному випадку посідає поєднання ЦД 2-го типу із захворюваннями серцево-судинної системи, зокрема ішемічною хворобою серця (ІХС). Відомо, що така асоціація викликає стійкі прокоагулянтні зміни крові, за цих умов надзвичайної ролі набуває активність власної протизгортальної системи організму.

Метою роботи: була оцінка стану антикоагулянтної та фібринолітичної ланок системи гемостазу у хворих на ІХС у поєднанні з ЦД 2 типу.

Матеріал та методи дослідження: було обстежено 52 хворих, серед яких у 20 діагностовано ІХС (стабільну стенокардію напруження II-III функціонального класу) – 1 група; та 32 хворих на ІХС, поєднану з ЦД 2-го типу – 2 група. Для вирішення поставленої мети всім хворим було проведено визначення активності антикоагулянтної та фібринолітичної ланок системи крові: досліджували вміст антитромбіну III (Ат III), протеїну С (ПтС), час ХІІа-залежного фібринолізу, рівень плазміногену (ПГ). Для виведення нормативних показників обстежено 10 практично здорових осіб.

Результати дослідження: у пацієнтів із ІХС, поєднаною з ЦД 2 типу, було знайдено зниження рівня одного з основних компонентів фібринолітичної ланки гемостазу ПГ – на 14,1% за норму ($p < 0,01$) та на 8,3% за ізольовану ІХС ($p < 0,05$). Вказані зміни відбувалися на фоні значного виснаження антитромбінової активності, яка при коморбідній патології виявилась на 21% нижчою за норму та на 13% нижчою від групи хворих із ІХС ($p < 0,01$ в обох випадках), що дозволило констатувати суттєве пригнічення обох ланок системи гемостазу, покликаних протидіяти надмірному тромбоутворенню.

Висновки: наявність супутнього ЦД типу 2 у хворих на ІХС (стабільна стенокардія напруження II-III ФК) асоціюється із значним зменшенням протизгортального потенціалу крові, що проявляється пригніченням антитромбінової активності та зниженням концентрації плазміногену. Знайдені зміни можуть свідчити про підвищення тромбогенної готовності в цій групі хворих та мають враховуватись при контролі за лікуванням.

СТАН ОКИСНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ ГЛІКЕМІЧНОГО КОНТРОЛЮ

OXIDATIVE HOMEOSTASIS IN CHILDREN WITH TYPE 1 DIABETES DEPENDING ON THE LEVEL OF GLYCEMIC CONTROL

Шевченко Т.А., Корнійко Є.Ю., Герасимчук К.А. /
Shevchenko T., Kornijko L., Gerasymchuk K.

Науковий керівник: академік НАМН України,
професор Майданник В.Г.

Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця,

Кафедра педіатрії №4

зав. каф.: академік НАМН України, професор
Майданник В.Г.

м. Київ, Україна

Актуальність. Поширеність, швидкий розвиток пізніх ускладнень та рання інвалідизація залишають проблему ЦД 1 типу актуальною на сьогоднішній день. В останні роки особливе значення в механізмах розвитку ускладнень ЦД 1 типу приділяється оксидативному стресу.

Мета роботи: Вивчення стану окисного гомеостазу у дітей хворих на ЦД 1 типу в залежності від рівня глікемічного контролю.

Матеріали та методи: Обстежено 36 дитини хворих на ЦД 1 типу, з них 16 дівчаток і 20 хлопчиків віком від 11 до 17 років ($14,7 \pm 0,32$), тривалість захворювання становила від 1 міс. до 14 років ($5,6 \pm 0,6$). У 11,1% дітей спостерігався кетоз, у 27,8% – діабетичний гепатоз, 33,3% – ліподистрофія, у 41,7% – діабетична поліневропатія, у 5,6% – діабетична мікроангіопатія ніг, у 19,4% була виявлена діабетична нефропатія. Оптимальний рівень (ОР) глікемічного контролю був у 5,6% хворих дітей, субоптимальний рівень (СОР) – у 22,2% дітей, а у 72,2% хворих спостерігався глікемічний рівень з високим ризиком для життя (ВРДЖ). Для вивчення окисного гомеостазу визначали малоновий діальдегід (МДА), що є кінцевим продуктом перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), каталазу, супероксиддисмутазу (СОД), глутатіон як основні внутрішньоклітинні антиоксиданти. Всі діти проходили лікування відповідно протоколу в ендокринологічному відділенні ДКЛ №6 м. Києва. Дослідження проводились в НДІ експериментальної і клінічної медицини НМУ імені О.О.Богомольця.

Результати. Оцінка показників стану перекисного окислення ліпідів виявила у дітей з глікемічним рівнем з ВРДЖ в порівнянні із дітьми з СОР та ОР достовірне підвищення вмісту в Ег крові кінцевого продукту ПОЛ-МДА $3,91 \pm 0,8$ мкМ/л, $3,49 \pm 1,23$ та $2,62 \pm 0,34$ мкМ/л відповідно, $p < 0,05$. Аналіз стану антиоксидантного захисту у дітей з глікемічним рівнем з ВРДЖ в порівнянні з дітьми СОР та ОР показав підвищення, більше ніж на 50% в Ег крові СОД $4,4 \pm 1,4$ у.о., $1,29 \pm 0,55$ і $2,1 \pm 0,38$ у.о. і на 8%, в плазмі крові каталази у дітей з СОР в порівнянні з дітьми з ОР та з ВРДЖ $5,53 \pm 1,43$ мкат/л, $4,09 \pm 2,75$ мкат/л і $5,05 \pm 0,76$ мкат/л, відповідно, рівень глутатіона в Ег крові у дітей з ОР в порівнянні з дітьми з СОР та ВРДЖ був більше ніж на 70%, $2,08 \pm 1,23$ моль/л, $0,4 \pm 0,11$ і $0,61 \pm 0,16$ моль/л відповідно.

Висновки. Отримані результати можуть свідчити про залежність показників ПОЛ від ступеня компенсації ЦД, а також про порушення рівноваги між продукцією вільних радикалів і роботою антиоксидантної системи, що є однією із головних умов розвитку оксидативного стресу та ангіопатій у дітей хворих на ЦД 1 типу.

ПРОФІЛАКТИКА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ ШЛЯХОМ КОНТРОЛЮ РІВНЯ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ТА МАСИ ТІЛА

Шута С.П.; Ткачук І.І.; Копайгора Я.С. /
S. Shuta; I. Tkachuk; Y. Kopaigora

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Н.М. Назарко
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця
Кафедра фізичної реабілітації та спортивної
медицини
(в.о. зав. каф.: к.мед.н., доц. В. В. Чернявський)
м. Київ, Україна

Актуальність: Розвиток і активне впровадження нових технологій та мережі Інтернет в процеси навчання та праці призвело до підвищення ступеню гіподинамії та, як наслідок, підвищення маси тіла людини. Згідно даних Всесвітньої організації охорони здоров'я гіподинамія та підвищена маса тіла є чи не найголовнішими факторами ризику виникнення цукрового діабету II типу. Оскільки фізична активність та маса тіла в молодому віці на етапі профілактики, недостатньо контролюється, а це призводить до виникнення цукрового діабету вже в старшому віці, то необхідно більш детально вивчити дані показники та своєчасно їх скорегувати.

Мета – дослідити рівень фізичної активності та масу тіла осіб молодого віку для своєчасної корекції та профілактики цукрового діабету.

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено 180 осіб, віком від 20 до 23 років. Повсякденну та спеціальну фізичну активність визначали за допомогою спеціально розроблених анкет, а масу тіла оцінювали за індексом маси тіла (ІМТ).

Результати дослідження: Встановлено, що у 151 (83,9%) обстежених переважала повсякденна фізична активність статичного характеру, серед яких підвищений ІМТ діагностовано у 19 осіб. Динамічна повсякденна фізична активність була присутня у 29 (16,1%) обстежених, з яких лише 2 особи мали надмірну масу тіла.

Визначено, що 158 (87,7%) обстежених не мали спеціальної фізичної активності (фізичних тренувань, гімнастики, плавання) і серед них виявлено 21 особу з підвищеним ІМТ, тоді як серед 22 (12,3%) осіб молодого віку, які мали спеціальну фізичну активність, підвищеного рівня ІМТ взагалі не виявлено і відповідно у них відсутні фактори ризику виникнення цукрового діабету.

Висновок: Отже, контроль маси тіла та рівня фізичної активності в молодому віці і своєчасна корекція даних показників шляхом активізації своєї повсякденної фізичної активності і включення спеціальних фізичних тренувань є суттєвою профілактикою виникнення цукрового діабету в більш зрілому віці.

HYGIENIC PROBLEMS OF ORGANIZATION OF AID TO DIABETICS IN SYRIA

Amer Akil, Blagaia A.

Scientific advisor: professor Bardov V., MD
Bogomolets National Medical University
Department of hygiene and ecology
(Head of the department – corresponding member of
NAMS of Ukraine, Professor Bardov V., MD)
Kiev, Ukraine

According to WHO data, diabetes is ranked third in the structure of death causes after cardiovascular diseases and cancer. Prevention of the growth of the disease among the population requires a systematic approach.

The **aim of the study** was to determine the status of the organization of care for patients with diabetes in Syria in adverse conditions of socio-political and military emergency situations.

Materials and methods: hygienic, content analysis, analytical, statistical methods are used. The results of a meta-analysis of WHO, International Diabetes Federation sites information data were the materials of the study.

Results. As of 2015 there are 7% of the adult population suffers from diabetes in Syria, which is higher than in Ukraine (2.87%) and in the world (an average of 2-3%). In situations of armed conflict, diabetics' aid is done with the involvement of IDF MENA (International Diabetes Federation Middle East North Africa) and Novo Nordisk. Health aid activities for such patients include the provision of injectable insulin preparations and diagnostic kits. This approach only partially meets the needs of patients with type 1 diabetes (T1D). However, we did not reveal a systematic approach in the country to ensure the needs of patients with type 2 diabetes (T2D), as there is no eligible labeling of foodstuff with a high glycemic index, taking into account the delivered humanitarian aid. In conditions of irregularities in food supply to the population T2D patients do not have access to the mineral waters recommended for the prevention and treatment course. The absence of patients' access to kinesiotherapy, as one of the secondary prevention programs components, is also revealed.

Conclusions. In emergency situations of socio-political and military origin in Syria there is no systematic approach to the prevention and treatment of patients with type 2 diabetes, in particular because of the patients' impossibility to have free access to carry out secondary prevention measures, and approach for labeling foodstuffs with high glycemic index is also requires updating and adjustment.

CLINICAL AND LABORATORY PARAMETERS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN COMBINED WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND HYPOTHYROIDISM IN THE OUTCOME OF AUTOIMMUNE THYROIDITIS

Malysenko Julia Alexandrovna, Gerus Anna Yrievna

Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine

Introduction: Diabetes mellitus (DM) and thyroid disease (thyroid) are among the most common diseases in the structure of all endocrinopathies. In patients with type 2 diabetes (T2DM), the incidence of hypothyroidism in the outcome of autoimmune thyroiditis (Hashimoto's thyroiditis), significantly higher than in the general population as a whole.

The study of the mechanisms of development of AIT in patients with type 2 diabetes, as well as the search for effective treatments will ensure full control of the glycemic profile, thyroid status, is one of the most important problems in modern endocrinology. Early diagnosis and correction of

thyroid disease in patients with type 2 diabetes allows for reduction in the percentage of progression of complications of diabetes, dyslipidemia, reduces the risk of cardiovascular events.

Materials and methods: A total of 200 postmenopausal women with type 2 diabetes and hypothyroidism in the outcome of AIT. The mean age was $54,4 \pm 9,8$ years, duration of disease $SD2-9,0 \pm 3,4$ years, menopause duration $7,8 \pm 1,2$ years. The control group included 300 postmenopausal women aged $56,6 \pm 4,5$, years without T2DM disease.

Results: The main and control group were matched for age. Obtained statistical differences in the level of thyroid-stimulating hormone in the study and control groups: $7,04 \pm 0,1$ and $1,13 \pm 0,07$ mU/L, $p=0.001$, free thyroxine $8,16 \pm 1,12$ and $12,06 \pm 2,12$ nmol / l, $p = 0.001$, thyroid peroxidase antibodies 562.1 ± 23.6 and 126.2 ± 1.18 IU / mL, $p = 0.001$, respectively. Average BMI in the study group than in controls: 32.6 ± 0.46 , and 27.7 ± 0.49 kg / m², $p = 0,001$. Obem thyroid main group was 27.7 ± 2.13 cm³ in control - $14,3 \pm 3,14$ cm³. Conclusions: All patients with type 2 diabetes need to conduct screening to identify thyroid.

Статті публікуються українською, російською та англійською мовами.

Рукописи мають бути виключно роботою заявлених авторів, не бути раніше опублікованими чи направленими на публікацію до інших видань. Вік першого автора не повинен перевищувати 35 років.

Окрім тексту статті, автори обов'язково подають до Редакції поштою або електронною поштою:

інформацію про авторів: ПІБ, фото та місце роботи всіх зазначених авторів;

поштова та електронна адреса, номер телефону, науковий ступінь, вчене звання, посада одного з авторів, відповідального за листування;

електронний варіант ілюстрованого матеріалу;

офіційне направлення до друку, завірене печаткою установи, в якій виконано роботу;

заповнений бланк Ліцензійних умов умов використання наукової статті.

Авторський оригінал складається з двох примірників, надрукованих на білому папері формату А4, з підписами усіх авторів на одному з них. Аналогічна електронна версія матеріалу повинна також надаватися на цифровому носії.

Оформлення рукопису. Рукопис статті має містити: індекс УДК (Універсальна десяткова класифікація), назву статті, прізвища та ініціали авторів з вказанням місця роботи кожного автора, ключові слова, текст статті, список цитованої літератури, резюме, конфлікт інтересів, джерела фінансування.

Структура основного тексту статті має відповідати загальноприйнятій структурі для наукових статей. Статті, що містять результати експериментальних досліджень, мають обов'язково містити такі розділи: "Вступ", "Мета роботи", "Матеріали та методи", "Результати та обговорення", "Висновки". Ці публікації мають включати такі необхідні елементи: постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення нерозв'язаних раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується зазначена стаття; формулювання цілей статті; виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів, висновки з цього дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.

Обсяг основного тексту не повинен перевищувати: оригінальної статті, клінічного випадку, метааналізу – до 3 000 слів; огляду – до 5 000 слів.

Текст набирають в редакторі Word for Windows (будь-якої версії) гарнітурою Times New Roman, 12 пунктів, без табуляторів, без переносів у словах, через півтора інтервали, з вирівнюванням по лівому краю, з полями з усіх боків по 20 мм. У тексті та заголовках не має бути слів, набраних великими літерами.

Таблиці мають бути виконані в редакторі Word for Windows гарнітурою Times New Roman, 10 пунктів, без службових символів усередині.

Ілюстрації (фотографії, малюнки, креслення, діаграми, графіки тощо) позначаються як "рис." та нумеруються за порядком їхнього згадування в тексті. Діаграми та графіки виконуються у форматах MS Excel чи MS Graph, та для зручності верстки до них додаються вихідні дані, що використовувалися для побудови. Фотографії подаються у форматі TIFF чи JPEG з роздільною якістю не менше 300 dpi.

Резюме має бути представлено трьома мовами (українською, російською та англійською) обсягом 250-300 слів кожне. Резюме до статті, в якій публікуються результати експериментальних досліджень, повинно бути структурованим у відповідності до структури статті. Прізвища та ініціали всіх авторів, назви установ, в яких

працюють автори також мають бути представлені трьома мовами. Транслітерація виконується згідно з Постановою № 55 Кабінету Міністрів України від 27 січня 2010 р. «Про впорядкування транслітерації українського алфавіту латиницею». Резюме не має містити посилань на літературу.

Ключові слова мають бути представлені трьома мовами (українською, російською та англійською), містити 3-7 ключових слів чи словосполучень та котрі не дублюють назву статті.

Список літератури оформляється згідно з ДСТУ 7.1:2006 "Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Бібліографічний запис. Бібліографічний опис. Загальні вимоги та правила склання". Джерела подаються в алфавітному порядку, спершу кирилицею, потім – латиницею. Їх загальна кількість не повинна перевищувати 30 для оригінального дослідження, 150 – для оглядової статті, при цьому 50% з них мають бути не більше як п'ятирічної давності. Посилання в текстізначаються цифрами в квадратних дужках, через кому без пробілу, для трьох і більше послідовних джерел – у вигляді діапазону (наприклад: [7], [7,10], [7-10]).

Крім того, пристатейна література повинна бути транслітерована латиницею і список літератури за стилем APA наведена після списку літератури.

Назви препаратів слід подавати з малої літери у вигляді міжнародних некомерційних назв лікарських засобів.

Усі величини наводяться в одиницях СІ. Середні величини необхідно супроводжувати вказанням стандартних відхилень, а медіани – інтерквартильного розмаху.

Редакційна етика. Дослідження із залученням пацієнтів має отримати схвалення комітету з етики та інформовану згоду від учасників, що має бути зазначено у роботі. Якщо в статті використовуються фотографії пацієнтів, вони мають подаватися з їхньої письмової згоди або в такому вигляді, щоб особу хворого неможливо було встановити. Якщо стаття містить опис експериментів над людьми, необхідно зазначити, чи відповідала методика їхнього проведення Гельсінкській декларації 1975 року та її перегляду 1983 року. Необхідно також вказати методи знеболення та позбавлення життя тварин, якщо такі брали участь у дослідженнях, які узгоджуються з "Правилами виконання робіт з використанням експериментальних тварин", затвердженими наказом МОЗ України.

Конфлікт інтересів. Автори повинні повідомити Редакцію про будь-який потенційний конфлікт інтересів, на які могла б вплинути публікація результатів, що містяться в рукописі. Будь ласка, у будь-якому випадку зазначте, що немає ніякого конфлікту інтересів який міг би завдати шкоди неупередженості дослідження; або повністю оголосити будь-який фінансовий або інший потенційний конфлікт інтересів.

Джерела фінансування. Прохання детально вказати всі джерела фінансування, які стосуються досліджень, та повідомити в наступному форматі:

"Ця робота була підтримана Грантом (номера грантів xxx, ууу) т.п..."

Якщо у дослідження не було фінансової підтримки, будь ласка, зазначте наступне:

"Це дослідження не отримало ніякої фінансової підтримки від державної, громадської чи комерційної організації"

Слова подяки. Будь ласка, будьте якомога коротшими.

Рецензування. Редакція проводить зовнішнє та внутрішнє рецензування статей. За необхідності стаття може бути повернута авторам для доопрацювання та відповіді на запитання. Редакція залишає за собою право на власне редагування статті чи відмову авторів в публікації, якщо поданий матеріал не відповідає за формою або змістом згаданим вище вимогам.

Цифрові накопичувачі, рукописи, малюнки, фотографії та інші матеріали, надіслані в редакцію, не повертаються.

UKRAINIAN SCIENTIFIC MEDICAL YOUTH JOURNAL

PUBLICATION REQUIREMENTS

Article must be written in one of the following languages: English, Ukrainian, Russian.

Original studies, literature reviews, case reports are considered by USMYJ. Neither the manuscript nor any part of it, except for abstracts of less than 400 words, has been published or submitted for publication elsewhere.

A preference is given, but not limited to, to the manuscripts with the first author aging up to 35 years.

In addition to the text of the article, the authors must submit to Editorial Office by post or e-mail:

Information about all of the authors: full name, photo and place of work;

Postal and e-mail address, phone number, scientific degree, position of the author responsible for correspondence;

Digital version of the illustrated material;

Official referral to publication stamped by the institution where the work was performed;

Filled form of License Conditions USMYJ of use of the article.

The separate copy of the title page of the manuscript with all authors' signatures must be submitted.

Preparation of manuscripts. Manuscripts must be concise and clear, and must include: UDC (Universal Decimal Classification), article title, authors' names, affiliation of each author, abstract, keywords, text of article, tables and figures (if applicable), references, acknowledgements, disclosures, funding sources.

The structure of the manuscript must correspond to the conventional structure for scientific articles. In general, USMYJ expects manuscripts to include the following: definition of the problem and its relationship to important scientific or practical tasks; analysis of recent research and publications which the author relied upon and where a solution of the problem was handled and in which the unsolved aspects of the problem were raised; formulation of the objectives of the article; issue of the main material research and explanation of the scientific results with full foundation of achieved scientific results of this research and prospects for further research in this field.

The research manuscripts must be with the following sections:

Title page, 2. Abstract (max 300 words), 3. Key word (max 10), 4. Introduction (with a clearly stated aim of the study in the end), 5. Materials and Methods, 6. Results, 7. Discussion, 8. Conclusions, 9. Acknowledgements 10. Disclosures, 11. Funding sources, 12. References, 13. Tables, 14. Figure legends

The case-reports must be with the following sections:

Title page, 2. Abstract (max 150 words), 3. Key word (max 10), 4. Introduction, 5. Case report, 6. Discussion, 7. Conclusions, 8. Acknowledgements 9. Disclosures, 10. Funding sources, 11. References, 12. Tables, 13. Figure legends

The literature review must be with the following sections: 1. Title page, 2. Abstract (max 300 words), 3. Key word (max 10), 4. Introduction (with a clearly stated approach for literature selection), 5. Analyses of the literature are presented in sections, and sections structure is decided by authors, 8. Conclusions, 9. Acknowledgements 10. Disclosures, 11. Funding sources, 12. References, 13. Tables, 14. Figure legends.

The text limits. Research articles and case reports: max 3000 words; literature review: max 5000 words.

Text. The following is required: any version of Microsoft Word in document (doc, docx) or rich (rtf) format; headset Times New Roman, 12-point, no tabs, no hyphens in words, line spacing 1,5, alignment to the left, with margins at all sides 20 mm. The text and headlines must not include words typed in capital letters.

Tables have to be made in Word for Windows headset Times New Roman, 10 point, with no service symbols inside.

Illustrations (photographs, figures, diagrams, charts, graphics, etc.) are referred to as "Figure" and numbered in order of their appearance in the text. Diagrams and graphics must be performed in MS Excel or MS Graph, and for ease of layout initial data must be

added. Photos and images have to be submitted in TIFF or JPEG quality with a resolution not less than 300 dpi.

Abstract must be submitted in three languages: Ukrainian, English and Russian, up to 250-300 words each. Abstract of the article, in which experimental results are published, has to be arranged according to the structure of the article. Full names of all authors and names of the institutions where the authors work must also be presented in three languages. Abstract must not include references.

Keywords must be presented in three languages: Ukrainian, English, and Russian, and include 3-7 keywords or phrases that do not duplicate title of the article.

References must be indicated in accordance with GOST 7.1: 2006 "System of standards on information librarianship and publishing. Bibliographic record. Bibliographic description. General requirements and rules of writing." Sources have to be given in alphabetical order, first in Cyrillic, then in Latin. Their total number has to be limited to 30 for the original study, 150 for review, with 50% of less than five years duration. References in the text must be indicated with numbers in square brackets, separated by commas without spaces, and for three or more successive sources – as a range (eg [7], [7,10], [7-10]).

The names of drugs must be presented with a lowercase letter in the form of international non-commercial names of drugs.

All units must be given in SI system. Average values must be accompanied by standard deviation while medians – interquartile scale.

Editorial ethics. Studies involving patients must receive approval from the ethics committee and informed consent from participants and have to be noted in the article. If the article includes photos of patients, they must be submitted with their written consent or in such a way that the patients' identity could not be figured out. If the article includes experiments on human beings, it must be indicated whether they were performed in accordance with Helsinki Declaration of 1975 and its revision in 1983. In case of use of animals in the work, methods of their anesthesia and disposal must be conducted according to the "Rules of work using experimental animals", approved by order of the Ministry of Health of Ukraine.

Conflict of interests. Authors are required to notify the Editorial Office about any potential conflict of interests which could be affected by the publication of the results contained in the manuscript. In any case, please indicate that there is no conflict of interests that would prejudice the impartiality of the research; or fully declare any financial or other potential conflict of interests.

Sources of funding. Please specify in detail all sources of funding related to research and report it in the following format:

"This research was supported by Grants (grant number xxx, yyy) etc ..."

If the study had no financial support, please indicate the following:

"This research did not receive any specific grant from any funding agency in the public, commercial or not-for-profit sector".

Acknowledgements. Please be as short as possible.

Reviewing process. Editorial Board conducts external and internal review of articles. If necessary, the article may be returned to authors for revision and for answer of questions. The Board reserve the right to edit the articles or to refuse the author for publication if the material is not correspond to the content or form of the above mentioned requirements.

Hard copies of digital drives, manuscripts, figures, photographs and other materials sent to the Editorial Office will not be returned to the authors.

Send the completed required documentation to:

Editorial Office

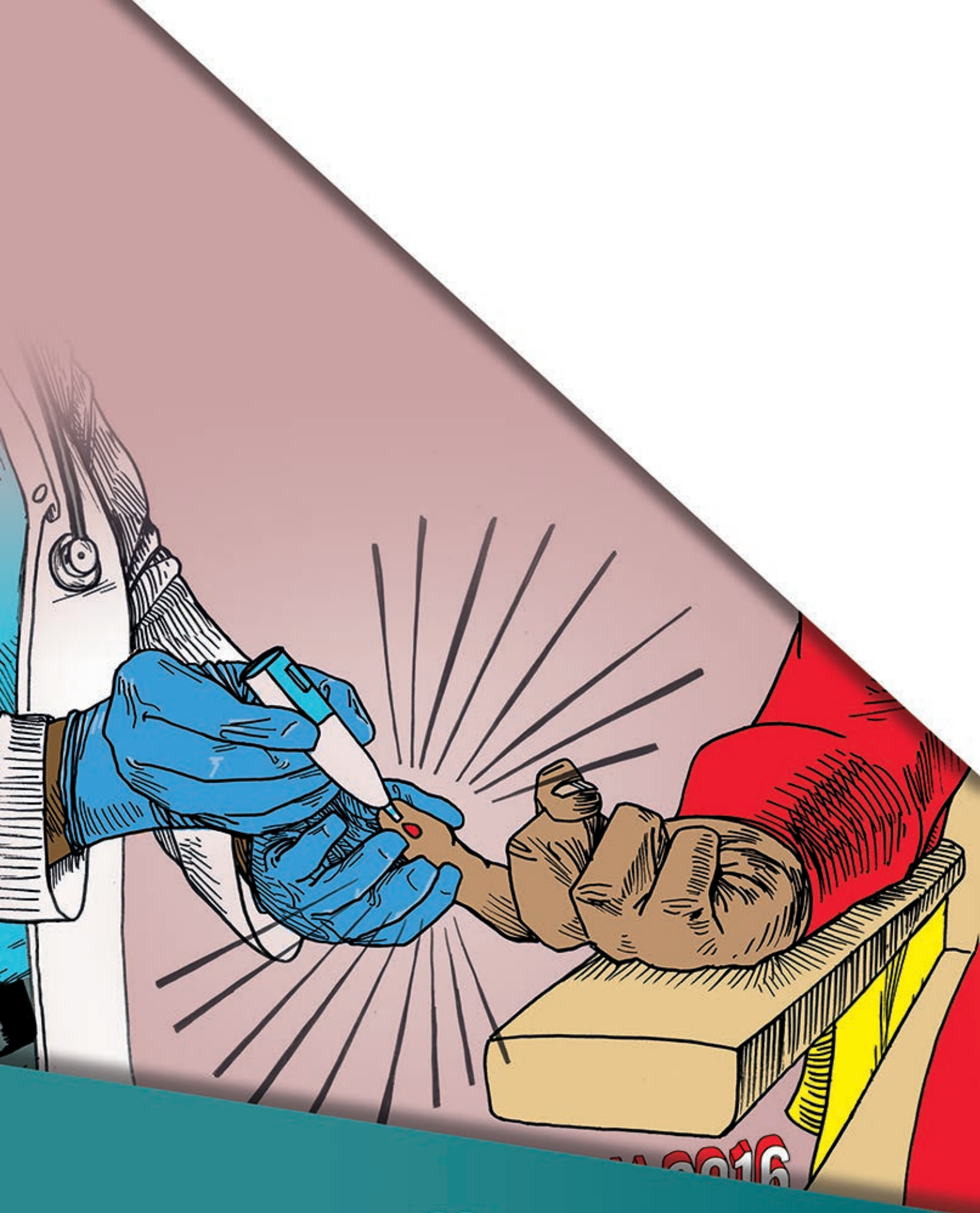
Ukrainian Scientific Medical Youth Journal

Bogomolets National Medical University

13, Tarasa Shevchenko Blvd.

Kyiv-01601, Ukraine

E-mail: usmyj@nmu.ua



1993