



**Міністерство охорони
здоров'я України**
Ministry of Health of Ukraine



**Національна академія
медичних наук України**
National Academy of Medical
Sciences of Ukraine



**Національна медична академія
післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика**
P.L. Shupyk National Medical Academy
of Postgraduate Education

17–19 квітня • 2019 • April 17–19

VIII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС
**«Впровадження сучасних досягнень медичної науки
у практику охорони здоров'я України»**



VIII INTERNATIONAL MEDICAL CONGRESS
**"Introduction of Modern Achievements of Medical Science
into Healthcare Practice in Ukraine"**

МАТЕРІАЛИ КОНГРЕСУ
CONGRESS PROCEEDINGS

Україна, Київ
Міжнародний Виставковий Центр
Броварський пр-т, 15



Ukraine, Kyiv
International Exhibition Centre
15 Brovarskoy Ave.

ЗМІСТ

Організація і управління охороною здоров'я	3
Дні лабораторної медицини	19
Радіологія: ультразвукова діагностика, конвенційна рентгенодіагностика, променева діагностика, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, променева терапія, ядерна медицина, радіаційна безпека	27
Терапія, педіатрія, кардіологія, неврологія, гастроентерологія, ендокринологія, дієтологія	29
Офтальмологія	56
Медицина невідкладних станів та медицина катастроф	57
Військова медицина	66
Хірургія, нейрохірургія, ендоскопія, комбустіологія	81
Травматологія та ортопедія	104
Онкологія	108
Гематологія та трансфузіологія	123
Отоларингологія	147
Гінекологія, репродуктологія, акушерство, перинатологія, неонатологія	148
Дерматовенерологія	151
Організація і управління фармацією	158
Доповнення до розділу «Терапія»	162



ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

ФОРМИ ЗДОБУТТЯ КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК КЕРІВНИКАМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ

Булавінова К.О., Децик О.З., Ціхонь З.О.

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

Мета. Проаналізувати перспективні форми здобуття керівниками закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) комунікативних навичок.

Матеріали та методи. Проаналізовано нормативно-правову базу щодо безперервного професійного розвитку керівників ЗОЗ, дані наукової літератури та власний досвід застосування інформальної освіти.

Результати та обговорення. Встановлено, що сучасне законодавство передбачає можливості застосування формальної, неформальної та інформальної освіти в системі безперервного професійного розвитку медичних працівників. Результати власних досліджень свідчать про зниження інтересу до формальних видів післядипломної освіти, в першу чергу, внаслідок потреби відриватися від роботи на тривалий час (місяць і більше), і зростання зацікавленості такими формами інформальної освіти, як короткотермінові спеціалізовані тренінги та школи. Зокрема, у нас є досвід організації та участі в Літніх школах «Трансформації систем охорони здоров'я в світі та Україні» (2014-2018), Зимових школах «Громадське здоров'я в Україні» (2016-2018 рр.), інших подібних тренінгах та навчаннях, які проводяться під егідою Міністерства охорони здоров'я України, міжнародних фахових організацій (ЮНІСЕФ, USAID, Швейцарської агенції співробітництва і розвитку тощо) та медичних освітніх установ (Києво-Могилянської академії, Маастіхського університету, Швейцарського тропічного інституту і ін.). За роки їх проведення конкурс на одне місце зріс з 1 до 9 осіб. При цьому, керівники ЗОЗ, головним чином, вибирають секцію «Комунікація в громадському здоров'ї» як найбільш потрібну у їх професійній діяльності.

Висновки. Вимогою часу для керівників ЗОЗ стало оволодіння комунікативними навичками, які ефективно задовольняються інформальними формами освіти.

ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ПРОБЛЕМНИХ ПИТАНЬ ОРГАНІЗАЦІЇ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ

Децик О.З., Мельник Р.М., Золотарьова Ж.М., Ціхонь З.О., Кольцова Н.І.

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

Мета. Проаналізувати проблемні питання організації паліативної допомоги (ПД) дітям.

Матеріали та методи. Опитано 578 медичних працівників закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області, які обслуговують важко хворих дітей.

Результати та обговорення. Встановлено, що кожен четвертий респондент (25,3%) не розумів терміну ПД. Більшість опитаних основним її об'єктом називали онкохворих дітей (71,5%), що не відповідає реальному профілю таких пацієнтів. Тільки 59,7% медичних працівників знали, що надання ПД починається з моменту встановлення діагнозу невиліковного захворювання. Кожен четвертий (26,8%) вважав, що ПД надається в останні тижні життя, що суперечить сучасній концепції ПД. Всього 52,6% опитаних знали, що родина таких пацієнтів потребує ПД, решта – або вагалась (29,3%), або взагалі її заперечували (18,1%). Лише 14,2% були повністю компетентні в питаннях ПД дітям. Більшість (58,9%) мали фрагментарні знання, кожен четвертий (26,9%) визнав їх відсутність. Тільки 6,4% опитаних оцінювали стан організації педіатричної ПД як добрий, 25,2% – як задовільний, а 68,3% вважали його незадовільним. Причинами цього респонденти назвали відсутність відповідної політики у державі (у середньому 3,69 бали за 5-бальною шкалою оцінки), недостатнє фінансування (3,68), нерозуміння органами влади масштабів проблеми (3,63), недостатній розвиток інфраструктури (3,58), відсутність стандартів ПД (3,48) та спеціально підготовлених кадрів (3,46). На думку опитаних, забезпечення ПД дітям потребує багатоканальності фінансування, за рахунок цільової державної програми (69,7% відповідей), бюджетів центрального уряду (64,8%) і місцевих громад (33,6%), а також благодійних фондів (50,3%).

Висновки. Організація педіатричної паліативної допомоги вимагає удосконалення.

МОДЕЛЬ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ УРОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

Соломчак Д.Б.

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

Мета. На підставі аналізу організації медичної допомоги хворим на сечокам'яну хворобу (СКХ) обґрунтувати і розробити удосконалену регіональну модель урологічної допомоги.

Матеріали та методи. Проаналізували 890 медичних карт стаціонарних хворих на СКХ в закладах охорони здоров'я

(303) Івано-Франківської області, а також показники діяльності урологічної служби області за останнє десятиріччя. Ефективність запропонованих нововведень перевірили в ході організаційного експерименту.

Результати та обговорення. На підставі отриманих результатів дослідження була розроблена модель організації урологічної допомоги при СКХ на регіональному рівні, основними елементами якої стали:

- концентрація сучасної хірургічної урологічної допомоги в окремих високотехнологічних ЗОЗ, незалежно від їх форми власності;
- забезпечення ургентної урологічної допомоги на базі відділень екстреної (невідкладної) допомоги майбутніх лікарень інтенсивного лікування;
- забезпечення амбулаторної урологічної допомоги на базі районних та міських консультативно-діагностичних центрів;
- залучення лікарів первинної медичної допомоги до профілактики, вчасного виявлення патології та сприяння виконанню індивідуальних програм метафілактики.

Впровадження окремих елементів запропонованої моделі на наукових базах дослідження дозволило оптимізувати госпіталізацію хворих (на 5,3-9,7%), скоротити терміни перебування в стаціонарі (на 1,2-1,4 дні), в т. ч. перед оперативним лікуванням (на 0,3-0,4 дні) та збільшити охоплення хворих диспансерним спостереженням (на 21,2 – 21,8%), що підтвердило її медико-соціальну та економічну ефективність.

Висновки. Результати оцінки ефективності дозволяють рекомендувати запропоновані інновації для впровадження у практику закладів охорони здоров'я України.

ПЕРСПЕКТИВИ ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ТРАВМАХ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У СВІТЛІ ВВЕДЕННЯ В УКРАЇНІ МКФ

Юкіш Г.Я., Стовбан І.В.

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

Мета. Визначити переваги застосування міжнародної класифікації функціонування (МКФ) для організації реабілітації осіб з інвалідністю внаслідок травм опорно-рухового апарату.

Матеріали та методи. Проаналізовано річні звіти Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи (ф. № 14) за 2009-2018 рр. та наукові літературні джерела щодо застосування МКФ.

Результати та обговорення. МКФ належить до Сім'ї міжнародних класифікацій ВООЗ WHO Family of International Classifications. Названий документ виділяє функціонування та обмеження життєдіяльності, пов'язані зі змінами здоров'я, враховує внутрішні фактори та фактори середовища, які можуть сприяти чи перешкоджати активності/участі індивіда. Для осіб з інвалідністю після травм опорно-рухового апарату такий підхід є особливо актуальним. Так, у 2009 році в Івано-Франківській області частка переосвідчених вказаного профілю, яким продовжено термін стійкої непрацездатності, становила 93,3%, а у 2018 – вже 99,5%, що вказує на недостатню ефективність реабілітаційних заходів. Однією з причин цього є розробка індивідуальних програм реабілітації (ІПР) на підставі Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), а не МКФ, що не дає змоги оцінити рівень обмеження життєдіяльності особи з інвалідністю. Використання МКФ дозволяє акцентувати на компенсаторних можливостях організму, що важливо, коли через складність травми неможливо повністю відновити втрачені функції. Наявність в МКФ базового реабілітаційного набору (30 категорій) дає можливість оцінювати ефективність реабілітації.

Висновки. Застосування МКФ підсилить ефективність реабілітації після травм опорно-рухового апарату.

ВИКОРИСТАННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ПРОСУВАННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Огнев В.А., Чухно І.А.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Мета. Визначити сучасні підходи до використання інформаційних технологій закладами охорони здоров'я України для просування їх на сучасному ринку медичних послуг.

Матеріали та методи. Використано праці вітчизняних та зарубіжних науковців, сайти закладів охорони здоров'я України. Методи системного аналізу, узагальнення та абстрагування.

Результати та обговорення. Реформування системи охорони здоров'я України та зміни в суспільному житті, що характеризуються стрімким розвитком технологій, інформатизацією та демократизацією суспільства, вимагають від закладів охорони здоров'я пошуку шляхів адаптації й формування їх конкурентоспроможності у нових умовах. Важливе місце в цьому займає формування відповідного іміджу та просування закладу охорони здоров'я в інформаційному просторі, що потребує виваженого підходу до використання каналів та засобів комунікації.

Дослідження визначають, що комунікація у сфері охорони здоров'я охоплює декілька напрямів, зокрема: освіта, міжособистісне спілкування, інформаційно-пропагандистська робота через ЗМІ, медична журналістика, комунікація в середині організації та між ними, індустрія розваг, розповсюдження інформації про ризики та кризи, соціальна комунікація та соціальний маркетинг.

Формами комунікації закладів охорони здоров'я є масові, мультимедійні та інтерактивні й традиційні комунікації, що можуть охоплювати різні канали, такі як міжособистісне спілкування, ЗМІ, інформаційні засоби організації, блоги, обмін відеофайлами, розсилка повідомлень по мобільному телефону та on-line форуми.

Висновки. Впровадження в діяльність закладів охорони здоров'я сучасних каналів комунікації та інформаційних технологій для налагодження ефективних комунікацій з зовнішнім середовищем, до яких в першу чергу належить використання мережі інтернет (створення актуального та «живого» сайту закладу, on-line запис та базове консультування, форуми, блоги) та засобів і мереж мобільного зв'язку (розсилка інформаційних повідомлень, нагадувань про профілактичні заходи тощо) може стати дієвим інструментом для покращення іміджу закладу охорони здоров'я та підвищення його конкурентоздатності в сучасних умовах.

НЕЙРОМЕНЕДЖМЕНТ ЯК МЕХАНІЗМ ЯКОСТІ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ МЕДИЧОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Журавель В.І.

Кафедра менеджменту охорони здоров'я НМУ ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Мета. Довести доцільність використання досягнень вивчення мозку людини в сучасному менеджменті системи медичної допомоги населенню (СМДН).

Матеріали та методи. Власні наукові здобутки, публікації, інтернет-ресурс. Положення, гіпотези, висновки обґрунтовані за методами логічного й латерального аналізу, узагальнення та ідеалізації.

Результати та обговорення. Нейроменеджмент (НМ), як синтез менеджменту та наук про людину, допомагає зрозуміти розумові процеси і надає відповіді на наступні питання: 1. Як ми мислимо? 2. Як ми взаємодіємо? 3. Як організувати вплив на співробітника? 4. Які лідери ведуть за собою?

Останні дослідження мозку людини (дзеркальних нейронів) зміщують наявні стереотипи менеджменту й актуалізують нові рішення його проблем, у т.ч. СМДН. Так, нестандартні підходи НМ дають розуміння низки особистісних й соціальних чинників підлеглих на прийняття ними рішень, схильності до тієї чи іншої діяльності, підвищення працездатності, сприйняття інформації, ефективність праці залежно від винагороди чи покарання, уміння думати і критично, і творчо та інше. Доведено, що: у процесі прийняття управлінських рішень емоції є більш важливими, ніж логіка; стратегічні плани змушують зосереджуватися на короткостроковій перспективі за рахунок довгострокових результатів; окремі методи управління є неефективними; невеликі внутрішньо-системні стимули мають більш сильний мотиваційний вплив, ніж високі нагороди; батіг/праник не підвищує ефективність праці; конкуренція є кращим способом стимулювання співробітництва; більш ефективний керівник, який менше управляє, тощо.

Висновки. НМ доводить, що зміна менеджером мислення та вивчення співробітників, а також врахування їх ментального світу та вміння працювати в команді впливають на підвищення якості управління системами, але не його стереотипно-стандартні дії.

СУЧАСНА ПАРАДИГМА МЕНЕДЖМЕНТУ В СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Журавель В.І.¹, Борковський Д.С.², Журавель В.В.

¹Кафедра менеджменту охорони здоров'я НМУ ім. О.О. Богомольця, м. Київ

²Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Актуалізувати проблему розробки нової парадигми сучасного менеджменту в системі медичної допомоги населенню (СМДН).

Матеріали та методи. Власні наукові здобутки, публікації, інтернет-ресурс. Положення і висновки обґрунтовані за методами узагальнення, логічного та системного аналізу.

Результати та обговорення. На сьогодні СМДН потребує перегляду всіх управлінських стереотипів лінійного характеру (лімітований простір і процедурне обмеження дій та ін.) у межах нової парадигми менеджменту на засадах нелінійного, функціонального процесу. Парадигма, як непостійна величина – це система поглядів на ключову ідею/позицію, спосіб сприйняття, обмірковування, оцінки та дій щодо бачення реальності, за певним набором норм і правил. У новій парадигмі менеджменту, управлінському процесі слід передбачити: створення загально-колективних цінностей та корпоративної культури із внутрішньою мотивацією співробітників, як способу пошуку ефективних рішень наявних проблем і стратегії розвитку; можливість професійної помилки; зміну позицій трудових відносин – не персонал працює на менеджера, а він працює для них; однакове бачення майбутнього керіваної структури у персоналу і керівників; децентралізація системи управління; формування відкритих, соціально-орієнтованих систем, які взаємодіють із зовнішнім середовищем; використання стратегічного і ситуаційного підходів до управління; від ручної до інтелектуальної праці, до працівників із знаннями, ключовими навичками й компетенціями, тощо.

Висновки. Нова управлінська парадигма СМДН, яка направлена на новаторство, майстерність, удосконалення та прогресивний розвиток системи, вимагає зміни лінійного образу мислення керівників на системне, розгляду речей у їх взаємозв'язку.

ЩОДО ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ДИТЯЧОЇ СМЕРТНОСТІСлабкий Г.О.¹, Дудник С.В.²¹ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород
²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

Мета. Обґрунтування та розробка функціонально-організаційної системи спрямованої на попередження випадків смертності дітей, якій можна запобігти.

Матеріали та методи. Матеріалами слугували результати проведеного комплексного дослідження детермінант дитячої смертності, на підставі яких здійснено розробку та обґрунтування системи попередження дитячої смертності. Методи: моделювання, експертної оцінки, системний аналіз та системний підхід.

Результати та обговорення. Розроблена функціональна-організаційна система попередження дитячої смертності є комплексною і включає наступні складові: управління, фінансування, персонал, медичні технології і медичні продукти, надання медичних послуг, інформаційні системи, моніторинг з оцінкою ефективності на всіх етапах роботи системи («на вході», «в процесі», «на виході»), в тому числі моніторингу за стандартами індикаторами, управління інвестиціями. Система містить такі елементи як реєстр передчасно народжених дітей, системне катamnестичне спостереження, створення єдиного медичного простору та уніфікацію надання медичної допомоги дітям, залучення батьків, сімей та громади, тощо. Обґрунтована система покликана забезпечити провідні характеристики медичних послуг (повноту, доступність на різних рівнях, покриття, безперервність, безпечність, своєчасність, дієвість, якість та орієнтацію на потреби дитини, координацію, соціальну справедливість, підзвітність, ефективність), дотримання стандартів, що висуваються до медичної допомоги, яка надається дітям. Функціонування системи сприяє зниженню рівня захворюваності дітей, рівня смертності дітей, зменшенню частоти інвалідизуючої патології.

Висновки. Обґрунтована функціонально-організаційна система попередження дитячої смертності забезпечує отримання високоякісної медичної допомоги дітям із дотриманням її характеристик на всіх етапах надання та скороченню випадків смерті дітей, яким можна запобігти.

ОБІЗНАНІСТЬ ТА СТАВЛЕННЯ ОСВІТЯН ДО ЗАПРОВОДЖЕННЯ ЗАХОДІВ З ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОШИРЕННЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ СЕРЕД ПІДЛІТКІВМедведовська Н.В.¹, Касьяненко І.І.²¹НМАПО імені П. Л. Шупика, ²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

Мета. Метою проведення соціологічного дослідження стало вивчення думки вчителів та викладачів Кіровоградської області щодо впровадження заходів з попередження поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, їх обізнаності з цієї проблеми.

Матеріали та методи. Представлено результати вивчення (методом соціологічного дослідження) ставлення вчителів та викладачів Кіровоградської області до проблеми поширення парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків та їх готовності прийняти участь у заходах з їх попередження. Всього було опитано 399 освітан.

Результати та обговорення. Близько половини (47,62±2,50%) викладачів займаються виховною роботою підлітків, оскільки є класними керівниками, більшість вчителів (75,44±2,15%) проводять роботу з батьками, в тому числі щодо безпечної сексуальної поведінки підлітків, 82,21±1,91% інформують учнів про гемоконтактні парентеральні шляхи передачі вірусних гепатитів, відомі заходи захисту та профілактики щодо них, 74,44±2,18% засвідчили, що дають рекомендації учням щодо безпечних сексуальних стосунків, приблизно стільки ж освітан (74,94±2,17%) залучають до профілактичної роботи з підлітками медичних працівників. Разом з тим, результати проведеного опитування засвідчили наявність не повних знань серед вчителів та викладачів про шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів в підлітковому середовищі. 14,25±1,75% не вбачають загрози зараження при сексуальних контактах з непостійним партнером без використання презервативу, 14,29±1,75% при таких же оральних сексуальних контактах, 11,28±1,58% при гомосексуальних контактах без використання презервативу, 7,02±1,28% при статевих стосунках без презервативу з споживачем ін'єкційних наркотиків. Особисту можливість інфікування визнають лише 41,35±2,47% опитаних, ще 23,31±2,12% вагаються у наявності такої загрози. Більшість (83,71±1,85%) педагогів підтримують ініціативне запровадження щорічних обстежень підлітків на парентеральні вірусні гепатити.

Висновки. В освітньому середовищі виявлено лише початковий етап формування настороженості щодо передачі парентеральних вірусних гепатитів серед підлітків, що потребує наукового обґрунтованого втручання.

ДО ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ ЗА ОСВІТНЬО-НАУКОВОЮ ПРОГРАМОЮ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»

Миرونюк І.С., Слабкий Г.О.

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

Мета. Розробити методичні підходи до підготовки магістрів за освітньо-науковою програмою за спеціальністю «Громадське здоров'я».



Матеріали та методи. В ході дослідження використано методи структурно-логічного аналізу та системного підходу.

Результати та обговорення. Запропонована нами програма освітньо-наукової підготовки магістрів розрахована на 3600 год. (120 кредитів ЄКТС) з яких лекційний курс складає 462 навчальні години, проведення семінарів – 512 навчальних годин, практичних занять – 1318 навчальних годин, самостійна робота – 1308 (36,3%) навчальних годин. Самостійна робота з проходження виробничо-навчальної практики та підготовки магістерської кваліфікаційної роботи становить 700 год. На модульний контроль знань виділяється 30 годин та 6 годин на екзамен. Виробничо-навчальна практика та науково-дослідна робота є обов'язковими і являють собою вид навчальних занять, орієнтованих на професійно-наукову підготовку магістрів. Виробничо-навчальна практика та науково-дослідна робота закріплюють знання та вміння, що набуті під час освоєння теоретичних дисциплін та сприяють відпрацюванню магістрами практичних навичок і комплексному формуванню у них загальних та професійних компетенцій. Освітньо-наукова програма магістратури за фахом «Громадське здоров'я» складається із 5 обов'язкових модулів: вступ до громадського здоров'я, а також систем, політики, етики, управління та лідерства у галузі громадського здоров'я; епідеміологія та біостатистика для фахівців громадського здоров'я; моніторинг і оцінка, якість даних, використання даних та інформатизація в галузі громадського здоров'я; планування програми, її реалізація та оцінка; ділова англійська мова та чотирьох модулів на вибір студента: профілактика; соціально значимі та особливо небезпечні інфекційні хвороби; соціально значимі хронічні неінфекційні хвороби; організація протиепідемічних заходів. До оволодіння програмою магістратури допускаються абітурієнти, які мають освіту бакалавра медсестринства, психолога, соціолога, журналіста, юриста, економіста. Також абітурієнтами можуть бути особи, що мають вищу освіту за рівнем підготовки спеціаліст як за напрямом підготовки «Охорона здоров'я», так і за іншими напрямками.

Висновки. Запропоновано методичні підходи до підготовки магістрів за освітньо-науковою програмою за спеціальністю «Громадське здоров'я».

ФОРМУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОГО СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ДО ОСОБИСТОГО ЗДОРОВ'Я ЯК ШЛЯХ ДО ЙОГО ЗБЕРЕЖЕННЯ

Жданова О.В., Слабкий Г.О., Дуфинець В.А.

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

Мета. Обґрунтувати необхідність формування відповідального ставлення студентської молоді до особистого здоров'я.

Матеріали та методи. Методом соціологічного опитування обстежено 425 студентів молодших курсів трьох вищих навчальних закладів України. Отримані результати статистично опрацьовані з встановленням рівня поширення певних факторів із розрахунку на 100 опитаних.

Результати та обговорення. В ході проведеного дослідження встановлено, що 28,5% опитаних мають хронічні захворювання в тому числі 9,6% опитаних два і більше захворювання. Щорічно хворіють на гострі захворювання 69,2% респондентів. При цьому на диспансерному обліку у лікарів знаходиться 16,0% студентів із числа тих, хто має хронічні хвороби, протирецидивне лікування приймає 9,2%. Під час захворювання на гострі захворювання звертається за медичною допомогою 38,6% із числа захворілих. Прикріпилося до лікаря загальної практики-сімейного лікаря для отримання первинної медико-санітарної допомоги 42,1% студентів. Із числа опитаних студентів більшість мають шкідливі звички: 70,8% палить, 66,8% вживає алкогольні напої. При цьому 92,2% харчується не регулярно, 29,9% вживає надто солону їжу, 24,0% зловживає цукром. Тільки 6,4% робить фізичну зарядку, 15,3% займається спортом, 23,8% достатньо часу спить. 56,0% опитаних студентів має випадкові статеві контакти із яких 54,3% не завжди використовуює презервативи. На питання щодо особистих пріоритетів тільки у 12,2% особисте здоров'я знаходиться на першому місці, а в цілому, в когорті опитаних, воно знаходиться на 3,27 місці. З основами здорового способу життя ознайомлені 23,1% респондентів.

Висновки. Отримані результати вказують на необхідність навчання студентів основам здорового способу життя та формування у них відповідального ставлення до особистого здоров'я яке є шляхом до його збереження.

КОМПЕТЕНЦІЇ КЕРІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ФОРМУВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

Погоріляк Р.Ю., Слабкий Г.О.

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

Мета. Визначити нові компетенції керівників закладів охорони здоров'я в умовах формування ринку медичних послуг в Україні.

Матеріали та методи. Методом соціологічного опитування в якості експертів охоплено 75 організаторів охорони здоров'я та 27 спеціалістів соціальної медицини. Експертна оцінка проводилася за десятибальною системою. В ході дослідження використано наступні методи: структурно-логічного аналізу, соціологічний, статистичний, системного підходу.

Результати та обговорення. Сучасний етап реформування сфери охорони здоров'я в країні характеризується активним формуванням ринку медичних послуг та розвитком конкуренції між закладами охорони здоров'я різних

форм власності. В ході дослідження встановлена необхідність набуття керівниками закладів охорони здоров'я нових компетенцій. До них відносяться: здатність та готовність: роботи в команді, вміння до дій в рамках узгоджених цілей та задач, здібність брати на себе особисту відповідальність та лідерство в плануванні та здійсненні професійної та економічної діяльності (9,6 балів); діяти в нестандартних ситуаціях, нести соціальну та етичну відповідальність за прийняті рішення (9,4 балів); до планування, організації та здійсненню заходів в тому числі міжсекторального характеру по забезпеченню ефективної діяльності закладу охорони здоров'я (9,7 балів); до комунікацій для рішення задач професійної та економічної діяльності в тому числі з міжнародними партнерами та міжсекторальних зв'язків (9,6 балів); оцінювати та забезпечувати якість та економічну ефективність виконуваних робіт (9,7 балів); визначати конкурентоздатність та забезпечувати конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я (9,8 балів) тощо.

Висновки. В умовах формування ринку медичних послуг в Україні керівники закладів охорони здоров'я мають набувати нових, не властивих їм до цього часу, компетенцій. Це ставить задачу перед закладами післядипломної освіти зміни програм та методів підготовки управлінського складу в сфері охорони здоров'я з набуття ними нових компетенцій.

СУПУТНИЙ СУБКЛІНІЧНИЙ ГІПОТИРЕОЗ – ФАКТОР ПОГІРШЕННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ

Фейса С.В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Мета. Оцінити вплив супутнього гіпотиреозу на лабораторні ознаки цитолізу гепатоцитів хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП).

Матеріали та методи. Пацієнти із НАЖХП (215 осіб) поділені на такі групи: до першої ввійшли 32 хворих із супутнім цукровим діабетом 2 типу (ЦД-2) та субклінічним гіпотиреозом (СГ); до другої – 40 осіб із супутнім предіабетом (ПД) та СГ; до третьої – 62 із ЦД-2 та еутиреозом; до четвертої – 55 хворих із ПД та еутиреозом; до п'ятої – 26 із супутнім ЦД-2 або ПД та маніфестним гіпотиреозом (МГ). Шосту (контрольну) групу склали 30 здорових осіб.

Результати та обговорення. Виявлено достовірно вищу активність печінкових трансаміназ у групі 3 порівняно з групою 4: середнє значення аланін-амінотрансферази (АЛТ) у жінок становило $36,1 \pm 2,28$, а аспартат-амінотрансферази (АСТ) – $31,9 \pm 0,96$ МОд/л; у чоловіків – $42,7 \pm 1,32$ та $40,4 \pm 1,79$ МОд/л відповідно. Середні значення цих показників у групі 3 були суттєво підвищеними: у жінок АЛТ $47,8 \pm 1,23$, АСТ – $41,3 \pm 0,81$ МОд/л; у чоловіків $57,9 \pm 2,37$ та $52,7 \pm 1,87$ МОд/л відповідно. При приєднанні гіпотиреозу спостерігалось достовірно зростання трансаміназ: у жінок 1 групи середнє значення АЛТ $53,07 \pm 1,24$, АСТ – $47,67 \pm 1,56$ МОд/л; у чоловіків $64,21 \pm 1,15$ та $58,43 \pm 2,04$ МОд/л відповідно; у групі 2 – АЛТ та АСТ у жінок $39,2 \pm 1,87$ та $36,7 \pm 2,01$ МОд/л, а у чоловіків – $45,03 \pm 1,83$ та $44,6 \pm 2,07$ МОд/л.

Не виявлено статистичної різниці в показниках АЛТ та АСТ пацієнтів із СГ та МГ. Активність цитолізу гепатоцитів зменшувалась при наростанні декомпенсації ЦД-2, що підтверджувалось зворотною кореляцією між АЛТ, АСТ та HbA1C ($r = -0,386$; $r = -0,363$) у пацієнтів із НАЖХП, ЦД-2 та супутнім СГ.

Висновки. Лабораторний синдром цитолізу більш виражений у пацієнтів із НАЖХП та супутнім гіпотиреозом, без достовірної різниці між СГ та МГ.

БІЗНЕС-ПЛАНУВАННЯ ІНОВАЦІЙНИХ ПРОЄКТІВ ЯК НЕОБХІДНИЙ ІНСТРУМЕНТ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА

Михальчук В.М., Федоренко О.С., Пащенко В.М., Кравченко В.В.

Кафедра управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

В останні десятиліття в Україні, як і в багатьох країнах світу, потреба суспільства у високоякісних медичних послугах зростає швидше, ніж можливості державних бюджетів. Особливо болісним цей процес є в сфері забезпечення потреб закладів охорони здоров'я у високотехнологічних методах діагностики та лікування. У багатьох розвинувтих країнах (Канада, Великобританія, Австралія, Італія) вирішення проблеми інфраструктурного розвитку об'єктів охорони здоров'я полягає в залученні приватного капіталу до багатьох видів медичної та господарської діяльності. Набули розвитку різноманітні інфраструктурні моделі, що передбачають надання медичних послуг, а також послуг з проектування, будівництва, експлуатації об'єктів охорони здоров'я та сервісних послуг.

Державно-приватне партнерство – процес багатоаспектний. Європейська економічна комісія ООН «Guidebook on Promoting Good Governance in Public-Private Partnership» (Женева, 2008) прийняла міжнародну типологію моделей державно-приватного партнерства (табл. 1). Згідно прийнятої типології передбачається різний рівень участі приватного партнера в організації медичної допомоги населенню – від будівництва і експлуатації об'єкта охорони здоров'я на правах власності, до участі приватного партнера в наданні медичної допомоги на умові аренди чи лізингу медичного обладнання

У багатьох країнах Європи останніми роками широко використовується модель, відповідно до якої приватний партнер знаходить фінансування, будує або реконструює об'єкт, здає його в експлуатацію, а потім здійснює технічний супровід (управління) об'єктом. У більшості інфраструктурних проєктів приватному партнеру не делегується право

надання медичних послуг, таким чином, не змінюється обсяг державних гарантій в охороні здоров'я. Об'єктами може бути обладнання, лікувальні корпуси, будь-яка додаткова інфраструктура (парковка, басейн, житло для медичного персоналу тощо). Організація медичних послуг залишається в компетенції держави. Приватний інвестор не несе відповідальності за ризики, пов'язані з медичними аспектами діяльності установи.

Діяльність медичного закладу по впровадженню нових організаційних медичних технологій в межах державно-приватного партнерства не може бути ефективною без ретельно підготовленого бізнес-плану. Бізнес-план є основою реалізації будь-якого інвестиційного проекту. Чим більш динамічним та невизначеним є зовнішнє економічне середовище, тим більше уваги слід приділяти розробці стратегічного плану. Успіх інноваційного проекту неможливий без чіткого уявлення про перспективи діяльності і реального плану господарювання.

Технології бізнес-планування можливо використовувати не тільки для обґрунтування комерційної діяльності, але для реалізації некомерційних проектів з метою досягнення певних соціальних результатів. Ця робота пов'язана з різними аспектами реформування охорони здоров'я: організаційним, медичним, соціальним, виробничим, фінансовим, економічним тощо.

В бізнес-плані формулюється основна мета та напрями підприємницької діяльності, шляхи та засоби розв'язання проблем та охарактеризовані ринкові, виробничі, організаційні та фінансові аспекти майбутнього бізнесу, а також особливості управління ним. Мета бізнес плану полягає в наступному. 1. Бізнес-план – це спосіб стратегічного планування та оперативного управління підприємницькою діяльністю медичного закладу. Успіх підприємницької діяльності залежить від трьох факторів: 1) чітко поставленої цілі; 2) правильного розуміння економічної ситуації; 3) якісного планування. Бізнес-план має вирішити всі ці проблеми, бути основою для поточного та оперативного планування.

2. Бізнес-план – це спосіб запобігання та розв'язання проблем, що виникають на шляху реалізації підприємницького проекту. Опрацювання бізнес-плану примушує керівника медичного закладу моделювати ситуації, розробляти різні сценарії, з'ясувати проблеми, що стоять на перешкоді реалізації проекту. Це дає змогу запобігти можливим помилкам, розробити заходи по подоланню перешкод, що можуть виникнути в процесі роботи. Бізнес-план дає можливість перевірити реалістичність підприємницької ідеї ще до її реалізації. Вірогідним може бути варіант, що підприємницька ідея є нереальною або економічно недоцільною. У такому випадку від неї краще відмовитись раніше, коли вона існує лише в проєкті.

3. Бізнес-план – це інструмент для залучення зовнішнього капіталу, необхідного для реалізації підприємницького проекту. Бізнес-план містить розрахунки про фінансові аспекти майбутнього бізнесу – скільки потрібно стартового капіталу на придбання обладнання, підготовку приміщення, який прибуток передбачається отримати, як будуть повертатись борги кредиторам, який ступінь ризику бізнесу тощо. Усе це створює надійне, реальне підґрунтя для побудови ділових, конструктивних взаємин між медичним закладом та іншими організаціями, страховими компаніями, підприємствами. За допомогою бізнес-плану керівник медичного закладу має переконати своїх майбутніх ділових партнерів, що підприємницька ідея є перспективною, а головне, що медичний заклад має обґрунтовану реальну програму її реалізації.

4. Бізнес-план – це спосіб розвитку особистих управлінських якостей авторів проекту – керівника медичного закладу та його заступників. В процесі розробки бізнес-плану керівник набуває досвіду оцінки умов конкуренції, власних переваг в організації надання медичних послуг, фінансовому плануванні тощо. Процес усвідомлення такої інформації дає корисний досвід управління.

Процес розробки бізнес-плану розпочинається з формування інформаційного забезпечення майбутнього бізнесу – збору документів чи даних правового, соціально-економічного, медичного, науково-технічного характеру, які забезпечують потреби керівника при опрацюванні бізнес-плану.

Зусилля авторів бізнес-плану повинні бути спрямовані на одержання в першу чергу маркетингової інформації: відомостей про майбутніх контингентів – споживачів медичних послуг, рівня, якості та ефективності медичних послуг, що будуть надаватися, характеристики галузі та конкурентів, що надають подібні послуги.

На зміст, структуру та обсяги бізнес-плану впливають наступні фактори:

1. Цілі розробки бізнес-плану: залучення зовнішнього капіталу; комунікації з партнерами, моделювання системи управління; виявлення та запобігання проблем

2. Аудиторія для якої призначений бізнес-план. Вибір аудиторії в свою чергу залежить від поставленої мети: залучення зовнішнього капіталу, укладання договорів з партнерами, моделювання майбутнього бізнесу, попереднє визначення перешкод та шляхів їх подолання.

3. Розмір бізнесу та обсяги фінансових потреб. Чим є масштабніший підприємницький проєкт, чим більше інвестицій він потребує, тим ширше коло питань має бути висвітлено у бізнес-плані і тим детальнішими та ґрунтовнішими мають бути відповідні розрахунки. Наприклад, освоєння нових медичних технологій потребує більш ретельного та детального підходу, ніж просте розширення об'єму медичних послуг.

4. Специфіка майбутнього бізнесу. Сфера медичної допомоги та медичних послуг внаслідок своєї природи потребує більш об'ємного бізнес-плану, ніж роздрібна торгівля предметами гігієни та санітарії.

Бізнес-план – це своєрідний рекламний документ, на підставі якого партнери чи інвестори можуть зробити висновки не лише про бізнес, але про його власників. Тому важливим є не тільки зміст бізнес-плану, але й його наложне оформлення.

Правила технічного оформлення бізнес-плану передбачають наявність титульного аркуша, сторінки змісту, резюме на

початку бізнес-плану, основних розділів плану (виробничого, організаційного, маркетингового, фінансового), додатків в кінці бізнес-плану, посилання на використані джерела інформації.

Змістова частина бізнес-плану розпочинається з резюме. Резюме – це короткий (1 – 2 сторінки) огляд підприємницького проекту, його ключових, найбільш важливих аспектів, здатних привернути увагу потенційних інвесторів та партнерів, зацікавити їх в подальшій реалізації бізнес-плану.

Орієнтовний перелік ключових аспектів бізнесу, який викладається в резюме, такий:

- опис концепції бізнесу, його можливостей та переваг, які мають забезпечити конкурентоспроможність на ринку;
- відомості про цільовий ринок бізнесу – основні контингенти, особливості їх обслуговування, передбачувані об'єми послуг;
- основні передбачувані показники фінансової діяльності медичного закладу – прибутковість, період досягнення беззбитковості та повернення інвестиційних витрат;
- характеристика загальних потреб у коштах, порядок та напрямки їх використання, строки та форма повернення кредитів;
- відомості про компетенцію та професіоналізм керівників медичного закладу.

Резюме завершується особистою оцінкою керівників медичного закладу чи авторів підприємницького проекту вірогідності успіху та можливого ризику.

В зв'язку з тим, що будь-який фінансовий аналіз майбутнього характеризується певним ступенем невизначеності, у бізнес-плані слід опрацювати декілька варіантів подій: песимістичний, що ґрунтується на консервативних припущеннях; поміркований, з урахуванням сукупності як позитивних, так і негативних факторів; оптимістичний, що враховує повний потенціал бізнесу. Бізнес-план має завершуватись висновками, де слід навести обґрунтовану думку авторів про перспективи вибраного проекту: прогностичні темпи зростання об'ємів діяльності, прибутковість діяльності, період окупності інвестиційних коштів, медичну, соціальну та економічну ефективність лікувально-профілактичних заходів.

УПРАВЛІННЯ КЕРІВНИМ ПЕРСОНАЛОМ ОРГАНІЗАЦІЇ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ЯК ОСОБЛИВИЙ ВИД ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Кринична І.П.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Обґрунтування теоретичних положень державної кадрової політики та розробка пріоритетних напрямів щодо забезпечення кваліфікованим керівним персоналом організації у сфері охорони здоров'я України.

Матеріали та методи. Конституція та Закони України, Стратегії державної кадрової політики на 2012–2020 роки, Накази МОЗ, наукові праці М. Вебера, П. Бурдьє, П. Сорокіна, Ніколо Макіавеллі, Ф. Тейлора, Анрі Файоля, Елтона Мейо, Фріца Ротлісбергера, Абрахама Маслоу, Р. Майлса.

Результати та обговорення. Процеси радикального оновлення українського суспільства, зокрема реформування й модернізації системи охорони здоров'я України, зумовлені необхідністю створення в Україні професійної, стабільної, високоєфективної, авторитетної системи, здатної відповідати на виклики сьогодення, спроможної надавати якісну медичну допомогу населенню, користуватися його довірою і повагою, ставлять підвищені вимоги до керівного персоналу у сфері охорони здоров'я, його рівня підготовки, професіоналізму й особистісних якостей.

Розгляд суб'єкт-об'єктних управлінських відносин виявляє специфічні категорії управлінського персоналу залежно від того, на що спрямоване управління, хто його здійснює, як кількісно й якісно вимірюється кінцевий результат. Персонал у сфері охорони здоров'я ще недостатньо підготовлений до інноваційної діяльності, здійснення суспільних реформ.

Існуючі підходи до управління персоналом у сфері охорони здоров'я ще не повною мірою відповідають сучасним вимогам, міжнародним стандартам, ураховують пріоритети Стратегії державної кадрової політики на 2012–2020 роки. Правовою основою розроблення та реалізації Стратегії є Конституція та закони України, інші нормативно-правові акти, відповідно до яких держава створює умови для здійснення громадянам права на працю, гарантує рівні можливості у виборі професії та роду трудової діяльності, реалізовує програми професійно-технічного навчання, підготовки і перепідготовки кадрів відповідно до суспільних потреб.

Проблеми управління керівним персоналом у сфері охорони здоров'я України пов'язані з відсутністю відкритого конкурсного відбору, управління кар'єрним ростом, ротатції, безперервного професійного навчання, єдиних критеріїв оцінювання та стимулювання, нормативного регулювання вимог професійної етики кадрів.

Організація як складна система складається з великих частин, які називаються підсистемами. Підсистеми можуть, у свою чергу, складатися з більш дрібних підсистем. Оскільки всі вони взаємозалежні, неправильне функціонування навіть найменшої підсистеми може вплинути на систему в цілому. Тому робота кожного працівника і кожного відділу в організації дуже важлива для успіху всієї організації.

Аналіз вітчизняного досвіду свідчить, що в період панування адміністративно-командної системи була створена система номенклатури, що дозволила зацікавити в результатах праці керівників найбільш високого рівня. Велика кількість керівного персоналу у сфері охорони здоров'я починала роботу в державному апараті радянської системи та сформувалась за її умов і для них важливо переосмислити як досвід системи в цілому, так і власний.

Ключовим в управлінні персоналом є принцип добору і розстановки кадрів за їх особистісними і діловими якостями.



Будучи наріжним каменем кадрової політики охорони здоров'я, він передбачає: наступність кадрів на основі систематичного добору й підготовки нових працівників; забезпечення умов для постійного підвищення ділової кваліфікації кадрів; чітке визначення прав, обов'язків і відповідальності кожного працівника; поєднання досвідчених працівників з молодими кадрами; забезпечення умов для професійного й посадового просування кадрів на підставі обґрунтованих критеріїв оцінки їх діяльності та особистих якостей; поєднання довіри до кадрів з перевіркою виконання. Серед пріоритетних напрямів розвитку сфери управління персоналом займає врегулювання процедурних питань, зокрема в частині: добору кадрів із застосуванням механізму ротації, прозорості просування по службі, впровадження процедури тестування при проведенні іспитів у процесі конкурсу на зайняття посад керівника організації у сфері охорони здоров'я, впровадження механізму попереднього відбору із залученням центрів оцінювання персоналу; залучення молоді до планування їх кар'єри.

Важливість підготовки керівників особливо зросла в останні роки, коли велика увага стала приділятися активізації людського фактору на виробництві та суспільному житті. У зв'язку з цим, вийшов Наказ МОЗ від 31.10.2018 р. № 1977 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я», який набирає чинності з 01 січня 2019 р., керівники медичних закладів повинні мати вищу освіту II рівня за ступенем магістра спеціальності галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування», або «Право», або «Соціальні та поведінкові науки», або «Гуманітарні науки», або «Охорона здоров'я», та спеціалізацією «Організація і управління охороною здоров'я».

Висновки. Отже, складність управління системою охорони здоров'я обумовлюється тим, що процес відбувається в рамках складної організаційної моделі, впливає на складні об'єкти, які в свою чергу характеризуються різноманітними явищами, а також складається з численних функціональних операцій і процедур, які виконуються структурними підрозділами зі складними управлінськими відносинами.

Також необхідно зазначити, що факторами, які б сприяли ефективному управлінню охороною здоров'я є: удосконалення підбору керівних кадрів; наукове удосконалення стилю роботи керівників; комплексне вдосконалення процесу управління (кваліфіковане та ефективне виконання функцій управління); удосконалення функцій і структури апарату управління; наукова організація праці в керівній і робочих підрсистемах; забезпечення творчої активності медичних колективів при реалізації завдань, поставлених перед охороною здоров'я в цілому і закладом зокрема.

ОБґРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ПРОВЕДЕННЯ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ДЕРЖАВНО-УПРАВЛІНСЬКИЙ АСПЕКТ

Кринична І.П.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Проаналізувати історичний досвід реформування системи охорони здоров'я (ОЗ) України, країн ЄС та на його основі виявити основні проблеми державного управління в цій системі.

Матеріали та методи. Закони в галузі ОЗ, Укази Президента України, Концепції ре-формування галузі ОЗ, Постанови Кабінету Міністрів, Наказ МОЗ, програми «TAdS», «Здоров'я реформ», «Транс-форм».

Результати та обговорення. Система охорони здоров'я України на сьогоднішній день нагально потребує послідовних та глибоких структурних перетворень, спрямованих на поліпшення показників здоров'я населення та задоволення його справедливих потреб у медичній допомозі. Тому виникла необхідність здійснення скоординованих дій державного управління, спрямованих на поліпшення системи охорони здоров'я населення.

На сучасному етапі суспільного розвитку Українська держава виступає як монополіст у формуванні політики щодо охорони здоров'я нації, але разом з тим неспроможна фінансово її підтримати в умовах перехідного періоду.

Так у 1991-1994 рр. стали періодом, в якому з'явилися нові політичні й економічні свободи і можливості, але акценти розставлялися на короткострокові заходи для вирішення окремих, іноді проміжних, проблем. Помітно скоротилася управлінська вертикаль, управлінські посади не завжди займали особи, достатньо компетентні з питань управління, економіки, права і психології. Як результат – посилення соціального напруження в галузі, відтік кадрів, погіршення якості медичної допомоги, соціально-економічного та правового захисту медичних працівників.

Наступні роки (1995-1998) стали перехідним періодом. На фоні зниження основних демографічних показників, підвищення захворюваності на окремі соціально значущі хвороби (туберкульоз, СНІД) і низьких загальних показників здоров'я населення відзначалася деяка стабілізація політичної та соціально-економічної ситуації в країні, в тому числі в галузі охорони здоров'я. Так, формувалися перші ознаки ринкової економіки господарювання (ви-никло конкурентне середовище; зникав тотальний ринковий дефіцит медичних послуг, лікарських засобів, медичної техніки, втрачало своє значення деталь-не централізоване планування ОЗ), були прийняті основні закони в галузі, протоколно затверджена Кабінетом Міністрів України у 1997 р. Концепція ре-формування галузі, яка визначала деякі напрями загальної державної політики щодо ОЗ населення, а також фінансува-лися цільові науково-дослідні роботи, налагоджувалися міжнародні зв'язки з метою вирішення проблем ОЗ і надання медичної допомоги в рамках програм «TAdS», «Здоров'я реформ», «Трансформ» тощо. Третій період (умовно-ринковий) починався з 1999 р. і характеризувався відносною стабілізацією в Україні макроекономічних показників. Продовжувалася активна робота щодо поновлення та створення нормативно-правової бази в галузі ОЗ таких як «Здоров'я нації» та «Репродуктивне

здоров'я» 2001-2005 рр., підготовка нової редакції «Основ законодавства України про охорону здоров'я» (прийнята у другому читанні Верховною Радою у січні 2002 р.), проекту закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» та ін. А також основні програмні документи: Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 року за № 1313; Послання Президента України до Верховної Ради «Україна: поступ у XXI століття», «Стратегія економічного і соціального розвитку на 2000-2004рр.»; Програма діяльності Кабінету Міністрів України «Реформи заради добробуту»; Указ Президента України «Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України». Тому, третій період (умовно-ринковий) реформ в ОЗ можна оцінити як відносно ринковий, що характеризується розробленням державної концепції реформування галузі та нової нормативно-правової бази, з'ясуванням необхідності переходу на науково обґрунтовані моделі управління, визначенням загальної державної політики в галузі ОЗ населення і перспективних напрямів щодо організації медичної допомоги – впровадження сімейної медицини та медичного страхування. За роки незалежності України значно скоротилося державне фінансування безплатної для населення медичної допомоги. Розрахунок динаміки цін за різними видами витрат ОЗ свідчить, що обсяг державного фінансування з 1991 р. по 2001 р. зменшився на 2/3. Це дало підстави окремим авторам і політичним діячам для звинувачень уряду у неспроможності вирішувати соціальні питання. Однак справедливо зазначити, що безкоштовність медичної допомоги в СРСР мала обмежений характер, тому що багато провідних медичних технологій або не застосовувалися, або були доступні лише певній категорії населення. За результатами аналізу досвіду реформування галузі охорони здоров'я в різних країнах Європейським бюро ВООЗ визначено та обґрунтовано напрями реформування із застосуванням ринкових моделей, сімейної та страхової медицини, а також вимог менеджменту. Основні з них це: «приватизація» професії лікарів широкого профілю; вільний допуск приватного капіталу до системи охорони здоров'я; створення та вдосконалення управління фондами соціального страхування; концентрація спільних платежів як спосіб обмежити надлишковий попит, тобто така система намагається не покрити частину витрат, а зробити населення чутливим до витрат загалом.

Так аналіз зарубіжного досвіду функціонування системи охорони здоров'я вказує на те, що основою успіху реформ охорони здоров'я в країнах Східної Європи є створення потужної первинної медико-санітарної допомоги. Крім того, досвід функціонування системи охорони здоров'я Чехії і Польщі показав наявність таких складових, які дають можливість системі успішно існувати, а саме: «приватизація» професії сімейних лікарів; вільний допуск приватного капіталу до системи охорони здоров'я; створення та вдосконалення управління фондами соціального страхування; концентрація спільних платежів як спосіб обмежити надлишковий попит (так, у Польщі та Чехії запроваджена система оплати пацієнтів за кращу якість і комфортніше розміщення в лікарнях); визначення основних і додаткових послуг; укладання каталогу та класифікації медичних послуг; багаторівнева система фінансування медичних послуг з обов'язковим приватним страхуванням здоров'я (у приватному секторі, також поширюється на державний); конкуренція серед закладів стаціонарного й амбулаторного лікування.

Висновок. Таким чином, вивчення історичного досвіду реформування системи охорони здоров'я в Україні свідчить про наступні основні проблеми державного управління в цій системі: законодавча база галузі охорони здоров'я, яка була створена за роки незалежності України, характеризується фрагментарністю і складністю, з поширеним дублюванням і нечітко визначеними векторами підзвітності фінансових та матеріальних ресурсів; має місце значний дефіцит фінансування галузі охорони здоров'я, який обумовлений тим, що зміни законодавства не привели до структурних змін у системі охорони здоров'я і не дозволили їй позбутись на-явних недоліків, а саме: неефективності фінансування, планування та регуляції; існує нагальна потреба у корінній зміні стратегії державної політики стосовно перебудови системи охорони здоров'я, яка передбачатиме принципово нові механізми державного управління в процесі перетворень, які мають бути пристосовані до конкретних суспільних проблем і можливостей, зокрема в умовах обмежених ресурсів.

Основними пріоритетними напрямками розвитку систем охорони здоров'я в Україні повинні стати: запровадження та розвиток системи обов'язкового медичного страхування; поєднання бюджетного та страхового джерела фінансування системи охорони здоров'я; зростаюче бюджетне фінансування системи охорони здоров'я; розвиток первинної ланки; врегулювання державних гарантій відповідно до державних фінансових можливостей; збільшення оплати праці медичних працівників; пошук нових організаційних форм діяльності закладів охорони здоров'я; збільшення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я; роздержавлення та удосконалення структури системи медичної допомоги.

АНАЛІЗ ДОДАТКОВИХ ДЖЕРЕЛ ФІНАНСУВАННЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ПОРОЖНИНИ РОТА ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Мочалов Ю.О.¹, Пруц Г.Ч.²

¹ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород
²Університет імені Я.А. Коменського, м. Братислава

Зниження поширення захворювань органів порожнини рота (ЗОПР) в Україні за майже 100% населення може бути визначено стратегічним завданням для системи охорони здоров'я України. Бюджетне фінансування такої допомоги є обмеженим, переважно лікування ЗОПР фінансується самим пацієнтом. Проекти добровільного медичного страхування (ДМС) такі завдання вирішують частково.

Мета. Оцінити варіанти компенсації вартості лікування ЗОПР продуктах ДМС.

Матеріали та методи. Проведено аналіз чинного законодавства України, контент-аналіз на інтернет ресурсах www.ligazakon.ua, www.rada.gov.ua, www.forinsurer.com, відкриті звіти страховиків, їх відкриті пропозиції.

Результати та обговорення. Покриття витрат на лікування захворювань органів порожнини рота обслуговування в ДМС наявне в окремих програмах страхування. Серед основних найбільш активних страховиків українському ринку ДМС 72% мають програми із витратами на лікування ЗОПР. Загалом в країні лише 2,2% населення охоплено проектами ДМС (більше столиця і великі міста). Програми страхування для забезпечення лікування ЗОПР мають «терапевтичну» орієнтацію за повної відсутності профілактики, що виглядає нелогічним (табл. 1). Покриття лікування є неповним.

Аналіз змісту програм страхування в частині компенсації витрат на лікування захворювань органів порожнини рота

Вид послуги	Позначка про наявність
1 Огляд лікаря	+
2 Прицільна рентгенографія та ортопантомографія	+
3 Місцева анестезія	+
4 Видалення зуба	+
5 Детульовування зуба	+
6 Ендодонтичне лікування	+
7 Полірування старої пломби	+/-
8 Пломбування коронки після ендодонтичного лікування	+
9 Лікувальні пародонтальні пов'язки	+/-
10 Професійна гігієна порожнини рота	+/-

Таблиця 1

Висновки. ДМС в Україні частково компенсує вартість лікування захворювань органів порожнини рота лише для 2,2% населення. Програми страхування є терапевтичного напрямку, без елементів первинної профілактики.

ДЕЯКІ ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ОБ'ЄДНАНИХ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД

Августинівич Я.І., Михальчук В.М.

Кафедра управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика
НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Визначити принципи удосконалення первинної медичної допомоги (ПМД) в умовах об'єднаних територіальних громад (ОТГ).

Матеріали та методи. Проведено анонімне опитування, за спеціально розробленими анкетами, різних за фахом лікарів, середніх медичних працівників, населення, серед якого окремо виділена група батьків дітей різного віку. В дослідженні брало участь 500 респондентів. Використано системний підхід, аналітико-синтетичний, порівняльний аналізи, при необхідності, визначення відмінностей сукупностей – критерій Ст'юдента.

Результати та обговорення. Суть питань анкет полягала у виявленні задоволеності послугами та організацією первинної та вторинної медичної допомоги в їх взаємозв'язку за умов обслуговування в Центрі ПМД на рівні створених ОТГ. За попередніми даними виявлені, незалежні від контингенту опитаних особливості, які мають лінійний зв'язок за віком та зворотній за освітою. Так, $19,5 \pm 1,8\%$ респондентів не визначились в своєму ставленні до нововведень, обумовлених реформою, більшою мірою в аспекті інформаційно-методичного забезпечення, переважно з причин обмеженої обізнаності та непереконливості доказів. Кожний четвертий вказував на існуючі труднощі взаємозв'язку між сімейним лікарем та вузькими спеціалістами за рахунок недостатньо відпрацьованого маршруту пацієнта. Зберігається безпосереднє звернення до фахівців вторинної допомоги, що впливає на раціональність використання кадрового потенціалу та навантаження на лабораторно-діагностичну службу. Ситуація ускладнюється з огляду на недостатню забезпеченість останньої сучасним оснащенням, на що вказують як медичні працівники ($27,8 \pm 3,1\%$), так і пацієнти ($32,5 \pm 2,9\%$). За більшістю відповідей, окремою проблемою в період реформування з переходом на обслуговування сімейними лікарями постає питання допомоги дітям, особливо дошкільного віку, через недостатню підготовку фахівців. Крім того, населення похилого віку відмічає територіальні незручності у отриманні медичної допомоги.

Висновки. Виявлена нагальна потреба в інтенсифікації підготовки кадрового потенціалу до роботи в нових умовах, особливо сімейних лікарів-педіатрів. Необхідне упорядкування та чітке дотримання маршрутів пацієнтів. Подальшого удосконалення вимагає узгодження діяльності Центру ПМД між двома суміжними адміністративними районами.

ВОЄННО-МЕДИЧНА ДОКТРИНА УКРАЇНИ ЯК ОСНОВА ЄДИНОГО МЕДИЧНОГО ПРОСТОРУ

Жаховський В.О., Лівінський В.Г.

Українська військово-медична академія, м. Київ

Мета. Дослідження місця Воєнно-медичної доктрини України в системі нормативно-правових актів військової охорони здоров'я та її ролі у формуванні єдиного медичного простору.

Матеріали та методи. Нормативно-правові акти і наукові публікації з питань національної безпеки держави та охорони здоров'я в Україні. Методи досліджень: бібліографічний, аналітичний, системного підходу.

Результати та обговорення. Затверджена Урядом 31 жовтня 2018 року Воєнно-медична доктрина України визначила засади побудови сучасної системи охорони здоров'я військовослужбовців всіх складових Сил оборони, сформувала стратегію та основні напрями розвитку медичного забезпечення військ під час особливого періоду, надзвичайного стану та інших кризових ситуацій. Реалізація положень Воєнно-медичної доктрини України потребує розроблення Державної цільової програми розбудови військової охорони здоров'я України, яка об'єднає зусилля науки, освіти, охорони здоров'я, економіки і промисловості для вирішення існуючих проблем та створення сучасної системи військової охорони здоров'я. Виконання зазначеної програми дозволить сформувати сучасну нормативно-правову базу медичного забезпечення військ, запровадити єдині підходи до організації надання медичної допомоги військовослужбовцям, їх лікування та реабілітації, сприятиме поліпшенню матеріально-технічного оснащення військово-медичних служб, створить передумови для подальшого розвитку системи військової охорони здоров'я та формування єдиного медичного простору держави у воєнний час.

Висновки. Воєнно-медична доктрина України та Державна цільова програма розбудови військової охорони здоров'я України дозволять створити ефективну систему медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань, забезпечити військовослужбовців своєчасною та якісною медичною допомогою і, як результат, гарантувати їм збереження життя та зміцнення здоров'я.

ОЦІНКА ПАЦІЄНТІВ ЗАДОВОЛЕНІСТІ ПЕРВИННОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

Дяченко О.О., Васильєв А.Г., Корнацький В.М., Михальчук В.М.

Кафедра управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика
НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Оцінка задоволеності пацієнтом послуг на первинній ланці, вивчена їх думка. Анкета оцінки надання первинної медичної допомоги лікарем затверджена на засіданні комісії з питань етики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Анкетування здійснювалося за новітніми технологіями. Анкета була створена в електронному вигляді в додатку «Google диск» за допомогою сервісу «Google Форми». Нами був застосований спосіб збору інформації шляхом онлайн-інтернет-опитування. Анкета розповсюджувалася у соціальній мережі Facebook та Viber групи зі зверненням до пацієнтів долучитися до опитування. У зверненні до респондентів зазначено, що анкета є анонімною, а результати будуть використані для наукових цілей.

У дослідженні прийняло участь 348 осіб, у структурі респондентів переважали жінки – 226 (64,94%), чоловіки 122 (35,06%). За віком респонденти розподілися з урахуванням вікової періодизації ВООЗ наступним чином (рис.1). До категорії молодого віку (18–44 років) увійшли 235 осіб (67,53%), середнього віку (45–59 років) – 78 (22,41%), старшого віку (60–75 років) – 35 (10,06%). Мінімальний та максимальний вік респондента склав 18 та 69 років відповідно.

Слід відмітити, що переважна більшість респондентів є активними учасниками соціальних мереж (месенджерів) і відносяться до «молодого віку» (жінки – 148 (62,98%), чоловіки – 87 (37,02%). Більша частина пацієнтів володіє загальною інформацією щодо медичної допомоги, і має чітко сформовану особисту думку щодо питань анкети.

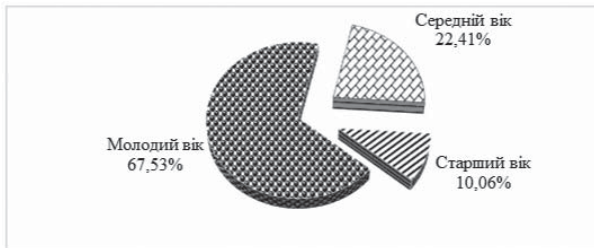


Рис. 1. Розподіл респондентів за віком

Анкету було передбачено вивчення задоволеності пацієнта від отриманої медичної допомоги, відповіді респондентів розподілилися наступним чином:

- у групі 18-44 років відповіли «Так» – 36 (15,3%), «Ні» – 27 (11,5%), «Більше так, ніж ні» – 90 (38,3%), «Більше ні, ніж так» – 82 (34,9%);

- у категорії 45 – 60 років відповіли «Так» – 11 (14,1%), «Ні» – 19 (24,4%), «Більше так, ніж ні» – 36 (46,2%), «Більше ні, ніж так» – 12 (15,4%);

- у категорії старше 60 років відповіли «Так» – 0, «Ні» – 6 (17,1%), «Більше так, ніж ні» – 14 (40,0%), «Більше ні, ніж так» – 15 (42,9%).
Різниця за розподілом оцінок задоволеності пацієнта від отриманої медичної допомоги в окремих вікових групах статистично значима ($p < 0.001$). Це визначається суттєвою різницею в окремих вікових групах за частотою відповідей «Більше ні, ніж так» (від 15,4% до 42,9%) та частотою позитивних відповідей (Так), які відсутні в групі старше 60 років. Це свідчить про зростання незадоволення пацієнта медичною допомогою в старшому віці та потребі в психологічній допомозі.

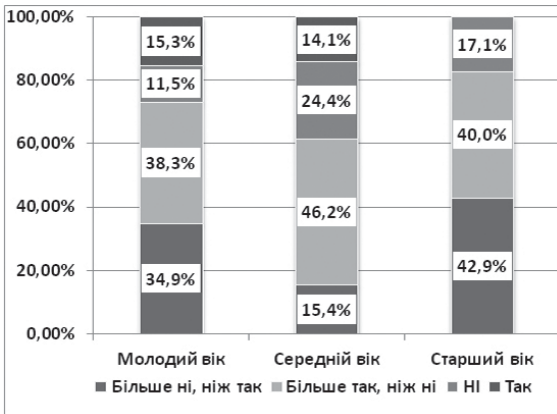


Рис. 2. Розподіл відповідей респондентів на питання «Чи справився Ваш рівень очікувань від отриманої медичної допомоги?»

Результати та обговорення. Майже половина 162 (46,26%) респондентів незадоволена рівнем отриманої медичної допомоги. Лише частина змогла дати твердо відповідь на питання «Так» 47 (13,51%) або «Ні» 52 (14,94%), більшість 249 (71,55%) – чіткої визначеності не мали.

Висновок: Необхідність вивчення задоволеності пацієнтами первинною медичною допомогою повинно стати обов'язковим критерієм оцінки її якості та основою для прийняття відповідних управлінських рішень для її удосконалення.

ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ В УПРАВЛІННІ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я ЯК СКЛАДОВА НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ

Гбур З.В.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ
Міністерство фінансів України, м. Київ

Нові стратегії розвитку України вимагають від органів влади розв'язання нових завдань, які потребують нових форм і механізмів стратегічного партнерства держави, бізнесу і інститутів громадянського суспільства. У зв'язку з реформою сфери охорони здоров'я реалізація її цільових програм набуває особливого значення. Таке програмно-цільове управління дає можливість зосереджувати зусилля на пріоритетних напрямках, комплексно вирішувати особливо важливі проблеми системи охорони здоров'я, беручи за основу міжгалузеву взаємодію. Однак сфера охорони здоров'я у стані реформи не зможе продуктивно працювати без інноваційного розвитку управління охорони здоров'я, відповідних інноваційних клінічних та теоретичних досліджень та їх впровадження. Інноваційному розвитку притаманні певні методи і інструменти. Тривалість інноваційного циклу у сфері охорони здоров'я визначається технологічним рівнем виробництва, рівнем адаптації середовища до освоєння, станом інноваційних систем різного рівня: загальнодержавного, регіонального тощо. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я в сучасній науці розділяють на чотири етапи: визначення форми нововведень і їх зміст; впровадження нововведень у практику; використання інновацій; результат застосування інновацій. Кожен з цих етапів передбачає виконавців та основний об'єм робіт і досліджень з метою досягнення бажаного результату. Зокрема на першому етапі важливо провести докладний аналіз і оцінку труднощів у сфері охорони здоров'я на рівні держави і на міжнародному рівні, визначити основної ідеї, цілі і завдання, спланувати науково-дослідні роботи з їх урахуванням. Також варто організувати прикладні і теоретичні наукові дослідження і розробки, документувати результати цих досліджень в якості об'єкту інтелектуальної власності. Результатом має бути нова продукція і розробка механізму впровадження її у виробництво. На другому

етапі – необхідно проводити моніторинг процесу підготовки медичних працівників, їх перепідготовки і підвищення кваліфікації, здійснювати інформування медичних установ щодо інновацій, їх популяризація через центри інноваційно-інвестиційного розвитку і шляхом висвітлення в засобах масової інформації. Третій етап передбачає постійний інформаційний зв'язок з виробниками медичних препаратів і обладнання, розробка чіткого механізму співробітництва на договірній основі в організаційній та економічній сфері між авторами інновацій, виробниками медичної продукції та її постачальниками. Крім того необхідно умовою є підтримання активності постачальників і платоспроможного попиту виробників щодо інновацій.

Четвертий етап передбачає ефективність нововведення в секторі охорони здоров'я. Вона може бути виражена співвідношенням витрат на створення і впровадження інновації до процесу лікування і прибутку, який це нововведення принесло виробникам. На цьому етапі маємо чітко спостерігати покращення стану інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я. Напрямами поліпшення індикаторів стану інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я є: непрямий, що припускає використання бюджетно-фінансових та грошово-кредитних методів, вплив держави на попит і пропозиції товарів медичного призначення; міжгалузевий обмін у сфері охорони здоров'я, метою якого є створення рівноцінних умов для отримання прибутку. На думку відомого українського дослідника Д.В. Карамішева: «Приведення вітчизняної системи охорони здоров'я у відповідність з міжнародними нормами і стандартами потребує принципово нових підходів до організації надання медичної допомоги громадянам» [1]. Ефективність і доцільність переходу від існуючої роками системи до нової яка впроваджується сьогодні буде залежати від матеріально-технічної готовності медичних закладів, рівня компетентності лікарів, персоналу медичних закладів та інформування і позитивна пропаганда серед населення необхідність впровадження таких змін. Основа інноваційних змін у сфері охорони здоров'я – це створення, розвиток і вдосконалення сучасної інфраструктури, постійний аналіз інформації з ринку медичних послуг, збереження високого рівня інтересу до медичних товарів і послуг в умовах реформи. Різкий перехід сумнівно виявиться доцільним і ефективним. Поліпшення індикаторів стану інноваційного розвитку медичного сектору стане можливим за рахунок постійного моніторингу процесу запровадження інновацій на практиці та залучення до роботи у сфері охорони здоров'я фахівців які мають позитивну практику, а не просто досвід роботи, саме у цій сфері. Механізм моніторингу інноваційної активності в сфері охорони здоров'я України, здатний враховувати динаміку контрольних показників на середньостроковий період, а також перерозподіл власності є необхідним етапом удосконалення інноваційного стану галузі охорони здоров'я. Моніторинг трактується як основа стимулювання інноваційної активності та інноваційний елемент у системі управління медичними установами, страховими компаніями та іншими учасниками ринку медичних послуг. Процес здійснення моніторингу є надзвичайно важливим для керівників установ охорони здоров'я при виробленні стратегії, формулюванні стратегічних цілей і завдань розвитку інноваційної діяльності медичного закладу. Система моніторингу покликана визначати цілі і завдання стимулювання в установах охорони здоров'я, першочергова мета якого, надавати допомогу менеджерам у досягненні поставлених цілей, що виражаються у вигляді кількісних значень рівнів рентабельності, ліквідності і прибутку тощо. З метою об'єктивної та достовірної оцінки напрямів інноваційної діяльності закладів охорони здоров'я, система моніторингу зобов'язана враховувати, структурувати і застосовувати системи фінансово-економічних показників – індикаторів (коєфіцієнтів) ефективності управління та успішності інноваційної та лікувально-профілактичної діяльності закладів охорони здоров'я. Беручи до уваги викладене вище доходимо висновку, що інноваційні підходу у сфері охорони здоров'я є невід'ємною частиною реформування та одночасного розвитку цієї галузі. А ефективна система охорони здоров'я є запорукою соціального захисту населення, збереження та покращення здоров'я нації та підвищення показників якості життя що позитивно впливає на стан національної безпеки України в цілому. Критеріями оцінки ефективності використання інструментів і методів регулювання державою інноваційного розвитку системи охорони здоров'я можуть виступати: досягнення основної цілі; інноваційна активність; економічна доцільність нововведення; соціальний і економічний стан суспільства; зміни в управлінні трудовими ресурсами. Безпосередніми критеріями оцінки доцільності рішень в цьому контексті виступають: часовий інтервал прийняття рішень; постійний аналіз ситуації в галузі, що визначає рівень необхідності прийняття таких рішень; аналіз ієрархії рішень за рівнем їх важливості; чіткість і прозорість вихідних даних; наявність альтернативних варіантів у процесі прийняття рішень. Проблема реформування управління медичною галуззю, на думку української дослідниці Г.Ф. Ігнатьєвої, пояснюється тим, що «...у перехідний період реформування галузі актуальною стає необхідність знаходження коштів на новітні технології при вкрай обмежених ресурсах галузі охорони здоров'я, тому проблема оцінки якості надання медичної допомоги стає пріоритетною. Існуюча система надання медичної допомоги є витратною для держави та абсолютно не задовольняє ні медичних працівників, ні пацієнтів стосовно якості та вимог практично постійної солідарної участі останніх у фінансуванні свого лікування» [2]. Критеріями ж ефективності системи охорони здоров'я, на думку фахівця, є «... доступність і якість медичної допомоги для всіх верств населення. Одним з головних проблем організації медичної допомоги в Україні є значний розрив між державними гарантіями безплатного надання медичної допомоги населенню і фінансовими можливостями державного та місцевих бюджетів, оскільки тривалий час галузь розвивалась екстенсивним шляхом, що призвело до нарощування кількості ліжкового фонду та медичного персоналу» [2]. Підтримуючи ідею щодо необхідності кардинальних, прагматичних зрушень у сфері реформування управління галуззю охорони здоров'я України, Н.О. Артамонова стверджує: «Інноваційні процеси в медицині, з наукознавчих позицій, слід розглядати як інформаційні технології, адже кожний інноваційний акт починається з використання наукової інформації і цим же закінчується. Навіть існує визначення, що для успішного здійснення інноваційного процесу в цілому та його окремих етапах обов'язково необхідно усунути інформаційні



та комунікаційні перешкоди, тобто створити оптимальний комунікаційний комфорт для зазначеного процесу» [3, с. 57]. Отже, впровадження громадського контролю в систему охорони здоров'я України сприятиме не лише протидії службовим зловживанням у цій галузі, а й становленню в країні як громадянського суспільства, так і демократичного врядування, що ґрунтується на ідеях соціального капіталу та громадянської участі.

ПРИНЦИПИ І РЕЗУЛЬТАТИ РЕГІОНАЛІЗАЦІЇ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Гойда Н.Г., Моїсеєнко Р.О., Дудіна О.О.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України», м. Київ

Мета. Обґрунтувати принципи регіоналізації перинатальної допомоги та проаналізувати результати роботи перинатальних центрів.

Матеріали та методи. Статистичні дані за 2013–2017 рік; дані перинатального моніторингу Інституту стратегічних досліджень МОЗ України.

Результати та обговорення. Одним з найважливіших пріоритетів розвитку охорони здоров'я в Україні є охорона здоров'я матерів і дітей. Це зумовлено багатьма факторами, і передусім тим, що зберігаються негативні тенденції в стані здоров'я матерів та дітей, з року в рік зростає захворюваність та поширюваність хвороб у дітей, залишається високою дитяча інвалідність та смертність дітей першого року життя. Ця пріоритетність визначена і необхідністю виконання міжнародних стратегічних документів і тих завдань, які поставлені перед країнами. Серед вагомих стратегічних документів можна назвати Цілі Саміту Тисячоліття ООН (2000-2015 рр.), Цілі сталого розвитку ООН (2016-2030 рр.), Європейський план дій щодо охорони сексуального та репродуктивного здоров'я на основі прав людини на 2017-2021 рр. На зазначені міжнародні документи розроблені і реалізуються вітчизняні стратегії, які закріплені в таких документах як:

- Закон України від 5 березня 2009 року №1065-VI «Про загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини на період до 2016 року»;
- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 5 квітня 2017 р. № 230-р «Про схвалення Концепції Державної соціальної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2021 року»;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 30 травня 2018 р. № 453 «Про затвердження Державної соціальної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2021 року»;
- Проект Державної соціальної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період 2017-2021.

В переліку цілей і завдань даних документів першочергового вирішення потребує зниження рівня попереджуваної материнської та дитячої смертності і захворюваності.

Всесвітня організація охорони здоров'я серед пріоритетних напрямів дій в Європейському регіоні визначає здоров'я матері і новонародженого. Україна вибудовує свою національну політику в питаннях охорони здоров'я матерів і дітей виходячи також з результатів аналізу рівня та структури основних показників їх здоров'я. Так, в останні роки, відмічається зростання частоти екстрагенітальної патології у вагітних. Хвороби системи кровообігу зустрічаються більше ніж у 12-13% вагітних; хвороби сечостатевої системи у 7,4-7,5% вагітних; анемія діагностується майже у кожній третій вагітній. Всі ці патологічні стани негативно впливають на здоров'я майбутньої матері, її плоду та новонародженого. Крім того, серйозною проблемою в Україні залишається проблема невиношування та передчасних пологів. Показники перенатальної смертності серед народжених за даними вітчизняних науковців, в 25-28 разів вищі ніж серед доношених немовлят, а ранньої неонатальної смертності вище в 40-42 рази. Все це в комплексі зумовило обґрунтування необхідності створення чіткої системи перинатальної допомоги та її регіоналізації. За період 2011-2018 роки в Україні створено 13 обласних перинатальних центрів. В стадії завершення – чотири (Львівський, Волинський, Чернігівський, Тернопільський). Створюються перинатальні центри і другого рівня. Еталоном таких сучасних центрів є Дніпропетровська область. Перш за все вдалось сконцентрувати вагітних з тяжкою акушерською і екстрагенітальною патологією на третинному рівні надання перинатальної допомоги. Суттєво зросла частка розроджень вагітних з екстрагенітальною патологією у перинатальних центрах Полтавської, Дніпропетровської, Кіровоградської та Харківської областей і сягає при вроджених вадах серця та цукровому діабеті у вагітних від 85% до 100%.

Висновки. Впровадження науково обґрунтованої системи регіоналізації перинатальної допомоги виявилось ефективною організаційною технологією і позитивно вплинуло на показники перинатальних втрат.

ІННОВАЦІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ ПРИВАТНОЇ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ КЛІНІКИ

Черненко О.О.

Клініка R + Medical Network, м. Київ

В умовах реформування сфери охорони здоров'я важлива подальша модернізація системи управління об'єктами охорони здоров'я. Запровадження новітніх методів профілактики і лікування на основі технологій, практичне застосування для виконання посадових обов'язків і окремих доручень стало стандартом організації медичної діяльності. Крім того, актуальності набуває проблема застосування інформаційних технологій безпосередньо

до управлінських функцій медичних закладів. Перспективи інноваційного розвитку медичних закладів є мало дослідженими. В економічній літературі інноваційну діяльність часто пов'язують з впровадженням результатів наукових досліджень і розробок в практику. Питання управління та економіки охорони здоров'я присвячено значну кількість праць І. Левіна, А. Маршала, У. Петті, А. Сміта, Ж. Фішера. У нашій країні економіка структур охорони здоров'я пов'язується з працями А.Б. Дайновського, Г.А. Єгізаряна, В.А. Жаміна, Е.Н. Жильцова, С.Л. Костаяна, С.Г. Струмліна та ін. Методологія стратегічного планування і прогнозування системи охорони здоров'я знайшла відображення в роботах Т.О. Скрипко, Н.Г. Куракової, В.Г. Зинова, Ф.Н. Кадирова, Є.В. Біргер і ряду інших вчених. Незважаючи на різноманіття досліджень, наукову розробленість проблем вдосконалення управління інноваційними проектами можна визнати достатньою особливо в галузі застосування інформаційних систем і технологій управління бізнес-процесами в сфері охорони здоров'я. Однак потребують ґлибшого вивчення особливості інноваційних процесів у галузі надання послуг приватними медичними закладами. Відповідальність за якість та професійність наданих медичних послуг у приватній клініці практично повністю покладена на керівництво. Тому керівнику приватної клініки поряд з постійним особистим саморозвитком необхідно постійно перебувати у стані інформаційного пошуку нових тенденцій та розробок, які будуть сприяти оптимізації роботи його клініки. Інновації в приватній медицині є економічно доцільними та ефективними лише за умов, якщо вони приносять закладу додаткові доходи, забезпечують конкурентні переваги на ринку, підвищують частку ринку, знижують витрати, вдосконалюють процес обслуговування, підвищують ефективність роботи в цілому. В практиці приватної багатопрофільної клініки R + Medical Network використовуються повною мірою чи частково (на даному етапі) практично усі відомі види інновацій: продуктові, маркетингові, ресурсні та організаційні, що відображено на рис.1



Рис. 1. Види інновацій, що використовуються в приватній багатопрофільній клініці R + Medical Network

Якісне удосконалення організації та оптимізація роботи приватної клініки є довготривалим динамічним процесом, що передбачає розробку і затвердження моделі організаційної структури закладу з урахуванням його цільового призначення. Організаційна структура клініки повинна бути узгоджена з матеріально-технічним і кадровим забезпеченням. Особливістю інноваційного розвитку приватної клініки є застосування у практиці авторських методик діагностування та лікування, фінансовий контролінг та онлайн співпрацю лікарів в середній мережі клініки, консультування пацієнта за результатами обстеження на площах клінік однієї мережі без фізичного переміщення пацієнта, розміщення кабінетів прийому лікарями з урахуванням надання певного виду допомоги, створення клімату та умов доброзичливого ставлення до пацієнтів з дітьми, забезпечення ефективних внутрішніх комунікацій між персоналом клініки та багато іншого. Продуктові інновації приватної клініки мають бути спрямовані на створення нових послуг та впровадження нових технологій обслуговування: застосування сучасних технологій надання медичних послуг, встановлення енергозберігаючих технологій (автоматичні системи опалення, вентиляції та подачі води); використання екологічних матеріалів (з антибактеріальними і бактерицидними властивостями) тощо. Маркетингові інновації – пов'язані з розвитком систем та структури управління: новітні методики навчання персоналу, придбання ліцензій для розширення номенклатури послуг, створення власної мережі закладів. Ресурсні інновації клініки передбачають впровадження та удосконалення електронних систем управління та системи планування ресурсів закладу. Організаційні інновації, в свою чергу, пов'язані з удосконалення технологій в електронних системах ведення медичної документації, що дозволяють в режимі on-line керувати процесами запису на прийом до лікаря, ведення діагностичної та інструкторської карток, уточнення діагностичних заходів і лікувальних приписів. Після розробки та впровадження інноваційної стратегії необхідно здійснювати оцінку ефективності впровадження інновацій в діяльність клініки. Інноваційна стратегія формується керівником з урахуванням маркетингових аспектів приватного сектору галузі охорони здоров'я, адже це один з найбільш реальних ресурсів для посилення конкурентного статусу

клініки і збільшення капіталізації. Клініка працює у ринковому середовищі і тому прийняття рішень з управління має здійснюватись відповідно до стратегічних можливостей розробки системи утримання конкурентних позицій і аналізу конкурентоздатності. Приватна клініка повинна бути зорієнтована на довгострокові цілі розвитку, запровадження інтелектуальних, продуктових, технологічних, маркетингових та організаційних інновацій, випереджати конкурентів за якістю та асортиментом послуг.

ДНІ ЛАБОРАТОРНОЇ МЕДИЦИНИ

МОЖЛИВОСТІ ПОТЕНЦІЮВАННЯ ЕТІОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТАХ

Борцов С.П., Панасюк О.Л., Матяш В.І., Трембачова Н.С., Токунова Т.Л.

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

Мета. Підвищення потенціювання етіотропної терапії менінгоенцефалітів за рахунок інтратекальних методів лікування. Раніше в експерименті на нелінійних білих щурах нами доведено безпеку інтратекального застосування меропенему, кліндаміцину, левофлоксацину та рифаміцину. При інтратекальному введенні препарати безпосередньо реалізують свою дію на ЦНС.

Матеріали та методи. В залежності від маси тіла хворого та показників лікворного тиску, інтратекально вводили відповідні антибактеріальні препарати: меропенем в дозі від 100 до 200 мг та 8 мг дексаметазону або кліндаміцин в дозі 150 мг та 8 мг дексаметазону або левофлоксацин в дозі 15 мг та 8 мг дексаметазону. В усіх випадках через добу після інтратекального введення препаратів їх концентрація в лікворі значно перевищувала попередню.

При проведенні інтратекальної антибіотикотерапії ми вважаємо важливим попередню санацію ліквору фізіологічним розчином (СЛРФ). Методика включала люмбальну пункцію на рівнях від L3 до L5 одноразовою спинальною голкою з поступовим болюсним (зі швидкістю 1,5 мл/хв.) введенням в інтратекальний простір підігрітого до 38°C 20-25 мл. фізіологічного розчину та наступним виведенням аналогічного об'єму ліквору. Загальний об'єм фізіологічного розчину на одну маніпуляцію складав 60 – 150 мл. СЛРФ проводилась під обов'язковим контролем ЧСС та сатурації шляхом безпосереднього моніторингу за допомогою пульсоксиметру.

Результати та обговорення. Дослідження ефективності комплексної інтратекальної терапії було проведено у 133 хворих (58 – група дослідження, 75 – група контролю). Застосування комплексної інтратекальної терапії дозволило скоротити тривалість лікування ($p < 0,05$) та зменшити летальність у групі дослідження в порівнянні з контрольною групою ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, системну антибіотикотерапію менінгоенцефаліту доцільно доповнювати інтратекальним введенням відповідних препаратів з дексаметазоном у запропонованих дозах. Попередньо слід провести санацію ліквору фізіологічним розчином, при необхідності з корекцією лікворного тиску.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТРЬОХКОМПОНЕНТНОГО РЕЖИМУ ТЕРАПІЇ HCV-ІНФЕКЦІЇ

Федорченко С.В., Клименко Ж.Б., Ляшок О.В., Мартинович Т.Л., Янченко В.І., Соляник І.В.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ

Мета. Оцінка ефективності та переносимості трьохкомпонентного режиму терапії у групі хворих на хронічний вірусний гепатит С, встановлення ролі генетичних факторів – IL28-B на вірогідність досягнення стійкої вірусологічної відповіді.

Матеріали та методи. У дослідження увійшло 393 хворих на хронічний вірусний гепатит С (ХГС), які знаходились на стаціонарному та амбулаторному лікуванні, отримували трьохкомпонентну терапію (пегільований інтерферон- $\alpha 2a$ 1 раз на тиждень + софосбувір 400 мг на добу + рибавірин 1000-1200 мг на добу протягом 12 тижнів). У досліджуваній групі чоловіків було 248 (63,1%), жінок – 145 (36,9%) у віці від 18 до 65 років, середній вік склав $44,4 \pm 0,57$. За генотипами HCV хворі розподілились наступним чином: 1-в генотип виявлений у 233 осіб (59,3%), 1-а – у 15 (3,8%), 2-й генотип – у 12 (3,1%) та 3-й генотип HCV визначався у 133 (33,8%) хворих на ХГС.

Результати та обговорення. При визначенні поліморфізму IL28-B rs12979860 за алелю CC, успіх лікування інтерферонами при якому складає 80%, був виявлений у 116 пацієнтів (29,5%), алелі CT, TT, що вважаються менш ефективними при інтерферонвмісних режимах терапії, були виявлені у 277 хворих (70,5%). За rs8099917 IL28-B алель TT визначалась у 221 (56,2%) хворих, TG та GG – у 172 (43,8%) осіб.

При аналізі ефективності терапії трьохкомпонентного режиму протівірусної терапії (ПВТ), встановлено, що всі 393 хворих на ХГС (100%) пройшли всі етапи терапії: початок терапії, 4-й тиждень лікування, 12 тижень (кінець терапії), а також всі 100% були обстежені через 12 тижнів після закінчення ПВТ. Усі хворі закінчили терапію, що свідчить про задовільну переносимість лікування. Серед побічних реакцій на ПВТ відмічались грипоподібний синдром, алергічні прояви (свербіж), гематологічні зміни (легкого ступеня анемія, тромбоцитопенія, лейкопенія, посилення артралгічного та астено-вегетативного синдромів) мали місце лише у 23 (5,8%) пацієнтів. Вірусологічна неефективність у вигляді рецидиву через 3 місяці після закінчення ПВТ визначалась у 13 (3,3%) хворих.

Висновки. Стіжка вірусологічна відповідь (СВВ) досягнута у 380 хворих на ХГС (96,7 %). Проаналізовано індукцію СВВ залежно від генотипів НС – при 1-у генотипі, куди увійшли субтипи 1-в та 1-а HCV, СВВ мала місце у 237 осіб (95,6%), при 2 та 3 генотипах HCV хворі відповіли на ПВТ у 98,6% випадків, а саме 143 хворих отримали СВВ через 12 тижнів після закінчення ПВТ, і тільки 2 пацієнти мали неуспіш лікування.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ФОРМОЮ ХВОРОБИ ЛАЙМА

Клюс В.Ю.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ

Мета. Встановити діагностичну значимість нейрофізіологічних методів для виявлення характеру та ступеню ураження нервової системи при ХЛ.

Матеріали та методи. Основна група – 112 хворих у віці від 20 до 77 років, в яких було попередньо встановлений діагноз «Хвороба Лайма». З них 24 (21,4%) особи чоловічої статі та 88 (78,6%) осіб жіночої статі. Пацієнти були розділені на дві групи. До I групи увійшло 69 (61,6%), до другої – 43 (38,4%) пацієнти. Контрольну групу було сформовано з 40 практично здорових людей (чоловіків – 10, жінок – 30). Запис ЕЕГ здійснювали за стандартною методикою на 24-канальному комп'ютерному електроенцефалографічному комплексі «BrainTest» (DX-системи, Україна) з комп'ютерною обробкою. Реєстрація когнітивних ВП головного мозку (P300) виконувалась на 24-канальному електроенцефалографі «BrainTest» (DX-системи, Україна) з комп'ютерною обробкою.

Результати та обговорення. У ході аналізу результатів дослідження біоелектричної активності головного мозку у пацієнтів з хронічною ХЛ було доведено діагностичну значимість методу ЕЕГ та встановлено високу частоту дезорганізації основного альфа-ритму (42,7% випадків), яка спостерігалась на фоні посилення бета активності з міжпівкульовою асиметрією. Отримані результати переконливо свідчать про розвиток патологічного процесу, що має вогнищевий або дифузний характер із залученням глибоких структур мозку та кори.

Доведена діагностична доцільність застосування у пацієнтів з ХЛ методу когнітивних викликаних потенціалів P300 для виявлення когнітивних порушень у формі погіршення пам'яті та направленої уваги і пов'язаних з ними уражень ЦНС. Виявлено чутливий індикатор таких когнітивних порушень, який проявляється зниженням коркової активності мозку у вигляді зменшення латентного періоду P300 в середньому на 3-4% та збільшенням амплітуди P300 в середньому на 10% порівняно з показниками групи контролю.

Висновки. Для оцінки характеру та рівня ураження нервової системи пацієнтам з хронічною формою ХЛ, рекомендовано включати в діагностичну програму обстеження: проведення ЕЕГ та метод викликаних когнітивних потенціалів P300.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ ТА ІПСШ: ЧИ ІСНУЄ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК?

Круглов Ю.В., Максименко О.В., Кислих О.М., Нгуєн І.В.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ

Мета. Оцінити наявність кореляційних зв'язків між показниками захворюваності на ВІЛ-інфекцією та інфекції, що передаються статевим шляхом (далі – ІПСШ).

Матеріали та методи. Ретроспективний епідеміологічний аналіз з використанням даних офіційної звітності.

Результати та обговорення. Вважається, що чим вищим є рівень захворюваності на ІПСШ, тим вищим є рівень інфікованості ВІЛ, апацієнти з симптомами ІПСШ можуть бути індикаторною групою для оцінки захворюваності на ВІЛ-інфекцію. При визначенні коефіцієнтів кореляції між динамікою захворюваності (2001-2017) на ВІЛ-інфекцію та сифіліс, ВІЛ-інфекцію та гонококову інфекцію, ВІЛ-інфекцію та трихомоніаз виявлено сильні зворотні кореляційні зв'язки ($r=-0,94$; $r=-0,76$ та $r=-0,78$ відповідно), що призводить до парадоксального висновку щодо різноспрямованості епідемічних процесів цих інфекцій. Проте, при порівнянні показника захворюваності у віковій групі 15-24 роки, як прокси-індикатора недавнього інфікування ВІЛ, із захворюваністю на ІПСШ виявлені прямі кореляційні зв'язки різного ступеня сили: ВІЛ-інфекція+сифіліс: +0,85; ВІЛ-інфекція+гонорея: +0,88; ВІЛ-інфекція+трихомоніаз: +0,83. Таким чином, доведена односпрямованість епідпроцесу зазначених інфекцій, а «парадоксальність» попереднього висновку пов'язана з труднощами обліку реальної захворюваності як на ВІЛ-інфекцію, так й ІПСШ.

Висновки. Враховуючи те, що повноцінні дослідження щодо зв'язку ІПСШ з особливостями поведінки в Україні практично не проводяться; обсяги, масштаби, якість та інтенсивність профілактичних втручань залишаються недостатніми для суттєвого обмеження поширення ВІЛ-інфекції та ІПСШ у спільних уразливих групах, можливо очікувати збільшення комплексного медико-соціального та економічного тягаря цих інфекцій.

ФІЛОГЕНЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ГЕНІВ ГЕМАГЛЮТИНІНУ (НА) ВІРУСІВ ГРИПУ А(Н1Н1)PDM09, ВИДІЛЕНИХ В УКРАЇНІ СЕЗОН 2018-2019 РОКІВ

Лейбенко Л.В., Міроненко А.П., Радченко Л.В., Голубка О.С.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ

Мета. Дослідження генетичних і антигенних змін в гемоглітиніні для виявлення нових варіантів кожного епідемічного сезону.

Матеріали та методи. Носогорлянкові змиви від хворих на грипоподібне захворювання (ГПЗ) та тяжке гостре респіраторне захворювання (ГРЗ) опрацьовано методом ПЛР в режимі реального часу. Для проведення філогенетичного аналізу застосовували програмне забезпечення пакету програм MEGA 6.0

Результати та обговорення. У всіх протестованих послідовностях гемоглітиніну були виявлені заміни S74R, S164T, S183P і I295V. Заміщення S183P спостерігалось приблизно у половині вірусів попереднього сезону 2017-2018 років. Мутація T120A, що спостерігалась також у половині досліджених ізолятів попереднього сезону, була знайдена тільки в A/Kyiv/495/2018. Бласт-аналіз показав багато схожих до цього штаму вірусів, виділених переважно у Бангладеш. Не було виявлено жодних індивідуальних заміщень в ізолятах з України. Більшість наших ізолятів мали заміни, які були виявлені у деяких вірусів попереднього сезону: N129D yA/Dnipro/415/2018; T185lyA/Dnipro/407/2018 iA/Dnipro/410/2018; N260DuA/Dnipro/407/2018, A/Dnipro/410/2018, A/Khmelnyskyi/366/2018 та A/Kyiv/359/2017. Мутація N129D знаходиться в антигенному сайті Са. Пілка, що селектувала дану мутацію стала найбільш поширеною серед пандемічних вірусів грипу поточного сезону. Більшість замін в амінокислотній послідовності білка гемоглітиніну відбувалося в глобулі поблизу рецептор-зв'язуючої кишені. Заміна S74R розташована в антигенному сайті Св, зміни в якому впливають на антигенні властивості вірусу. Заміни амінокислотних залишків в межах 5 антигенних сайтів зустрічаються рідко і є результатом адаптації вірусів людського організму.

Висновки. Всі проаналізовані віруси грипу А(Н1Н1) pdm09, виділені в Україні в 2018-2019 рр. (всього 10), належали до домінуючої філогенетичної підгрупи гемоглітиніну 6А.1, яка також включає вакцинний штам A/Michigan/45/2015. Всі знайдені амінокислотні заміни не є новими, а були виявлені в попередньому сезоні грипу 2017-2018 років.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ВАКЦИНОКЕРОВАНІ ІНФЕКЦІЇ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Маричев І.Л., Задорожна В.І., Винник Н.П., Брижата С.І., Процап О.І.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ

Мета. Аналіз стану інфекційної захворюваності, зокрема керованими засобами специфічної профілактики, в Україні.

Матеріали та методи. Звіти статистичних форм МОЗ України та Центру громадського здоров'я (ЦГЗ) МОЗ України: форма 1,2 – «Звіт про окремі інфекційні та паразитарні захворювання» за 2014 – 2018 рр., форма 5 – «Виконання плану профілактичних щеплень за рік» за 2014 – 2018 рр.; форма 6 – «Звіт про контингенти осіб окремих вікових груп, яким здійснено щеплення проти інфекційних захворювань» за 2014 – 2018 р., форма ВООЗ «Узагальненої звітності щодо випадків кору в Україні» за 2017 р.

Результати та обговорення. Незважаючи на значні успіхи в подоланні інфекційних хвороб за допомогою вакцин як в Європейському регіоні, так і у світі загалом, вони продовжують бути причиною епідемічних спалахів, інвалідності та летальності. За період з 2012 по 2018 рр. загальна інфекційна захворюваність в країні зменшилась на 7,7% – від 7,33 млн. випадків до 6,80 млн. випадків. Проте за останній рік у порівнянні з 2017 р. по ряду актуальних інфекційних хвороб, зокрема і вакцинованих, реєструється значний ріст – захворюваність на кір збільшилась у 11,13 разів, на краснуху – на 46,88%, на епідемічний паротит – на 16,67%, на гемофіліну інфекцію типу b – у 3,13 разів, на вірусний менингіт – на 85,76%.

Висновки. Погіршення епідемічної ситуації з вакцинованих інфекцій пов'язано з низьким рівнем забезпечення регіонів України тривалий час вакцинними препаратами, що призвело до вкрай низьких показників охоплення щепленням цільових вікових груп дітей. Епідемічна ситуація оцінюється, головним чином, на підставі даних офіційної статистики, які є нижчими за реальні показники, кількості спалахів та летальних випадків без урахування поглибленого аналізу факторів, що впливають на епідемічний процес, та науково обґрунтованих рекомендацій і, як наслідок, – відсутність дієвих і своєчасних профілактичних заходів.

ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ

Марциновська В.А.^{1,2}, Кузін І.В.², Максименко О.В.¹, Кислий О.М.¹, Нгуєн І.В.¹

¹ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ
²ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», м. Київ

Мета. Оцінити поточну епідемічну ситуацію з ВІЛ-інфекції.

Матеріали та методи. Епідеміологічний аналіз за даними офіційної статистики та програмою Spectrum/EPP.

Результати та обговорення. Згідно оціночних даних, на початок 2018 р. в Україні мешкало 244 000 ЛЖВ, на обліку перебувало 141 371 ВІЛ-позитивних громадян України. Протягом 2014-2017 рр. в Україні спостерігалось зниження

рівнів поширеності хвороби серед донорів та вагітних; захворюваність на ВІЛ-інфекцію знизилась у 17 областях, у т.ч. у Дніпропетровській, Миколаївській, Одеській, Херсонській, Черкаській – регіонах з традиційно високим рівнем поширеності інфекції. Виявлено тенденцію до зменшення частки ВІЛ-позитивної молоді віком 15-24 років – з 16,1% у 2008 р. до 6,0% у 2017 р. на тлі розширення вікових меж в сторону осіб 50 років і старше – з 3,8% до 13,2% відповідно. Відмічається регіоналізація епідемічного процесу – майже 60% усіх ВІЛ-позитивних осіб, які перебувають на обліку, проживають у 5 регіонах України, 79% – у містах; у 7 регіонах поширеність ВІЛ серед вагітних перевищує 1,0%, що вказує на можливість генералізації епідемії; епідемія сконцентрована; повільно збільшується частка ВІЛ-позитивних мешканців села.

Кожна п'ята ВІЛ-позитивна людина, виявлена за результатами лабораторних досліджень, залишається поза медичним обліком (21% у 2017 р.); близько 20% осіб, які вже перебувають на обліку, не звертаються до ЗОЗ протягом року, відмічається збільшення числа осіб, виявлених у III-IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, що обумовлює високі рівні захворюваності на СНІД.

Висновки. Проведений аналіз свідчить, що контроль епідемії ВІЛ-інфекції здійснюється ще не в повній мірі, що може призвести до погіршення епідемічної ситуації.

АНАЛІЗ ЧУТЛИВОСТІ УКРАЇНСЬКИХ ІЗОЛЯТІВ ВІРУСІВ ГРИПУ ТИПУ А ДО ІНГІБІТОРІВ НЕЙРАМІНІДАЗИ

Міроненко А.П., Лейбенко Л.В., Радченко Л.В., Голубка О.С.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського НАМН України», м. Київ

Мета. Дослідити чутливість до інгібіторів нейрамінідазу ізолятів вірусів грипу, виділених в Україні в період з 2015-2018 роки. **Матеріали та методи.** Матеріалом досліджень були носогорлянкові змиви від хворих на грипоподібне захворювання (ГПЗ) та тяжке гостре респіраторне захворювання (ТГРЗ): мазок із носу, носоглотки або ротоглотки, та ізоляти вірусів грипу з чотирьох дозорних центрів (міста Київ, Одеса, Дніпропетровськ та Хмельницький).

Результати та обговорення. У роботі були використанні сиквенси ізолятів вірусів грипу з 2015-2016, 2016-2017 та 2017-2018 епідемічних сезонів. Всього нами було досліджено 273 сиквенси генів NA українських ізолятів вірусу грипу. З них 119 послідовностей – віруси грипу А (H1N1) pdm, 154 послідовності – віруси грипу А (H3N2). Переведення нуклеотидних сиквенсів в амінокислотні здійснювали для визначення генотиповим методом наявності у вірусів грипу заміщень, що призводять до резистентності до інгібіторів нейрамінідази (нумерація по N2): I117V, E119 G/ V, Q136K, Y155H, D198G, I222K/R/V, S246N/G, H274Y, N294S – для вірусів грипу типу А (H1N1); та E119I (V/D), Q136K, D151E/V, I222L, R224K, E276D, R292K, N294S, R371K – для вірусів грипу А (H3N2). Аналіз вірусів грипу на чутливість до існуючих антивірусних препаратів є важливою складовою дозорного епідагляду за грипом у країні у зв'язку з ймовірністю виникнення та широкого розповсюдження резистентних штамів вірусу із високою трансмісивністю, які здатні замістити домінують на сьогодні популяцію чутливих до інгібіторів нейрамінідази вірусів грипу. Встановлено, що всі ізоляти українських вірусів грипу типу А не мали генів, які викликають резистентність до інгібіторів нейрамінідази.

Висновки. Всі ізоляти вірусів грипу, виділені протягом трьох епідемічних сезонів 2015-2018 рр. були чутливими до інгібіторів нейрамінідази (оселтамівіру, занамівіру та перамівіру). Це свідчить про те, що інгібітори нейрамінідази залишаються ефективними протигрипозними препаратами в Україні.

ЧУТЛИВІСТЬ КЛІНІЧНИХ ШТАМІВ МІКРООРГАНІЗМІВ ДО БАКТЕРІОФАГІВ

Петренко О.В., Мурашко О.В., Покас О.В.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ

Бактеріофаги є природними антимікробними агентами, які виступають безпечною альтернативою антибіотикам. Препарати бактеріофагів призначають для лікування гнійно-запальних захворювань різного генезу.

Мета. Дослідити чутливість клінічних штамів мікроорганізмів до комерційних препаратів бактеріофагів.

Матеріали та методи. Досліджено 25 штамів *P. aeruginosa*, 5 штамів *E. coli*, 8 штамів *S. aureus* та 3 штами коагулазо-негативних стафілококів (CNS). Використано комерційні препарати: «Любактеріофаг полівалентний», «НПО «Микроген» (Росія) та «Люофаг», ТОВ «Фармекс Груп» (Україна).

Результати та обговорення. Проведені дослідження показали, що з 25 штамів *P. aeruginosa* чутливість до «Любактеріофагу полівалентного» проявили 22 штами, що становить 88,0%, а до «Люофагу» були чутливі 19 штамів, відповідно 76%. З 8 штамів *S. aureus* чутливіми виявились 5 (62,5%) штамів до «Любактеріофагу полівалентного» та 3 (37,5%) штами до «Люофагу». Серед 3 штамів CNS чутливим виявився лише 1 (33,3%) штам до «Любактеріофагу полівалентного». З 5 досліджуваних штамів *E. coli* усі проявили чутливість до обох комерційних препаратів бактеріофагів. Слід відмітити, що серед чутливих штамів мікроорганізмів були відмічені штами, які проявили не повний лізис з фагами, тобто на фоні зони лізису були колонії, що не проявили специфічності до фагу. Так, серед штамів *P. aeruginosa*, таких виділено 4 (18,2%) штами, серед *S. aureus* – 1 (20%) штам, а серед *E. coli* – 2 штами, що відповідно становить 40,0%. Бактеріальні культури не завжди однорідні за своєю здатністю абсорбувати певний фаг, тому такі колонії розглядають або як фенотипово модифіковані, або ті в яких виникли спадкові зміни, що спричинило неспецифічність рецепторів для абсорбції певного фагу на клітину.

Висновки. Дослідження показали, що клінічні штами мікроорганізмів виявились більш чутливими до комерційного препарату «Ліобактеріофагу полівалентного». У зв'язку з цим перед застосуванням бактеріофагів необхідно визначати їх лізуючу дію на виявлені мікроорганізми.

ПОШИРЕННЯ В УКРАЇНІ ШТАМІВ PSEUDOMONAS AERUGINOSA – ПРОДУЦЕНТІВ МЕТАЛО-БЕТА-ЛАКТАМАЗ

Покас О.В., Вишнякова Г.В., Мурашко О.В., Петренко О.В., Гарницька О.Г., Марієвський В.Ф.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ

Мета. Визначити поширеність штамів *Pseudomonas aeruginosa* продуцентів метало-бета-лактамаз (МβL) серед множинорезистентних до антибіотиків неферментуючих Грам-негативних бактерій (НФГНБ), виділених у госпіталізованих пацієнтів.

Матеріали та методи. Досліджено 604 множиностійких штамів умовно-патогенних мікроорганізмів, виділених у пацієнтів з хірургічних стаціонарів з різних регіонів України, в період 2016-2018 рр. з яких *P. aeruginosa* складала 24,0%. Ідентифікацію проводили з використанням API 20 NE або аналізатора «VITEK 2» (BioMerieux, Франція). Чутливість до антибіотиків визначали диск-дифузійним методом на середовищі Мюллер-Хінтона. Продукцію МβL визначали методом подвійних дисків за синергізмом іміпенему та меропенему з ЕДТА.

Результати та обговорення. Встановлено, що частка НФГНБ серед досліджених штамів в 2013-2015 рр. складала 39,0%, а в 2016-2018 рр. – 48,5%. З них штамів *P. aeruginosa* виявлено в 50,0% та 58,5% випадках відповідно. Кількість штамів *P. aeruginosa* – продуцентів МβL за останні 6 років є стабільно високою (56,0% в 2013-2015 рр. та 77,9% в 2016-2018 рр.). В той же час, якщо в 2013-2015 рр. серед продуцентів МβL 29,6±8,8% та 11,1±6,0%, штамів зберігали чутливість до іміпенему та меропенему, то в 2016-2018 рр. чутливіх штамів до даних карбапенемів виявлено не було, що свідчить про набуття *P. aeruginosa* додаткових механізмів резистентності. Найбільш ймовірно, відбувається міжвидовий та міжродовий обмін генів карбапенемаз інших типів, характерних як для інших НФГНБ, так і для ентеробактерій. Серед МβL-продукуючих *P. aeruginosa* не виявлено чутливих штамів до цiproфлоксацину, цефтазідиму, цефепіму. Найбільш ефективним антибіотиком є нетілміцин – 14,8±7,5% (p<0,05).

Висновки. Отже, надзвичайно важливою на сьогодні потребою є розширення спектру фено- та генотипових методів скринінгу механізмів резистентності *P. aeruginosa* з метою швидкого виявлення штамів-продуцентів карбапенемаз та вживання своєчасних заходів для профілактики їх поширення на території України.

ВИКОРИСТАННЯ ЦИТОМОРФОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В ДІАГНОСТИЦІ АТИПОВОЇ ПНЕВМОНІЇ

Ракша-Слюсарева О.А.¹, Тарасова І.А.², Трихліб В.І.³, Ткачук С. І.^{2,4}, Маричев І.Л.², Слюсарев О.А.¹

¹Донецький національний медичний університет МОЗ України, м. Лиман

²ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ

³Українська військово-медична академія, м. Київ

⁴Військово-медичний клінічний центр західного регіону, м. Львів

Діагностика атипових пневмоній (АП) та їх диференціальна діагностика з гострими респіраторними захворюваннями (ГРЗ) у перші дні хвороби часто є утрудненою. За фізикальними даними й рентгеноскопією діагностика АП часто є малоефективною й іноді можлива лише при поширивій томографії легень. В зв'язку з цим, розробка додаткових методів діагностики АП є своєчасною й актуальною.

Мета. Розробка додаткового способу діагностики АП у перші дні хвороби на основі зміни цитоморфології лейкоцитів та їх пулів у периферичній крові.

Матеріали та методи. Використовувались клінічні, рентгенологічні, гематологічні, імунологічні й цитоморфологічні методи дослідження. Дослідження проводились у 84 хворих на ГРЗ та 65 хворих на АП військовослужбовців, які проходили лікування у клініках Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ».

Результати та обговорення. Дослідження цитоморфологічних особливостей лейкоцитів та їх пулів показало, що діагностичними критеріями для діагнозу АП є: співвідношення абсолютного вмісту паличкоядерних і сегментоядерних нейтрофілів, відносного вмісту сегментоядерних нейтрофілів з гіпосегментованим ядром в пулі нейтрофілів, абсолютного вмісту лімфоцитів, які за морфологією відповідають нормі. При цьому співвідношення паличкоядерних нейтрофілів до сегментоядерних нейтрофілів, не мають бути менше ніж, як 1:4, вміст нейтрофілів з гіпосегментованим ядром має бути 20% та більше, зниження вмісту лімфоцитів, з врахуванням вмісту лімфоцитів, що відповідають нормальним показникам за формою, має бути на рівні, або нижче 1,6 Г в 1 л.

Висновки. Застосування цитоморфологічних досліджень дозволяє підвищити діагностику АП на 30% й відповідно своєчасно призначати адекватне лікування хворим.

НАСЛІДКИ ПЕРЕНЕСЕНИХ УРАЖЕНЬ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА ФОНІ ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Руденко А.О., Муравська Л.В., Дьяченко П.А., Пархоμεць Б.А., Ключ В.Ю., Андреева О.Г.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ

Мета. Вивчення наслідків уражень нервової системи в залежності від перебігу герпесвірусних інфекцій.**Матеріали та методи.** Відібрано 74 хворих на герпесвірусну інфекцію, з яких у 59 віруси знаходились в стадії реактивації (1 група) та 15 – персистенції (2 група). Виявлялись всі віруси родини герпесу, частіше в асоціаціях один з одним, рідше моноінфекція. Діагнози: менінгоенцефаліт, енцефаліт, арахноенцефаліт, арахноїдит, енцефаломієліт, РЕМ, мієліт, інфекційний мононуклеоз, енцефаломієлоневрит, полірадікулонейропатія, гангліоніт. Терапія герпесвірусних уражень нервової системи включала специфічні противірусні препарати, імунотропну генетичну терапію. Вивчені неврологічні синдроми, які визначались у хворих на момент виписки зі стаціонару та через 1 рік.**Результати та обговорення.** В групі хворих з реактивацією герпесвірусів (59 осіб), церебрастенічний синдром спостерігався при виписці зі стаціонару у 57,6%, через рік у 3,4%. Синдром вегетативної дисфункції при виписці був у 49,1% хворих, через 1 рік у 6,8%. Лікворно-гіпертензійний синдром при виписці спостерігався у 27,1%, через рік не визначався. Когнітивні порушення були у 22,0% хворих при виписці, через 1 рік не було. Вестибулоатактичний синдром при виписці був у 40,7%, через 1 рік у 15,2%. Пірамідні порушення визначались у 44,1% при виписці, через 1 рік у 11,9%. При персистенції вірусів родини герпесу церебрастенічний синдром при виписці зі стаціонару був у 73,3% хворих, через 1 рік у 6,7%.

Синдром вегетативної дисфункції спостерігався при виписці у 33,3%, через 1 рік не було. Вестибулоатактичний синдром був при виписці у 46,7%, через рік – у 13,3%. Пірамідна недостатність зафіксована у 40,0% і не залишилась через рік.

Висновки. Спостереження за хворими протягом року встановило повне одужання через рік при персистенції герпесвірусів у 32,0% порівняно з 60,0% при реактивації.**ФАКТОРИ, ЯКІ МАЮТЬ ВПЛИВ НА ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ВІЛ**

Люльчук М.Г., Щербінська А.М., Кирпичова В.В.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України» м. Київ

Масштабність антиретровірусної терапії (АРТ) передбачає систематичний контроль ефективності лікування, оскільки вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) притаманна висока мінливість на тлі селективного тиску антиретровірусних препаратів. Доведено, що перерва в лікуванні сприяє формуванню стійкості ВІЛ до окремих препаратів з подальшою циркуляцією резистентних штамів вірусу. Серед чинників, що впливають на формування резистентності ВІЛ, чільне місце займають організаційні питання лікування та особливості поведінки ВІЛ-інфікованої особи. Несвоєчасний прийом антиретровірусних препаратів, що є мірою дисциплінованості хворих, може призводити до розвитку мутацій резистентності (МР) ВІЛ, що особливо небезпечно у випадках, коли пацієнт приймає препарати з низьким генетичним бар'єром (ГБ) до резистентності.

Мета. Дослідити частоту формування МРВІЛ у ВІЛ-інфікованих пацієнтів з вірусологічною неефективністю лікування.**Матеріали та методи.** Нами проведено генотипування ВІЛ 656 зразків плазми крові, отриманих від хворих, які знаходились на АРТ та мали вірусологічну неефективність лікування (рівень вірусного навантаження (ВН) ВІЛ > 2000 РНК-копій/мл). Використовувалися тест-системи «ViroSeq Genotyping System v.2.1» (Abbott, USA) у відповідності до інструкції виробника.**Результати та обговорення.** Аналіз даних показав, що у 176 (26,8%) пацієнтів зростання рівня ВН ВІЛ було наслідком порушення ними режиму прийому препаратів (в цих зразках не виявлено жодної МР ВІЛ). У 480 зразках (73,2%) виявлено МР хоча б до одного з антиретровірусних препаратів (АРВП). Встановлено, що частота формування МР ВІЛ-1 до АРВП класу нуклеозидних інгібіторів зворотної транскриптази (з низьким рівнем ГБ) складала 5,3%, доінгібіторів протеази (високий рівень ГБ) – 1,1%. Тривалість АРТ та частота замін схем АРТ істотного впливу на частоту формування МР ВІЛ не мали.**Висновки.** На частоту формування МР ВІЛ суттєво впливає рівень ГБ АРВП: чим він вище, тим ризик формування МР ВІЛ менше.**СЕРОПРЕВАЛЕНТНІСТЬ ГЕПАТИТУ В УКРАЇНІ**

Сергеева Т.А.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ

Мета. Оцінити розповсюдженість гепатиту В (ГВ) за частотою виявлення маркерів інфікування HBV серед населення України в 2013-2017 рр.**Матеріали та методи.** Ретроспективний аналіз захворюваності і результатів серологічного моніторингу HBV-інфекції за даними офіційної статистики МОЗ України.**Результати та обговорення.** У динаміці 2013-2007 рр. спостерігалось помірне зниження захворюваності на гострі

(-3,68%) та хронічні (-1,81%) форми HBV-інфекції. Середній багаторічний показник становив 3,45 та 3,75 на 100 тис. населення, відповідно. За 5 років сумарно зареєстровано 15 801 випадків ГВ: 7 578 гострого ГВ (ГТВ) та 8 223 хронічного ГВ (ХГВ). Паралельно помірно зростала поширеність ХГВ (+3,96%) з коливаннями показника від 44,8 до 49,1 на 100 тис. населення. За аналізований період на маркери інфікування HBV було обстежено 9 777 805 осіб, з яких 9 238 002 (94,5%) – на наявність HBsAg. У середньому серопревалентність ГВ (за показником частоти виявлення HBsAg) дорівнювала 1,46% (сумарно за 5 років виявлено 134 897 серопозитивних осіб), що відповідає критеріям низької ендемічності HBV-інфекції. Найбільш високі показники частоти виявлення HBsAg (за винятком хворих на ГВ і носіїв HBsAg) спостерігались при обстеженні перехворілих на вірусні гепатити (16,0%) та дітей від матерів – носіїв HBsAg (6,75%), найменші – донорів (0,62%), медпрацівників (0,75%) та вагітних (0,82%). Продовж 5 років відбувалось зростання рівня інфікованості перехворілих на вірусні гепатити, дітей матерів – носіїв HBsAg, контактних осіб, хворих з захворюваннями печінки та венеричними захворюваннями, пацієнтів наркодиспансерів, дітей 1-го року життя – реципієнтів крові та її компонентів і донорів. Відмічався від'ємний коефіцієнт кореляції між захворюваністю на ГТВ та серопревалентністю HBsAg ($r = -0,44$) та прямий помірний зв'язок між останньою та захворюваністю на ХГВ ($r = +0,63$) у динаміці спостереження.

Висновки. Суттєва невідповідність між значною кількістю осіб з наявністю HBsAg та відносно невеликим числом офіційно зареєстрованих хворих на HBV-інфекцію свідчить про недооцінку інтенсивності епідемічного процесу за показниками захворюваності, що реєструється. Зростання серопревалентності ГВ серед низькі осіб медичного і поведінкового ризику щодо інфікування може бути провісником ускладнення епідемічної ситуації.

ІНТРАТЕКАЛЬНИЙ СИНТЕЗ ІМУНОГЛОБУЛІНІВ КЛАСІВ М ТА G ПРИ УРАЖЕННЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Шагінян В.Р., Фільчаков І.В., Парфенюк Ю.В.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ

Мета. Визначити діагностичну цінність виявлення інтратекального синтезу (ІТС) імуноглобулінів М та G (IgM, IgG) у пацієнтів при ураженнях центральної нервової системи (ЦНС).

Матеріали та методи. Проведено обстеження 72 хворих з ураженнями ЦНС. У сироватці крові (СК) та спинномозковій рідині (СМР) визначали кількісні показники загального білку, альбуміну, IgM, IgG. Розрахунки ІТС IgM, IgG, ступеня порушень гематоенцефалічного бар'єру (ГЕБ) за альбуміновим індексом (альбумін СМР / альбумін СК) проводили за методикою H.Reiber з використання програми Excel.

Результати та обговорення. ІТС IgG встановлений у (16,9±4,4)%, ІТС IgM – у (19,4±4,7)%, ІТС IgM+IgG – у (4,2±2,4)% обстежених пацієнтів. Порушення ГЕБ в цілому були виявлені у 16,9% обстежених пацієнтів; у пацієнтів з відсутності ІТС – у 21,0%; із ІТС IgG – у 15,0%; із ІТС IgM або IgM+IgG порушення бар'єру були відсутні. Середній показник загального білку у лікворі у групі пацієнтів із ІТС IgG або IgM не перевищував показники норми, з іншого боку, у пацієнтів без ІТС цей показник становив – 556,4 мг/л. Середній показник альбумінового індексу був найвищим у пацієнтів без ІТС, найнижчим – у пацієнтів із ІТС IgM. Демієлінізуючий характер ураження ЦНС було діагностовано у всіх пацієнтів із ІТС IgM+IgG, із ІТС IgG – у 68,5%, із ІТС IgM – у 49,9% і лише у 17,0% пацієнтів при відсутності ІТС. У хворого з діагнозом «нейробореліоз» ІТС IgM виявлявся при трикратному обстеженні, проведеному з інтервалом 1 та 3 місяці та не супроводжувався патологічними змінами у загальноклінічному та біохімічному дослідженні СМР.

Висновки. Визначення ІТС IgM, IgG може бути рекомендовано при диференційній діагностиці уражень ЦНС на першому етапі досліджень, особливо для пацієнтів з хронічним перебігом хвороби. Виконання першого етапу (цитоз – СМР; загальний білок, альбумін, IgM, IgG – у СК та СМР) дозволяють визначити напрямок подальших досліджень з метою підтвердження/виключення інфекційного або аутоімунного ураження ЦНС.

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, УСКЛАДНЕНИХ ОБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ

Тарасова І.А.¹, Зелена Н.А.², Слюсарев О.А.³, Ракша-Слюсарева О.А.³, Самарін Д.В.³

¹ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ

²КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1 Святошинського району», м. Київ

³Донецький національний медичний університет МОЗ України, м. Лиман

За даними ВООЗ, гострі респіраторні вірусні інфекції займають перше місце в структурі захворюваності дітей раннього віку. Останнім часом перебіг гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) у 30% дітей укладноється обструктивним синдромом (ОС). Ефективність лікування гострих респіраторних захворювань, ускладнених обструктивним синдромом (ГРЗ ОС) не є достатньою, так як частота повторних епізодів хвороби є досить високою.

Мета. Метою роботи було удосконалення схеми лікування ГРЗ ОС.

Матеріали та методи. Дослідження проводили у 50 дітей 7-10 років, що хворіли на ГРЗ ОС, згрупованих у 2 групи. Контрольна група дітей (23 особи) отримувала терапію за традиційною схемою лікування, яка включала: небулайзерну терапію, індивідуально підібрані муколітичні, бронхолітичні, спазмолітичні, протиалергічні лікарські речовини.

Діти основної групи (27 осіб) додатково до базової схеми лікування отримували курс індивідуально підбраного, за даними антибіограми, антибіотика. В дослідженнях використовувались клінічні, гематологічні, імунологічні й рентгенологічні методи.

Результати та обговорення. Отримані дані свідчили про більшу ефективність лікування ГРЗ ОС з додаванням до базової схеми індивідуально підбраних антибіотиків (найбільш часто: цефадокс, докцеф, амоксицилін, сорцеф). Це проявлялось у більш легкому протіканні та більш швидкому зникненні симптомів захворювання, відновленні з тенденцією до норми показників системи імунітету, збільшенні тривалості періоду між повторними епізодами ГРЗ ОС від 1 випадку на 30,2±6,2 дб (при базовій схемі лікування) до 1 випадку на 120,1±8,6 дб (при запропонованій схемі лікування).

Висновки. Включення курсу індивідуально підбраного антибіотика до базової схеми лікування дітей з ГРЗ ОС підвищує його ефективність.

ОЦІНЮВАННЯ ЕПІДЕМІЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ АНТРОПУРГІЧНИХ ОСЕРЕДКІВ ЗООАНТРОПОНОЗІВ ЗА ПОКАЗНИКАМИ УРАЖЕНОСТІ НАСЕЛЕННЯ

Виноград Н.О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, кафедра епідеміології, м. Львів

Ендемічні природно осередкові інфекції й антропоургічні осередки зооантропонозів є важливими з огляду їх медичної, економічної та соціальної значимості. Спектр патогенних біологічних агентів у таких осередках є відомим у більшості регіонів України, але контроль за їх функціонуванням втрачено в останні десятиріччя.

Мета. Визначити медичну вагомість коксіельозу для оцінювання його ступеню небезпеки у розрізі груп населення і територій.

Матеріали та методи. Використано аналітичний прийом комплексного епідеміологічного методу з метою оцінювання результатів серологічних обстежень хворих і здорового населення на коксіельоз.

Результати та обговорення. Здійснення аналізу бази даних власних багаторічних досліджень у стандартах госпітального нагляду і когортичних досліджень для визначення показників інтенсивності (ІП) епідемічного процесу та поширеності коксіельозу. Встановлено, що ІП цього захворювання становив 12,6 на 100 тис. населення, а поширеність сягала 7,8 на 100 тис. населення, тоді як за даними державної статистики не було виявлено жодного випадку Ку-гарячки. Територіями ризику визнані усі обстежені райони у західноукраїнському регіоні, з найвищими показниками ураженості в місцях розвиненого тваринництва у приватному секторі. Обставинами, що зумовлювали несвоєчасність верифікації коксіельозу в хворих, госпіталізованих у інфекційні відділення, були відсутність інформації про ензоотичність території, неналежна лабораторна база для специфічної верифікації, поліморфність клінічних проявів хвороби.

Висновки. Отже, руйнування системи епідеміологічного нагляду унеможливило отримання правдоподібних даних щодо реальної епідемічної ситуації з зооантропонозів, більшість з яких не контролюються диспозиційними чи експозиційними заходами.

ЕПІДСИТУАЦІЯ З КОРУ В УКРАЇНІ У 2017-2018 рр.

Задорожна В.І., Маричев І.Л., Винник Н.П., Брижата С.І., Процак О.І.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ

За даними ВОЗ у світі захворюваність на кір за період з 2000 по 2017 рр. знизилась на 80%, а смертність за останні 15 років - на 79%. Цьому сприяла імунізація, яка у 2000-2015 рр. змогла врятувати 20,3 млн. дітей. Однак у 2018 р. кількість хворих на кір у Європі сягнула >82 тис., з них 53219, з них 63,3% діти). Такий рівень оцінюється як високий (>10,0 на 100 тис. населення) в Україні, а кількість летальних випадків – відповідно 72 і 16.

Мета. Оцінити фактори впливу на епідситуацію з кору в Україні в 2017-2018 рр.

Матеріали та методи. Звіти статистичних форм МОЗ України та Центру громадського здоров'я МОЗ України: форма 1,2 «Звіт про окремі інфекційні та паразитарні захворювання», форма 5 «Виконання плану профілактичних щеплень за рік», форма 6 «Звіт про контингенти осіб окремих вікових груп, яким здійснено щеплення проти інфекційних захворювань» за 2014 – 2018 рр.

Результати та обговорення. У 2017-018 рр. в Україні зареєстровано стрімке зростання захворюваності на кір (2017 р. – 4742 випадки, з них 73,3% діти; 2018 р. – 53219, з них 63,3% діти). Такий рівень оцінюється як високий (>10,0 на 100 тис. населення): 2017 р. – 11,22, 2018 р. – 125,47 на 100 тис. населення. Охоплення щепленнями проти кору дітей віком 1 рік за останні 5 років становило 45,5%-93,3%. Той факт, що цей показник у 2017 р. був 93,3%, у 2018 р. – 91%, а найбільша захворюваність реєструвалася у цей період саме серед дітей від 1 до 2 років, потребує дослідження.

На 2015 р. було закуплено комбіновану вакцину проти кору, краснухи та епідпаротиту (КПК) тільки на 35% від потреби. З переходом закупівлі вакцин через міжнародні організації в Україні виникла ще одна проблема – затримки поставок. Так КПК, закуплена в 2016 р., була в наявності тільки наприкінці 2017 р. Обмежувальні протиепідемічні заходи після ліквідації СЕС щодо зменшення поширеності кору доручено сімейним лікарям, для яких ця функція нова і обтяжувальна.

Висновки. В Україні утримується напружена епідситуація з кору, що зумовлено низьким рівнем охоплення щепленнями цільових груп згідно з Календарем щеплень протягом останніх 5 років і відсутністю системних, ефективних протиепідемічних заходів.

ВІРУСНЕ НАВАНТАЖЕННЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГЕПАТИТІ С

Янченко В.І., Федорченко С.В., Швадчин І.О., Мартинович Т.Л., Клименко Ж.Б., Ляшок О.В., Соляник І.В.

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ

Мета. Розподілити хворих з різним вірусним навантаженням (ВН) за фіброзом, гістологічною активністю, генотипом, статтю та віком.

Матеріали та методи. Протягом січня 2016 – грудня 2018 рр. у клініці Інституту обстежено 387 хворих на ХГС. Критеріями включення були: наявність гепатиту С протягом шести місяців, відсутність протипоказань для лікування, наявність результатів морфологічних досліджень печінки та визначений генотип вірусу гепатиту С.

Результати та обговорення. У чоловіків середнє вірусне навантаження становило 7 млн. 880 тис. зі стандартним відхиленням 10 млн. 120 тис., у жінок – 5 млн. 720 тис. зі стандартним відхиленням 7 млн. 860 тис. Виявлена тенденція до збільшення вірусного навантаження з віком хворих. Не було виявлено статистичної різниці між вірусним навантаженням та фіброзом у хворих на ХГС, але при нульовому фіброзі воно нижче ніж при мінімальному, слабкому, та помірному і цирозі, але при останньому воно нижче ніж при слабкому, мінімальному та помірному, що можливо вказує на тяжкість ураження печінки внаслідок зниження кількості гепатоцитів. Індекс гістологічної активності (ІГА) за Кнодель 120 хворим визначали біохімічними методами, всім іншим – апаратними методами. Не було виявлено статистично достовірної різниці між вірусним навантаженням та ІГА ($p \geq 0,005$).

Висновки. Між ВН та розподілом за віком хворих є тенденція, до зростання середнього ВН при збільшенні віку хворих, що можливо пов'язано зі зниженням імунітету в даній групі. Аналіз фіброзу печінки та ВН не виявив залежності від ступеня фіброзу, але при відсутності фіброзу або наявності цирозу вірусне навантаження було нижче ніж при 1, 2 та 3 ступені фіброзу.

РАДІОЛОГІЯ: ультразвукова діагностика, конвенційна рентгенодіагностика, променева діагностика, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, променева терапія, ядерна медицина, радіаційна безпека

ДОЗИМЕТРІЯ IN VIVO ПРИ ОПРОМІНЕННІ РАКУ ГЕНІТАЛІЙ

Немальцова К.В., Сімбірцова А.С.

ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України», м. Харків

Мета. Вивчити залежність дозового навантаження на слизову прямої кишки та сечовий міхур під час проведення сеансу внутріпорожнинного опромінення на апараті MultiSource BEBIG в залежності від геометрії джерел і разової вогнищевої дози (РВД) у пацієнтів з онкогінекологічною патологією.

Матеріали та методи. В дослідження включено 10 хворих на рак геніталій віком від 43 до 67 років з діагнозом рак шийки матки (РШМ) T2-3Nx-1M0, які отримали етап внутріпорожнинного опромінення при радикальній програмі променевого лікування. Вимірювання дози, отриманої слизовою прямою кишкою і стінкою сечового міхура під час сеансу внутріпорожнинного опромінення проводилося щодня за допомогою апарата Multidos PTW-Freiburg на базі відділення променевої терапії ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України».

Результати та обговорення. Проводячи внутрішньоматкове опромінення за радикальною програмою у хворих на РШМ, у порожнину матки вводили ендостати із джерелом 60Co, РВД на точку А 5 гр. Доза на слизову прямою кишкою складала 1,80–2,66 гр та на задню стінку сечового міхура 1,86–2,50 гр. Дані дозиметрії in vivo такі: при внутрішньоматковому опроміненні на слизову прямої кишки доводиться 37–50% від РВД, на задню стінку сечового міхура – 38–48%. Навантаження на слизову прямої кишки знижується до середини лікування в середньому на 0,1–0,2 гр, що ймовірно пов'язано зі зменшенням післяопераційного або інфільтративного набряку тканин.

Висновки. Успіх променевої терапії залежить від точності підведення дози. Дозиметрія in vivo дозволяє виявити систематичні помилки протягом лікування шляхом контролю дози на критичні органи в реальному часі. Дозиметрія in vivo підтверджує дані про те, що доза на пряму кишку і стінку сечового міхура змінюється залежно від їх наповнення, а також неоднорідності навколишніх тканин. Верифікація дози при першому сеансі і в подальшому під час променевої терапії – невід'ємна частина сучасної брахітерапії. Дозиметрія у природних умовах покращує контроль якості лікування пацієнтів.

БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ БРАХІТЕРАПІЇ В ОНКОЛОГІЇ

Свинаренко А.В.

ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України», м. Харків

Мета. Забезпечення належного рівня локального контролю на різних етапах лікування злоякісних пухлин різних локалізацій завдяки використанню брахітерапії.

Матеріали та методи. На базі ДУ «ІМР НАМН України» було встановлено сучасний брахітерапевтичний комплекс Multisource із планувальною системою SagiPlan. Лікування проводилось як у монорежимі, так і у складі поєднаної променевої терапії на етапах комплексного лікування онкологічних хворих. Концептуальні та методологічні аспекти брахітерапії відповідали вимогам сучасних протоколів лікування неоплазій в залежності від стадії захворювання.

Результати та обговорення. Застосування брахітерапії як компонента неoad'ювантного або ад'ювантного лікування у групах хворих на рак прямої кишки (8 осіб з первинно-нерезектабельними пухлинами Т3-4N1-2M0 та 5 осіб з резектабельними пухлинами Т2-3N0-1M0, всі з подальшою радикальною операцією), неоперабельний рак шийки матки (24 особи Т3-4N-M0), рак ендометрія (опромінення вагінального рубця після радикальної хірургії при I-II стадії захворювання у 34 осіб), рак голови та шиї (5 осіб з нерезектабельними рецидивами або з прогресуванням після неoad'ювантної хімотерапії) дозволило констатувати у всіх без винятку випадках повну або часткову регресію пухлинних осередків згідно з критеріями RECIST. Упродовж першого року спостереження у жодного хворого не було виявлено ознак локального прогресування, тоді як рівень побічних ефектів опромінення відповідав 1-2 ступеню за критеріями CTCAE 4.03.

Висновки. Безпосередні результати свідчать, що застосування брахітерапії дає змогу збільшити локальний контроль над пухлиною при прийнятному рівні місцевих променеви реакцій. Такі переваги брахітерапії створюють передумови для більш широкого використання цього методу в комплексному лікуванні онкологічних хворих.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ПЛАНУВАННЯ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ХВОРИХ ДО БРАХІТЕРАПІЇ

Трофимов А.В., Васильєв Л.Л.

ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України», м. Харків

Одним з найсучасніших радикальних методів лікування раку передміхурової залози (РПЗ) є високодозова брахітерапія, яка вперше на території України буде застосовуватися в ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України». Брахітерапія РПЗ має низку переваг перед іншими методами лікування: точність доставки дози до мішені, короткий курс лікування (декілька сеансів), однорідний розподіл дози в передміхуровій залозі (ПЗ), мінімальна кількість променеви реакції з боку критичних органів.

Мета. Забезпечення якісного, індивідуального підходу до планування високодозової брахітерапії РПЗ з подальшим забезпеченням гомогенності дози в органі-мішені і максимальним зниженням променевого навантаження на критичні органи (уретра, сечовий міхур, пряма кишка).

Матеріали та методи. В дослідженні до високодозової брахітерапії ПЗ було підготовлено 4 пацієнти, зі стадією пухлинного процесу T1–T2, віком від 43 до 68 років. При підготовці використовували мультимодальний підхід із залученням таких методів, як КТ, МРТ, ультразвукове дослідження (УЗД), а також рентгенівський симулятор. Первинно проводили сканування пацієнтів на КТ з товщиною зрізу 1,0 мм в положенні лежачи на спині. Для поліпшення візуалізації контурів ПЗ і сім'яних пухирців застосовували МРТ. Згодом усі дані були імпортовані у планувальну систему. Розташування голів розраховували під контролем УЗД, а подальше відтворення їх розташування проводилося за допомогою рентгенівського симулятора.

Результати та обговорення. Використовуючи такі методи візуалізації, як КТ, МРТ, УЗД, а також рентгенівські зображення, досягнуто покриття 100% лікувальною дозою понад 95% обсягу-мішені, який включає в себе ПЗ, її капсулу та простір за нею.

Висновки. Підготовка до високодозової брахітерапії РПЗ є складним комплексним методом, що дозволяє провести прецизійне опромінення органа-мішені в короткі терміни з мінімізацією променевого навантаження на критичні органи і тканини.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ VATS-ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЕГКОГО

Красносельский Н.В.¹, Хериберт Ортлиб², Белый А.Н.¹

¹ГУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України», г. Харків

²Торакальное отделение госпиталя г. Баден-Баден, Германия

Цель. В западной литературе прочно установился термин VATS (video-assisted thoracic surgery). Уменьшение выраженности послеоперационной боли является едва ли не самым ожидаемым следствием малоинвазивного вмешательства. По объективным данным, малоинвазивный доступ «меньше болит». Одним из сдерживающих факторов внедрения любой технологической инновации может стать ее цена и «инертность» наших хирургов.

Материалы и методы. В клинике ГУ «ІМР НАМН України» было прооперировано 23 пациента с раком легкого, которым выполнены VATS-лобэктомии. Осложнений отмечено не было. Следует отметить уменьшение болевого синдрома (кратность введения наркоанальгетиков была в 2 раза меньше), отсутствие гнойных осложнений, ранняя реабилитация больных (в среднем больные выписывались на 5 дней раньше), косметический эффект.

Выводы. VATS-лобэктомии приобретают все большую популярность и доверие среди торакальных хирургов во всем мире. Радикальность вмешательств, осуществленных видеоторакоскопически, не уступает радикальности традиционных вмешательств, выполненных через торакотомный доступ. Уменьшение хирургической травмы,

раннее функциональное восстановление позволяют уменьшить количество осложнений, особенно у пациентов с сопутствующими легочными или внелегочными заболеваниями.

ТЕРАПІЯ, ПЕДІАТРІЯ, КАРДІОЛОГІЯ, НЕВРОЛОГІЯ, ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ, ЕНДОКРИНОЛОГІЯ, ДІЄТОЛОГІЯ

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПИТАННЯ МЕТОДОЛОГІЇ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ ПАЦІЄНТА З ПАТОЛОГІЄЮ ГЕПАТО-БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-НЕВРОЛОГА

Кононець О.М., Новікова О.В., Стецюк Р.А., Оржешковський В.В.

НМАПО імені П. Л. Шупика, кафедра неврології № 2, м. Київ

Мета. Аналіз і уточнення основних засад методології практичного заняття пацієнта з захворюваннями гепато-біліарної системи в практиці лікаря-невролога.

Матеріали та методи. Базуючись на даних літератури та клінічному досвіді досліджено і проаналізовано методологічні підходи до особливостей неврологічного огляду хворих з патологією гепато-біліарної системи, зокрема, теоретичну основу визначення оптимального обсягу неврологічних, нейропсихологічних та інструментальних досліджень в комплексному обстеженні зазначеного контингенту.

Результати та обговорення. Патологія гепато-біліарної системи є досить розповсюдженою медико-соціальною проблемою, оскільки значно погіршує якість життя пацієнтів. Біля 70% населення в світовій популяції страждає від вказаної патології. Загальновідомо, що соматичні захворювання можуть супроводжуватись різноманітними неврологічними та психологічними розладами. Зважаючи на патоморфоз багатьох патологічних процесів, що відбувається протягом останніх десятиліть, а також враховуючи те, що печінкова патологія може маніфестувати неврологічними клінічними проявами, рання діагностика неврологічних характеристик у пацієнтів з патологією гепатобіліарної системи є актуальною. На практичному занятті з патології гепатобіліарної системи також важливим є дослідження характеристик неврологічного статусу та психометричних характеристик.

Висновки. При проведенні практичного заняття з розділу соматоневрології, яке стосується неврологічних уражень при гепатобіліарній патології, важливим є детальне дослідження клініко-неврологічних, вегетативних, нейропсихологічних показників у таких пацієнтів, аналіз отриманих даних та їх клінічна та прогностична оцінка.

ДЕЯКІ КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК

Кононець О.М., Ткаченко О.В.

НМАПО імені П. Л. Шупика, кафедра неврології № 2, м. Київ

Мета. Уточнення клініко-неврологічних характеристик ураження нервової системи при хронічній хворобі нирок.

Матеріали та методи. Наведено результати одного із фрагментів комплексного обстеження 64 пацієнтів з хронічною хворобою нирок. Середній вік хворих становив 53 ± 2.43 роки. Комплексне обстеження пацієнтів включало: детальне клініко-неврологічне обстеження, нейропсихологічне (визначення рівнів конституційної та реактивної тривожностей за допомогою шкали Спілбергера-Ханіна), лабораторне (з визначенням параметрів електролітного балансу, азотного обміну, автоімунних маркерів пошкодження мозкової та ниркової тканин) та інструментальне дослідження (ультразвукове дослідження нирок, магнітно-резонансна томографія головного мозку, елетронеуроіографія).

Результати та обговорення. У пацієнтів з хронічною хворобою нирок при детальному обстеженні були виявлені ознаки пірамідної та екстрапірамідної дисфункції, порушення вегетативного забезпечення, зміни з боку нейропсихологічного статусу, зокрема підвищений рівень реактивної тривожності. Так, у пацієнтів з хронічною хворобою нирок у 75% мали місце різні форми цефалгічного синдрому, у 34% – реєструвався вестибуло-атактичний синдром, у 78% – мала місце полінейропатія, у 6% – полімононейропатія. Порушення вегетативного забезпечення було виявлено у 54% пацієнтів з хронічною хворобою нирок, причому переважно у пацієнтів, що перебували на діалізі. Підвищення рівнів конституційної та реактивної тривожностей відмічалась у 69% пацієнтів з хронічною хворобою нирок.

Висновки. При детальному обстеженні з хронічною хворобою нирок були виявлені ознаки ураження структур як центрального, так і периферичного відділів нервової системи, а також вегетативної нервової системи, виявлені певні нейропсихологічні особливості.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ В ДІАГНОСТИЦІ ЕНЦЕФАЛОМІЄЛІТУ, ЯК СИНДРОМУ

Новікова О.В.

НМАПО імені П. Л. Шупика, кафедра неврології № 2, м. Київ

Мета. Висвітлення особливостей перебігу синдрому енцефаломієліту при різних вірусних захворюваннях.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням та лікуванням знаходилось 23 хворих з діагнозом енцефаломієліт. Етіологія виникнення захворювання анамnestично, клінічно, епідеміологічно та за допомогою лабораторних методів дослідження (в тому числі імунологічних) підтверджена у 20. Так, енцефаломієліт, що був викликаний вірусом кору, мав місце у 4 пацієнтів. Для нього є характерним залучення і структура спинного мозку з формуванням ведучого мієлітичного компоненту, з порушенням функції тазових органів, парапарезів та геміпарезів. Післяваріцельозний енцефаломієліт, (або ще й в гострому періоді вітрянки) ми спостерігали у 10 пацієнтів. Вірус varicella zoster виявляє тропність до мозочкових структур з формуванням вираженого синдрому мозочкової атакції. Після коревої краснухи, що підтверджена у 3 пацієнтів розвинулась клінічна картина тяжкої токсичної енцефаломієлопатії. Післявакцинальний енцефаломієліт спостерігався нами у 3 пацієнтів через 9-14 днів після вакцинації проти грипу. Перебіг гострого періоду відзначався тяжким ураженням, як структуру головного мозку, так і мієлітичного синдрому. Однак регрес неврологічної симптоматики спостерігався значно швидше в порівнянні з коревим та процесом, що був викликаний varicella zoster. Етіологія процесу у 3 пацієнтів, що не була підтверджена, з найбільшою вірогідністю мала аутоімунний характер.

Результати та обговорення. Виокремленні клінічні особливості перебігу енцефаломієлітів при різних за етіологією ураженнях нервової системи у 23 пацієнтів. Одержані результати вказують на певну тропність вищезгаданих вірусних інфекцій до деяких структур головного та спинного мозку.

Висновки. Важливим є обґрунтування особливостей перебігу енцефаломієліту для певних нейроінфекцій. Наголошено на характерних клініко-неврологічних проявах у 23 пацієнтів з вірусним та аутоімунним механізмом захворювання.

СИНДРОМ НЕСПОКІЙНИХ НІГ: СУЧАСНІ ДІАГНОСТИЧНІ ТА ТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ

Орешковський В.В.

НМАПО імені П. Л. Шупика, кафедра неврології № 2, м. Київ

Мета. Вивчення особливостей перебігу синдрому неспокійних ніг (СНН).

Матеріали та методи. Досліджено 32 пацієнта (23 жінки та 9 чоловіків, вік (Me(Q1-Q3)) 64,0 (44,0-80,0)) з клінічними ознаками СНН, яким було проведено клініко-неврологічне дослідження, визначення рівня заліза в сироватці та вибірково електроміографія.

Результати та обговорення. СНН розглядається як своєрідний больовий синдром, що призводить до суттєвого порушення сну та має в своєму патогенезі дисфункцію як центральної так і периферичної нервової системи. За можливим етіологічним фактором пацієнти були представлені наступним чином: 8 пацієнтів зі зниженням рівня заліза та трансферину в сироватці, у 6 – був наявний сімейний анамнез СНН, 6 – мали паркінсонізм (4 – хвороба Паркінсона та 2 – мультисистемна атрофія), 2 – мали розсіяний склероз, у інших – ідіопатичний СНН, хоча у 15 пацієнтів СНН асоціювався з полінейропатією. У всіх хворих відмічалось порушення сну з добовим ритмом з виникненням неприємних відчуттів та болю в стопах та голіахкх з періодичними рухами кінцівок в період з 0 до 4 годин, що викликало порушення нічного сну та денну сонливість. Лікування СНН в залежності від можливих причин, або нормалізації рівня заліза в сироватці, що у пацієнтів з його зниженням покращувало стан та сон, або у більшості хворих додавання до лікування препарату проміпексолу та виключення з раціону кофеїновмісних продуктів, викликало суттєве покращення їх стану. Спостерігалась резистентність до лікування СНН при мультисистемній атрофії зі збереженням больового синдрому з розповсюдженням на руки.

Висновки. Синдром неспокійних ніг є своєрідним больовим феноменом, який зустрічається у значному відсотку хворих зі скаргами на порушення сну, суттєво впливає на якість життя та потребує з'ясування провідного етіологічного фактору, патогенетичного механізму та урахування коморбідності для ефективної медичної корекції.

ПОКАЗНИКИ ДЕПРЕСІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПОРАНЕННЯМИ КІНЦІВОК

Ткаченко О.В., Палінська В.І.

НМАПО імені П. Л. Шупика, кафедра неврології № 2, м. Київ

Мета. Дослідження показників депресії у пацієнтів з вогнепальними пораненнями кінцівок для оптимізації лікувально-діагностичних підходів.

Матеріали та методи. Матеріал є фрагментом комплексного клініко-параклінічного обстеження. Представлено аналіз даних показників депресії у 50 осіб з вогнепальними пораненнями кінцівок, які знаходилися на лікуванні в НВМКЦ «ГВКГ». Всі пацієнти були чоловічої статі і молодого віку. Обстеження проводилось в терміні від 2 до 30 днів після отриманого поранення. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб відповідного віку і статі. Діагностування депресивних розладів здійснено з використанням двох шкал, а саме: Госпітальної шкали (HADS) та шкали Гамільтона (HDRS). Статистична обробка даних проведена з використанням відповідного прикладного пакету програм.

Результати та обговорення. За Госпітальною шкалою (HADS) в основній групі показник, що відповідав значенню норми, зареєстровано у 6% обстежених, у решти показники виявились підвищеними від субклінічних до переважно клінічно виражених. В контрольній групі у 90% був показник норми, у 10% – мінімальна субклінічна депресія, клінічно виражених розладів не було. Різниця між середнім показником в основній і контрольній групі виявилась статистично

достовірною. Кількість випадків депресії, що були виявлені за допомогою кожної з застосованих шкал збігалася, а щодо ступеня вираженості депресивних розладів простежено деякі відмінності, що потребує подальшого дослідження.

Висновки. Проведення скринінгового обстеження для виявлення депресивних розладів у пацієнтів з вогнепальними пораненнями кінцівок є доцільним та сприяє визначенню осіб, які мають прояви клінічно вираженої депресії і потребують консультації профільного спеціаліста для оптимізації лікувальної тактики.

ДО ПИТАННЯ АКТУАЛЬНОСТІ НАВЧАННЯ ПО ТЕМІ «ГОСТРІ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ» В КОНТЕКСТІ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

Ткаченко О.В., Стецюк Р.А., Кононець О.М., Новікова О.В.

НМАПО імені П. Л. Шупика, кафедра неврології № 2, м. Київ

Мета. Аналіз актуальності навчання по темі «Гострі порушення мозкового кровообігу» в контексті підготовки сімейних лікарів.

Матеріали та методи. Нами проаналізовано низку сучасних аспектів судинної патології головного мозку, питань її викладання з урахуванням тенденцій, що зазнають змін, а також шляхи оптимізації цього процесу.

Результати та обговорення. За результатами аналізу динаміки епідеміологічних даних щодо судинної патології головного мозку зокрема в Україні, особливо щодо гострих порушень мозкового кровообігу, підтверджується актуальність цієї проблеми. Це пов'язано зі зростанням кількості випадків, з наявністю складних діагностичних питань і особливостей лікувальних підходів тощо. Крім цього періодично, але нерідко, рекомендації щодо лікувально-діагностичних заходів зазнають змін. Сімейний лікар має запідозрити, попередньо діагностувати гостре порушення мозкового кровообігу та здійснити необхідні організаційні заходи щодо госпіталізації. Зазначене обумовлює важливість викладання теми «Гострі порушення мозкового кровообігу» інтернам, яких готують як сімейних лікарів. Навчальний план має включати достатню кількість навчальних годин як для забезпечення сучасного інформаційного рівня висвітлення теми так і для засвоєння практичних вмінь таких як вчасне розпізнавання гострої судинної патології головного мозку і вибір оптимального організаційного лікувально-діагностичного підходу зокрема щодо госпіталізації.

Висновки. Важливим є виділення достатньої кількості навчальних годин для забезпечення як сучасного інформаційного рівня висвітлення теми з включенням дискусійних аспектів, що важливо для загального розуміння проблеми, так і можливостей засвоєння необхідних практичних вмінь.

СКРИНІНГОВА ОЦІНКА ЗМІН МІКРОБІОМУ У ПАЦІЄНТІВ З ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ КИШЕЧНИКА

Швець Н.І., Дорофєєв А.Е.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Оцінити частоту синдрому надмірного бактеріального росту (СНБР) за допомогою водневого дихального тесту з навантаженням лактулозою, як скринінгового маркера змін мікробіому, у пацієнтів з функціональною патологією кишечника.

Матеріали та методи. Одним із основних факторів патогенезу запальних і функціональних захворювань кишечника являються зміни якісного і кількісного складу кишкової мікробіоти. Ступінь вираженості і характер порушення мікробіому зумовлюють клінічні особливості проявів і характер ураження кишечника. Нами було обстежено 187 хворих з функціональною патологією кишечника (синдром подразненого кишечника (СПК), функціональний закрп, функціональна діарея). Для оцінки СНБР всім пацієнтам було застосовано водневий дихальний тест з навантаженням лактулозою.

Результати та обговорення. Хворі скаржились на абдомінальний біль, порушення випорожнення, метеоризм. Серед обстежених домінували пацієнти із СПК – 124 (66,3%), на другому місці були хворі з функціональним закрпем – 48 (25,7%) і у 15 (8,0%) діагностовано функціональну діарею. СНБР виявлено у 134 (71,7%) обстежених пацієнтів. Варто зазначити, що частота СНБР достовірно не змінювалась у залежності від характеру ураження кишечника.

Висновки. Таким чином, СНБР діагностовано у 71,7% пацієнтів з функціональною патологією кишечника. Частота, з якою зустрічався даний синдром, не залежала від форми функціональної патології кишечника. Оцінка СНБР за допомогою водневого дихального тесту з лактулозою може бути скринінговим маркером змін мікробіому у пацієнтів із патологією кишечника.

ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОКОНЦЕНТРАТІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ДІАБЕТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК

Швець Н.І., Пастухова О.А.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Дослідити ефективність та профіль безпеки фітоконцентратів у лікуванні хворих на цукровий діабет типу 2 (ЦД2) з діабетичною хворобою нирок (ДХН).

Матеріали та методи. Обстежено 43 хворих на ЦД2 з ДХН II-III ст. Середній вік пацієнтів склав 59,8±0,6 років. Тривалість захворювання на ЦД становила в середньому 16,2±0,3 років, на ДХН – 8,7±0,3 років. Хворим групи 1 (n=21) призначалась стандартна медикаментозна терапія (цукрознижуюча, антигіпертензивна, гіполіпідемічна), пацієнти групи 2 (n=22) додатково приймали комбінацію фітоконцентратів Нефропатін, Омовіт, Анемін (Екомед, Україна). Тривалість спостереження складала 20 тижнів.

Результати та обговорення. Застосування комбінації фітоконцентратів Нефропатін, Омовіт, Анемін призводило до додаткового достовірного зниження рівня креатиніну (на 14,3%), сечовини (на 15,5%), мікроальбумінурії (на 13,9%) та підвищення швидкості клубочкової фільтрації (на 8,7%), ніж призначення тільки стандартної медикаментозної терапії. У хворих групи 2 відмічалось також достовірне зменшення кількості лейкоцитів, еритроцитів та циліндрів у загальному аналізі сечі (на 42,5%, 34,7% і 19,2% відповідно). Крім цього, у групі 2 спостерігалась тенденція до збільшення рівня гемоглобіну на 5,8% і кількості еритроцитів на 4,9% (p>0,05). Терапія фітоконцентрами не викликала побічних реакцій. Добра переносимість лікування зафіксована у 95,3% пацієнтів.

Висновки. Застосування комбінації фітоконцентратів Нефропатін, Омовіт, Анемін в комплексній терапії пацієнтів на ЦД2 з ДХН сприяє достовірному покращенню показників фільтраційної та екскреторної функції нирок, зменшує прояви анемічного синдрому порівняно з призначенням тільки стандартного лікування. Фітоконцентрати доцільно призначати хворим на ЦД2 з ДХН у поєднанні з базисною терапією.

СИМУЛЯЦІЙНІ МЕТОДИ НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ ТЕРАПІЇ

Бенца Т.М.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Оптимізація процесу оволодіння та відпрацювання практичних навичок з надання медичної допомоги лікарями-інтернами за спеціальністю «Внутрішні хвороби» та лікарями-слухачами передестаційних циклів з терапії.

Матеріали та методи. Симуляційні технології дозволяють навчати як окремим практичним навичкам, так і відпрацювати різноманітні сценарії клінічної ситуації на манекенах. Моделюються ситуації, що максимально наближені до реальних. Важливе значення надається формуванню у лікарів готовності до прийняття самостійного адекватного рішення в конкретній клінічній ситуації, розвитку продуктивного клінічного мислення та творчих здібностей. Велика увага надається відпрацюванню забезпечення безпеки пацієнтів.

Результати та обговорення. Під час навчання лікарі-інтерни та лікарі-слухачі освоюють практичні навички з проведення серцево-легеневої реанімації в умовах стаціонару самостійно та з асистентом, а також засвоюють алгоритм дій при проведенні серцево-легеневої реанімації, якщо пацієнт знаходиться не в стаціонарі. Вивчають проведення катетеризації периферичної вени із детальним розбором клінічних ситуацій та проведенням бесіди на отримання інформованої згоди для проведення маніпуляції, а також теоретичну частину навички: спостереження за катетером після завершення процедури. Лікарі-інтерни також освоюють навичку надання невідкладної допомоги при напруженому пневмотораксі з визначенням критеріїв напруженого пневмотораксу та практичним виконанням евакуації повітря з плевральної порожнини. Розбирають критерії визначення гідротораксу, покази до дренирування плевральної порожнини і практичне виконання маніпуляції: евакуацію рідини з плевральної порожнини.

Висновки. Таким чином, застосування симуляційних методів дозволяє наблизити навчальний процес до реальних умов, сприяє закріпленню практичних навичок у лікарів-інтернів та лікарів-слухачів.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ»

Пастухова О.А.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Оптимізація навчального процесу на етапі післядипломної освіти відповідно до вимог навчального плану і програми інтернатури за спеціальністю «Внутрішні хвороби».

Матеріали та методи. Для раціонального формування знань лікарів-інтернів застосовуються як традиційні засоби (підручники, посібники, методичні рекомендації, тощо), так й інноваційні методи дистанційного навчання з використанням Інтернет-технологій. На заняттях моделюються невідкладні ситуації, які вимагають максимальної концентрації і прийняття швидкого адекватного рішення. Важливе значення надається формуванню у лікарів-інтерна продуктивного клінічного мислення, готовності до прийняття самостійного адекватного рішення в складній діагностичній ситуації, розвитку креативних здібностей, самоконтролю, вмінню дискутувати. Для цього лікарі-інтерни отримують завдання скласти ситуаційні задачі, написати реферати, створити міні-презентації за темою заняття.

Результати та обговорення. У вступному слові викладач визначає мету, завдання та порядок проведення семінарського заняття. Проводиться базисний тестовий контроль знань. Після цього інтерни доповідають етіологію, патогенез, клінічну картину, методи діагностики, діагностичні алгоритми, етапи диференційної діагностики та сучасні стандарти лікування конкретного захворювання внутрішніх органів. Викладач акцентує увагу на проведенні

диференційної діагностики та особливостях ведення пацієнтів з урахуванням клінічної ситуації. Усі інтерни активно залучаються до дискусії. Наприкінці семінару проводиться заключний тестовий контроль знань. У заключному слові викладач підсумовує результати семінару, вказує на типові помилки та оцінює знання інтернів.

Висновки. Оптимізація навчального процесу у лікарів-інтернів передбачає концептуальну єдність змісту, форм і методів навчання; проблемно-орієнтований, розвиваючий характер викладання, індивідуалізацію навчального процесу, адекватний контроль засвоєння теоретичних знань і практичних навиків, втілення у освітній процес інноваційних методів навчання.

АД'ЮВАНТНА ТЕРАПІЯ АТЕРОСКЛЕРОЗУ

Пилипчук В.С., Проша М.В.

Науково-виробниче об'єднання «Екомед», м. Київ

Сучасна терапія атеросклерозу часто зустрічається з проблемами, які знижують ефективність лікування. Необхідне доповнення засобами, які діють у відповідності з фізіологічними процесами людини, сприяють відновленню функцій уражених органів. Найбільше на цю роль підходять засоби рослинного походження, які мають розвинені рецептори до клітин організму людини. Зокрема, при комплексному прийомі фітоконцентратів холенорм, лізорм і кришталі виявляються гіполіпідемічний і ангіопротекторний ефекти. Гіполіпідемічний ефект холенорму досягається за рахунок впливу на процес розщеплення, всмоктування, ресинтезу і гідролізу жирів в епітелії слизової тонкого кишечника, поліпшення циркуляції жовчних кислот в печінці, підвищення екскреції холестерину з жовчю, підвищення метаболічної активності гепатоцитів, за рахунок чого посилюється окислення тригліцеридів. До складу лізорму входять ферменти рослинного походження, які розщеплюють білкові компоненти (фібрин, колаген і ін.) атеросклеротичної бляшки. Крім того, лізорм знижує напруженість аутоімунних процесів, які впливають на формування дефекту ендотелію судинної стінки. Кришталі застосовується як препарат, що поліпшує реологічні властивості крові і функціональний стан ендотелію судинної стінки. Експериментальні та клінічні дослідження підтвердили, що ці ад'ювантні засоби дозволяють значно підвищити ефективність лікування та покращити якість життя хворих. Фітоконцентрати не викликають побічних ефектів, оскільки рослинна сировина кожного виду до складу препарату виводиться у невеликих кількостях. Більше того, вони суттєво зменшують побічні дії інших лікарських засобів, які застосовуються у комплексному лікуванні пацієнтів з атеросклерозом.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Пилипчук В.С., Проша М.В.

Науково-виробниче об'єднання «Екомед», м. Київ

Мета. Вивчення впливу фітоконцентратів Холенорм, Кришталі і Лізорм на динаміку артеріального тиску, ліпідний спектр плазми і показники гемодинаміки у пацієнтів з атеросклерозом.

Матеріали та методи. Обстежений 61 пацієнт віком від 42 до 59 років з артеріальною гіпертензією (АГ) I-II стадії. У 40 пацієнтів даної групи встановлена ішемічна хвороба серця (ІХС). У дослідження були включені особи з рівнем загального ХС > 5,2 ммоль/л, ЛПНЩ > 4,0 ммоль/л, ЛПВЩ < 0,9 ммоль/л і тригліцеридів > 3 ммоль/л. Всі хворі були розділені на 2 групи, співставні за статтю, віком, тривалістю АГ. До 1 групи увійшли 31 пацієнт із тривалістю АГ 9,8 ± 1,9 р., яким проводилося лікування інгібіторами АПФ, діуретиками та блокаторами кальцієвих каналів. В 2 групі було 30 пацієнтів з тривалістю АГ в анамнезі до 11,9 ± 1,7 років, яким окрім стандартної терапії, призначені фітоконцентрати Холенорм, Лізорм і Кришталі. Тривалість терапії складала 6 місяців.

Результати та обговорення. Пацієнти 2 групи вже через 1 місяць відзначили зменшення задишки, болю в серці, головного болю. Відмічено достовірне зниження середньо-групових показників АТ (систоличного з 159,5 до 142,5 мм рт.ст. (на 11%); діастолічного з 97,4 до 88,3 мм рт.ст. (на 9,2%)). Поліпшення клінічних і гемодинамічних показників на 4-8 тижні терапії дозволило знизити у 18 пацієнтів (60%) цієї групи дози та кількість медикаментів базисної терапії. Зниження середньогрупових показників АТ у 1 групі відбулося на 6% для систолічного тиску: з 162 до 153 мм рт.ст. і на 5% діастолічного: з 95 до 91 мм рт.ст. На фоні проведеної терапії в 2 групі спостерігалось зниження рівня загального ХС і нормалізація ліпідного спектра плазми крові за рахунок достовірного зниження рівня атерогенних ЛПНП і підвищення рівня ЛПВП.

Висновки. Застосування фітоконцентратів Холенорм, Кришталі і Лізорм у комплексної терапії атеросклеротичного процесу протягом 6 місяців виявило стійкий антиангінальний і гіпотензивний ефекти, а також нормалізацію ліпідного спектру крові.

СИСТЕМНІ МІКОЗИ У ПАЦІЄНТІВ З ІМУНОДЕФІЦИТНИМИ СТАНАМИ

Петруша О.О.¹, Дягіль І.С.¹, Сілаєв Ю.О.¹, Орлов В.М.²

¹Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України, м. Київ

²Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ

Мета. Визначити можливості діагностики та лікування системних мікозів у пацієнтів з гематологічною патологією.

Матеріали та методи. Описані випадки лікування системного мікозу, що ускладнив перебіг гематологічної патології. Для діагностики використані МСКТ, цитологічні, мікробіологічні та ПЛР дослідження, галактамананний тест.

Результати та обговорення. Жінка 32 р., д-з: Гостра мієлоїдна лейкемія. Після курсу індукції ремісії «7+3» виявлені вогнищеві зміни в легенях. Туберкульоз виключений дослідженнями змиву з бронхів та ПЛР. При МСКТ виявлені вогнищеві зміни у головному мозку та печінці. Припущення про системний мікоз підтверджено повільним позитивним ефектом протигрибкової терапії (нормалізація температури та динаміка МСКТ) та виявленими спорами при гістологічному дослідженні трепанобіоптату печінки. Початкова доза воріконазолу була знижена через виникнення гострого гепатиту С з печінковою комою. Чоловік 71 р., д-з: Множинна мієлома. Мікотичне ураження запідозрене на підставі лихоманки, резистентної до антибіотиків, та «симптому матового скла» у лівій легені (S4, S8). Підтверджено наявністю у бакпосіві змиву з бронхів грибів-актиноміцетів *Scorariopsis*. Швидка позитивна відповідь на терапію воріконазолом: нормалізація температури та регресія по МСКТ. Чоловік 57 р., д-з: Первинний мієлофіброз. Наявність лихоманки 2 місяці з симптомом «матового скла» в верхівках легень, помірна спленомегалія. Мікотичне ураження легень підтверджено швидкою нормалізацією температури та регресією по МСКТ на тлі застосування воріконазолу. В усіх випадках галактамананний тест негативний, що не підтвердило припущення про найчастіший системний мікоз аспергілоз.

Висновки. Верифікація типу мікозу залишається складним завданням. В усіх випадках успішна емпірична терапія підтвердила мікотичний характер ураження органів при імунodefіцитному стані. Таким чином, при наявній лихоманці з МСКТ симптомами мікозу, доцільно проведення антимікотичної терапії за сучасними рекомендаціями.

ТРОМБОЦИТОЗ У КОМПЛЕКСІ ОЦІНКИ ВАЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ БОЙОВОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ТРАВМИ

Петруша О.О.¹, Савченко Я.Б.², Гончаров Я.П.², Гібало Р.В.²

¹ Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України, м. Київ

² Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ

Мета. Дослідити зв'язок реактивного тромбоцитозу з важкістю стану, кількістю повторних оперативних втручань та рутинними лабораторними маркерами запалення.

Матеріали та методи. Обстежено 756 чоловіків у віці 19-49 років (29,2±0,7 р.), які надійшли до хірургічних відділень ГВКГ після бойових травм, отриманих у зоні АТО в 2014-15 рр. У пацієнтів враховані показники під час 4-5 послідовних оперативних втручань. За допомогою програми «STATISTICA 6.0» проаналізований зв'язок кількості тромбоцитів з важкістю стану, числом оперативних втручань, кількістю лейкоцитів, фібриногеном, еритроцитарними індексами MCV та MCH, що знижуються при дефіциті заліза при крововтратах.

Результати та обговорення. Кількість пацієнтів з тромбоцитозом >450*10⁹/л склала 109 (17,3%). При проведенні однофакторного дисперсійного аналізу виявлено достовірний вплив на кількість тромбоцитів: кількість оперативних втручань (R²=26,2, критерій Фішера F=28,3, p<0,001), кількість лейкоцитів (R²=26,2, F=26,2, p<0,001) та рівня фібриногену (R²=19,9, F=15,8, p<0,001). При проведенні багатофакторного регресійного аналізу виявлено достовірний вплив на кількість тромбоцитів наступних факторів: тяжкість стану (Beta=-0,135±0,053, p<0,05), кількість оперативних втручань (Beta=0,254±0,053, p<0,001), кількість лейкоцитів (Beta=0,241±0,048, p<0,001), рівень фібриногену (Beta=0,205±0,048, p<0,001), MCV (Beta=0,227±0,057, p<0,001) та MCH (Beta=-0,207±0,056, p<0,001).

Висновки. Тромбоцитоз є маркером запального процесу та важкості перебігу травматичної хвороби. Це підтверджено як прямим зв'язком між кількістю тромбоцитів окремо з кожним із досліджених параметрів, так і зв'язком з комплексом досліджених маркерів ускладненого перебігу хірургічної патології.

COEXISTANCE OF CHRONIC MYELOPROLIFERATIVE AND LYMPHOPROLIFERATIVE NEOPLASMS: FREQUENCY OF VERIFICATION AND RELEVANCE IN UKRAINIAN PATIENS

Stupakova Z.V.¹, Dyagal I.S.¹, Karnabeda O.A.², Silaev Y.O.¹, Tovstogan A.O.¹, Martina Z.V.¹, Bentsa T.M.³

¹ National Research Center for Radiation Medicine of NAMS of Ukraine, Kyiv, Ukraine

² Bohomolets National Medical University, Kyiv

³ Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

The aim of this study is to pay attention of clinicians on such type of the association, necessity of development special guidelines and more close relation between haematologists pathologists and physicians of other specialties.

Materials and methods. For this study we analyzed six clinical cases of such type association verified by European and American standards of diagnosis: cytomorphology, histology, immunohistochemistry, cytogenetic and molecular methods.

Results and discussion. We report six clinical cases with the coexistence of myeloproliferative (MPN) and lymphoproliferative (LPN) neoplasms. All patients with MPN and LPN were diagnosed concomitantly; none of the patients have received any treatment prior to the survey. Three patients had Chronic lymphocytic leukaemia/Chronic myeloproliferative disorder (Essential thrombocythemia, JAK-2 positive), two patients had Myelodysplastic syndrome/Chronic lymphoproliferative disorder (NHL) and one patient was diagnosed with T-cell NHL/Chronic myeloid leukaemia (Ph positive, BCR-ABL positive).



Conclusions. Rapid development of genetical and molecular methods of diagnosis supports emerging more accuracy types of nosology and different associations between them are available in Ukraine. Modern scientific approach promotes accuracy diagnostic of such type association and contributes the necessity of development new diagnostic and treatment guidelines for such type of co-occurrence as well as promotion of investigations and multidisciplinary approach together with pathologists and physicians of other specialties.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Зуєв К.О.

Київський міський клінічний ендокринологічний центр, м. Київ

Мета. Вивчити розлади харчової поведінки (РХП) серед пацієнтів із цукровим діабетом 2-го типу (ЦД2) з ожирінням (О) та артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали та методи. РХП є однією з причин підвищення маси тіла у осіб з аліментарно-конституціональним О. За екстернального розладу харчової поведінки пацієнти з О не в змозі відмовитись від їжі за її візуальної доступності. За емоціогенного харчового розладу особи з надмірною вагою вживають їжу з метою заспокоєння за певних стресів. Рестриктивний розлад харчової поведінки проявляється надмірним потягом до їжі («харчове пияцтво»), який виникає після кількох невдалих спроб схуднути. Обстежено 53 пацієнти (25 чоловіків і 28 жінок) у віці $55,9 \pm 2,15$ з ЦД2, АГ І-ІІ стадії, 2 ступеня та О І-ІІІ ступеню (ІМТ $30,0-40,0$ кг/м²). Проведено опитування пацієнтів за допомогою опитувальника за Т. Van Strien (1986). Визначався ступінь РХП за екстернальним, емоціогенним та обмежувальним типами. Оцінка проводилася за бальною системою. Опитувальник для виявлення екстернального РХП мав 10 запитань, на які пацієнти могли дати 6 варіантів відповідей: ніколи, рідко, іноді, часто, дуже часто і завжди, що відповідало балам від 0 до 5. Отримані бали були сумовані і поділені на кількість запитань. Вимірювання ступеня емоціогенного та обмежувального РХП проводилося за тим же принципом з використанням опитувальника з 13 та 10 питань відповідно. Про наявність екстернального розладу харчової поведінки свідчила кількість балів вище 2,68, емоціогенного – вище 2,03, обмежувального – 2,68.

Результати та обговорення. Ступінь екстернального РХП серед обстежених пацієнтів становила $2,95 \pm 0,59$, емоціогенного – $2,0 \pm 0,9$, обмежувального – $2,94 \pm 0,77$.

Висновки. Серед осіб з ЦД2 з О та АГ найбільш розповсюдженими є екстернальний та обмежувальний типи РХП, тоді як емоціогенний розлад представлений недостатньо.

ХРОНІЧНА ХВОРОБА НИРОК ТА ЕКОЛОГІЯ

Бевзенко Т.Б.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Вивчення поширеності та захворюваності на хронічну хворобу нирок (ХХН) залежно від екологічних зон мешкання хворих.

Матеріали та методи. Зіставлено поширеність і захворюваність на ХХН у 33 регіонах однієї області (55% міських і 45% сільських) з екологічними показниками атмосферного повітря, питної води, ґрунту та ґрунтових вододжерел.

Результати та обговорення. Встановлено дисперсійний зв'язок поширеності ХХН із розвитком у регіоні машинобудівної промисловості та з показниками в повітрі фенолу. Параметри захворюваності прямо корелювали з рівнями мінералізації питної води та із вмістом у ній фосфатів, а обернено – з концентрацією аміаку в повітрі та нітратів у питній воді. Поширеність ХХН на 26%, а захворюваність на 43% порівняно з обласними показниками виявилися меншими у хворих із високим рівнем за місцем мешкання в питній воді сульфатів, на 38% і 40% – нітратів. На поширеність ХХН впливали рівні в ґрунті Ва, Сu і Zn, а також концентрації в ґрунтових водах Ni та Pb. Причому із вмістом в ґрунті Сu виявлено прямий кореляційний зв'язок ($p=0,043$). Захворюваність на ХХН із параметрами мікроелементів у довіклі не пов'язано. На нашу думку, показники Сu в ґрунті >80 мг/кг і в ґрунтових водах >3 мг/л ($>M+2SD$) є чинниками ризику розвитку ХХН.

Висновки. Виявлено тісний зв'язок розвитку імунозапальних і інфекційнозапальних ХХН з екологічним станом зон мешкання хворих, вплив на характер ураження ниркових структур (клубочків, каналців, стромы) ксенобіотиків (неорганічних та органічних хімічних речовин, есенціальних і токсичних мікроелементів), які викликають підвищену антигенну атаку на організм.

ЗНИЖЕННЯ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ОКРЕМИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПОРОЖНИНИ РОТА ЯК ЗАГРОЗА ЗДОРОВ'Ю НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

Чопчик В.Д.

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

Мета. Охарактеризувати доступність медичної допомоги при окремих захворюваннях порожнини рота (ОЗПР) для населення України та медико-соціальні наслідки її зниження.

Матеріали та методи. Для аналізу матеріалів вибіркового дослідження Держкомстату та форм статистичної звітності МОЗ України використано медико-статистичний метод.

Результати та обговорення. Виявлено тенденцію до зниження доступності медичної допомоги при ОЗПР для населення України. Частка осіб, які не змогли в разі потреби отримати допомогу при ОЗПР, зросла з 7,51% 2013 року до 10,13% 2017 року ($p < 0,05$), а зробити протезування – з 5,2% до 8,3% ($p < 0,05$). Найнижчою є доступність медичних послуг при ОЗПР для населення із доходами, нижчими від прожиткового мінімуму, сільських мешканців і сімей із дітьми. Зниження доступності є однією з основних причин невичасного одержання допомоги при ОЗПР населенням України. У 2017 році кожний четвертий (25,3%) випадок карієсу в дорослих і кожний п'ятий (21,0%) у дітей лікувалися на стадії ускладнень. Серед злоякісних новоутворень ротової порожнини 50,5% було виявлено в занедбаній стадії. Несприятлива ситуація щодо ОЗПР серед дитячого населення негативно впливає на стан їх загального здоров'я впродовж усього життя. Крім того, сьогодні доведено наявність шкідливих патогенетичних взаємозв'язків між ОЗПР та хронічними неінфекційними хворобами, які є основною причиною передчасної смертності та інвалідності населення України. Тому забезпечення доступності медичної допомоги при ОЗПР є актуальною складовою збереження здоров'я населення.

Висновки. Виявлені тенденції до зниження доступності медичної допомоги при ОЗПР для населення України засвідчують необхідність затвердження гарантованого рівня безоплатної допомоги для соціально незахищених верств населення та, в першу чергу, дітей.

ПРОБЛЕМА ВИБОРУ РАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНИХ ТАХІАРИТМІЙ У НОВОНАРОДЖЕНИХ В УКРАЇНІ

Дацко Г.Р., Лакша О.Т.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Частота аритмій серед новонароджених становить 1-5%. Серед усіх тахіаритмій суправентрикулярна тахікардія (СВТ) є найбільш характерною в період новонародженості. Частота виникнення СВТ у дітей широко варіює та складає від 1 на 250 до 1 на 25 000.

Мета. Привернути увагу до необхідності розроблення на тлі міжнародних стандартів алгоритмів медикаментозного лікування СВТ для юридичного захисту лікарів.

Матеріали та методи. Аналіз даних опублікованих за 2000-2017 роки праць, інструкцій із медичного застосування препаратів, методичних рекомендацій із ведення дітей із порушеннями ритму серця.

Результати та обговорення. Аналіз існуючих рекомендацій із медикаментозного лікування суправентрикулярних тахіаритмій у новонароджених дозволив виділити декілька препаратів, що найчастіше застосовуються для лікування СВТ: аденозин трифосфат, аміодарон, пропafenон, флекаїнід, соталол, дигоксин. Детальне вивчення інструкцій до даних препаратів засвідчило, що всіх їх, крім дигоксину, протипоказано в дитячому віці.

Висновки. Дослідження показало, що практично всі медикаменти, що застосовуються для купірування приступів тахікардії в нашій країні, заборонено для використання в новонароджених інструкціями через відсутність належних даних стосовно безпеки та ефективності. Препарати, в інструкції яких дитячий вік не є протипоказанням, не зареєстровано в Україні, а юридичні аспекти захисту лікарів у даній ситуації не розроблено, що призводить до незахищеності медичних працівників, які надають невідкладну допомогу новонародженим.

ВПЛИВ ДОНАТОРІВ МОНООКСИДУ НІТРОГЕНУ НА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ В ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ НАПРУГИ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ

Хухліна О.С., Дрозд В.Ю.

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Мета. Вивчити зв'язок між рівнем кінцевих метаболітів монооксиду нітрогену (NO), прийманням нітратів і результатами опитувальника GERDQ у хворих на стабільну стенокардію напруги (ССН) і гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ).

Матеріали та методи. До дослідження включено 88 хворих на ССН І-ІІ ФК із коморбідною ГЕРХ (А, В, С) віком від 48 до 79 років. Усім пацієнтам проведено визначення рівнів кінцевих метаболітів NO (нітрати, нітрити) в крові, підрахунок кількості прийнятих таблеток нітрогліцерину за тиждень та опитування за допомогою опитувальника GERDQ.

Результати та обговорення. Середній вміст метаболітів NO у сироватці крові пацієнтів із ССН і коморбідною ГЕРХ становило $42,83 \pm 1,58$ мкмоль/л і мало сильний прямий кореляційний взаємозв'язок ($r=0,84$) із середньою кількістю прийнятих за тиждень таблеток нітрогліцерину ($4,25 \pm 0,17$ шт). Середня кількість балів, набраних за даними опитувальника GERDQ, складала $12,88 \pm 0,23$, що свідчить на користь вираженої симптоматики ерозивної ГЕРХ. Встановлено сильний прямий кореляційний зв'язок ($r=0,89$) між кількістю балів за даними GERDQ і рівнем метаболітів NO, що може свідчити про депресорну дію нітрогліцерину та NO на функціональну активність нижнього стравохідного сфінктера у хворих на ССН і ГЕРХ.

Висновки. Приймання нітрогліцерину асоціюється зі збільшенням концентрації кінцевих метаболітів NO в сироватці крові та вищим показником за даними опитувальника GERDQ у хворих на ССН із коморбідною ГЕРХ.

ДО ПИТАННЯ ВИЗНАЧЕННЯ РОЛІ АНТРОПОГЕННИХ ЕНДОКРИНОПОШКОДЖУЮЧИХ ЧИННИКІВ ДОВКІЛЛЯ У ФОРМУВАННІ ОНКОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ

Главачек Д.О.

ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзеєва НАМН України», м. Київ

Мета. Оцінка ролі забруднюючих атмосферне повітря пріоритетних хімічних канцерогенів у формуванні онкологічної захворюваності населення.

Матеріали та методи. Медико-статистичними та математичними методами проведено дослідження взаємозв'язку забруднення атмосферного повітря низки міст України канцерогенними сполуками із захворюваністю населення на ендокрино- і гормонозалежні форми раку: рак молочної, передміхурової, щитоподібної залози та яєчника в динаміці за 1985-2016 рр.

Результати та обговорення. Аналіз матеріалів показав, що останні 30 років в Україні одночасно зі змінами якості довкілля змінилася структура захворюваності на рак. Якщо на початку спостережень переважали новоутворення легень і шлунка, то в подальшому відбувся перерозподіл локалізації, які формують структуру 10 найбільш соціально значущих. Сьогодні за темпами приросту переважають форми раку, пов'язані з ендокринною системою. Зокрема, на тлі зменшення захворюваності до 30% на рак легень і шлунка загальна онкозахворюваність зросла на 26%, а такі локалізації, як рак передміхурової, молочної та щитоподібної залози – більше, ніж у 2-3 рази (225-340%). Важливо зазначити, що більші рівні захворюваності реєструються у районах промислових та сільськогосподарських територій – там, де використовуються пестициди, гербіциди та фунгіциди, а також реєструється більше забруднення довкілля промисловими викидами, які містять канцерогенні сполуки, у т.ч. ендокринопошкоджуючі. Проведені дослідження підтвердили вплив забруднюючих атмосферне повітря пріоритетних хімічних канцерогенів на онкологічну захворюваність населення: виявлено позитивний кореляційний зв'язок між забрудненням атмосферного повітря та стандартизованими показниками захворюваності на ендокрино- та гормонозалежну онкопатологію.

Висновки. Отримані дані свідчать про зв'язок онкозахворюваності та особливостей її формування з антропогенними ендокринопошкоджуючими чинниками довкілля, що вимагає подальшого поглибленого вивчення.

ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ТРОМБОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В УМОВАХ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ М. ХЕРСОН

Гостева Г.В.^{1,2}

¹КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня ім. Є.Є. Карабелеша», м. Херсон

²ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Порівняння результатів лікування хворих у найгостріший період ішемічного інсульту залежно від проведеної терапії.

Матеріали та методи. Проаналізовано 90 історій хвороб пацієнтів з ішемічним інсультом. Дві групи: I – хворі зі стандартним лікуванням, II – після тромболітичної терапії (ТЛТ). Порівнювали показники 2 груп пацієнтів (разом 90, із них 45 після ТЛТ, 45 після стандартного лікування). Критерії порівняння: регрес неврологічного дефіциту за NIHSS, терміни перебування в стаціонарі, ступінь непрацездатності.

Результати та обговорення. Внаслідок лікування в I групі хворих, підгрупі тяжких інсультів (20-166 за NIHSS) у 7 хворих (46%) виявлено виражений неврологічний дефіцит (16-126), у 5 (33%) – середній (11-96), у 3 (21%) – легкий неврологічний дефіцит (7-36) без летальних випадків. Тривалість перебування в лікарні – 12-16 діб, 5-6 діб у блоці інтенсивної терапії. Друга група: з 15 осіб у підгрупі тяжких інсультів (20-16 балів NIHSS) грубий неврологічний дефіцит виявлено в 4 (27%), у 3 (20%) – середнього ступеня (11-96), у 8 (53%) – мінімальний неврологічний дефіцит (7-36). Зафіксовано позитивну різницю в термінах перебування в стаціонарі: I група – $13 \pm 1,8$ діб, II – $10,5 \pm 1,1$ діб. У групі після ТЛТ летальних випадків не було, в 4 осіб відзначено геморагічні трансформації без погіршення стану, для спостереження подовжили термін перебування у стаціонарі. У хворих, які поступили у першу годину від початку інсульту, відбувся цілковитий регрес неврологічної симптоматики після ТЛТ (2-3 бали NIHSS від 14-166), а в II групі 1 пацієнт із тромбоцитопенією був виписаний із середнім неврологічним дефіцитом (116 проти 16), 2 – із легкими порушеннями (3-5 проти 12-10 балів).

Висновки. Ранні госпіталізація та початок лікування позитивно впливають на відновлення функцій хворих внаслідок обох видів лікування. ТЛТ є ефективним і перспективним методом лікування інфаркту мозку.

ДОСЛІДЖЕННЯ ГОМЕОСТАЗУ ГІДРОГЕНУ СУЛЬФІДУ ЗА НЕАЛОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Хухліна О.С., Гринюк О.Є., Мандрик О.Є.

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб, м. Чернівці

Мета. Визначити роль гідрогену сульфід (H₂S) у прогресуванні хронічного обструктивного захворювання легень

(ХОЗЛ) і неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) на тлі ожиріння.

Матеріали та методи. Групи обстежених: 1-а група – 28 пацієнтів із ХОЗЛ (2В GOLD), 2-а група – 23 хворих на ХОЗЛ (3С, D), 3-я група – 25 пацієнтів із ХОЗЛ (2В) із НАСГ, 4-а група – 24 хворих на ХОЗЛ (3С, D) із НАСГ. Група контролю – 20 здорових осіб (ПЗО).

Результати та обговорення. Вміст H2S у крові був зниженим: у хворих 1-ї та 2-ї груп – в 1,3 та 1,7 рази ($p<0,05$), у хворих 3-ї та 4-ї груп – у 2,2 та 2,9 рази ($p<0,05$) порівняно з показником ПЗО ($p<0,05$). Вірогідно він знижувався зі збільшенням стадії ХОЗЛ і за коморбідності з НАСГ. Виявлено кореляційні взаємозв'язки між рівнем H2S і показниками бронхообструкції (ОФВ1: $r=0,69$, $p<0,05$), цитолозімом гепатоцитів (АлАТ: $r=-0,63-0,66$, $p<0,05$), гіперліпідемією ($r=-0,52-0,61$, $p<0,05$), гіперпродукцією компонентів сполучної тканини (білковозв'язаний оксипролін, глікозаміноглікани, фібронектин, гексозаміни, сіалові кислоти) ($r=-0,65-0,71$, $p<0,05$), протеолізом ($r=-0,48-0,56$, $p<0,05$) і дисфункцією ендотелію (монооксид нітрогену, гомоцистеїні) ($r=-0,55-0,69$, $p<0,05$).

Висновки. Із прогресуванням ХОЗЛ, зокрема в пацієнтів із коморбідністю (НАСГ), встановлено кореляційні зв'язки між вмістом H2S у крові та окремими патогенетичними ланками взаємообтяження ХОЗЛ і НАСГ на тлі ожиріння.

ЕФЕКТИВНІСТЬ СКРИНІНГУ ПЕРЕДРАКОВИХ УТВОРЕНЬ ТОВСТОЇ КИШКИ З ВИКОРИСТАННЯМ ШИРОКОКУТОВОЇ ЕНДОСКОПІЇ З ВИСОКОЮ РОЗДІЛЬНОЮ ЗДАТНІСТЮ ТА NBI-ТЕХНОЛОГІЄЮ

Яковенко В.О., Губар О.С.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Вивчити ефективність скринінгу поверхневих неоплазій товстої кишки (ТК) із використанням ширококуткової ендоскопії з високою роздільною здатністю і вузькоспектральним освітленням.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати дослідження ТК у 105 пацієнтів, яким протягом 2014-2018 рр. у ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС виконано 132 ВІКС із високою роздільною здатністю та NBI-технологією відеокOLONоскопом «Olympus EVIS EXERA II CV-H180». Підготовка до ВІКС та ендоскопії – за стандартними методиками. За виявлення утворень за можливості виконували холодну щипцеву поліпектомія щипцями «Jumbo forceps Olympus», 6 мм, холодну петлеву поліпектомія або електроексцизію з подальшим гістологічним дослідженням. Статистична обробка – за допомогою пакета «MedStat 8.0».

Результати та обговорення. Проведено 132 ВІКС із використанням NBI-технології 105 пацієнтам, 34 (32,4%) чоловіки та 71 (67,6%) жінка, віком 21-84 років ($59,6\pm 1,25$ року). Доброякісні утворення слизової ТК виявлено під час 107 ВІКС (81,1%). У середньому на 1 пацієнта припадало 3 (1-6) утворення, в 13 пацієнтів (9,8%) виявлено від 10 до 30 утворень. Загалом виявлено 597 неоплазій ТК, з яких 346 (58,0%) видалено під час дослідження. Гістологічно підтверджено видалення 331 аденоми ТК, з яких зубчастих утворень – 69 (19,9%). У цілому частота виявлення аденом (ADR) склала 81,1%, індекс виявлення аденом – 2,51, частота виявлення зубчастих утворень – 28,0% (37 пацієнтів). Дев'ятнадцятьом пацієнтам проведено 28 ВІКС у динаміці, в середньому через $11,6\pm 1,38$ міс. після первинного дослідження – в 20 випадках (71,4%) виявлено 72 нові неоплазії слизової ТК (середн. $3,6\pm 0,64$ утворення).

Висновки. Частота виявлення аденом під час ширококуткової відеокOLONоскопії з високою роздільною здатністю та NBI-технологією склала 81,1%, індекс виявлення аденом – 2,51, частота виявлення зубчастих аденом – 28,0%. Під час виконання наступних скринінгових досліджень у терміни $11,6\pm 1,38$ міс. у 71,4% випадків виявлено появу нових неоплазій ТК.

СТАН СИСТЕМИ ЕРИТРОПОЕЗУ ЗА СТЕАТОГЕПАТИВ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Ухліна О.С., Антофійчук Т.М., Антофійчук М.П., Каушанська О.В.

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Мета. Дослідити зміни основних показників червоної крові за стеатогепатитів різної етіології.

Матеріали та методи. Обстежено 60 хворих, із них пацієнтів чоловічої статі – 53,3%, жіночої – 46,7%, середній вік – 46 років. Пацієнтів розподілили на 2 групи: I група – 33% з алкогольним стеатогепатитом (АСГ), II група – 67% із неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ). Контрольна група – 20 практично здорових осіб (ПЗО).

Результати та обговорення. Вміст еритроцитів у периферичній крові за НАСГ виявився у межах норми, за АСГ – нижчим від показника в ПЗО на 9,0% ($p<0,05$). Вміст гемоглобіну в I групі був нижчим, ніж у ПЗО на 8,5% ($p<0,05$); у 25% пацієнтів – анемічний синдром, із них 15% випадків – В12-дефіцитна анемія легкого ступеня, 10% – гемолітична анемія на тлі синдрому Ціве. Гематокрит у I групі виявився нижчим, ніж у ПЗО на 10,3% ($p<0,05$). Середній об'єм еритроцитів: II група – був нижчим за такий у ПЗО на 9,5% ($p<0,05$), I група – вищим порівняно з показником ПЗО на 9,1% ($p<0,05$). Середній вміст гемоглобіну в еритроцитах зростає в обох групах: у II групі на 7,7% ($p<0,05$) і на 34,6% ($p<0,05$) у I групі. Середня кількість гемоглобіну в еритроцитах за АСГ була вищою, ніж у ПЗО на 12,1% ($p<0,05$). Вміст заліза в сироватці крові у хворих на АСГ був в 1,6 рази ($p<0,05$) вищим, ніж у ПЗО. Вміст феритину в крові перевищував такий у ПЗО в 1,3 рази ($p<0,05$) за АСГ, а серед пацієнтів із НАСГ виявлені зміни були статистично незначущими. Показники насичення трансферину залізом виявились підвищеними в обох групах: за НАСГ та АСГ – на 11,2% і 16,6% відповідно ($p<0,05$).



Висновки. Перебіг АСГ у 25,0% випадків супроводжується анемічним синдромом легкого ступеня незважаючи на підвищення в сироватці крові вмісту заліза, феритину, насичення трансферину залізом. Перебіг НАСГ характеризується незначущим зростанням вмісту заліза в сироватці крові, вмісту феритину та насичення трансферину залізом за відсутності клінічно-лабораторних ознак анемії.

ФОРМУВАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПРОГРАМ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ УДОСКОНАЛЕНОЇ АНАМНЕСТИЧНОЇ АНКЕТИ

Кондратюк Н.Ю., Гандзюк В.А.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Науково обґрунтувати концептуальні підходи до вдосконалення планування та проведення профілактичних медичних оглядів дорослого населення.

Матеріали та методи. Методи системного аналізу та концептуального моделювання.

Результати та обговорення. Підґрунтям медико-соціологічного моніторингу є такі базові підходи, як аналіз стану здоров'я пацієнта на момент звернення за наявними в нього основним факторами ризику (ФР) розвитку неінфекційних захворювань (НІЗ), оцінка індивідуального сумарного ризику розвитку НІЗ; визначення індивідуальних ФР щодо нераціонального харчування; визначення групи здоров'я тощо.

Удосконалена анамнестична анкета включає сім блоків питань і дозволяє проводити моніторинг наявності низки ФР НІЗ і віднести пацієнта до однієї з груп здоров'я:

I. Блок 1: блок електронних даних щодо наявності в пацієнта НІЗ.

II. Блок 2: блок електронних даних щодо наявності в пацієнта спадкових факторів ризику розвитку НІЗ.

III. Блок 3: блок електронних даних щодо наявності у пацієнта преморбідних станів.

IV. Блок 4: блок електронних даних щодо звички куріння в пацієнта.

V. Блок 5: блок електронних даних щодо харчової поведінки пацієнта та рухової активності;

VI. Блок 6: блок електронних даних щодо наявності в пацієнта симптоматики ендокринних розладів.

VII. Блок 7: електронний блок даних щодо скринінгу депресії (шляхом опитування за стандартизованим опитувальником для скринінгу депресії PHQ-2).

Висновки. Впроваджений підхід до формування індивідуальних профілактичних програм із використанням моніторингу й оцінки факторів ризику розвитку НІЗ дозволяє визначати перелік обстежень для розробки індивідуальної програми щорічного профілактичного медичного огляду.

КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ УДОСКОНАЛЕННЯ ПЛАНУВАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ

Кондратюк Н.Ю., Гандзюк В.А.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Розробити та впровадити концептуальну модель удосконалення планування та проведення профілактичних медичних оглядів дорослого населення.

Матеріали та методи. Методи системного аналізу, концептуального моделювання та експериментальний. Предмет дослідження – результати анамнестичного анкетування за вдосконаленими опитувальниками для визначення необхідних діагностичних втручань під час проведення щорічних профілактичних медичних оглядів і розробки індивідуальних профілактичних програм.

Результати та обговорення. Впровадження індивідуальної профілактичної програми проходження щорічного профілактичного медичного огляду дозволяє за результатами анамнестичного анкетування та профілактичного обстеження розробляти оптимальні профілактичні програми та формувати маршрути пацієнтів. Критеріями об'єктивності запропонованого способу є результати анамнестичного анкетування 854 пацієнтів, які проходили плановий профілактичний огляд (пацієнти чоловічої статі – 44%, жіночої – 56%, середній вік опитаних – 48,0±10,3 р.).

Висновки. Впровадження запропонованої моделі дозволить забезпечити моніторинг та оцінку ризиків розвитку найпоширеніших неінфекційних захворювань і створити перелік обґрунтованих діагностичних обстежень, що є підґрунтям для планування необхідних обсягів профілактичних втручань.

ПЕРШИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ТОТАЛЬНОЇ АКВАЕНДОСКОПІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ДИСТАЛЬНОГО КОВПАЧКА НА ЕНДОСКОПАХ СУБМАКСИМАЛЬНОЇ РОЗДІЛЬНОЇ ЗДАТНОСТІ ДЛЯ СКРИНІНГУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

Корпяк В.С.^{1,2}, Яковенко В.О.²

¹Лікарня ізраїльської онкології «LISOD», м. Київ

²ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Дослідити можливості акваендоскопії із застосуванням дистального ковпачка порівняно з такими колоноскопії

з ковпачком у газовому середовищі та колоноскопії в умовах тотальної хромоскопії розчином індигокарміну на ендоскопах субмаксимальної роздільної здатності.

Матеріали та методи. У дослідженні проспективно проаналізовано результати 293 скринінгових колоноскопій. Пацієнтів розподілили на 4 групи: огляд у газовому середовищі (вуглекислий газ) із використанням дистального ковпачка – 87 досліджень – I група; огляд у газовому середовищі (вуглекислий газ) в умовах тотальної хромоскопії розчином індигокарміну – 90 досліджень – II група; огляд у газовому середовищі в умовах тотальної хромоскопії розчином індигокарміну з використанням дистального ковпачка – 79 досліджень – III група; огляд в умовах тотальної акваендоскопії в поєднанні із застосуванням дистального ковпачка – 37 досліджень – IV група.

Результати та обговорення. За показниками виявлення поліпів та в цілому аденом різке відставання спостерігалось в I групі: 70% проти 78-84% в інших групах. Такий же відрив спостерігався за показником загальної кількості аденом (54% у групі I проти 62-65% у групах II-IV). Проте за показниками виявлення зубчатих і розвинутих аденом найліпші показники демонструвала IV група (27% SADR проти 21-25% у групах I-III) і частота виявлення розвинутих аденом серед усіх поліпів (14,2% проти 11-13% у групах I-III).

Висновки. Акваендоскопія, виконана на колоноскопах субмаксимальної роздільної здатності, не поступається іншим технікам скринінгової колоноскопії та переважає їх у показниках виявлення зубчатих і розвинутих аденом.

АТОМНО-СИЛОВИЙ МІКРОСКОП ЯК ІНСТРУМЕНТ ДЛЯ ТЕСТУВАННЯ СУМІСНОСТІ ІМПЛАНТАТІВ В ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Лазаренко Г.О.¹, Лазаренко О.М.¹, Бойко І.В.¹, Алексєєва Т.А.², Литвин П.М.³

¹ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

²Інститут хімії поверхні ім. О.О. Чуйка НАН України, м. Київ

³Інститут фізики напівпровідників ім. В.Є. Лашкарьова НАН України, м. Київ

Мета. Встановити можливість застосування атомно-силового мікроскопа (АСМ) для передбачення реакції організму на різноманітні ортопедичні імпланти.

Матеріали та методи. Найефективнішим інструментом, на нашу думку, для дослідження реакції відторгнення є АСМ. До клінічних випробувань було включено пацієнтів, яким показано встановлення імплантатів згідно з протоколами лікування. Перед операцією у хворих набирали 5 мл венозної крові, з сироватки якої за стандартною методикою виділяли сумарні IgG. Після очищення та розведення до відповідної концентрації, 2 мкг/мл, IgG наносили на зонд АСМ. Зондами із нанесеними IgG пацієнта проводили тестування на сумісність матеріалу імплантату з організмом хворого. Значення сили утримання зонда з IgG реципієнта поверхню імплантату вважали за оцінку сумісності матеріалу з організмом пацієнта. Що більшим було значення сили утримання поверхню зонду з IgG, то ймовірнішим – розвиток реакції відторгнення імплантату організмом.

Результати та обговорення. Результати тестування показали, що сила утримання IgG поверхню металевого елемента протезу (титан) значно перевищують силу без IgG (32-56 нН проти 5-8 нН відповідно). Показники серологічних досліджень вказують на наявність напруження імунної системи організму після встановлення імплантату. Зокрема, в пацієнтів визначали підвищення рівня С-реактивного білка (35,2±12,9 мг/л).

Висновки. У пацієнтів після імплантації визначається напруженість імунної системи, яка постійно підтримується наявністю імплантату, та специфічність імуноглобулінів до матеріалу протеза залишається дуже високою. Високе значення сили утримання зонда з IgG поверхню імплантату за АСМ-тестуванням вказує на можливість розвинення локального асептичного запалення у місці встановлення імплантату.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ RS8046707 ГЕНА КАРДІОТРОФІНУ-1 ЯК МАРКЕРА ГІПЕРТЕНЗИВНОГО ПОШКОДЖЕННЯ МІОКАРДА В ЧОЛОВІКІВ З ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Лиманський О.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця

Мета. Визначення прогностичного значення різних варіантів успадкування гена кардіотрофіну-1 (КТ-1) у скринінговій діагностиці передклінічних проявів гіпертензивного пошкодження міокарда в чоловіків з есенціальною гіпертензією (ЕГ).

Матеріали та методи. Обстежено 120 чоловіків 40-60 років, мешканців Подільського регіону. З них 70 чоловіків без задокументованих або наявних ознак серцево-судинних захворювань, що увійшли до контрольної групи. Основну групу склали 50 хворих із неускладненою ЕГ 1-2-го ступенів, без клінічних ознак хронічної серцевої недостатності. Середній вік становив 48,8±0,78 року в групі контролю та 48,81±0,53 року в осіб з ЕГ. Визначення генотипу КТ-1 проводили методом полімеразної ланцюгової реакції. Оцінку внутрішньосерцевої гемодинаміки здійснювали методом ехокардіографічного обстеження.

Результати та обговорення. За результатами проведеного дослідження встановлено, що в групі контролю генотип GG трапляється частіше – 44,2% випадків проти 38% в основній групі (p<0,05). Частота генотипів GA/AA була вищою в основній групі – 62% проти 55,8% у групі контролю (p<0,05). У хворих основної групи, носіїв генотипу GG порушений

трансмітральний кровобіг виявляти рідше – 15,79%, ніж серед носіїв GA/AA – 90,32% ($p < 0,05$). Частота концентричного ремоделювання також виявилася значно вищою серед носіїв генотипу GA/AA – 83,87% проти 10,53% серед носіїв генотипу GG ($p < 0,05$).

Висновки. У чоловіків 40-60 років, хворих на неускладнену ЕГ, носійство генотипу GA/AA асоціюється з більшими порушеннями внутрішньосерцевої гемодинаміки та структури міокарда. Скринінгове визначення генотипу KT-1 може мати вагомe значення в ранній діагностиці гіпертензивного пошкодження міокарда.

ВИБІР ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ТРОМБОЗУ ГЛИБОКИХ ВЕН НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ ТА ПІСЛЯТРОМБОТИЧНОЇ ХВОРОБИ

Швед О.Є., Гупало Ю.М., Наболотний О.І., Шамрай-Сас А.В., Шапринський В.В., Шаповалов Д.Ю., Маківчук Д.А.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Встановити тактику лікування тромбозу глибоких вен (ТГВ) нижньої кінцівки та післятромботичної хвороби, можливість хірургічної корекції флебогемодинаміки на основі критеріїв ультразвукової діагностики.

Матеріали та методи. Ультразвукове дуплексне сканування (УЗДС) здійснювали з використанням УЗ-сканерів Pro-focus B-K Medical і Mindray M5 із лінійним і конвексним датчиками в режимах кольорового доплерівського картування, спектрального доплера в 132 пацієнтів із тромбозом глибоких вен і в 81 – із проявами посттромботичного синдрому (ПТС) нижньої кінцівки. Для оцінки якості проведеного лікування УЗ-контроль проводили на 8-10-ту добу після оперативного втручання, далі – через 2, 6 і 12 місяців. Віддалені результати спостерігали до 4 років.

Результати та обговорення. За даними УЗДС у гострій стадії (до 14 діб) ТГВ діагностовано у 87 хворих, серед яких антикоагулянтну терапію проведено в 9 (10,3%), системний тромболізис – у 22 (25,3%), регіонарний – у 15 (17,2%), тромбектомію з підколінно-стегново-клубового сегмента – в 12 (13,9%). У 16 (18,4%) хворих виявлено флотуючий тромб у загальній стенозній вені, в підколінній – у 8 (9,1%), у суральних венах – у 5 (5,7%), що обумовило виконання оперативного втручання в обсязі видалення головки флотуючого тромба з перекриттям вени дистальніше місця впадіння великого венозного притоку. Отже, консервативно проліковано 46 (52,9%) пацієнтів, оперативно – 41 (47,1%). За комбінації тромбозу глибоких вен і тромбофлебіту поверхневих за показаннями виконано оперативні втручання на поверхневих венах у комбінації з тромболізисом, антикоагулянтною терапією в 17 (18,1%) хворих. У хворих із ПТС виконано втручання на поверхневих венах (венектомія), перфорантних венах (операція Кокета, Фішнера) та глибоких венах (транспозиція клапана, операція Хьюсні, Пальма) в 36 (38,3%) випадках.

Висновки. Патогенетично дібране на підставі даних УЗДС лікування дозволяє зменшити кількість ранніх і віддалених ускладнень тромбозів глибоких вен кінцівки.

ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ В ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА

Андрєєв Є.В.¹, Макуха Ю.М.², Кравченко А.М.²

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

²ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Визначення впливу реперфузійної терапії (РТ) на показники фізичної працездатності в чоловіків молодого віку, які перенесли інфаркт міокарда (ІМ).

Матеріали та методи. Обстежено 62 хворих на ІМ із підйомом сегмента ST. До І групи увійшли 34 пацієнти з ІМ (сер. вік 41,9±2,7 р.), яким проведено РТ шляхом чресшкірного коронарного втручання (ЧКВ). ІІ група, 28 чоловіків з ІМ, (сер. вік 42,9±2,8 р.) лікувались консервативно. Групи не різнилися за частотою факторів ризику, усім пацієнтам проведено клінічне обстеження, ЕКГ, ЕхоКГ і велоергометрія (ВЕМ). ВЕМ здійснювали за безперервно ступінчато зростаючим протоколом, починаючи з 50 Вт із подальшим збільшенням на 50 Вт кожні 3 хвилини до субмаксимальної ЧСС.

Результати та обговорення. Встановлено вірогідно нижчі показники максимально досягнутого навантаження (84,9±5,1 Вт) у групі консервативного лікування порівняно з такими (134,8±9,9 Вт, $p < 0,01$) в групі з проведеною реваскуляризацією міокарда та показники часу виконання тесту – 4,1±0,2 хв. проти 6,2±0,3 хв. у групі ЧКВ, ($p < 0,01$). Рівень максимально досягнутого споживання кисню в групі ЧКВ був вірогідно вищим, ніж у групі консервативного лікування, (7,2±0,6 MET проти 4,7±0,4 MET, $p < 0,01$). Показник подвійного добутку в групі консервативного лікування становив 187,8±11,6 у.о. проти 209,6±14,3 у.о. ($p < 0,05$) у групі РТ. За коефіцієнтом витрачених резервів міокарда відзначено ліпші результати економічності роботи серця після реваскуляризації – 3,95±0,92 у.о. проти 6,41±0,99 у.о. в групі медикаментозного лікування.

Висновки. Проведення реваскуляризації в чоловіків молодого віку з гострим ІМ сприяє поліпшенню ефективності роботи серця на етапі реабілітації та супроводжується підвищенням фізичної працездатності за даними ВЕМ.

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Марунчин Н.А., Динник О.Б.

ТОВ «Інститут еластографії», м. Київ

Мета. Розробити сучасний алгоритм ведення пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки.

Матеріали та методи. У крос-секційному дослідженні згідно з критеріями включення та виключення обстежено 105 хворих на цукровий діабет 2-го типу (ЦД2), яким було проведено мультипараметричне ультразвукове обстеження (мп-УЗД). Мп-УЗД включало в себе одночасне застосування в реальному часі комплексу методик, а саме: В-режим, стеатографію з виміром коефіцієнта затухання (ВКЗ), зсувнхвильову еластографію (ЗХЕ), розрахунок гепаторенального індексу, доплерографію на приладі SonoS P7 (Ultrasign, Україна). Стадіювання стеатозу проводили за шкалою затухання: S0 – норма (до 5%); S1 – легкий (>5% до 33%); S2 – помірний (>33% до 66%); S3 – тяжкий (>66%). Методику ЗХЕ проводили за встановленим алгоритмом за шкалою Metavir у кПа: фіброз відсутній (F0); слабкий фіброз (F1); помірний фіброз (F2); сильний фіброз (F3); цироз (F4).

Результати та обговорення. За результатами стеатографії із застосуванням ВКЗ виявлено такі стадії жирового гепатозу: S0 – 9 пацієнтів (8,6%); S1 – 4 особи (3,8%); S2 – 73 пацієнти (69,5%); S3 – 19 осіб (18,1%). Результати ЗХЕ правої частки печінки розподілились таким чином: F0 – 30 пацієнтів (29,7%); F1 – 35 осіб (34,6%); F2 – 30 пацієнтів (29,7%); F3 – 5 осіб (5%); F4 – 1 пацієнт (1%). За результатами ЗХЕ лівої частки печінки отримано показники: F0 – 32 пацієнтів (34%); F1 – 38 осіб (40%); F2 – 20 пацієнтів (21%); F3 – 4 особи (4%); F4 – 1 особа (1%).

Висновки. Сучасний алгоритм ведення НАЖХП включає в себе декілька етапів: перший – застосування мп-УЗД для диференціювання стеатогепатозу та стеатогепатиту; другий – вибір відповідної лікувальної тактики залежно від перебігу НАЖХП; третій – проведення оцінки ефективності лікування за допомогою мп-УЗД.

ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА КАРДІОТРОФІНА-1 І РІВЕНЬ ЙОГО ПЛАЗМОВОЇ КОНЦЕНТРАЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ З АСИМПТОМНОЮ ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ МЕШКАНЦІВ ПОДІЛЛЯ

Матюхнюк М.О.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця

Мета. Дослідити рівні плазмової концентрації кардіотрофіну-1 (КТ-1) у чоловіків 40-60 років з асимптомною есенціальною гіпертензією (ЕГ) 2-3-го ступенів із носійством поліморфних варіантів гена КТ-1 у положенні rs8046707.

Матеріали та методи. Обстежено 120 чоловіків 40-60 років, мешканців Подільського регіону. З них 70 чоловіків без ознак серцево-судинних захворювань, середній вік яких становив $48,8 \pm 0,78$ року, та 50 хворих з асимптомною ЕГ 2-3-го ступенів, середній вік – $50,62 \pm 0,73$ року. Поліморфізм гена КТ-1 (rs8046707) визначали шляхом полімеразної ланцюгової реакції, а рівень його плазмової концентрації встановлювали методом імуноферментного аналізу.

Результати та обговорення. У ході статистичного аналізу поліморфізму гена КТ-1 в зв'язку з малою чисельністю гомозигот AA було об'єднано гетерозигот GA і гомозигот AA в спільну групу – носіїв алелі A. Концентрація КТ-1 у плазмі крові осіб без серцево-судинної патології, гомозигот GG був нижчим, ніж у носіїв алелі A і склав $55,77 \pm 2,53$ пг/мл ($n=31$) проти $92,46 \pm 1,54$ пг/мл ($n=39$) ($p<0,05$). Аналогічне співвідношення спостерігали за EG. Рівень КТ-1 у плазмі крові обстежених з EG був значно вищим, ніж у групі контролю, незалежно від носійства певного генотипу КТ-1 і склав для чоловіків із генотипом GG $188,22 \pm 7,95$ пг/мл ($n=22$), для носіїв алелі A – $282,33 \pm 11,52$ пг/мл ($n=28$) ($p<0,05$).

Висновки. У чоловіків без ознак серцево-судинної патології та хворих з асимптомною EG носіїв алелі A гена КТ-1 відзначаються вищі плазмові рівні даного пептиду, ніж у носіїв генотипу GG, що необхідно враховувати під час його використання як біомаркера структурно-функціональних змін у міокарді на тлі асимптомної EG.

PROPHYLACTICS OF OBSTETRIC AND PERINATAL DISORDERS IN WOMEN WITH IMMUNE THROMBOCYTOPENIA

Naumchik A., Butenko L.

State Institution «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after O.M. Lukyanova National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv

Purpose. To reduce the incidence of hemorrhagic disorders in pregnant with immune thrombocytopenia (ITP) and their offspring by worked out principles of cure including «Patient Blood Management».

Materials and methods. There were 80 pregnant with ITP, proved by specific hematological diagnostics. The mean age was $26,7 \pm 2,3$ years, 85,0% were primigravidae. The onset of ITP during pregnancy revealed in four patients, 95,0% of patients experienced ITP for $6,8 \pm 2,8$ years, in stable remission were 91,0%. The refractory ITP diagnosed in 2 pregnant, the necessity of use of the first, second and third line of therapy (eltrombopag) revealed in 5 patients.

Results. We performed the prospective study of pregnancy and delivery in all the patients. The majority of patients required the first line of therapy to obtain the level of platelets as >80000 . The term delivery occurred in 87,5% of patients, the abdominal delivery was performed in 5,5%. In patients with refractory ITP the parenteral thrombopoietin has been used. Both of patients



delivered by planned cesarean section. The patients with combined (1,2,3, lines of therapy) had the vaginal deliveries. The transfusion of platelets required 5,0% of all the patients, only those with refractory ITP and combined therapy. The main goal of antenatal correction of platelets was >80000, which proved the prophylactics of bleeding disorders in women with ITP. There was no evidence of any hemorrhagic disorders in newborns from mothers with ITP, but 7,5% of them had <50000 thrombocytes within first 5-7 days of life.

Conclusions. The principles of «Patient Blood Management» implemented for pregnant with ITP allowed to diminish the incidence of bleeding disorders in women, the avoid them in newborns and to decrease the plausibility of post-transfusion disorders.

ВПЛИВ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА ПОКАЗНИКИ ВИСОКОЇ МІЖВІЗІТНОЇ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ

Німцович Т.І., Міщенко О.Ю., Кравченко А.М.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Визначити вплив факторів серцево-судинного ризику на формування високої міжвізитної варіабельності (МВ) артеріального тиску (АТ) у чоловіків з артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали та методи. Обстежено 160 чоловіків працездатного віку з АГ II стадії 2-го та 3-го ступенів. Із них 82 були з високою МВ систолічного/діастолічного АТ (15,84; 25-75-та процентиль (ПЛ) = 15,20-17,29/10,60; 25-75-ПЛ = 7,32-13,05 відповідно) та 78 – із низькою МВ (8,87; 25-75-ПЛ = 5,50-15,64/5,69; 25-75-ПЛ = 3,36-8,56 відповідно). Середній вік пацієнтів (48±2,5) не різнився ($p=0,689$) в групах. МВАТ розраховували як стандартне відхилення (SD) від середніх значень АТ за 4 візити.

Результати та обговорення. У хворих із високою МВАТ встановлено більшу медіану середнього САТ (165,88 мм рт. ст.; 25-75-ПЛ = 159,11-171,33 vs 152,77 мм рт. ст.; 25-75-ПЛ = 147,11-160,44; $p<0,0001$), ДАТ (93,44 мм рт. ст.; 25-75-ПЛ = 84,66-98,88 vs 62,88 мм рт. ст.; 25-75-ПЛ = 54,66-72,44; $p=0,011$), пульсового АТ (72,22 мм рт. ст.; 25-75-ПЛ = 60,44-78,44 vs 62,88 мм рт. ст.; 25-75-ПЛ = 54,66-72,44; $p=0,002$), індексу маси тіла (29,06; 25-75-ПЛ = 26,85-33,21 vs 25,34; 25-75-ПЛ = 24,07-27,77; $p<0,0001$), обводу талії (101,50 см; 25-75-ПЛ = 92,00-108,00 vs 84,00 см; 25-75-ПЛ = 77,00-96,00; $p<0,0001$), ожиріння (36 із 82 vs 7 із 78; $p<0,0001$), сімейного анамнезу (71 із 82 vs 52 із 78; $p=0,004$), куріння тютюну (62 із 82 vs 12 із 78; $p<0,0001$) та вживання алкоголю (24 із 82 vs 2 із 78; $p<0,0001$). Відносний ризик високої МВ АТ за наявності факторів ризику зростає в 1,94 раза.

Висновки. У чоловіків, хворих на АГ із високою МВ АТ вірогідно частіше мали місце такі фактори серцево-судинного ризику, як спадковість (сімейний анамнез АГ), ожиріння, куріння тютюну та вживання алкоголю.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ХРОНІЧНОЇ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ВЕНОЗНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В ГЕНДЕРНОМУ ТА ВІКОВОМУ АСПЕКТАХ

Притико Н.Г.^{1,2}

¹ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

²Комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр» Святошинського району м. Києва

Мета. Визначити основні чинники ризику синдрому хронічної церебральної венозної дисфункції (СХЦВД) залежно від гендерних і вікових показників і частку хворих із СХЦВД у межах амбулаторного прийому невролога.

Матеріали та методи. Проведено клініко-неврологічне обстеження хворих річного амбулаторного прийому лікаря-невролога міської поліклініки, відібрано групу з 95 осіб середнім віком 46,7±2,4 р. із СХЦВД і визначено ймовірні фактори ризику патології. Хворих розподілили на 3 вікові групи: 30-44, 45-60, 60-65 років і 2 гендерні.

Результати та обговорення. Від усіх пацієнтів хворі із СХЦВД склали 33,8%. Статичне перенавантаження для чоловіків було в 2,6 раза менш значущим проти фізичного, у жінок – в 1,5 раза частіше статичне, вказане як основна причина виникнення патології. У чоловіків спадковість за материнською та батьківською лініями вірогідно не різнилась ($p>0,05$), у жінок лінія матері мала тенденцію до переваги ($p=0,1$). Фізичне навантаження переважало в 45-59 років; статичне, легка черепно-мозкова травма (ЧМТ) і негативна спадковість – у 30-59 років. У кожній віковій групі початку захворювання вірогідно була різниця між жінками та чоловіками ($p<0,05$) стосовно фізичного перенавантаження – 18-29 років, статичного – 45-59 років, ЧМТ – 60+, стресу – 30-44 років.

Висновки. Серед хворих із СХЦВД переважали жінки. Чоловіки та жінки із СХЦВД різняться за факторами ризику СХЦВД.

ПРОФІЛАКТИКА БОЛЮ В НОВОНАРОДЖЕНИХ

Сахно Н.С., Сіренко О.І., Белова О.О.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Обґрунтувати та впровадити комплексний підхід до профілактики болю в процесі виходжування передчасно народжених дітей.

Матеріали та методи. Впродовж лікування в стаціонарі застосовували сучасні методи виходжування, використовували

нефармакологічні та фармакологічні засоби запобігання болю в 284 новонароджених.

Результати та обговорення. Профілактика болю є найактуальнішим питанням сучасної неонатології. Одразу після народження всі новонароджені стикаються з відчуттям болю. Щодня вони зазнають від 6 до 16 агресивних маніпуляцій. За час перебування у ВІПН вони зазнають від 115 до 372 болісних втручань, причому що меншим є термін гестації на час народження, то частіше та триваліше діти відчувають біль. Проте лише від 0,8% до 32% дітей отримують знеболення під час виконання маніпуляцій. Сучасні методи виходжування – комфортні умови перебування (загальне затемнення палати, підтримання тиші, залучення батьків до догляду за дітьми, виходжування методом «мати-кенгуру», сповивання, нехарчове ссання з використанням 25% розчину глюкози або зціженого грудного молока перед виконанням маніпуляцій, масаж, лагідна розмова з дитиною), використання спеціальних місцевих і загальних знеболюючих препаратів – сприяють зменшенню больових відчуттів. Комплексні методи запобігання болю відіграли важливу роль у фізіологічному постнатальному розвитку новонароджених дітей.

Висновки. Профілактичні методи, спрямовані на зменшення негативного впливу болю під час виконання маніпуляцій, сприяють ліпшому емоційному та фізичному розвитку дитини в майбутньому.

РАЦІОНАЛЬНА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЯ В ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ: НАВІЩО, КОЛИ ТА ЯК

Шаповалов Д.Ю., Гупало Ю.М., Швед О.Є., Наболотний О.І., Шамрай-Сас А.В., Шапринський В.В.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Обґрунтувати алгоритм спостереження та лікування хворих на цукровий діабет для виконання вчасної реваскуляризації стопи.

Матеріали та методи. За період 2013-2018 рр. виконано 141 хірургічну реваскуляризацію 107 хворим із синдромом діабетичної стопи (СДС): 62 (57,9%) чоловікам і 45 (42,1%) жінкам, середній вік склав 68,2 р. Трофічні порушення мали місце в 77 (72,0%) хворих, ураження пальців (V категорія за Rutherford) – у 41 (33,6%), ураження стопи та гомілки (VI категорія за Rutherford) – у 36 (38,3%). З останньої групи у 17 (47,2%) хворих були рани після ампутації і некретомії, що не загоювались. За ендovasкулярною методикою виконано 94 (66,7%) реваскуляризацій, відкритим способом – 37 (26,2%), за гібридним методикою – 10 (7,1%).

Результати та обговорення. Термін спостереження склав 2 роки. Високу ампутацію кінцівки виконано в 9 хворих (8,4%). Загоєння трофічних порушень відбулось після 98 реваскуляризацій (69,5%). Померли 6 пацієнтів (5,6%), причинами смерті були інфаркт міокарда або інсульт. Значна кількість хворих із V і VI кат. за Rutherford свідчить про невчасне направлення пацієнтів до судинного хірурга, порушення етапності хірургічних втручань, відсутність узгодженого мультидисциплінарного ведення хворого.

Висновки. Для ефективнішого лікування хворого із СДС слід дотримувати таких принципів: до лікування хворого мають бути залучені хірург, ортопед та ендокринолог, за відсутності пульсації на стопі або наявності трофічних змін хворий має бути оглянутий судинним хірургом з метою визначення можливості реваскуляризації, адекватна хірургічна санація та вчасна реваскуляризація. Найліпший термін для реваскуляризації – перед появою трофічних змін. Ознаки критичної ішемії є показаннями для невідкладного вирішення питання про реваскуляризацію. Після відновлення перфузії стопи лікування та реабілітацію хворого здійснюють хірург, ортопед (або подолог) та ендокринолог.

МЕТОДИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ БАГАТОРІВНЕВИМИ УРАЖЕННЯМИ АРТЕРІАЛЬНОГО РУСЛА

Шапринський В.В., Гупало Ю.М., Швед О.Є., Наболотний О.І., Шаповалов Д.Ю., Шамрай-Сас А.В.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Визначити оптимальні методи реваскуляризації за багаторівневих уражень артеріального русла шляхом ретроспективного аналізу лікування критичної ішемії.

Матеріали та методи. За результатами передопераційного ультразвукового дуплексного сканування (УЗДС) артерій 212 пацієнтів із критичною ішемією нижніх кінцівок (КІНК) у 78 (36,8%) виявлено багаторівневі ураження артеріального русла (БРУАР). Пацієнтів розподілили на дві групи. У першій (дослідній) групі, яку склали 50 пацієнтів (64,1%), відновлено прохідність БРУАР гібридним методом (поєднане застосування ендovasкулярних і відкритих операцій) або лише ендovasкулярно. До другої (контрольної) групи увійшли 28 пацієнтів (35,9%), яким виконано реконструкцію стенового артеріального сегмента шляхом шунтування у 18 (64,3%) випадках і шляхом ендартертромбектомії з пластикою артерії закладку в 10 (35,7%) випадках.

Результати та обговорення. Впродовж 18 місяців поопераційного спостереження 78 пацієнтів із БРУАР первинна прохідність зони стенової реконструкції в пацієнтів дослідної групи після застосування методів гібридної та ендovasкулярної хірургії становила 92%, збереження кінцівки – 96%. У пацієнтів контрольної групи, яким було виконано ізольовану реконструкцію стенового артеріального сегмента відкритим способом без реваскуляризації дистального русла, прохідність зони реконструкції становила 75%, збереження кінцівки – 82%.

Висновки. Оптимальним методом реваскуляризації в пацієнтів із оклюзійно-стенозуючими ураженнями

багаторівневого характеру в пацієнтів із критичною ішемією нижніх кінцівок є одномоментні гібридні або ендovasкулярні оперативні втручання, проведені на декількох рівнях, що дозволяє ефективніше досягти регресу ішемії та зберегти кінцівку.

COMPARISON OF EFFECTIVENESS OF BARRETT'S ESOPHAGUS DIAGNOSTIC

Serha T.V.¹, Kuryk O.G.^{1,2}, Yakovenko V.O.^{2,3}

¹Bogomolets National Medical University, Kyiv

²State Institution of Science «Scientific and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine»
State Administration Department, Kyiv

³Medical Center «Oberig Clinic», Kyiv

Purpose. To study the diagnostic of Barrett's esophagus (BE) by screening endoscopy and morphological verification.

Materials and methods. This is a retrospective study of screening endoscopy, that was performed in the Central Hospital Security Service of Ukraine in 2014-2016 years and in the Medical Center «Oberig Clinic» in Kyiv during the period 2014-2016. Endoscopy with biopsy material was performed according to the sampling protocol.

Results. In the Central Hospital Security Service of Ukraine the endoscopies were performed by Olympus EVIS EXERA II in 2660 (100%) patients and BE was diagnosed in 125 (4,7%) out of all patient (95% confidence interval (CI) – 3,9-5,5%). Cardiac metaplasia was detected in 42 (33,6%) patients out of 125 (100%), fundic metaplasia – in 25 (20,0%) cases, specialized intestinal metaplasia – in 58 (46,4%) patients. In 22 (19,0%) cases low and high grade dysplasia were diagnosed (95% CI 10,4-23,6%). Adenocarcinoma of the esophagus was not observed. In the Medical Center «Oberig Clinic» the endoscopies were performed by Olympus Q160-Z, Olympus EVIS EXERA II, NBI, with 115 magnification and chromoscopy. BE was diagnosed in 841 (36,8%) cases (95% CI 36,02-39,76%) from 2405 cases screening endoscopy (100%). Histologically – cardiac metaplasia was detected in 48 (5,71%) patients with 841, fundal metaplasia – in 136 (16,19%); specialized intestinal metaplasia – in 625 (72,28%) and mixed metaplasia – in 32 (3,80%) patients. In 32 (3,81%) cases a diagnosis of high and low grade dysplasia was detected (95% CI 2,04-4,62%). Adenocarcinoma was found in 4 (0,47%) patients (95% CI 0,20-1,36).

Conclusions. The prevalence of BE according the data of two clinics is 4,7% and 36,8%. Further cohort studies are needed.

ПРЕДИКТОРИ РАННІХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ ТА ПЕРІОПЕРАЦІЙНА МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ

Шклянка І.В.^{1,2}, Жарінов О.Й.¹, Міхалев К.О.³, Єпанчінцева О.А.², Тодуров Б.М.²

¹НМАПО ім. П. Л. Шупика, м. Київ

²ДУ «Інститут серця МОЗ України», м. Київ

³ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ

Мета. Встановити предиктори виникнення ранніх поопераційних ускладнень (РПУ) після аортокоронарного шунтування (АКШ) у пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця (ІХС) й оцінити вплив періопераційної медикаментозної терапії.

Матеріали та методи. Обстежено 155 пацієнтів зі стабільною ІХС, відібраних для АКШ, віком 39-81 рік (61±8 років). У 66 пацієнтів протягом госпітального періоду виникло 84 РПУ. Групи пацієнтів з і без ускладнень порівнювали за демографічними показниками, супутніми хворобами, лабораторними показниками, періопераційною терапією, особливостями АКШ.

Результати та обговорення. Переважно більшість ускладнень становили випадки поопераційної фібриляції передсердь – 56%. Особливостями пацієнтів з ускладненнями були наявність цукрового діабету (ЦД) тяжкого ступеня ($p=0,025$), ожиріння І і II ступенів ($p=0,070$), підвищений передопераційний рівень інтерлейкіну-6 (медіана (квартилі) – 4,1 (3,1-9,0) пг/мл проти 3,2 (2,0-5,1) пг/мл; $p=0,044$), збільшений розмір лівого передсердя – 4,3 (4,2-4,6) см проти 4,2 (4,0-4,5) см; $p=0,068$, гіпертрофія лівого шлуночка – 47,9 (41,8-63,1) г/м^{2,7} проти 43,6 (36,5-55,2) г/м^{2,7}; $p=0,008$, відсутність періопераційного застосування статинів ($p<0,001$) і більша тривалість перетискання аорти (20 (15-25) хв. проти 17 (13-23) хв.; $p=0,049$). За даними мультиваріантного аналізу доведено, що ризик РПУ після АКШ у 2,5 раза більший у пацієнтів, які не приймали статини в періопераційний період, порівняно з особами, які приймали ці препарати у середніх/низьких або високих дозах впродовж ≥ 7 діб. Ризик РПУ в пацієнтів із ЦД тяжкого ступеня в 1,96 раза більший порівняно з таким у пацієнтів із ЦД легкого ступеня.

Висновки. Найбільш значущими предикторами РПУ після АКШ виявились відсутність періопераційної терапії статинами та наявність ЦД тяжкого ступеня. Приймання високої дози статинів протягом ≥ 7 днів перед операцією дозволить зменшити ризик виникнення РПУ, зокрема поопераційної фібриляції передсердь.

LOW PHYSICAL ACTIVITY AS ONE OF THE RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASE

Shuba V., Shuba K.

Sumy State University, Medical Institute, Department of Public Health, Sumy

Purpose. To investigate the prevalence of low physical activity (LPA) among men living in the city aged 40-64.**Materials and methods.** The screening survey of the unorganized urban population of men aged 40 to 64 years was performed. The sample was formed by the method of random numbers and was representative of the identity of the main features and the number of surveyed. According to the results of a survey of a representative sample of men of urban population aged 40-64, an analysis of their physical activity was performed according to the survey conducted using a single questionnaire. The LPA was determined according to the WHO criterion.**Results.** A total of 501 inquiries showed that four of the ten surveyed men lead a sedentary way of life. Most of them (75.6%) significantly increase motor activity in the spring-summer season of the year, however, only one third of men aged 40-49 (30.8%), one fifth in the age group of 50-59 (19.7%) and every tenth (10.3%) in the age group 60-64 compensate for the LPA by regular physical activity (basketball, football, swimming) in the autumn-winter period. Among the men who lead a sedentary lifestyle, 3.5% of the insufficient physical activity is an isolated risk factor (RF). As the age increases, the proportion of people in whom LPA is combined with other risk factors. The associativity of the LPA with one RF is noted at 11.1%, and with the two RFs - 44.9% of the surveyed. In 25.8% of the examined men, the LPA registers in conjunction with three or more RFs.**Conclusions.** The received results, noted the significant association of the LPA with other RFs, indicate that it is necessary to carry out preventive work aimed at increasing the physical activity, propagandize sports and other physical activities to prevent the development of cardiovascular disease.**INVESTIGATION OF THE LEVEL OF MALADAPTATION AMONG CIVIL SERVANTS**

Sydorenko O.O.

State Institution of Science «Research and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine»
State Administrative Department, Kyiv**Purpose.** To investigate the level of maladaptation among civil servants.**Materials and methods.** Psychodiagnostic and statistical method. Was used the questionnaire «The level of professional maladaptation» (Rodina O.N.).**Results.** In 78 (49,00%) of civil servants maladaptation was found, which is almost half of the sample (n=159). Of the 78 respondents with manifestations of maladaptation: 66 (84,61%) of them found a moderate form of maladaptive manifestations, 12 (15,31%) expressed form. The study shows the presence of maladaptation in respondents (n=78), which is reflected both in the clinical and psychological field (worsening of concentration and memory (n=53; 67,95%), sleep disturbances (n=68; 87,18%), somatovegetative disorders (n=66; 84,62%), mood swings (n=64; 82,05%), increased fatigue (n=72; 92,31%), low overall activity (n=50; 64,10%), and in the "social-productive" (fatigue after work and disability (n=69; 88,46%), job performance and tasks require more effort (n=52; 66,67%), conflicts are motivational fields (n=70; 89,74%). According to the experience of our previous study, it was found that respondents with manifestations of maladaptation show anxiety and depressive symptoms. Manifestations of anxiety are observed in 35 (44,87%) respondents with signs of maladaptation (24 (30,76%) - subclinical form, 11 (14,10%) - clinical); manifestations of depression are observed in 20 (25,64%) respondents (13 (16,66%) - subclinical form, 7 (8,97%) - clinical). The construction of one-factor logistic regression models between anxiety-depressive disorders and maladaptation showed a close relationship and the effect of the presence of anxiety or depression on the development of maladaptation ($p < 0,001$).**Conclusions.** Respondents with manifestations of anxiety-depressive symptoms combined with the state of social and psychological maladaptation have high risks to the deterioration of the psycho-physiological state, social interaction, individual indicators in the field of work.**ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНІСТЬ-АСОЦІЙОВАНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ВАГІТНИХ ІЗ ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ В АНАМНЕЗІ**

Тарнавська А.О.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

З огляду на зростання частоти гіпертензивних гестаційних ускладнень у вагітних за останні двадцять років доцільною є зміна підходів до планування повторної вагітності в жінок із прееклампсією в анамнезі.

Meta. Зниження частоти акушерських, перинатальних і кардіальних ускладнень у вагітних із гіпертензивними ускладненнями попередньої вагітності шляхом впровадження комплексного підходу до їх профілактики.**Матеріали та методи.** Обстежено 30 жінок із прееклампсією в анамнезі, які планують наступну вагітність. Серед них у 6 в анамнезі – тяжка прееклампсія з розродженням у терміні до 32 тижнів, у 12 – тяжка прееклампсія з розродженням



у 32-34 тижні, у 12 – прееклампися легкого ступеня. Для кожної вагітної розроблено план обстеження та прегравідарної підготовки.

Результати та обговорення. З урахуванням високого ризику повторного виникнення преекламписі (17-50%) залежно від терміну її виникнення, прогресування та терміну ургентного розродження при попередній вагітності запропоновано алгоритм обстеження, спрямований на мінімізацію негативних факторів, пов'язаних із патологією ранньої плацентажі. Результати обстеження в прекоцепційний період за даним алгоритмом виявили відхилення у стані здоров'я, зміни за даними інструментальному обстеження в 80% випадків. Тому до прегравідарної підготовки додано донатори оксиду азоту, ацетилсаліцилову кислоту, фолієву кислоту, проведено корекцію ліпідного обміну, підвищеного артеріального тиску препаратами, дозволеними до приймання під час вагітності.

Висновки. Для жінок, в яких у попередніх вагітностях виявлено гіпертензивні ускладнення, необхідним є ретельне обстеження та планування вагітності з урахуванням їх особистого ризику вагітність-асоційованої патології. Проведення прегравідарної підготовки в даній групі жінок дозволяє попередити негативну дію факторів, які ускладнюють процеси ранньої гестації.

СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПРОГРАМ ПРОФІЛАКТИКИ ОЖИРІННЯ В ДІТЕЙ

Заболотна І.Е.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Вдосконалити концептуальні підходи до профілактики ожиріння в дітей в умовах роботи медичної інформаційної системи закладу охорони здоров'я.

Матеріали та методи. Для обґрунтування способу використано методи: клінічний аудит, інформаційно-аналітичний і концептуального моделювання, системного підходу та аналізу.

Результати та обговорення. На першому етапі розробки програми профілактики ожиріння проведено клінічний аудит з оцінки якості проведення профілактичних оглядів школярів, що дозволило виявити недоліки процесу та результати планових профілактичних оглядів дітей і прийняти управлінські рішення щодо їх усунення. На другому етапі було сформовано групи дітей для планування програм профілактичного спостереження, створено реєстри пацієнтів із надмірною масою тіла (НМТ) та ожирінням. Впровадження медико-соціологічного опитування батьків школярів дозволило сформувати реєстр пацієнтів із ризиком розвитку НМТ та асоційованих із нею захворювань. Результати щорічних профілактичних оглядів дітей та інформація про стан їх здоров'я з висновком про гармонійність фізичного розвитку (недостатня, нормальна, надмірна – НМТ та ожиріння) міститься в електронній картці пацієнта. Це дозволяє забезпечити медико-соціологічний моніторинг ожиріння серед прикріпленого контингенту, а також формувати індивідуальні програми профілактики ожиріння відповідно до груп спостереження – загальна група, група дітей із ризиком розвитку НМТ та ожиріння, групи дітей із НМТ і з ожирінням.

Висновки. Розроблений алгоритм сприятиме реалізації комплексного підходу до профілактики ожиріння на індивідуальному, груповому та популяційному рівнях. Він включає санітарно-освітні заходи з формування здорового способу життя, виявлення факторів ризику розвитку ожиріння, попередження та раннє виявлення захворювань, асоційованих із НМТ, взаємодію між первинною та вторинною ланками надання медичної допомоги.

ЛОКАЛЬНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ В ПРАКТИКУ

Зюков О.Л.¹, Ошивалова О.О.^{1,2}

¹ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ
²НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Розробка, впровадження та оцінка ефективності локальних протоколів медичної допомоги (ЛПМД) хворим на актинічний кератоз (АК), неінвазивну (SCCis) та інвазивну (cSCC) форми плоскоклітинного раку шкіри в умовах багатопрофільного медичного закладу.

Матеріали та методи. Використано бази даних міжнародних клінічних протоколів із високим рівнем стандартів наукової якості відповідно до «Уніфікованої методик з розробки локальних протоколів медичної допомоги для закладів охорони здоров'я України». Апробацію ЛПМД хворим на АК, SCCis, cSCC проводили серед пацієнтів ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС 2015-2018 роками. Статистичну обробку проводили із програмним забезпеченням Excel.

Результати та обговорення. Проведено порівняльний аналіз рівнів захворюваності та клінічних результатів лікування хворих на АК, SCCis, cSCC з даними 2011-2014 років. Після впровадження ЛПМД (2015-2018 рр.) рівень захворюваності на АК вірогідно збільшився ($p < 0,05$) на тлі стабілізації рівнів захворюваності на SCCis і cSCC ($p = 0,05$ і $p = 0,04$, відповідно) порівняно з попередніми показниками (2011-2014 р.). Впровадження ЛПМД протягом 4 років вплинуло на підвищення результативності за критерієм «досягнуто ремісії» у хворих як з АК, так і з SCCis, cSCC ($p < 0,001$, $p < 0,02$ і $p < 0,01$ відповідно) і зниження за критерієм «прогресування захворювання» по кожній патології ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,05$).

Висновки. Впровадження протягом 4 років ЛПМД хворим на АК, SCCis, cSCC сприяло вчасній діагностиці передонкологічної та онкологічної патології шкіри, підвищенню клінічної ефективності лікування. Застосування ЛПМД – це можливість впроваджувати в медичну практику сучасні методи діагностики та лікування захворювань, ефективність

яких доведено численними контрольованими дослідженнями, а отже, підвищувати якість і результативність надання медичної допомоги пацієнтам.

ОЦІНКА СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КИШЕЧНИКУ ЗА ДАНИМИ СТЕАТОМЕТРІЇ

Степанов Ю.М., Коненко І.С., Стойкевич М.В., Недзвецька Н.В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета. Оцінити стан печінки за даними стеатометрії у хворих на запальні захворювання кишечника в залежності від віку та статі.
Матеріали та методи. Обстежено 80 пацієнтів: 53 з виразковим колітом та 27 з хворобою Крона (ХК). Серед хворих було 40 жінок та 40 чоловіків. В дослідження увійшло 45 пацієнтів молодого віку, 15 середнього віку та 20 похилого віку (за класифікацією ВООЗ).

На приладі Soneus P7 (Ultrasig, Україна) виконували дослідження у В-режимі і стеатографію/метрію. У сірій шкалі за методикою М. Nagauchi оцінювали згасання ультразвуку печінки. Вимірювали величину коефіцієнта затухання ультразвуку (КЗУ) у паренхімі печінки, виконували ультразвукову стеатографію й стеатометрію за 2D-технологією кількісного вимірювання концентрації жирових крапель у режимі реального часу. Розподіл за стадіями стеатозу проводили за шкалою затухання ультразвуку, запропонованою М. Sasso.

Результати та обговорення. У 16 (20,0%) хворих виявлено I та II ступінь стеатозу печінки: I ступінь – у 14 (17,5%) пацієнтів та II ступінь – 2 (2,5%).

Визначено вірогідне збільшення КЗУ печінки у хворих середнього і похилого віку в 1,1 рази в порівнянні з молодим, ($p < 0,05$). У пацієнтів молодого віку з ХК показник КЗУ достовірно нижчий в порівнянні з пацієнтами середнього та похилого віку ($p < 0,01$).

Частота випадків стеатозу I та II ступеню у хворих похилого віку була вищою в порівнянні з молодими пацієнтами (40,0% проти 6,7%) і в 2 рази частіше виявлялась у порівнянні з середнім віком. Виявлення стеатозу печінки у чоловіків спостерігалось в 1,3 разів частіше порівняно з жінками (22,5% проти 17,5%).

Висновки. Таким чином, стеатоз печінки у хворих з запальними захворюваннями печінки частіше спостерігався у пацієнтів середнього та похилого віку і у чоловіків порівняно з жінками.

СЕКРЕТОРНА ФУНКЦІЯ ШЛУНКА У ХВОРИХ З РІЗНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

Руденко А.І., Галінський О.О., Тарабаров С.О., Гайдар Ю.А., Милостива Д.Ф.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета. Вивчення факторів агресії і захисту слизової оболонки у хворих з різною патологією езофагогастроуденальної зони.

Матеріали та методи. Обстежено 61 пацієнт з різною патологією езофагогастроуденальної зони, віком від 30-65 років. Контрольна група 20 пацієнтів. В залежності від нозологічної форми пацієнти були поділені на 3 групи: I – 16 пацієнтів з стенозом вихідного отвору шлунка; II – 31 хворих з грижею стравохідного отвору діафрагми різного генезу, III – 14 з ахалазією кардії. Шлункову секрецію збирали під час езофагогастроскопічного дослідження. В шлунковому соці (ШС) визначали: його рН, пепсин (П), глікопротеїни (ГП), сіалові кислоти (СК), фруктозу (Ф), гексозаміни (Г). Статистична обробка результатів здійснювалась за стандартним пакетом програм SPSS 13.0 for Windows.

Результати та обговорення. Встановлено що, підвищений фактор агресії відмічався у пацієнтів II групи, у яких рН ШС знижувався до $1,4 \pm 0,15$, що у 1,8 рази ($p < 0,01$) менше контролю, а активність П зростала у 2,3 рази ($p < 0,05$). Концентрація ГП в ШС зростала у пацієнтів I групи в 2 рази ($p < 0,01$), а в II групі в 4 рази ($p < 0,01$). Рівень СК достовірно вище у всіх обстежених хворих. Тоді як концентрація Г в ШС Ф зменшувалась в 1,8 раз ($p < 0,05$), а Ф менше майже в 8,1 рази ($p < 0,001$) у пацієнтів III групи, ніж в контрольній. При аналізі співвідношення факторів агресії та захисту ШС були виявлені, що у I групи переважав компенсаторний варіант 87,5%, в II – гіперреактивний 87%, в III групі декомпенсаторний 71,5%.

Висновки. Дефіцит і диспропорція компонентів полімерних структур слизового гелю призводило до зменшення стійкості ГП слизової оболонки у шлунка і що головним ушкоджуючим фактором в формуванні патологічного процесу СО езофагогастроуденальної зоні є П і Н+ іони.

КОРЕЛЯЦІЙНІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ ІМУНОЛОГІЧНИМИ ТА БІОХІМІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЕТІОЛОГІЧНОГО ФАКТОРА, РОЗВИТКУ СТЕАТОЗУ ТА ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ

Діденко В.І., Кленіна І.А., Грабовська О.І., Рубан К.А.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета. Визначити кореляційні взаємозв'язки між імунологічними та біохімічними показниками ліпідного обміну у

хворих на хронічні дифузні захворювання печінки (ХДЗП) в залежності від етіологічного фактора, розвитку стеатозу та фіброзу печінки.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилися 120 хворих на ХДЗП, які були розділені на групи: I – 24 пацієнта на неалкогольну жирову хворобу печінки, II – 37 хворих на неалкогольний стеатогепатит; III – 21 хворий на хронічний гепатит, асоційований з вірусом «С», IV – 18 пацієнтів з алкогольною хворобою печінки, V – 20 пацієнтів з токсичним гепатитом. Субпопуляційний склад лімфоцитів визначали за допомогою моноклональних антитіл фірми «Сорбенттм» до молекул СД8, циркулюючі імунні комплекси (ЦІК) визначали за V. Hasikova, вміст ІL-6, ІL-10 у сироватці крові визначали імуноферментним методом з використанням наборів реактивів фірми «Вектор-БЕСТ» (м. Новосибірськ), на аналізаторі «Stat Fax 303 Plus» (США), показників ліпідного обміну з використанням наборів реактивів фірми «Сотма» (Польща).

Результати та обговорення. Виявлено підвищення вмісту ІL-6, яке супроводжувалося зниженням ФЛ у пацієнтів I, II та V груп (середній кореляційний взаємозв'язок ІL-6/ФЛ $r = -0,50$ відповідно). У пацієнтів II групи встановлено, що підвищений рівень ЦІК супроводжувався підвищенням коефіцієнту атерогенності (КА) сироватки крові ЦІК/КА $r = 0,385$, $p < 0,05$ та зниженням ЛПВЩ сироватки крові ЦІК/ЛПВЩ, $r = -0,360$, $p < 0,05$, про що свідчив виявлений середній кореляційний взаємозв'язок. Зниження вмісту СД8 у пацієнтів IV групи супроводжувалося зниженням ЛПВЩ та ТГ сироватки крові, що підтверджувалося середніми кореляційними взаємозв'язками: СД8/ЛПДВЩ $r = 0,527$, $p < 0,05$ та СД8/ТГ $r = 0,527$, $p < 0,05$ відповідно.

Висновки. Виявлені кореляційні взаємозв'язки підтверджують, що порушення балансу, як в імунній системі, так і у ліпідному обміні, є важливим фактором у розвитку та прогресуванні хронічних дифузних захворювань печінки.

ВПЛИВ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА ВИРАЖЕНІСТЬ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ АТРОФІЧНИМ ГАСТРИТОМ

Демешкіна Л.В., Мосійчук Л.М., Кушніренко І.В., Дементій Н.П., Бочаров Г.І., Ярош В.М., Васильєва І.О.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета. Дослідити вплив факторів ризику на вираженість морфологічних змін слизової оболонки шлунка (СОШ) у хворих з хронічним атрофічним гастритом (ХАГ).

Матеріали та методи. Всім хворим виконувалась езофагогастроудоденоскопія з ультраспектральною візуалізацією (функцією NBI) з дослідженням біопсійного матеріалу. *Helicobacter pylori* (HP) досліджували цитологічно за допомогою забарвлення по Романовському-Гімзе. Вивчався анамнез хворих стосовно наявності та тривалості іншої патології шлунка (виразкова хвороба, поліпи, патологія щитоподібної залози та ін.), антихелікобактерної інфекції та проведення HP ерадикації, особливостей харчування, отриманої терапії (в тому числі інгібіторами протонної помпи), групи крові пацієнтів, паління, зловживання алкоголем, спадковості по онкопатології, а також наявності таких супутніх захворювань/станів, як патологія щитоподібної залози, перніціозна анемія, цукровий діабет, гіпертонічна хвороба та ін. Усі дані, отримані при виконанні роботи, були статистично оброблені за допомогою Microsoft Excel та SPSS.

Результати та обговорення. Під спостереженням знаходилися 72 пацієнти з ХАГ у віці $56,7 \pm 5,6$ років з атрофією, кишковою метоплазією та/або дисплазією. Виявлена позитивна достовірна кореляція між вираженістю морфологічних змін СОШ у хворих з ХАГ та такими показниками, як вік ($r = 0,217$, $p < 0,05$), тривалим прийомом інгібіторів протонної помпи ($r = 0,397$, $p < 0,05$), наявністю HP на час обстеження або в минулому ($r = 0,237$, $p < 0,014$).

Висновки. Поглибленню морфологічних змін у СОШ у хворих з ХАГ сприяють такі фактори, як наявність HP (в тому числі і у анамнезі), тривалий прийом інгібіторів протонної помпи, більш старший вік пацієнтів.

ОСОБЛИВОСТІ СПЕКТРУ ВІЛЬНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ДІТЕЙ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Грабовська О.І., Лук'яненко О.Ю.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета. Визначити вміст насичених та ненасичених вільних жирних кислот (ВЖК) у сироватці крові дітей з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП).

Матеріали та методи. Обстежено 146 дітей віком від 10 до 17 років. Хворі діти були розділені на групи в залежності від індексу маси тіла, наявності стеатозу печінки та рівня АЛТ: I група – діти зі стеатогепатозом ($n=46$); II група – зі стеатогепатитом ($n=29$); III група – з ожирінням без стеатозу ($n=55$); IV група (контрольна група) – діти з нормального ваюю ($n=16$). Хроматографічне дослідження ВЖК у сироватці крові проведено з використанням апаратно-програмного комплексу для медичних досліджень на базі газового хроматографа «ХРОМАТЕК-КРИСТАЛЛ 5000».

Результати та обговорення. Серед насичених ВЖК достовірно по відношенню до IV групи підвищувалися наступні показники в групах: капроат С6:0 в I та II – у 2,7 рази ($p < 0,05$) та у 4 рази ($p < 0,001$) відповідно; каприлат С8:0 в I – у 4 рази ($p < 0,05$), у II – у 4,4 рази ($p < 0,001$), у III – у 6,3 рази ($p < 0,01$); додеканоат С10:0 в I групі у 3,5 рази ($p < 0,05$); пентадеканоат С15:0 в I – у 4,0 рази ($p < 0,05$) та в II – у 9 рази ($p < 0,01$); гептадеканоат С17:0 в I – у 4,5 рази ($p < 0,05$) та в II – у 11,3 рази ($p < 0,01$). При аналізі сумарна кількість насичених ВЖК сироватки в крові дітей з НАЖХП не було виявлено достовірної різниці

з контрольною групою. Серед ненасичених ВЖК вірогідність відмінностей між показниками хворих в порівнянні з ІV групою не виявлено. При порівнянні середнього значення сумарної кількості ненасичених ВЖК виявлено достовірне підвищення показнику у всіх групах: в I – у 1,4 рази ($p < 0,01$), в II – у 1,75 рази ($p < 0,001$), в III – у 1,68 рази ($p < 0,001$).

Висновки. Зміни спектру вільних жирних кислот сироватки крові пацієнтів з НАЖХП характеризувались достовірним підвищенням окремих фракцій насичених ВЖК при відсутності достовірних відмінностей сумарної кількості насичених ВЖК. В той же час, сумарна кількість ненасичених ВЖК була підвищеною як у дітей з НАЖХП, так і у хворих з ожирінням.

ДІАГНОСТИКА ТА МІНІІНВАЗИВНЕ ЛІКУВАННЯ АХАЛАЗІЇ КАРДІЇ

Бабій О.М., Шевченко Б.Ф., Пархоменко С.Ф., Поляк Н.В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета. Оцінити ефективність балонної пневмокардіодилатації (ПКД) та лапароскопічної езофагокардіоміотомії Гелера (ЛМГ) в лікуванні хворих на ахалазію кардії.

Матеріали та методи. У відділенні хірургії з січня 2016 року по червень 2018 року обстежено та проведено комплексне лікування з застосуванням балонної ПКД і ЛМГ у 21 пацієнта з діагнозом ахалазія кардії. Чоловіків 8 (38,1%), жінок 13 (61,9%) віком від 28 до 75 років (середній вік $(51,47 \pm 3,63)$ роки). Тривалість захворювання від одного місяця до 8 років, в середньому $(3,05 \pm 0,49)$ роки.

Результати та обговорення. За допомогою променевих методів дослідження по діаметру стравоходу пацієнти були розподілені на 4 групи: 1 група з діаметром стравохода до 4 см 5 (23,8%), 2 група – 4-6 см – 6 (28,6%), 3 група – 6-8 см – 5 (23,8%), 4 група – більш 8 см з 5-подібно вигнутою конфігурацією – 5 (23,8%) пацієнтів. Достовірне зменшення діаметра стравоходу за даними флуороскопії ($p < 0,05$), а також зниження тиску в нижньому стравохідному сфінктері за даними манометрії ($p < 0,05$) є скринінговими в оцінці ефективності лікування АК після виконання мініінвазивного втручання. Ускладень при виконанні балонної ПКД і ЛМГ не було.

Висновки. Рецидиви ахалазії кардії після балонної ПКД встановлені в строки від 2 до 10 міс. у 7 (33,3%) пацієнтів: у 4,7% – в 1 групі та по 9,5% випадків в 2, 3, 4 групах. При рецидивах АК у 23,8% випадків повторне використання дилатації було неефективно. Виконана ЛМГ з фундоплацією по Дору, ефективність якої склала 80,0% випадків.

ПОКАЗНИКИ ТРАНЗІЄНТНОЇ ЕЛАСТОМЕТРІЇ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Степанов Ю.М., Завгородня Н.Ю., Ягмуру В.Б.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета. Визначення впливу НАЖХП на показники еластометрії печінки у дітей.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження був 121 пацієнт віком від 6 до 17 років, середній вік склав $(12,30 \pm 2,51)$ років. Розподіл на групи відбувся на підставі наявності НАЖХП, стадії захворювання та індексу маси тіла. Першу групу (1) склали 36 пацієнтів з НАЖХП (простим стеатозом), другу (2) – 21 хворий з неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ), у третю (3) групу увійшли 49 пацієнтів з ожирінням та без НАЖХП, четверту (4) групу склали діти без стеатозу з нормальним індексом маси тіла. Предметом дослідження були показники жорсткості печінки (LSM), які відображають її еластичність та свідчать про наявність фіброзу. Вимірювання LSM проводилось за допомогою апарата FibroScan® 502 touch (Echosens, Paris, France). Швидкість зсувної хвилі перераховувалась у модуль пружності Юнга, який вимірювався у кПа. Для розрахунку показників дескриптивної та індукційної статистики використовували програму Statistica 7.

Результати та обговорення. Середні значення показника LSM у дітей 1 групи склали $(4,5 \pm 1,2)$ кПа, 2 групи – $(4,8 \pm 1,2)$ кПа, 3 та 4 груп $(3,8 \pm 0,7)$ та $(4,1 \pm 0,7)$ кПа відповідно. Всі отримані дані відповідали ступеню фіброзу F0 за шкалою Metavir, але при проведенні дисперсійного аналізу та тесту Т'юкя виявлені достовірні розбіжності між показниками 1, 2 групи та 3 групи ($p < 0,001$).

Висновки. У дітей з НАЖХП середні значення показників жорсткості паренхіми печінки відповідали стадії фіброзу F0 за шкалою Metavir, але спостерігалось достовірне підвищення жорсткості паренхіми печінки з максимальними показниками жорсткості у пацієнтів з НАСГ на відміну від дітей з ожирінням без стеатозу.

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ЕЗОФАГОСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ СФІНКТЕРНОГО АПАРАТУ

Гайдар Ю.А., Милостива Д.Ф., Бандурист О.В., Пахолка О.В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета. Визначити морфологічні особливості структурних змін слизової оболонки (СО) езофагостродуоденальної зони (атрофія, гіперплазія) у пацієнтів з порушеннями сфінктерного апарату (СА).

Матеріали та методи. Виконано аналіз біопсійного матеріалу, отриманого під час фіброгастроскопії у 32 хворих з

порушеннями СА езофагогастроуденальної зони. При аналізі результатів використовували розрахунок середнього значення, 95% інтервалу і стандартної помилки у вибірці, результат записувався як $M \pm m$.

Результати та обговорення. Гістологічна картина у хворих зі стенозами вихідного відділу шлунку характеризувалась найбільш вираженими змінами слизової оболонки шлунку та дванадцятипалої кишки. Загострення хронічного гастриту також зустрічалося у цих хворих достовірно частіше. Морфологічні зміни СО стравоходу, характерні для езофагіту спостерігались лише в 5% випадків: з них частіше за все на тлі кил стравохідного отвору діафрагми (КСОД) 44,4%. Зміни СО, характерні для хронічного гастриту зустрічалися в 77,7% ($p < 0,05$) біоптатів у хворих стенозами вихідного відділу шлунку для хронічного дуоденіту – у 33,3% ($p < 0,05$) у порівнянні з пацієнтами з випадками КСОД та ахалазії кардії (АК). На гістологічному дослідженні езофагіт визначався основними морфологічними ознаками: потовщенням базального шару епітелію та збільшенням висоти сосочків. У хворих зі стенозами в антральному відділі спостерігалась лімфо-плазмодитарна інфільтрація переважно слабкої й помірної виразності строми з відсутністю, або ж слабкою активністю запального процесу, але в області тіла інфільтрація або атрофія в 80% була відсутня. Інфільтрат займав переважно відділи покривно-язмогового епітелію. У хворих з КСОД та АК інфільтрація антрального відділу була переважно відсутня.

Висновки. Гістологічна картина в групі хворих зі стенозами вихідного відділу шлунку характеризувалась найбільш вираженими змінами слизової оболонки шлунку та дванадцятипалої кишки.

ГУМОРАЛЬНА ЛАНКА ІМУНІТЕТУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ДИФУЗНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ (ХДЗП)

Діденко В.І., Татарчук О.М., Меланіч С.Л., Ягмур В.Б., Косенко Л.В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета. Визначити стан гуморальної ланки імунітету у пацієнтів з ХДЗП.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилось 120 хворих на ХДЗП віком від 19 до 78 років: з них 77 жінок та 43 чоловіки.

Розподіл хворих на групи відбувався в залежності від етіологічного фактора розвитку стеатозу та фіброзу печінки. I групу склали 24 пацієнта на неалкогольну жирову хворобу печінки із стеатозом (без запалення), II – 37 хворих на неалкогольний стеатогепатит; III група – 21 хворих на хронічний вірусний гепатит, асоційований з вірусом «С». В IV групу увійшли 18 пацієнтів з алкогольною хворобою печінки, в V групу – 20 пацієнтів з токсичним гепатитом. Рівень В-лімфоцитів визначали за допомогою моноклональних антитіл. Циркуючі імунні комплекси (ЦІК) визначали методом V. Haskova.

Результати та обговорення. Вірогідне підвищення середніх показників СД19+ лімфоцитів встановлено у I, II та V груп – в 1,4 рази ($p < 0,05$), у III – в 1,6 рази ($p < 0,05$) в порівнянні з контролем. У хворих III групи це підвищення було вірогідне відносно IV групи. У 62,5% хворих I групи, у 51,4% – II, у 81,0% – III, у 66,7% – IV та у 75,0% – V групи рівень ЦІК був вірогідно підвищений ($p < 0,05$). У III групи рівень ЦІК вірогідно підвищено відносно II групи (в 1,7 рази, $p < 0,05$). У хворих II групи встановлено кореляційний зв'язок між рівнем ЦІК та ІЛ-6 ($r = +0,370$, $p < 0,05$). Рівень ЦІК корелював з рівнем Т-хелперів у хворих II ($r = -0,369$, $p < 0,05$) та III групи ($r = -0,520$, $p < 0,05$). У хворих III групи встановлено зв'язок з рівнем цитолітичних ферментів: АЛТ ($r = +0,468$, $p < 0,05$) та АСТ ($r = +0,684$, $p < 0,01$). У IV групи визначено позитивний помірний зв'язок між рівнем ЦІК та ШОЕ ($r = +0,485$, $p < 0,05$).

Висновки. Хворим на ХДЗП характерна активація гуморальної ланки імунітету.

ВІМСТ МЕТАБОЛІТІВ ОКСИДУ АЗОТУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КИШЕЧНИКУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ

Кленіна І.А., Карачінова В.А., Федорова Н.С.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета. Оцінка вмісту метаболітів оксиду азоту (NOx) у сироватці крові у пацієнтів з запальними захворюваннями кишечника (ЗК) в залежності від статі.

Матеріали та методи. Обстежено 80 хворих (53 хворих з НВК та 27 з ХК). Хворі були розділені на групи в залежності від статі: 40 чоловіків та 40 жінок. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Вміст метаболітів NOx проводили за В.А. Метельською. Для статистичного аналізу використовували дескриптивну статистику; порівняння середніх значень перемінних здійснювали за допомогою t-критерію Стьюдента.

Результати та обговорення. Визначення метаболітів NO як маркера запальної реакції показало їх вірогідне підвищення у жінок та чоловіків. Так, у жінок вміст NOx збільшувався в 2,1 раз (85,89±11,09 проти 41,65±5,55 мкмоль/л, $p < 0,001$), порівняно з контролем. У жінок з НВК та ХК також спостерігалась вірогідне зростання вмісту NOx в 1,9 та 2,5 разів відповідно для обох груп (77,17±13,00 проти 41,65±5,55 мкмоль/л, $p < 0,05$ та 103,33±18,95 проти 41,65±5,55 мкмоль/л, $p < 0,01$) відносно контролю. Аналогічні зміни спостерігались і в групі чоловіків: вірогідне підвищення вмісту NOx в сироватці крові пацієнтів з ЗК в 1,7 разів (71,69±8,57 проти 41,65±5,55 мкмоль/л, $p < 0,01$), у пацієнтів з НВК – в 1,7 разів (70,33±9,35 проти 41,65±5,55 мкмоль/л, $p < 0,01$), у пацієнтів з ХК – в 1,8 разів (74,79±19,04 проти 41,65±5,55 мкмоль/л, $p < 0,05$), порівняно з контролем.

Висновки. Визначено вірогідне підвищення вмісту метаболітів NO в сироватці крові пацієнтів з ЗСК незалежно від гендерних особливостей. У жінок вміст даного показника збільшувався в 2,1 раз ($p < 0,001$), у чоловіків – в 1,7 разів ($p < 0,01$) порівняно з контролем.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАЛЬНЯ ХВОРИХ З КИЛАМИ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

Ратчик В.М., Пролом Н.В., Шевченко Б.Ф., Бабій О.М., Зеленюк О.В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета. Представити досвід хірургічного лікування гриж стравохідного отвору діафрагми лапароскопічним доступом.

Матеріали та методи. У відділенні хірургії органів травлення ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» за період з 2013 по 2018 рр. лапароскопічні втручання з приводу кили стравохідного отвору діафрагми (КСОД) було виконано у 107 пацієнтів, серед яких були 62 (57,9%), жінок і 45 (42,1%) чоловіків. Для підтвердження діагнозу пацієнтам виконували фіброгастроуденоскопію, з проведенням забору біоптатів і шлункового соку, рентгенологічне дослідження та манометрія стравоходу і його сфінктерів.

Результати та обговорення. Принципи хірургічної корекції, якими ми керувалися при антирефлюксних оперативних втручаннях: виконання круорофатії (передня, задня, комбінована); виконання фундоплексії (за методиками Ніссен, Туле-Покет, Ніссен-Розетті); виконання фундодіафрагмопексії. Серед оперованих пацієнтів у 94 (87,9%) діагностовано аксіальну КСОД (тип I), у 11 (10,3%) – параезофагеальну КСОД (тип II), змішану КСОД з укороченим стравоходом – у 2 (1,8%) пацієнтів. Круорофатію виконано у 100% пацієнтів: задню – у 94 (87,9%) пацієнтів, передню – у 4 – (3,7%) пацієнтів, у 9 (8,4%) пацієнтів – поєднану круорофатію і алопластику – у 10 (9,3%) пацієнтів. Виконано лапароскопічні фундоплексії: фундоплексію за Ніссеном – у 85 (79,4%) пацієнтів, фундоплексію за Туле – у 22 (20,6%) пацієнтів. Фундодіафрагмопексію виконано у 97 (90,7%). Симультантні оперативні втручання виконано у 8 (7,4%) пацієнтів, конверсії – у 2 (1,8%) пацієнтів. Летальних випадків після оперативних втручань не було.

Висновки. Результати дослідження свідчать про високу ефективність лапароскопічного доступу в хірургічному лікуванні пацієнтів з КСОД (в ранньому післяопераційному періоді хороші результати спостерігалися у 100 (93,4%) пацієнтів), характеризуються невеликим відсотком ускладнень, що дозволяє визнати їх операціями вибору в лікуванні даної патології.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ У ДІТЕЙ

Завгородня Н.Ю., Лук'яненко О.Ю.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета. Вивчити клінічні особливості перебігу неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) у дітей.

Матеріали та методи. В обстеження включено 130 пацієнтів віком від 6 до 17 років. Середній вік пацієнтів склав $(12,30 \pm 2,51)$ років. Визначення наявності стеатозу печінки проводилось за допомогою апарату «FibroScan502Touch» з дослідженням CAP (контрольованого параметру ультразвукового затухання). Пацієнти були розподілені на 4 групи: 1 група – 40 пацієнтів з простим стеатозом печінки, 2 група – 25 пацієнтів з НАСГ, 3 група – 50 пацієнтів з надмірною вагою та ожирінням без стеатозу, 4 група – 15 пацієнтів із нормальною вагою.

Результати та обговорення. При аналізі статевого складу встановлено, що співвідношення хлопчиків та дівчат у 2 групі складо 4:1. Діти 1 та 2 груп характеризувались достовірно вищими середніми значеннями індексу маси тіла (ІМТ), Z-score ІМТ, окружності талії ($p < 0,05$). Абдомінальний больовий синдром спостерігався більш ніж у половини обстежених пацієнтів. Діти 2 групи вдвічі частіше скаржились на біль в гіпогастральній ділянці живота порівняно з дітьми 1 групи, в той час як у дітей 1 групи частіше зустрічався біль у лівому підребер'ї ($p < 0,05$). Болісність при пальпації в точці жовчного міхура в 2 рази частіше зустрічалась у 2 групі порівняно з дітьми 3 групи ($p < 0,05$). Болісність при пальпації в панкреатичних точках вдвічі частіше зустрічалась у дітей 1 та 2 груп порівнянні з 3 групою ($p < 0,05$). У дітей з НАСГ гепатомегалія була виявлена у половини хворих, у дітей 1 групи – практично у третини пацієнтів, а у пацієнтів 3 групи – лише у десятій частини пацієнтів. Чорний акантоз спостерігався у третини пацієнтів з НАСГ, що достовірно відрізняло їх від дітей 3 групи, та у 16% хворих з простим стеатозом ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, особливостями клінічного перебігу НАСГ є домінування чоловічої статі відносно жіночої (4:1), вищі ступені ожиріння й ступені розвитку вісцеральної жирової тканини, гепатомегалія й клінічні ознаки інсулінорезистентності.

АНАЛІЗ ДІАГНОСТИЧНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ЕНДОСКОПІЇ З РЕЖИМАМИ ЗБІЛЬШЕННЯ І ВУЗЬКОСПЕКТРАЛЬНОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ПЕРЕДРАКОВИХ СТАНІВ І ЗМІН ШЛУНКА

Сімонова О.В., Мосійчук Л.М., Петішко О.П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета. Оцінити можливості діагностики передракових станів і змін шлунка (Ш) за допомогою відеоезофагогастроуденоскопії (ВЕГДС) з режимами збільшення і вузькосмугової візуалізації (NBI-режим).



Матеріали та методи. Обстежено 120 хворих на атрофічний гастрит (АГ) (51 чоловік, 69 жінок, середній вік 58,8±1,8 років). Стан слизової оболонки (СО) Ш вивчено за допомогою ВЕГДС з використанням відеоендоскопічної системи EVIS EXERA III (Olympus 190). Проводили огляд в білому світлі (БС), потім – в режимах збільшення і NBI з метою діагностики наявності і поширеності атрофії (А), кишкової металпазії (КМ), пілоричної металпазії (ПМ) і дисплазії СО Ш. Проводили співставлення результатів огляду в БС і режимах збільшення і NBI. Результати підтверджували за допомогою гістологічного дослідження.

Результати та обговорення. При огляді в БС діагностовано АГ з крайні неоднорідною ендоскопічною картиною: зміна рельєфу, наявність окремих вогнищ КМ великих розмірів, ксантом тощо. При застосуванні режимів збільшення і NBI чітко візуалізувались всі вогнища КМ, які проявлялись різними варіантами (пласко-піднятий, пласко-заглиблений, плаский). Якщо перші 2 варіанти виявляли і при огляді в БС, то плаский тип діагностувався тільки при огляді в режимах збільшення і NBI. В цілому, КМ була виявлена в 86,7% випадків, з них у 26,9% – була обмежена антральною відділом Ш, в 73,1% – поширювалась дифузно. Пілоричну металпазію СО тіла Ш (58,3%) і дисплазію (15,8%) виявлено тільки в режимах збільшення і NBI. Всі виявлені при ВЕГДС зміни були підтвержені морфологічно.

Висновки. Отримані дані свідчать про високу ефективність ВЕГДС з режимами збільшення і NBI в діагностиці і поширенні передракових станів і змін Ш, що може забезпечити їх добіопсійну діагностику, визначити місця для прецизійної біопсії, що в подальшому призведе до зменшення кількості біоптатів.

КОМБІНОВАНИЙ ЛАПАРОЕНДОСКОПІЧНИЙ МЕТОД В ЛІКУВАННІ СТЕНОЗУ ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ ВИРАЗКОВОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Тарабаров С.О., Ратчик В.М., Поляк Н.В., Ущина С.В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Пілородуоденальний стеноз (ПДС) – одне з ускладнень виразкової хвороби, при якому порушується евакуація вмісту з шлунка, що веде до порушення нутритивного статусу і розвитку важких розладів гомеостазу. В останні роки відзначається ріст кількості хворих з ускладненими формами виразкової хвороби, при чому частота ПДС варіює від 10 до 63%, та в середньому складає 15-30%. При детальному дослідженні грубі виразкові ураження саме ворота з зустрічаються лише у 5-7% випадків, тому є можливість для збереження пілоруса, що дає принципову можливість застосування мініінвазивних технологій в лікуванні ПДС.

Мета. Оцінити можливості мініінвазивного лікування хворих зі стенозом пілородуоденальної зони виразкового генезу.

Матеріали та методи. У відділенні хірургії органів травлення ДУ ІГНАМН України за 2015-2018 роки проведено лікування 10 хворих з ПДС виразкового генезу з використанням методу комбінованої лапароскопічної оперативної техніки. Чоловіків було 6, жінок 4. Вік пацієнтів коливався від 38 до 56 років. Середній вік (45,3±5,2) роки. У 7 пацієнтів (70%) діагностовано субкомпенсований стеноз, у 3 (30%) пацієнтів – компенсований стеноз. Для етапу ендоскопічної балонної пілородуоденопластики використовували балони 15-20 мм.

Результати та обговорення. Усім пацієнтам виконане мініінвазивне комбіноване лапароскопічне оперативне втручання яке складалось з трьох основних етапів:

1. Лапароскопічна СПВ за Hill-Barker;
2. Мобілізація ДПК за Кохером з вісцеролізом;
3. Ендоскопічна балонна пілородуоденопластика.

В усіх пацієнтів було досягнуто відновлення нормального просвіту ДПК (до 16-20 мм). Середній післяопераційний період склав 7 діб. Віддалений період спостереження склав 7-12 місяців. Ознак рецидиву виразкової хвороби та стенозу не виявлено.

Висновки. Метод мініінвазивного комбінованого лапароскопічного втручання в лікуванні ПДС виразкового генезу має хороші показники ефективності, відсутність ускладнень та рецидиву захворювання у віддаленому періоді.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ДИСБІОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ

Татарчук О.М., Стойкевич М.В., Вішнарєвська Н.С., Шевцова З.І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета. Встановити гендерні особливості дисбіотичних розладів у хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК).

Матеріали та методи. Проведено мікробіологічне обстеження 51 хворих НВК, які знаходилися на лікуванні у відділенні захворювань кишечника ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». Усі хворі були розділені на дві групи в залежності від статі: 25 чоловіків та 26 жінок.

Результати та обговорення. Проведені мікробіологічні дослідження вмісту товстої кишки (ТК) показали наявність глибоких змін якісного та кількісного складу мікрофлори у всіх хворих. Розподіл хворих за глибиною дисбіотичних розладів показав, що у чоловіків (60,0%) домінувала субкомпенсована форма дисбіозу. У жінок встановлено дисбіозу II та III ступеня (42,3%). У 20,0% хворих групи чоловіків виявили зниження рівня *Bifidobacterium* (<lg 8,0 КУО/г) і у

76,0% Lactobacillus ($\leq 6,0$ КУО/г). Тоді як у жінок хворих НВК дефіцит наявності біфідобактерій та лактобактерій було встановлено у 38,5% та 88,5% відповідно. Підвищення концентрації дріжджоподібних грибів роду Candida ($\geq 4,0</math> КУО/г) у вмісті ТК переважало у жінок і складало 42,3%. Також слід відмітити, що у 2,7% хворих чоловіків було виділено патогенний стафілокок. Крім того, лише у хворих жінок (10,5%) було виділено Proteus.$

Висновки. Таким чином, проведені мікробіологічні дослідження виявили наявність змін якісного та кількісного складу мікрофлори товстої кишки у всіх хворих. Ці зміни були обумовлені зменшенням кількості біфідо- та лактофлори, підвищенням концентрації умовно-патогенних мікроорганізмів, дріжджоподібних грибів. У групи хворих жінок була вища частота виявлення грибів роду Candida в підвищеній концентрації. І лише у хворих жінок було виділено Proteus.

ЗАЛЕЖНІСТЬ СТАНУ АДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМИ СФІНКТЕРНОГО АПАРАТУ ЕЗОФАГОСТРОДУОЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ (ЕФГДЗ) ВІД СТАНУ РЕГУЛЯТОРНИХ МЕХАНІЗМІВ

Зигало Е.В., Пролом Н.В., Шантир Л.І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета. Визначити стан регуляторних механізмів у хворих з патологією сфінктерного апарату ЕФГДЗ.

Матеріали та методи. Обстежено 19 хворих з порушенням прохідності нижнього стравохідного сфінктера внаслідок ахалазії кардії (АК). Оцінку адаптаційних реакцій проводили за показником активності регуляторних систем (ПАРС) у балах за спеціальним алгоритмом, який охоплює статистичні показники, показники гістограми та дані спектрального аналізу кардіоінтервалів, отриманих при добовому моніторингу ЕКГ. Кислотоутворюючу функцію оцінювали за рН шлункового соку (ШС). Визначали рН шлункового соку, концентрацію пепсину, глікопротеїнів, сіалових кислот, фукози, гексозамінів.

Результати та обговорення. Розподіл характеру адаптаційних реакцій у хворих на АК визначив появу хворих (42,1%) у стадії дезадаптації (злам компенсаторно-приспосувальних реакцій) – (ПАРС = $9,7 \pm 3,4$), тоді як решта хворих знаходились у стадії незадовільної дезадаптації (ПАРС = $7,6 \pm 1,4$) $p < 0,05$. Вивчення стану агресивних та протекторних факторів у шлунковому вмісті у вираженість агресивних факторів, що проявлялось гіперацидною секрецією, де рН шлункового соку була в 1,3 рази меншою від контрольних величин. Концентрація пепсину в ШС була підвищеною також в 1,3 раз відносно контрольної групи ($p < 0,05$). У половини хворих кількість глікопротеїнового гелю ШС була пригніченою. Концентрація фруктози та гексозамінів була знижена в 2,1 рази ($p < 0,01$). Рівень СК, які є маркером альтеративних процесів в СО, був достовірно вищим. Тоді як концентрація фруктози і гексозамінів менше майже в 1,4 рази ($p < 0,04$) ніж в контрольній групі. Такий дефіцит і диспропорція компонентів полімерних структур слизового гелю призводили до зменшення стійкості глікопротеїнів до дій протеолітичних ферментів та сприяли формуванню патологічного процесу в СО ЕФГДЗ.

Висновки. Дезадаптаційні реакції у хворих на АК вірогідно корелювали із порушеннями стану регуляторних механізмів в СО ЕФГДЗ.

ВИЯВЛЕННЯ СИНДРОМУ НАДЛИШКОВОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ (СНБР) У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ (ХЗЗК) В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГЕНДЕРНИХ ТА ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ

Зигало Е.В., Тарасова Т.С., Шантир Л.І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета. Визначити гендерні та вікові особливості хворих на ХЗЗК в залежності від наявності СНБР.

Матеріали та методи. Обстежено 80 хворих на ХЗЗК, з них – 66,3% хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) і 33,8% хворих на хворобу Крона (ХК). В залежності від статевої належності хворі були поділені на групи: I та II групи склали нарівно жінок та чоловіків (по 40 осіб у кожній групі). За віком 45 хворих відповідали молодому віку; середній вік склали 15 хворих, 20 обстежених – похилого віку. Для визначення СНБР проводили водневий дихальний тест (ВДТ) з навантаженням глюкозою з використанням газоаналізатора «Gastro» Gastrolyzer компанії Bedfont Scientific Ltd (Великобританія).

Результати та обговорення. Частота СНБР складала у 72,5% жінок та майже у 1,5 рази менше у хворих чоловіків (52,5%). Різка підвищення рівня Н2 в середньому на $(47,1 \pm 3,3)$ ррт у перші 45 хв. дослідження у хворих жінок на ХК та на $(48,7 \pm 3,2)$ ррт на 60 хв. у хворих чоловіків на НВК свідчило про порушення мікробіоти у тонкому кишечнику. Наявність стабільної кривої у половини хворих чоловіків на ХЗЗК визначала нормальний мікробіоценоз тонкого кишечника у цих хворих. При НВК СНБР спостерігався переважно у жінок (65,5%), тоді як у 71,4% випадків СНБР визначено у хворих чоловіків на ХК. Аналіз показників ВДТ в залежності від віку показав, що зміни концентрації Н2 у видихаємому повітрі спостерігались у пацієнтів похилого віку. При цьому достовірні відмінності вносились порівняння результатів молодого та похилого віку хворих на НВК та ХК ($p < 0,05$). Частота СНБР складала 95,0% хворих похилого віку, майже у 2 рази менше у хворих молодого та середнього віку (відповідно 51,15% та 53,3%).

Висновки. Більшій кількості хворих на ХЗЗК притаманні порушення у складі мікробіоценозу тонкої кишки у вигляді СНБР (переважно за рахунок жінок на НВК та чоловіків на ХК), які мали достовірну залежність від віку та переважали у хворих похилого віку.

РЕПРОДУКТИВНІ ОСОБЛИВОСТІ У ЖІНОК ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ

Псарьова І.В., Тітова М.В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета. Оцінити репродуктивні особливості у жінок хворих на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЖК).

Матеріали та методи. Проведено анкетування 40 жінок на ХЗЖК, 26 жінок з неспецифічним виразковим колітом (НВК) та 14 – з хворобою Крона (ХК).

Результати та обговорення. Тривалість ХЗЖК коливалась від 4 місяців до 40 років, середня тривалість захворювання при ХЗЖК становила (12,1±1,7) років, (11,7±1,7) років з НВК та (12,7±2,1) років з ХК. В період статевої зрілості знаходилось 19 жінок (47,5%); клімактеричний – 11 (27,5%); менопауза – 4 (10%); сеньйольні – 6 (15%). У 4 жінок (10%) вік менархе 10-11 років, у 22 (55%) – 12-13 років, у 13 (32,5%) – 14-15 років, пізніше 15 років – у 1 (2,5%) з ХЗЖК. Середній вік менархе (13±0,2) років у жінок з ХЗЖК. Регулярні місячні у 32 (80%); на НВК – у 24 жінок та 8 жінок на ХК та нерегулярні місячні у 8 (20%); на НВК – у 2 жінок та 8 жінок на ХК. Тривалість менструального циклу в середньому складає (28,3±0,9) днів у жінок на ХЗЖК, а саме (27,4±0,4) днів з НВК та (29,8±2,4) днів з ХК. Альгоменорея у 25 жінок з ХЗЖК, що склало 62,5%; у 18 (69,2%) з НВК та у 7 (50%) з ХК. Гіперполіменорея у 11 жінок з ХЗЖК, що склало 27,5%; у 8 (30,7%) з НВК та у 3 (21,4%) з ХК. Погіршення перебігу захворювання в період менструації відмічають 26 опитаних жінок, а саме у 16 (61,5%) з НВК та у 10 (38,5%) з ХК. На момент вагітності на ХЗЖК хворіли 4 жінки, що складає 10%. Мастопатія спостерігалась у 14 (35%) жінок з ХЗЖК, при НВК у 6 (23,1%) та при ХК у 8 (57,14%).

Висновки. Таким чином, для жінок з ХЗЖК більш характерні альгоменорея та гіперполіменорея, мастопатія, погіршення перебігу захворювання в період менструації, а також наявність гінекологічної патології, що істотно не відрізняється як при НВК так і при хворобі Крона.

ТОНУС ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ПАЦІЄНТІВ З КИЛОЮ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

Галінський О.О., Руденко А.І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета. Порівняння зміни тиску в пілоричному та нижньому стравохідному сфінктері у пацієнтів з килую стравохідного отвору діафрагми.

Матеріали та методи. Дослідження проведено у хворих (n=22) з килую стравохідного отвору діафрагми (код за МКХ-10 – К 44.) Для встановлення та підтвердження діагнозу пацієнтам проводили езофагогастроуденоскопію та рентгенологічне дослідження стравоходу, шлунку, дванадцятипалої кишки. Тонус пілорудоденального сфінктера визначали шляхом цифрової пневмобалонної манометрії під ендоскопічним контролем положення реєструючого балону.

Результати та обговорення. При проходженні балону зі шлунку в стравохід пік тиску в 25% пацієнтів не спостерігався, у 29% пацієнтів не перевищував 10 мм.рт.ст., у 46% пацієнтів значення піку тиску при проходженні анатомічного звуження знаходились в діапазоні від 10 до 26 мм.рт.ст. Встановлено, що у 81% пацієнтів відбувається зростання супротиву під час проходження балону в пілорудоденальній зоні до значень 40,47±4,46 мм.рт.ст., тоді як у 19% пацієнтів значення знаходились на рівні 12,67±1,80 мм.рт.ст, тобто різниця склала 69% (p<0.01)

Висновки. Виявлено зростання тонусу пілорудоденального сфінктера у пацієнтів з килую стравохідного отвору діафрагми, детальна локалізація причин та встановлення механізмів формування потребує подальших досліджень.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ У ХВОРИХ ІЗ ПЕРЕДРАКОВИМИ ЗМІНАМИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА

Кушніренко І.В., Демешкіна Л.В., Сімонова О.В., Ярош В.М.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро

Мета. Вивчити клінічну картину при передракових станах шлунка за проявами гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР) та функціональної диспепсії – постпрандального дистрес-синдрому (ПДС) та синдрому епігастрального болю (СЕБ).

Матеріали та методи. Обстежено 79 хворих, які розділені на групи: 1 група – атрофічні зміни слизової оболонки (СО) шлунка – 13 осіб; 2 група – кишкова метатлазія (КМ) в антральному відділі шлунка – 20 пацієнтів; 3 група – дифузна КМ – 33 хворих, 4 група – хворі із дисплатією СО шлунка – 13 осіб. Клінічну картину вивчали за базовими характеристиками скарг хворих, що згруповані у симптомкомплекси, характерні для ГЕР та функціональної диспепсії з визначенням двох синдромів: ПДС та СЕБ згідно Римських критеріїв. Інтенсивність симптомів вимірювали за шкалою Лайкєрта.

Результати та обговорення. У хворих усіх груп виявлені клінічні прояви як ГЕР, так і ФД. У пацієнтів реєстрували і симптоми СЕБ, і ПДС. Кількість хворих з більшою кількістю проявів ГЕР була максимальною у 3 групі, що у 1,8 раза та майже вдвічі більше порівняно із 2 і 4 групами (p>0,05), та втричі – порівняно із 1 (p<0,05). Домінуюче положення у всіх групах за інтенсивністю займають симптоми ФД (12,8, 11,2, 10,9 та 13,6 бали відповідно у 1, 2, 3 та 4 групах) з перевагою інтенсивності симптомів ПДС (6,4, 4,9, 5,1 та 6,8 балів у групах відповідно) порівняно з інтенсивністю симптомів СЕБ.

Симптом нудоти мав максимальну інтенсивність у 4 групі, що достовірно більше порівняно із пацієнтами 2 та 3 групи ($p < 0,01$) і ($p < 0,01$) відповідно. Для пацієнтів 4 групи характерною є максимальна інтенсивність скарги на гіркоту у роті, яка достовірно вища, порівняно із пацієнтами 2-ї групи ($p < 0,01$)

Висновки. Наявність симптомів GER хворих не знижує ймовірність виявлення передракових змін слизової оболонки шлунка, а клінічні прояви ФД із домінуванням нудоти та гіркоти у роті характерні для хворих із диспепсією CO шлунка.

ОФТАЛЬМОЛОГІЯ

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ НА ГЛАУКОМНУ ОПТИЧНУ НЕЙРОПАТІЮ

Гузун О.В., Храменко Н.І., Коновалова Н.В., Перетягін О.А.

ДУ «Інститут ОХ і ТТ ім. В.П. Філатова НАМН України», м. Одеса

Мета. Оцінити ефективність комплексного застосування вітчизняних препаратів Дорзітім і Оптикс форте в лікуванні пацієнтів на глаукому оптичну нейропатію, з недосягнутим цільовим рівнем внутрішньоочного тиску.

Матеріали та методи. Нами було обстежено та проведено лікування 43 пацієнтів (51 око) на первинну відкритокутову глаукому (ПВКГ) I-II стадії, у віці від 49 до 77 років. 23 пацієнта (27 очей) після сінустрабекулектомії та 20 пацієнтів (24 ока) на різній гіпотензивній терапії, яка не досягла цільового рівня внутрішньоочного тиску (ВОТ). У всіх пацієнтів діагностовано оптична нейропатія, попередні призначення відкориговані: препарат Дорзітім 2 рази на день постійно та вітамінно-мінеральний комплекс Оптикс форте по 1 капсулі 2 рази на день 3 місяці, а також призначений курс лазерстимуляції (ЛС) зорового нерву (10 сеансів).

Результати та обговорення. Вихідний рівень ВОТ становив 25,3 (SD, 2,61) мм рт. ст., після лікування препаратом Дорзітім через тиждень відзначено зниження рівня ВОТ на 23% до 19,6 (SD, 1,35) мм рт. ст. ($P < 0,05$). Через 1 місяць показник офальмотонууса склав 17,5 (SD, 1,85) мм рт. ст. ($P < 0,05$), що на 31% нижче вихідного рівня.

Після курсу ЛС зорового нерву і рекомендованим комплексом Оптикс форте (3 місяці) сумарна межа поля зору розширилося на 12% – до 419,5 (SD; 77,8)[°] ($P < 0,05$). Показник електричної чутливості зорового нерву за фосфеном значимо покращився на 16% – до 72,9 (SD; 5,81) мкА. Внутрішньоочний кровообіг (RQ) підвищився на 9% до 2,33 (SD, 0,44)%, а спазм внутрішньоочних судин (α/T) знизився на 10% до 24,0 (SD, 4,39) %.

Висновки. Комплексне лікування вітчизняним препаратом Дорзітім з постійним застосуванням, що включає курс ЛС зорового нерву з рекомендованим протягом 3 місяців вітамінно-мінеральним комплексом Оптикс форте у хворих на глаукому оптичну нейропатію, з недосягнутим цільовим рівнем внутрішньоочного тиску знижує офальмотонус на 31%, покращує функціональний стан зорового аналізатора, а також стабілізує глаукомний процес. У всіх хворих покращилося загальне самопочуття, працездатність та якість життя.

ДИНАМІКА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ЗОРОВОГО АНАЛІЗАТОРА ПРИ ЛІКУВАННІ СТУДЕНТІВ З ПОРУШЕННЯМИ АКОМОДАЦІЇ ТА ВЕГЕТАТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Гузун О.В.¹, Храменко Н.І.¹, Гузун С.А.²

¹ДУ «Інститут ОХ і ТТ ім. В.П. Філатова НАМН України», м. Одеса

²КЗ «Одеське обласне базове медичне училище», м. Одеса

Мета. Оцінити ефективність комплексного застосування курсу лазерної стимуляції циліарного тіла і ресвератрола у студентів на астенію і вегетативну дисфункцію.

Матеріали та методи. Проведено комплексне обстеження 27 студентів (54 очей) (вік 18-23 роки), з ознаками астенії, а також проявами астенії. 1 група – 15 студентів (30 очей) відмовилися від лікування і 2 група – 12 студентів (24 ока), яким проведена лазерстимуляція циліарного тіла (ЛСЦТ) ($\lambda=650$ нм, $W=0,4$ мВт/см², $t=5$ хв.) і спільно з терапевтом призначений Нутроф[®]форте – 1 капсула 1 раз на день 1 місяць). Всім студентам була запропонована очна гімнастика, дозоване зорове навантаження і здоровий спосіб життя.

Результати та обговорення. Після ЛСЦТ було відмічено у студентів 2 групи: підвищення гостроти зору на 10% від початкової, відновлення нормальних показників резервів акомодатції (РА) у всіх студентів. Через 1 місяців в 1 групі в 12% випадків РА підвищилися до 2,0 (SD, 1,1) дптр, у 2 групі спостерігалось підвищення показника в 48% випадків до 3,0 (SD, 1,01) дптр. За даними РОГ через 1 місяць відзначено на 21% поліпшення внутрішньоочного кровообігу у студентів 2 групи до 3,4 (SD; 0,39)%, а також зниження судинного тонууса на 34% у студентів на тлі прийому Нутроф[®]форте до нормальних значень – $\alpha/T = 18,8$ (SD; 1,87)%.

Зменшення астенічних явищ у 75% студентів 2 групи, значимо поліпшило функцію вегетативної нервової системи по ВАШ астенії на 29% (до 3,8; SD; 0,8), за шкалою оцінки вегетативних розладів – на 24% (до 24,5; SD; 3,75) і індексу Кердо – на 33% (до 13,8; SD; 4,47) бали, що практично стабілізує і нівелює ознаки вегетативної дисфункції. В 1 групі студентів астенічні явища за всіма ознаками значуще не змінювалися.

Висновки. Комплексна ЛСЦТ із застосуванням Нутроф[®]форте у студентів на астенію та вегетативну дисфункцію



значимо поліпило внутрішньоочний кровообіг на 21% і судинний тонус на 34%, у 48% студентів були відновлені РА (більше 3,0 дптр) і відзначений перехід астенії з середнього ступеня в легку, а також у 75% студентів були знижені астенічні явища.

МЕДИЦИНА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ ТА МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ СЛУЖБИ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ В УКРАЇНІ

Близнюк М.Д., Лисун Д.М., Йосипенко І.О.

ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»

Мета. Обґрунтувати доцільність адаптації нормативно-правової бази ЕМД та медицини катастроф (МК), до положень Кодексу цивільного захисту України, Закону України «Про екстрену медичну допомогу» та інших нормативних документів Кабінету Міністрів України (дКМУ).

Матеріали та методи. Аналіз державних нормативно-правових актів та наукової інформації. Методи: аналітичний, кризового менеджменту, медичної статистики.

Результати та обговорення. Кодексом цивільного захисту України було відмінено цілу низку Законів України, якими регламентувалась діяльність ЄДСЦЗ. В результаті чого втратила чинність з 01.01.2013 р. ціла низка Законів і відповідних підзаконних нормативно-правових актів, які регламентували діяльність медичної спеціалізованої служби цивільного захисту населення.

Водночас у Законі України «Про екстрену медичну допомогу» жодного слова немає про медичну спеціалізовану службу у функціональній підсистемі Єдиної державної системи цивільного захисту.

Питання створення необхідної нормативної бази стояло на порядку денному з першого дня введення в дію означених Законів, але з тих чи інших причин не вирішувалось, і тільки на даний час, коли наша Держава знаходиться в стані війни, і в 10 областях було оголошено «Воєнний стан» виникла нагальна необхідність її створення.

Висновки. На виконання вимог Кодексу цивільного захисту та Закону України «Про екстрену медичну допомогу» в Україні після введення в дію відповідних нормативно-правових актів може бути створена медична спеціалізована служба ЦЗ адаптована до вимог сьогодення, яка спроможна забезпечити надання ЕМД в НС всім категоріям населення нашої Держави в повному обсязі на рівні світових стандартів.

САМОСТІЙНЕ УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ – ВАЖЛИВИЙ КРОК У ПІДВИЩЕННІ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Бурова В.І., Бігун І.О.

НМАПО імені П. Л. Шупика

Мета. Розробити можливості самостійного професійного удосконалення лікарів за принципом безперервного професійного навчання.

Матеріали та методи. Складання та аналіз програм робочих планів циклів викладання теоретичних та практичних завдань, симуляційних навичок, аналіз рефератів лікарів, слухачів та лікарів-інтернів, їх відповідей на підсумкових іспитах.

Результати та обговорення. Якість надання медичної допомоги починається з організації праці будь-якого колективу, в тому числі амбулаторії сімейного лікаря, чи відділення екстреної медичної допомоги, чи приймального відділення багатопрофільної лікарні (відділення медицини невідкладних станів). Вона визначається рівнем наукового забезпечення, станом кваліфікації та професіоналізму медичного персоналу, дотриманням морально-етичних норм. Важлива роль для забезпечення вище перерахованого належить удосконаленню знань фахівців медичних закладів. По перше – це кожні 5 років проходить переатестацію з проходженням міжстационарних курсів удосконалення у закладах післядипломної освіти. В п'ятирічний період лікар повинен пройти короткострокові курси підвищення кваліфікації за спеціальністю. Обов'язковим є участь в з'їздах, конференціях, симпозіумах і виступи на них з отриманням сертифікату, участь в отриманні сертифікату в онлайн режимі провідних журналів. Виступи на загальнонаціональних і патологоанатомічних конференціях, участь у роботі лікарських наукових товариств. На сьогоднішній день є можливість оволодіння практичними навичками в симуляційних класах, оволодіння навичками серцево-легеневої реанімації, якою повинні володіти всі медичні працівники, особливо первинної ланки.

Висновки. Кожен лікар повинен щоденно безперервно підвищувати рівень своєї професійної майстерності, чим забезпечити якість роботи на своєму робочому місці.

ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Голдовский Б.М., Поталов С.А., Сидь Е.В., Сериков К.В., Лелюк Д.В.

ГЗ «ЗМАПО МЗ України», г. Запорожье

Материалы и методы. Результаты исследования основаны на данных комплексного обследования 155 больных ИБС в сочетании с ГБ II стадии, из которых 124 имели пароксизмальную форму ФП и 31 пациент был без данной аритмии. Группы пациентов были сопоставлены по возрасту и социальному статусу.

Анализировали индекс массы миокарда ЛЖ (ИММ ЛЖ, г/м²) отдельно для женщин и мужчин, используя гендерные нормы по диагностике гипертрофии левого желудочка, которые представлены в клинических рекомендациях Европейского общества кардиологов (2013): 115 г/м² для мужчин и 95 г/м² для женщин.

Результаты и обсуждения. В группе больных ИБС в сочетании с гипертонической болезнью и пароксизмальной формой ФП пациентов с нормальной геометрией ЛЖ было всего 6 человек (4,8%), а среди больных ИБС в сочетании с ГХ без ФП данный тип был достоверно более частый – 8 (25,8%) человек (p<0,05). Экцентрическая гипертрофия ЛЖ оказалась одинаково часто, как среди больных ИБС в сочетании с гипертонической болезнью и персистирующей формой ФП – 77 (62,1%), так и среди тех кто не имел ФП – 20 (64,5%), (p>0,05). Концентрическая гипертрофия ЛЖ достоверно преобладала у пациентов группы ИБС в сочетании с гипертонической болезнью и пароксизмальной формой ФП – 33 (26,6%) против 2 (6,5%) больных ИБС в сочетании с ГХ без ФП (p<0,05). Концентрическое ремоделирование ЛЖ было выявлено лишь у 1 (3,2%) человека в группе больных ИБС в сочетании с гипертонической болезнью без ФП и у 8 (6,5%) лиц группы ИБС в сочетании с ГХ и персистирующей формой ФП и не имело достоверного различия между группами (p>0,05).

Выводы. Ремоделирование ЛЖ у пациентов с ИБС в сочетании с гипертонической болезнью и пароксизмальной формой ФП отмечалось большей долей больных с концентрической гипертрофией ЛЖ и меньшей долей пациентов с нормальной моделью ЛЖ в сравнении с теми, кто не имел данной аритмии.

ПОРУШЕННЯ РОЗВИТКУ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ОСІБ, ЯКІ ЗАзнаЛИ ВПЛИВУ МАЛИХ ДОЗ ІОНІЗУЮЧОГО ОПРОМІНЕННЯ

Гур'єв С.О.³, Іскра Н.І.¹, Ярошенко Ж.С.², Кузьмін В.Ю.¹

¹НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

²Науковий центр радіаційної медицини АМН України, м. Київ

³ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», м. Київ

Мета. Вивчення зміни опорно-рухового апарату у постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС: дітей народжених від ліквідаторів аварії на ЧАЕС та народжених і проживаючих на радіаційно забруднених територіях.

Матеріали та методи. Проведенні обстеження 376 осіб, народжених від ліквідаторів аварії на ЧАЕС та осіб народжених і проживаючих на радіаційно забруднених територіях. Вік дітей на час обстеження склав 18 років, серед них було 198 осіб чоловічої статі та 178 осіб жіночої статі. Серед них 188 визнані постраждалими внаслідок катастрофи на ЧАЕС.

Результати та обговорення. Проведене нами вивчення стану ОРА показало, що усі обстежені мали патологію апарату опори та руху, яку діагностовано у різні терміни. Аналіз отриманих даних показав, що рівень поширеності вроджених вад розвитку ОРА серед обстежених осіб в сільській місцевості майже в 2 рази перевищує поширеність в міській місцевості. Результати розподілу обстежених за ознакою статі показали, що порушення розвитку ОРА після народження мали в 55,6% обстежених з яких 46,9% чоловіки та 53,1% особи жіночої статі. В цілому порушення розвитку ОРА у осіб, які є нащадками ліквідаторів першого покоління та осіб проживаючих на радіаційно забруднених територіях зустрічаються серед осіб жіночої статі значно частіше, ніж у чоловіків. Такої тенденції у осіб народжених у доаварійному періоді не відзначалось.

Висновки. Порушення розвитку ОРА у обстежених нащадків ліквідаторів аварії на ЧАЕС першого покоління та осіб проживаючих на радіаційно забруднених територіях мають значну різницю в залежності від місяця мешкання та статі осіб. Так значна кількість осіб в яких після народження діагностовано патологію ОРА – особи жіночої статі нащадки ліквідаторів першого покоління мешканці сільської місцевості.

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА У ПОСТРАЖДАЛИХ АБДОМІНО-ВЕРТЕБРАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ В РЕЗУЛЬТАТІ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОД

Гур'єв С.О., Танасієнко П.В., Сацук С.П., Ковалишин І.В., Балясевич С.Я.

ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», м. Київ

Матеріали та методи. Для виконання дослідження було проаналізовано 122 постраждалих з абдоміно-вертебральною травмою в результаті ДТП. Постраждалі поділені на 2 групи: до першої були віднесені 69 осіб, яким були проведені

лікувальні заходи згідно тактики damage control. До другої контрольної групи були віднесені 53 постраждалих, лікування яких відповідало тактиці early total care.

Результати та обговорення. Серед постраждалих першої групи смертність становила 20,3%, а у другій групі – 22,6% відповідно. У I періоді травматичної хвороби серед постраждалих першої групи померли 50,0%. В цей же час у другій групі померло 41,7% постраждалих. Основними причинами смертності були тяжкий травматичний шок, обумовлений масивною кровотечею, наявністю значних пошкоджень анатомічних структур. У II періоді травматичної хвороби серед постраждалих I групи померло 28,6%. Смертність серед постраждалих II групи у періоді нестабільної адаптації становила 41,7%, що у 1,5 рази більше ніж у I групі. Основними причинами смертності у II періоді травматичної хвороби була поліорганна недостатність, та пов'язані з нею ДВС-синдром, гостра дихальна, ниркова та печінкова недостатність. У періоді стабільної адаптації летальність серед постраждалих першої групи становила 21,4%, а серед постраждалих II групи – 16,6%. Основною причиною смерті у III періоді травматичної хвороби були інфекційні ускладнення та гострі виразкові ураження шлунку та дванадцятипалої кишки.

Висновки. 1. Смертність серед постраждалих з абдоміно-вертебральною травмою в результаті ДТП залишається високою незалежно від використаної лікувальної тактики і коливається на рівні 20,3-22,6%; 2. При використанні тактики damage control смертність вища у I та III періодах травматичної хвороби, а при використанні тактики early total care смертність вища у II періоді травматичної хвороби; 3. Застосування однієї з апробованих тактик не вказало достовірних переваг і тому повинно використовуватись за показами у кожному конкретному випадку.

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Назаренко І.І., Гуселетова Н.В.

ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», м. Київ

Мета. Визначити шляхи удосконалення системи психологічної реабілітації ветеранів АТО і учасників ООС для уникнення психогенних порушень та психосоціальної дезадаптації внаслідок дії стресогенних факторів військових дій на Сході України.

Матеріали та методи. Відповідно до мети був проведений інтелектуальний пошук законодавчих та нормативно-правових документів та на основі контент-аналізу отримані контекстуальні висновки.

Результати та обговорення. Психологічна реабілітація ветеранів в Україні – це окрема державна програма, на яку у 2018 році було передбачено бюджетом 109 млн. грн., сформовано 696 центрів психологічної допомоги. На сьогоднішній день, існуючі законодавчі та підзаконні акти в Україні щодо реабілітації учасників АТО є неповними і частковими та потребують: 1) створення низки Законів України – «Про психологічну допомогу населенню України», «Про психологічну реабілітацію учасників АТО» для формування ефективної державної системи та рівня координації між уповноваженими центральними органами виконавчої влади та організаціями, 2) введення в Україні медичної спеціальності «медична реабілітація», 3) поетапного проведення: діагностичного, психологічного або психореабілітаційного госпітального етапу, психологічного супроводу (психологічного аспекту реабілітації). I етап – створення системи психодіагностики і моніторингу у вигляді облікового Реєстру учасників АТО з визначеними показниками їх психологічного стану; II етап – формування комісій з правом ліцензування та сертифікації психологів, що займаються питаннями психологічної реабілітації з правом контролю за їх практичною діяльністю та рівнем кваліфікації; III етап – організація центрів підтримки учасників ООС та професійних груп взаємодопомоги з метою їх психологічного супроводу під час проведення реабілітації.

Висновки. Сьогодні вимагає проведення у загальнодержавному масштабі своєчасної і кваліфікованої психологічної реабілітації воїнів ООС. На сьогоднішній день єдиної концепції реабілітації та адаптації військових після повернення із зони конфлікту досі не існує. Зазначені нами напрями, визначені методи та способи удосконалення сприятимуть вирішенню проблем забезпечення та інтеграції зусиль різних відомств з питань реабілітації ветеранів АТО і учасників ООС.

СКЛАДОВІ УЧБОВИХ ПРОГРАМ З НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ТА ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗА СУЧАСНИХ УМОВ

Іскра Н.І., Кузьмін В.Ю.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Покращити підготовку слухачів з надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі та провести аналіз вивчення питання вибору засобу для зупинки кровотечі з елементами само та взаємодопомоги на догоспітальному етапі.

Матеріали та методи. Науковими співробітниками кафедри під час навчального процесу розглядалися питання застосування сучасних засобів зупинки кровотечі, доцільності та правила накладання джугта.

Результати та обговорення. Моніторинг отриманих результатів показав, що у переважній кількості випадків 86,8% мали місце помилки стосовно послідовності виконання невідкладних заходів. На другому місці, серед помилок, стояла

якість виконання невідкладних заходів (відсутність практичного досвіду роботи в поза лікарняних умовах). На третьому місці за частотою стояли помилки стосовно власної безпеки (нехтування власною безпекою при наданні невідкладної медичної допомоги).

Висновки. Під час підготовки слухачів слід що разу акцентувати увагу, на особливостях вибору засобів зупинки небезпечної для життя кровотечі з урахуванням патогенетичних та тактичних особливостей. Надаючи новітні медичні засоби для зупинки кровотечі обов'язково слід надавати інформацію про механізм дії та можливий сторонній ефект від їх застосування. Вмінню застосування джугта та засобів, які ідентичні за дією в надзвичайних ситуаціях за умов впливу механічного чинника та в бойових умовах при масивній кровотечі з кінцівки повинно приділятися першочергову увагу під час відпрацювання практичних навичок.

ПЕРСПЕКТИВИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ З МЕДИЦИНИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ ВІДПОВІДНО ДО МІЖНАРОДНИХ ВИМОГ

Іващенко О.В., Орел В.В.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Виявити основні зміни в післядипломній підготовці лікарів з медицини невідкладних станів після затвердження Концепції професійного ліцензування лікарів (КПЛЛ).

Матеріали та методи. Аналіз та порівняння післядипломної підготовки лікарів з медицини невідкладних станів: сучасний стан та перспективи, що пропонує проєкт КПЛЛ.

Результати та обговорення. Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України пропонує для публічного обговорення проєкт КПЛЛ. МОЗ України виділяє такі причини низької якості медичної допомоги: 1. погане технічне оснащення закладів охорони здоров'я; 2. недостатній рівень доступності лікарської допомоги; 3. недостатній рівень доступності медикаментів; 4. низька мотивація медичного персоналу надавати якісні медичні послуги; 5. низький професійний рівень певної частини медичного персоналу; 6. безвідповідальність непрофесійного медичного персоналу за завдану шкоду внаслідок надання неякісної медичної допомоги. Для підвищення професійного рівня лікарів і був запропонований проєкт КПЛЛ. Цілі впровадження КПЛЛ – забезпечення постійного навчання лікарів та залежність права практикувати від такого постійного навчання. Основні зміни в новій моделі післядипломної підготовки лікарів з медицини невідкладних станів наступні: для отримання спеціалізації, крім інтернатури (первинної спеціалізації) та складання іспиту «Крок 3», додається резидентура (строк визначатиме МОЗ); здійснення лікарями безперервного професійного розвитку (БПР) з формуванням власної індивідуальної освітньої траєкторії та отриманням балів (мінімальна кількість балів БПР буде встановлюватися МОЗ); впровадження обмеженої (під час резидентури, що діє тільки на місці її проходження) та повної ліцензії на лікарську практику (будуть видаватися МОЗ).

Висновки. Впровадження нової моделі післядипломної підготовки лікарів з медицини невідкладних станів у вигляді КПЛЛ дозволить підвищити якість надання медичної допомоги відповідно до міжнародних вимог.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ В ЛІКУВАННІ ОБСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ ЗОНИ

Максименко М.В., Ткаченко О.А., Тюлюкін І.О., Сусак Я.М.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Мета. Покращити результати лікування пацієнтів з обструктивними захворюваннями гепатопанкреатобілярної зони (ОЗГЗ) шляхом застосування диференційного підходу до вибору методу декомпресії позапечінкової протокової системи в залежності від тривалості захворювання, ступеня тяжкості печінкової недостатності.

Матеріали та методи. Пацієнти з ОЗГЗ (N=112), що були госпіталізовані в Київську міську клінічну лікарню швидкої медичної допомоги, до яких було застосовано диференційний підхід при виборі методу декомпресії позапечінкової протокової системи.

Результати та обговорення. Нами було застосовано диференційний підхід до вибору методу декомпресії позапечінкової протокової системи, який залежав від часу госпіталізації пацієнта від моменту початку захворювання та ступеня тяжкості печінкової недостатності при механічній жовтяниці. Додатково нами було враховано регрес печінкової недостатності в перші 24 години з моменту поступлення та наявна коморбідна патологія. Диференційний підхід включав: одноетапні методики у пацієнтів з доброякісними захворюваннями гепатопанкреатобілярної зони та низьким індексом коморбідності, та двохетапні методики у пацієнтів з обструктивними захворюваннями гепатопанкреатобілярної зони переважно пухлинної етіології, високим рівнем коморбідності. На основі отриманих даних нами об'єктивовано можливість застосування транскутанних пункційних методів дренивання внутрішньопечінкових та позапечінкових жовчних проток, використання ендобілярного стентування, виконання ургентної ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії з папілосфінктеротомією, лапароскопічної холецистектомії з холедохоскопією та

відтермінованих радикальних та паліативних втручань. Проаналізувавши отримані дані була доведена ефективність застосування диференційного підходу до вибору методу декомпресії позапечінкової протокової системи в лікуванні обструктивних захворювань гепатопанкреатобіліарної зони, що відобразалось в зменшенні рівня летальності та кількості ускладнень.

Висновки. Таким чином застосування диференційного підходу до вибору методу декомпресії позапечінкової протокової системи при лікуванні пацієнтів з обструктивними захворюваннями гепатопанкреатобіліарної зони дозволило значно зменшити кількість ускладнень та рівень загальної летальності.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ТА РАНЬОМУ ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПАХ

Максименко М.В., Ткаченко О.А, Тюлюкін І.О., Сусак Я.М.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Мета. Оптимізувати діагностику та лікування на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах хворих з синдромом механічної жовтяниці (СМЖ) шляхом розробки та впровадження в клінічну практику діагностичного алгоритма.

Матеріали та методи. Пацієнти з СМЖ: перша група – ретроспективний аналіз хворих з традиційним алгоритмом діагностики та лікування (N=86); друга група – аналіз хворих до яких було застосовано розроблений діагностичний алгоритм (N=112).

Результати та обговорення. Нами встановлено, що механічна (обтураційна, підпечінкова) жовтяниця є важким ускладненням захворювань органів гепатопанкреатобіліарної системи, при яких порушується відтік жовчі на різних рівнях жовчовивідних проток, варіабельність в етіології жовтяниці, важкий стан хворих значно ускладнюють діагностику, внаслідок чого 18-45% пацієнтів не потрапляють відразу у спеціалізовані хірургічні стаціонари, летальність після операцій на висоті механічної жовтяниці залишається високою і складає 7-42%.

Нами розроблено алгоритм діагностики хворих з СМЖ на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах, що полягає в цільовій госпіталізації пацієнтів з СМЖ в спеціалізовані відділення при багатопрофільних лікарнях, з подальшою верифікацією діагнозу в перші 24 години з моменту госпіталізації завдяки розробленому чіткому, адаптованому лабораторно-інструментальному моніторингу, який включає в себе ретельний збір анамнезу, об'єктивізацію загального стану, проведення повного обсягу лабораторних (з визначенням специфічних маркерів) та інструментальних обстежень, консультації суміжних спеціалістів.

Висновки. Вдосконаливши діагностичний алгоритм зменшено терміни верифікації діагнозу до 24 годин з подальшим застосуванням диференційованого підходу до вибору хірургічної тактики. Розроблено маршрут хворого, який дозволив значно скоротити передопераційний період, що в подальшому сприяло зниженню рівня післяопераційних ускладнень та летальності.

СТАТИСТИКА БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ

Назаренко І.І.

ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», м. Київ

Мета. На основі статистичних даних різних війн визначити вплив бойового стресу на психологічний стан військових учасників бойових дій на Сході України.

Матеріали та методи. Відповідно до мети був проведений контент-аналіз стосовно фахових аналітичних робіт Державних установ та отримані контекстуальні висновки.

Результати та обговорення. Збройний конфлікт, який відбувається сьогодні на сході країни, став справжнім випробуванням стресостійкості особового складу Збройних Сил України (ЗСУ). В Світі по статистиці в перші дні проведення бойових дій бойову психічну травму (БПТ) отримують 60-65% військовослужбовців, 25% із загальної кількості бійців адекватно реагують на бойову обстановку, у інших фіксують дезорганізацію психічної діяльності: 10-25% військових мають реактивні психологічні порушення, у 35% – стійкі порушення психіки, які залишаються на все життя. З часом, у 50-80% особистостей, як наслідок перенесеного стресу – розвиток ПТПС (рубрика F 43.1 по МКБ-10). За даними статистики різних війн – психічні розлади, на театрі ведення бойових дій, нараховують від 6% до 12% чисельності особового складу і до 30% – від загальної кількості бойових втрат. Психогенні втрати армії Сполучених Штатів Америки (США) під час Другої світової війни становили понад 17%, у Південній Кореї відмічалися у 24,2%, у В'єтнамі мали місце у 30% військовослужбовців. Серед 42% поранених та покалічених, біля 100 тис. ветеранів у різний час наклали на себе руки, від 35 до 45 тис. учасників бойових дій й донині ведуть замкнутий спосіб життя. Після війни у В'єтнамі, США мали небойові втрати серед ветеранів значно більше, ніж під час бойових дій: через алкоголізм, наркоманію, самогубства, криміналізацію колишніх військових. На підставі узагальненого досвіду військових операцій в Іраку і Афганістані дані вказують, що після бойових дій у 40 % учасників і у 25% загального контингенту військ – діагностуються прояви БПТ. У

військах Ізраїлю в 1973 р. під час ведення військових дій втрати внаслідок отримання психологічної травми становили – 26%, армії Чеченської Республіки – 25% випадків.

Висновки. Специфіка бойової психічної травми вимагає упровадження обґрунтованих методів її діагностики, лікування і реабілітації потерпілих, внесення відповідних коректив в програми підготовки фахівців, здатних виконувати комплекс психопрофілактичних заходів.

ПРИНЦИПИ ЗБАЛАНСОВАНОЇ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ТРАВМОВАНИХ ТА ТЯЖКОХВОРИХ ДІТЕЙ

Орел В.В., Іващенко О.В.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Визначити перелік збалансованих розчинів для застосування у травмованих та тяжкохворих дітей в Україні відповідно до сучасних закордонних протоколів.

Матеріали та методи. Аналіз та порівняння доступних на вітчизняному ринку збалансованих розчинів для застосування у травмованих та тяжкохворих дітей.

Результати та обговорення. Відповідно до складу позаклітинної рідини (ПКР) за вмістом електролітів (натрій, калій, кальцій, магній, хлор), метаболічних аніонів (ацетат, лактат або малат) та субстратів енергії (глюкоза) S1 Guideline for perioperative infusion therapy in children from the Association of the Scientific Medical Societies in Germany запровадив в клінічну практику у дітей збалансований розчин електролітів (склад якого ідентичний вмісту електролітів в ПКР) з 1% вмістом глюкози (G1) – B5-G1. Розчини для базової інфузії у гемодинамічно стабільних дітей згідно цих рекомендацій повинні мати осмолярність та концентрацію натрію в межах фізіологічного рівня, включати один з метаболічних аніонів та містити 1-2,5% глюкози, тобто B5-G1. Якщо дитина гемодинамічно нестабільна, слід використовувати збалансовані розчини електролітів без вмісту глюкози – B5. Порівняння доступних розчинів на вітчизняному ринку показало, що по електролітному складу найбільш відповідними до ПКР є: Ізолсол, Йоностерил, Стерофундин ISO, а комбіновані розчини по типу B5-G1 – відсутні. Не до кінця вирішеним залишається питання реєстрації в Україні деяких з цих розчинів для використання саме у дітей (Ізолсол).

Висновки. 1. Для базової інфузії у гемодинамічно нестабільних дітей необхідно використовувати збалансовані електролітні розчини (B5), а у гемодинамічно стабільних дітей – комбіновані електролітні розчини з додаванням глюкози (B5-G1). 2. Серед наявних в Україні B5 доступними є: Ізолсол, Йоностерил та Стерофундин ISO, а комбіновані по типу B5-G1 – відсутні. 3. Для інфузійної терапії у дітей дозволено використання Стерофундин ISO та Йоностерил, а Ізолсол – потребує подальшого врегулювання.

АВТОМАТИЗОВАНА ОПЕРАТИВНО-ДИСПЕТЧЕРСЬКА СЛУЖБА ЦЕНТРУ ЕМД ТА МК МІСТА КИЄВА

Рогов А.В.

Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, м. Київ

Мета. Скоротити час від моменту надходження дзвінка на «103» до моменту приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги до пацієнта з візуалізацією переміщення бригади до місця виклику.

Матеріали та методи. Чинна законодавчо-нормативна база.

Результати та обговорення. В 2012 році із впровадженням автоматизованої інформаційно-диспетчерської системи «Швидка медична допомога», інформаційно-аналітичної системи «Єдиний медичний простір» (АІДС «ШМД») за допомогою сучасних технологій було повністю автоматизовано всі процеси, пов'язані з прийомом викликів за номером «103», обробкою за територіальними ознаками й передачі їх безпосередньо виїзним бригадам на мобільний термінал бригади (МТБ) в автоматичному режимі, контролюючи при цьому всі стадії їх виконання. Ці нововведення забезпечили візуалізацію переміщення бригад до місця виклику на карті м. Києва і значно скоротили час від моменту надходження дзвінка на «103» до моменту приїзду бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги до пацієнта. Відображення бригад на карті дозволяє направити на виклик найближчу вільну бригаду, що суттєво зменшує час доїзду, особливо в години пік.

АІДС «ШМД» являє собою складний програмно-технічний комплекс, створений на базі найсучасніших інформаційних і телекомунікаційних технологій. Автоматизуються процеси служб диспетчеризації викликів і робочі місця адміністративного апарату Центру ЕМД та МК, до складу яких входять: диспетчерська з прийому викликів за номером «103», диспетчерська з передачі викликів у відділення, диспетчерські 16 відділень та відділу медицини катастроф, відділ вільних ліжок та госпіталізації, відділ статистики, довідково-інформаційна служба «1503», консультативно-інформаційна служба «1583», центр оперативної підтримки громадян з вадами слуху та мови, консультативно-телеметричний центр, робочі місця апарату управління та рухомий склад Центру ЕМД та МК, а з 2016 року і відділення екстреної (швидкої) медичної допомоги з надання медичної допомоги та перевезення психічно хворих.

Висновки. Впровадження сучасних інформаційно-телекомунікаційних технологій в роботу оперативного-диспетчерських служб відіграє важливу роль у виконанні завдань системи екстреної медичної допомоги.

СТАН РЕФОРМУВАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Роцін Г.Г.¹, Рогов А.В.³, Мороз Є.Д.², Цуглевич Я.М.⁴, Близнюк М.Д.², Іванов В.І.²

¹НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

²ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», м. Київ

³ВГО «Всеукраїнська асоціація працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф», м. Київ

⁴Департамент охорони здоров'я Хмельницької облдержадміністрації, м. Хмельницький

Мета. Аналіз основних системних принципів організації надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я в Україні, відповідно до Указу Президента України «Про Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 рр.» від 12 січня 2015 р. №5/2015.

Матеріали та методи. Проведено аналіз управлінських рішень міністерства охорони здоров'я (МОЗ) та нормативно-правових актів, які регламентують етапи реформування системи охорони здоров'я у 2019 р.

Результати та обговорення. МОЗ України пропонує у 2019 році наступні аспекти реформування ЕМД з частковим їх фінансуванням. Державний бюджет 2019 року передбачає загальне фінансування системи охорони здоров'я на суму 55,5 млрд грн. місцевим бюджетам на спеціалізовану амбулаторну, стаціонарну та ЕМД, з яких близько 6 млрд. грн. (10,8%) передбачено тільки на ЕМД. Крім того, 922,5 млн. грн. держава планує витратити на реформу ЕМД в рамках пілотного проекту розвитку ЕМД у Вінницькій, Донецькій, Одеській, Полтавській, Тернопільській областях та місті Києві, а саме: закупівлю 70% потреби спеціалізованого санітарного транспорту для розвитку служби ЕМД; проведення програми підготовки інструкторів для підвищення кваліфікації, відповідно до світових стандартів; цільові видатки на підвищення рівня оплати праці працівників, які пройдуть підвищення кваліфікації; закупівля спеціального навчального обладнання та манекенів для навчально-тренувальних симуляційних центрів; створення єдиних регіональних оперативно-диспетчерських служб; впровадження уніфікованих сучасних галузевих стандартів диспетчеризації.

Висновки. Реформуючи систему ЕМД в першу чергу необхідно вирішити наступні питання: удосконалити спеціальність «Лікар з медицини невідкладних станів» запровадивши резидентуру з терміном навчання 5 років; створити справжній відділення екстреної медичної допомоги в багатoproфільних лікарнях, центри травми; розробити та затвердити уніфіковані міжвідомчі протоколи догоспітального та раннього госпітального етапів в лікувально-профілактичних закладах усіх форм власності.

МІЖВІДОМЧА ЦИВІЛЬНО-ВІЙСЬКОВА УНІФІКАЦІЯ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Роцін Г.Г.¹, Деніел Смайліз², Цуглевич Я.М.⁴, Синельник С.В.¹, Кузьмін В.Ю.¹, Мазуренко О.В.¹, Сличко І.Й.¹, Іванов В.І.²

¹НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

²ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», м. Київ

³Служба екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, м. Сакраменто, США

⁴Департамент охорони здоров'я Хмельницької облдержадміністрації, м. Хмельницький

Мета. На основі положень Воєнно-медичної доктрини України та Концепції реформи системи екстреної медичної допомоги (далі – ЕМД) провести аналіз організації надання ЕМД Збройних Сил України та МОЗ, що в рамках Єдиного медичного простору розглядається – як ключовий стандарт прав людини і юридичний виклик у сфері охорони здоров'я України.

Матеріали та методи. Нормативні документи протокольного характеру МО та МОЗ України, щодо організації надання ЕМД та визначення їх співвідношення.

Результати та обговорення. З метою забезпечення ЕМД в умовах надзвичайних ситуацій військового характеру, відповідно до міжнародних стандартів, в Україні затверджено нові спеціальності догоспітального етапу: перший на місці події, екстрений медичний технік та парамедик, які існують в більшості країн Світу як у цивільній, так і військовій медицині. Також запроваджено програми навчання з базової (BLS) та професійної (ALS) підтримки життя та з тактичної медицини: ТССС (тактична допомога при пошкодженнях в бойових умовах) та ТЕСС (тактична екстрена медична допомога), як стандарт лікування бойової травми на етапах евакуації. ТЕСС, – як цивільний аналог ТССС, але змінений для відповідності ситуації, правилами і нормами, які застосовуються в цивільних сферах: в органах правопорядку, пожежної служби та служби ЕМД. Ці протоколи, в першу чергу, направлено на запобігання 3 причин смерті на полі бою: кровотечі з рани на кінцівки (60%), напружений пневмоторакс (33%), травматична обструкція дихальних шляхів (6%).

Висновки. Виконання протоколів з надання ЕМД в умовах надзвичайних ситуацій військового характеру потребує об'єднання спроможностей і зусиль медичних служб Збройних сил України та інших структур сектора безпеки держави, а також закладів охорони здоров'я та медичних організацій інших форм власності, закладів цивільної захисту, об'єднаних основними нормативно-правовими актами – Воєнно-медичною доктриною України та вимогами Закону України «Про екстрену медичну допомогу». Поєднання ресурсів цивільної та військової ланок охорони здоров'я на єдиних принципах надання ЕМД, дозволить сформувати дієву загальнодержавну систему ЕМД.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПО ТЕМАТИЦІ: «ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ГОСТРОЇ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРІВ СУМІЖНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ»

Голяновський О.В.¹, Роціна Г.Ф.¹, Косілова С.Є.²

¹НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

²ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Мета. Розробка варіантів діагностики при невідкладних станах в акушерстві й гінекології для підготовки лікарів первинної ланки медико-санітарної допомоги.

Матеріали та методи. Складання алгоритму дій для лікарів первинної ланки.

Результати та обговорення. Перелік і аналіз провідних симптомів невідкладних станів в акушерстві і гінекології. Симптоми болю:

- У молодих жінок при затримці менструації та переймоподібному болю унизу живота, біль в області серця, тахікардія, різка блідість, запаморочення, потемніння в очах, частий, слабкий пульс, артеріальна гіпотензія – змушують думати про порушену позаматкову вагітність і внутрішньочеревну кровотечу. Диференційна діагностика має виключити гостру або ішемічну хворобу серця, внутрішню кровотечу при виразковій хворобі, синдромі Маллорі-Вейсса, цирозі печінки, розриві селезінки.

- Різкий біль унизу живота при неперушеному менструальному циклі, нудота і блювання, порушення сечовипускання й дефекації – найімовірніше, зумовлений перекрутом чи розривом кісти/пухлини яєчника. Диференційна діагностика проводиться з апендицитом, перфоративною виразкою шлунку або дванадцятипалої кишки, кишковою непрохідністю, тромбозом мезентеріальних судин, перитонітом, гострим панкреатитом.

При розвитку маткової кровотечі треба враховувати ці компоненти, що легко контролюються на догоспітальному етапі:

- об'єм і швидкість крововтрати

- час від початку кровотечі до початку активного лікування

Невідкладні заходи у таких випадках передбачають термінову госпіталізацію хворої в найближчу акушерсько-гінекологічну установу. За показаннями – триваюча кровотеча, шок, кома – при транспортуванні хворої необхідно забезпечити інфузію кровозамінників, ШВЛ та інше.

Висновки. Фактивець первинної ланки медико-санітарної допомоги, має бути озброєним комплексом знань невідкладних станів в акушерсько-гінекологічній практиці та мати можливість надання невідкладної допомоги.

БЕЗПЕКА ЛІКАРЕНЬ, ЯК СКЛАДОВА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОБОТИ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Сачук С.П., Шевчук Г.А.

ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», м. Київ

Мета. Забезпечення безпеки проведення лікувально-діагностичного процесу у лікарнях (медичних закладах) при наданні медичної допомоги хворим та постраждалим за умов надзвичайних ситуацій.

Результати та обговорення. Безпека лікарень за умов надзвичайних ситуацій займає центральне місце серед місцевих, національних та глобальних заходів щодо поліпшення роботи лікарень в разі надзвичайних ситуацій та стихійних лих у всьому світі. Всесвітня організація охорони здоров'я вела роботу і надавала підтримку в цій галузі протягом більше 25 років. Безперервна робота служб та закладів охорони здоров'я залежить від ряду ключових чинників, а саме: вони повинні бути розміщені в будівлях, які можуть протистояти впливу більшості видів загроз; медичне обладнання повинно бути в технічно справному стані і захищене від пошкоджень; об'єкти соціального призначення та найважливіші комунікації повинні бути доступні для забезпечення роботи служб та закладів охорони здоров'я; медичні працівники повинні мати можливість надавати необхідну медичну допомогу тоді, коли вони найбільш необхідні, в надійних і безпечних умовах.

Ключовим елементом досягнення прогресу в реалізації завдання забезпечення безпеки лікарень є адаптація до реально існуючої системи охорони здоров'я. Для адаптації критеріїв та методів оцінки Індексу безпеки лікарень, які запропоновані ВООЗ, необхідно наступне:

- включення в систему оцінки лікарень показників реальної підготовки персоналу до діяльності за умов надзвичайних ситуацій;
- включення в систему оцінки лікарень оцінки оточуючої інфраструктури, для можливості роботи лікарні за умов надзвичайних ситуацій (концепція обмеженої автономності);
- проведення оцінки на підставі концепції управління ризиками із визначенням конкретних кількісних та якісних показників ризику для кожної ознаки.

Висновки. Створення та впровадження ефективної методики визначення «індексу безпеки», яка б відповідала рівню розвитку нашого суспільства, перспективам інтеграції нашої країни в ЄС, вимогам світових стандартів та вимогам сьогодення забезпечити поліпшення показників надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій та терористичних загроз.

ЯКІСТЬ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ STEMI НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Сідь Є.В.

ДЗ «ЗМАПО МОЗ України», м. Запоріжжя

Мета. Проаналізувати якість надання екстреної медичної допомоги хворим зі STEMI на догоспітальному етапі.

Матеріали та методи. В основу дослідження покладені дані, які були отримані в ході ретроспективного аналізу випадкової вибірки історій хвороби 227 хворих у віці від 46 до 75 років у період з січня 2016 по липень 2018 року. Оцінку лікувальної тактики проводили за наступними пунктами протоколу: Надання екстреної медичної допомоги:

1. Нітрогліцерин в аерозолі (1-2 дози або 0,4-0,8 мг).
2. Ацетилсаліцилова кислота (АСК) розжувати 160-325 мг.
3. Клопідогрель 300 мг внутрішньо.
4. Блокатори бета-адренорецепторів (пропранолол, есмолол, метопролол) всім пацієнтам з STEMI, які не мають протипоказань.
5. Наркотичні анальгетики: морфін – вводити дрібно по 2-5 мг дрібно. 6. Препарат групи гепарину.

Результати та обговорення. Призначення нітрогліцерину і β-адреноблокатора не мало достовірної відмінності в 2016 і 2017 роках, і поступово збільшувалося і в 2018 році – 65 (82,3%) і 57 (72,2%) відповідно. Достовірне збільшення застосування АСК і клопідогрелю сталося в групі 2017 року порівняно з групою 2016 року – у 74 (98,7%) проти 62 (84,9%) та 46 (61,3%) проти 30 (41,1%) відповідно. У групі 2018 року відзначалася подальша тенденція до збільшення призначення даних препаратів, і в результаті виконання протоколу склало 100%. Аналогічною була тенденція з призначенням наркотичного анальгетика і антикоагулянту. Слід зазначити, що введення комбінації метамізолу натрію з дифенгідраміном внутрішнь'язово знизилося і в 2018 році – зафіксовано лише 1 випадок.

Висновки. Відзначається достовірне підвищення якості ЕМП пацієнтам зі STEMI на догоспітальному етапі. Необхідна розробка моделі оцінки якості ЕМП враховує, як алгоритм надання допомоги, так і nereкомендовані втручання у пацієнтів з STEMI.

ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯДИПЛОМНОГО ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ

Сличко І.Й., Рошчін Г.Г., Мазуренко О.В

НМАПО імені П. Л. Шупика

Кафедра медицини катастроф та військово-медичної підготовки, м. Київ

Мета. Оцінити рівень знань лікарів-курсантів з військово-медичної підготовки (ВМП) та ефективність використання в навчальному процесі міжнародної програми такти (протокол Tactical Combat Casualty Care (TCCC)).

Матеріали та методи. Дослідження було проведене за допомогою вивчення фахової галузевої літератури та тестування лікарів-курсантів, циклів тематичного удосконалення, що проходили підготовку на кафедрі медицини катастроф та ВМП НМАПО імені П. Л. Шупика. Навчання проводили за двома напрямками.

В тестуванні брали участь 123 лікарів-курсанта, з яких склали 58 – лікарі-стоматологи, та 65 – лікарі-терапевти. Тестування проводили до початку проведення курсу навчання та після проведеного курсу. Було запропоновано відповіді на ряд запитань в 3-х блоках питань щодо надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) в умовах надзвичайних ситуацій (НС) та ВМП.

Результати та обговорення. Оцінка ефективності запропонованої нами технології навчання по наданню медичної допомоги в зонах НС та тактичної ВМП за результатами повторного тестування курсантів показали, якщо лікарі-стоматологи до навчання мали рівень підготовленості по ВМП – 41,01%, то після навчання цей показник збільшився до 87,71% ($p < 0,001$). Серед лікарів-терапевтів рівень підготовленості до навчання ВМП не перевищував 31,88%, а після навчання досягнув 84,28% ($p < 0,001$). Таким чином, після навчання, приріст рівня знань по ВМП склав 46,70% ($p < 0,001$) у лікарів-стоматологів та відповідно 53,72% у лікарів-терапевтів. Результати тестування по блоку питань принципів надання медичної допомоги в зонах НС: лікарі-стоматологи до навчання мали рівень підготовленості 72,01%, а після навчання цей показник збільшився до 91,07% ($p < 0,001$). Серед лікарів-терапевтів рівень підготовленості до навчання не перевищував 61,01%, а після навчання досягнув 82,09% ($p < 0,001$). Таким чином, приріст рівня знань у лікарів-стоматологів 19,08% та відповідно 21,08% у лікарів-терапевтів.

Висновки. Аналіз результатів визначив, що лікарі в певній мірі підготовлені до надання екстреної медичної допомоги постраждалим в зонах надзвичайних ситуацій і менш підготовлені з питань військово-медичної підготовки.

ЗВ'ЯЗОК ВНУТРІШНІХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ З ПЕРІОДОМ ЧАСУ ІНІЦІАЦІЇ ІНСУЛЬТНОЇ СИМПТОМАТИКИ

Зозуля І.С., Волосовець А.О.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

В сучасних рекомендаціях по боротьбі з інсультом клініцисти роблять наголос саме на попередженні виникнення

даної патології. В процесі розробки стратегії профілактики ішемічного інсульту дослідники звертають основну увагу не на немодифіковані предиктори (вік, стать, раса тощо), на які не можна вплинути, а на «внутрішні» модифіковані фактори ризику цереброваскулярної патології (цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія тощо).

Мета. Визначення впливу внутрішніх модифікованих факторів ризику на час виникнення ішемічного інсульту.

Матеріали та методи. Проведено клініко-неврологічне та нейровізуалізаційне обстеження 300 хворих, які перенесли гострий ішемічний інсульт (чоловіків – 196, жінок – 104) віком від 42 до 84 років (середній вік – 65,2±8,7 років). Критеріями включення в дане дослідження були: вік пацієнтів від 40 до 85 років; верифікований на МРТ ішемічний характер вогнища інсульту; згода пацієнта або його законного представника.

Результати та обговорення. Предиктор артеріальної гіпертензії спостерігався серед пацієнтів всіх груп, а фактор миготливої аритмії мав чітку асоціацію з денним та вечірнім періодом (1 і 2 групи). Предиктор атеросклерозу відіграв значну роль у патогенезі інсульту для всіх груп. В той же час фактор цукрового діабету демонстрував значне підвищення переважно серед пацієнтів 3-ї групи (82,9%), що підтверджує зв'язок глікемічних метаболічних порушень з вегетативною регуляцією судин в нічний період. Предиктор надмірної ваги демонстрував чітку тенденцію превалювання саме в 2-й та 3-й групах. В 1-й групі спостерігався незначний рівень гіперхолестеринемії (5,4±0,5 ммоль/л); для 2-ї групи більш властивим був високий рівень гіперхолестеринемії (7,3±0,7 ммоль/л); в 3-й групі, не зважаючи на відносно превалювання надмірної ваги, мав місце помірний рівень гіперхолестеринемії (5,8±0,5 ммоль/л).

Висновки. Внутрішні фактори ризику відіграють важливу роль у виникненні гострої ішемії мозку, проте не демонструють вираженої специфічності впливу на час ініціації патологічної інсультної симптоматики.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ГОСТРОМУ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ

Зозуля І.С., Волосовець А.О., Зозуля А.І., Козлюк К.Б.

НАМПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Покращення стратегії лікування і профілактики мозкового інсульту.

Матеріали та методи. Результати роботи ґрунтуються на спостереженнях хворих в нейрохірургічному відділенні Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги.

Результати та обговорення. Поставити діагноз інсульту дозволяє блискавичний розвиток стійкого неврологічного дефіциту у вигляді рухових, чутливих, мовних порушень у осіб на фоні емоційного чи фізичного перевантаження, деталей анамнезу. Для діагностики характеру інсульту необхідно проводити комп'ютерну томографію (достовірність практично 100%). Бригадою проводиться оцінка вітальних функцій за системою АВС, вимірювання АТ, глюкози крові, температури тіла, ЕКГ, неврологічний огляд, катетеризація периферичної вени. Встановлено, що АТ не слід знижувати, якщо він не перевищує 200-220/120-140 мм.рт.ст. Гіпотензивна терапія проводиться клонідином 0,01% 0,5-1,5 мл або 0,15-0,075 мг per os; урапідилом 5 мг/мл по 5 мл (25 мг) внутрішньовенно. При цьому АТ потрібно знизити не більше ніж на 15-20% від вихідного рівня. При артеріальній гіпертензії необхідно використовувати вазопресори (дофамін в дозі 18 мкг/кг/хв. або адреналін в дозі 2-10 мкг/кг/хв). При судомному синдромі рекомендують сибазон, тіопентал натрію, сірчанокислу магнезію.

Термін госпіталізації до 4,5 годин від початку захворювання. Хворих госпіталізують в стаціонари з сучасною діагностичною апаратурою (КТ, МРТ, АГ), блоком Stroke unit, відділенням реанімації, протишоковою палатою, нейрохірургічним та інфарктним відділенням. Допомогу у відділенні невідкладної допомоги надають мультидисциплінарні бригади, які відбирають хворих для реперфузійної терапії (тромболізис, тромбектомія, ендартеректомія), проводиться антитромбоцитарна, антикоагулянтна, нейропротекторна терапія.

Висновки. Правильна стратегія і тактика лікування мозкових інсультів дає можливість продовжити життя пацієнтів та провести профілактичні заходи повторного інсульту.

ВІЙСЬКОВА МЕДИЦИНА

СИСТЕМА НАДАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ І НЕЙРОПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ / ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ В УМОВАХ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ КЛІНІКИ

Базика Д.А., Логановський К.М., Чумак А.А., Ярошенко Ж.С., Зайцева А.Л., Здоренко Л.Л., Зданевич Н.А., Гресько М.В., Василенко З.Л., Кравченко В.І., Дроздова Н.В.

ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України» (ННЦРМ), м. Київ

Мета. На підставі Чорнобильського досвіду науково обґрунтувати, розробити і апробувати модель системи надання медико-психологічної і нейропсихіатричної допомоги учасникам антитерористичної операції (АТО) / Операції об'єднаних сил (ООС) в умовах багатопрофільної клініки ННЦРМ.

Матеріали та методи. В ННЦРМ у 2014–2019 рр. проведено клінічне дослідження 148 учасників АТО/ООС. Використані нейропсихіатричні і соматоневрологічні, психодіагностичні, нейрофізіологічні, нейровізуалізаційні, лабораторні і

інструментальні методи. Лікувально-реабілітаційні втручання включали фармако-, психо- і фізіотерапію.

Результати та обговорення. В учасників АТО/ООС переважають посттравматичні стресові розлади, розлади адаптації, хронічні зміни особистості, тривожні, депресивні і соматоформні розлади, зловживання психоактивними речовинами і суїцидальні тенденції. Коморбідною патологією є наслідки мінно-вибухових акубаротравм та хронічні соматоневрологічні захворювання. Показана ефективність комплексного психолого-психіатричного і соматоневрологічного підходу, використання біопсихосоціальної парадигми та лікувально-реабілітаційних втручань на засадах доказової медицини. Доцільним є залучення громадських організацій і волонтерів.

Висновки. Розроблена система надання медико-психологічної і нейропсихіатричної допомоги учасникам АТО/ООС в умовах багатопрофільної клініки є ефективною. Доцільним є створення в ННЦРМ за державної підтримки психореабілітаційного підрозділу для постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій та бойових дій.

ЗАХОДИ З РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ТРАВМАМИ ТА ПЕРЕЛОМАМИ КІСТОК

Бєбешко В.Г., Бруслова К.М., Володіна Т.Т., Ляшенко Л.О., Цветкова Н.М., Пушкарьова Т.І., Трихліб І.В., Гончар Л.О.

ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України», м. Київ

У відділенні гематології дитячого віку ННЦРМ виконується наукова програма щодо вивчення стану опорно-рухового апарату у дітей з лейкеміями. Патологічні зміни позаклітинного матриксу та методи їх корекції у дітей несуть загально біологічний характер і можуть бути використані для реабілітації дорослих з вогнепальними травмами м'яких тканин та переломами кісток.

Мета. Розробка заходів корекції мінерально-органічного матриксу кісток при змінах в стані колагену у дітей та дорослих.

Матеріали та методи. У 87 хворих на гострі лейкемії з язвенно-некротичними процесами на шкірі та переломами кісток вивчали загальний аналіз крові, агрегацію елементів гемопоезу; показники сироватки крові (загальний білок, рівень заліза, глюкози, холестерину, трансаміназа, лужної фосфатази, електроліти); екскрецію амінокислот з сечею; буферні системи крові; рівень кортизолу, вільного тироксину, тиреотропного гормону гіпофізу в сироватці крові та щільність кісткової тканини за даними денситометрії.

Результати та обговорення. Встановлені фактори, які негативно впливають на загоєння ран та репарацію кісток: нерациональне харчування; зниження рівня загального білка, заліза, кальцію, фосфору, вітаміну D; підвищення екскреції оксипроліну з сечею, дефіцит гліцину, лізину, глутамінової та аспарагінової кислот; зміни в мінеральній складовій кісток та підвищення активності лужної фосфатази в сироватці крові; явища мікротромбоутворення, зниження рівня кортизолу, гіпо- або гіпертиреоз.

Висновки. Розроблений комплекс заходів з реабілітації дітей та підлітків з травмами м'яких тканин та переломами кісток, який включає раціональне харчування, нормалізацію реологічних властивостей крові та кислотно-лужної рівноваги, призначення амінокислот, дозволив прискорити процеси репарації тканин в 2-3 рази.

ПРИНЦИПИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЇ ХИРУРГІЇ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ТКАНЕЙ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНИХ РАНИНАХ

Красносельский Н.В.¹, Белый А.Н.^{1,2}, Кулинич Г.В.¹

¹ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМН Украины», г. Харьков

²Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Повреждения тканей при огнестрельных ранениях (ПТОР), по данным ведущих стран Европы и США, встречаются у всех больных, и именно она обуславливает длительное заживление ран. Самыми сложными и тяжелыми являются повреждения IV степени. Терапия ПТОР направлена на улучшение макро- и микроциркуляции, активизацию репаративных процессов и подавление микробной флоры. Исследования свидетельствуют о том, что еще не найдено универсального эффективного средства. Наиболее эффективным методом лечения ПТОР остается хирургический. В связи со снижением репаративных свойств окружающих тканей наиболее оптимальным является метод пластики с использованием полнослойного лоскута с осевым кровообращением или на сосудистой ножке. Это обусловлено тем, что аутоотрансплантат попадает в неблагоприятную для приживления среду, поскольку после иссечения патологических тканей на месте ПТОР часто обнажаются кости и сухожилия с заранее инфицированными тканями. Поэтому успех проведенного оперативного лечения зависит, во-первых, от подготовки принимающего ложа для трансплантата. Во-вторых, иссечение должно быть радикальным – в пределах «жизнеспособных» тканей. В-третьих, лоскут должен быть также «жизнеспособным» а его размеры должны соответствовать размерам дефекта. В нашей клинике для подавления флоры больным проводилась фотодинамическая терапия. Определение «жизнеспособности» тканей проводилось при помощи исследования диэлектрической проницаемости тканей. Кроме этого, при формировании лоскута с осевым кровообращением, применялась клеточная терапия для стимуляции ангиогенеза. Основными осложнениями при лечении больных с ПТОР является инфицирование и краевой некроз трансплантата, который отмечался в 70% случаев и рана заживала вторичным натяжением. Таким образом, эффективное лечение ПТОР должно носить комплексный характер.

ВЛАСНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ КУЛЬОВИХ НАСКРІЗНИХ КРАНІОФАЦІАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ

Бібіченко С.І., Бородай О.Л.¹, П'ятикоп В.О., Кутовий І.О.², Бабалян Ю.О.,
Сторчак О.А., Якимів Г.А.³, Полях І.О., Гаврюш О.М.¹

¹Військово-медичний клінічний центр Північного Регіону, м. Харків
²Харківський національний медичний університет, м. Харків

³Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня», м. Харків

Мета. Проаналізувати результати обстеження й хірургічного лікування поранених з вогнепальним кульовим наскрізним проникаючим краніофасціальним пораненням.

Матеріали та методи. Наведені два власних спостереження наскрізного вогнепального кульового проникаючого краніофасціального поранення з дефектом передньої черепної ямки, які госпіталізовані до ВМКЦ ПнР в першому випадку через 1 годину, в другому випадку через 8 годин.

Результати та обговорення. В одному випадку виконувалася резекційна трепанція в зв'язку з багатуламковими переломами лобної кістки. В іншому випадку виконана кістковопластична трепанція. Дефект передньої черепної ямки заповнений скроневим м'язом, пластика ТМО виконувалась фасцією стегна. В першому випадку в зв'язку кістковим дефектом через шість місяців виконана краніопластика титановою сіткою з 3D моделюванням. Інфекційні ускладнення та лікворея не спостерігалась.

Нейрохірургічні операції виконані у повному обсязі та своєчасно з залученням суміжних фахівців, що сприяло одужанню поранених та уникненню післяопераційних ускладнень.

Висновки. 1. Оперативне втручання з приводу наскрізних краніофасціальних поранень має виконувати нейрохірург на етапі надання спеціалізованої медичної допомоги у повному обсязі під час одного оперативного втручання сумісно з суміжними фахівцями. Проведення СКТ ГМ до операції з оцінкою даних в мозковому та кістковому режимах дозволяє відтворити хід ранячого снаряда, оцінити тяжкість інтракраніальних ушкоджень та спланувати всі етапи операції.

2. Під час хірургічної обробки проникаючих поранень потрібне радикальне видалення детриту, згортків крові, вогнищ розтрощення, чужорідних тіл. 3. Під час первинної хірургічної обробки рани слід широко використовувати первинну реконструкцію шкіри, ТМО. Перевагу надавати органозберігаючим доступам (кістковопластична трепанція), що зменшує ризики інфекційних ускладнень та кількість оперативних втручань.

МІННО-ВИБУХОВА ТРАВМА СЕЛЕЗІНКИ У ПОРАНЕНИХ ІЗ АБДОМІНАЛЬНИМИ ПОШКОДЖЕННЯМИ

Бойко В.В.^{1,2}, Круглова М.М.²

¹ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України», м. Харків
²Харківський національний медичний університет, м. Харків

Мета. Підвищення ефективності хірургічної допомоги постраждалим із мінно-вибуховими ушкодженнями селезінки на основі оптимізації діагностичної і хірургічної тактики.

Матеріали та методи. Клінічний матеріал було набрано на базі ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України». Всіх 47 поранених із абдомінальними пошкодженнями було розподілено на дві групи. Основну групу склали 17 поранених, яких оперували із застосуванням органозберігаючих методик, а у 30 поранених групи спостереження виконано спленектомію.

Результати та обговорення. Складні для ушивання розриви селезінки в області її воріт. У 30 поранених в групі порівняння проведена спленектомія. Вимушена спленектомія підвищує травматичність операційного втручання, погіршує і без того тяжкий стан пораненого і призводить до розвитку ускладнень. Для зупинки кровотечі в подібних ситуаціях нами у 6 (35,29%) поранених основної групи застосований простий і ефективний спосіб, що розроблений в клініці, який полягає у наступному: накладали сіро-серозний шов по великій кривизні шлунку поблизу розташування розриву селезінки з проведенням обох кінців нитки крізь селезінку. Розрив селезінки тампонувавши шлунково-селезінковою зв'язкою і передньою стінкою шлунку. При застосуванні в клініці способу ушивання розривів селезінки в області воріт із тампонадою шлунково-селезінкової зв'язкою і передньою стінкою шлунка померлих не було. Малу кількість резекцій селезінки зумовлено складністю втручання. Виділення сегментарних артерій і вен, їх лігування і подальша резекція селезінки практично нездійсненні через триваючу кровотечу, пошкодження судинної ніжки, наявності гематоми й тяжкого стану пораненого. У таких ситуаціях у 11 (64,71%) поранених основної групи ми застосовували також розроблений в клініці спосіб клиноподібної резекції селезінки, що складається в досягненні тимчасового гемостазу, для чого максимально близько до воріт селезінки накладали кровоспинний затиск, перетискали судинну ніжку і клиновидно інсектали пошкоджену частину селезінки з залишенням ділянки вздовж прикріплення шлунково-селезінкової зв'язки.

Висновки. Таким чином, диференційований підхід до тактики хірургічних втручань в основній групі дозволив з 47 поранених з розривами селезінки зберегти її у 17 (36,17%) основній групі. Двоє померли від тяжких супутніх пошкоджень інших анатомо-функціональних ділянок.

ЗАСТОСУВАННЯ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЛІКУВАННІ ПОСТРАЖДАЛИХ З ПРОНИКАЮЧИМИ ПОРАНЕННЯМИ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Бойко В.В.^{1,2}, Краснояружский А.Г.^{1,2}, Мінухін Д.В.², Крицак В.В.¹, Серенко А.А.¹

¹ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України», відділення торако-абдомінальної хірургії, м. Харків

²Харківський національний медичний університет, кафедра хірургії №1, м. Харків

Мета. Аналіз результатів лікування постраждалих з проникаючими пораненнями грудної клітини з використанням малоінвазивних технологій.

Матеріали та методи. З 2015 по 2018 рік на базі відділення торако-абдомінальної хірургії проліковано 68 постраждалих із зони антитерористичної операції (АТО) з проникаючими пораненнями грудної клітини. Структура: в 17 (25%) спостереженнях колото-різані поранення, в 53 (75%) – вогнепальні поранення. У 41 (60,3%) випадках були поодинокі поранення, в 27 (39,7%) – множинні. Лікування із застосуванням відеоторакокопічних (ВТС) технологій отримали 37 потерпілих. Використовувався ендовідеохірургічний комплекс «Контакт».

Результати та обговорення. Після проведення діагностичних заходів (поліпозиційної рентгенографії, УЗД, комп'ютерної томографії) та підтвердження проникаючого характеру поранення потерпілим проводилася лікувально-діагностична ВТС. Джерелами внутрішньоплевральних кровотеч розпізнані: міжреберні артерії та їх гілки – 7 (19%), паренхіма легень – у 23 (62%) хворих; великі судини легені і середостіння – у 3 (8%); внутрішня грудна артерія – у 4 (11%). ВТС втручання з застосуванням електрокоагуляції дозволило зупинити кровотечу у 19 пацієнтів. У 14 випадках для досягнення аеро- і гемостазу були виконані резекції легенів з використанням лінійних зшивачів Endo GIA Universal (Covidien). На завершальному етапі втручання здійснювалася фрагментація та аспірація згустків крові. У 31 (84%) пацієнтів після ВТС втручань отримані хороші результати. Конверсія до торакотомії потрібна була у 6 (16%) постраждалих, у яких виявлено масивний гемоторакс внаслідок пошкодження великих судин легенів та середостіння.

Висновки. ВТС технології сприяють значному зменшенню частоти гнійних внутрішньо плевральних та плевральних ускладнень при проникаючих пораненнях грудної клітини. Безперечними перевагами ВТС є: повноцінна ревізія; точна діагностика; можливість виконання оперативного втручання в повному обсязі; визначення показань до торакотомії.

ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Гресько М.В.

ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України», м. Київ

Мета. Визначити психофізіологічні особливості особистості учасників антитерористичної операції (АТО).

Матеріали та методи. Ретроспективно-проспективне психофізіологічне дослідження було проведено 101 учаснику АТО, середній вік 33,36±9,14 років. Використовували психометричні методи (методика діагностики характерологічних особливостей особистості Г. Шмишека – К. Леонгарда, особистісний опитувальник Г. Айзенка (EPI) та психофізіологічні методи (комп'ютерна електроенцефалографія з картуванням).

Результати та обговорення. За результатами психометрії було виявлено зниження рівня екстраверсії ($p < 0,001$), зростання нейротизму ($p < 0,001$), загострення характерологічних рис особистості та зростання відсотку застрягаючих ($p < 0,05$), педантичних ($p < 0,05$), циклотимних ($p < 0,01$), збудливих ($p < 0,001$) та дистимних ($p < 0,001$) акцентуацій. Були знайдені нейрофізіологічні кореляти індивідуально-типологічних особливостей особистості: шкала застрягання позитивно корелює з відносною спектральною потужністю дельта та тета-діапазону, негативно з відносною та абсолютною спектральною потужністю альфа-діапазону. Шкала дистимності позитивно корелює з відносною спектральною потужністю тета-діапазону. Шкала педантичності позитивно корелює з абсолютною спектральною потужністю дельта та тета-діапазону. Враховуючи нейрофізіологічний базис індивідуально-типологічних особливостей учасників АТО, доцільно на рівні біологічного втручання, поряд з фармакотерапією, застосовувати техніки психічної саморегуляції та психорелаксації з використанням бінауральних тонів різної частоти для синхронізації роботи півкуль мозку.

Висновки. У учасників АТО відбувається деформація особистості, яка корелює зі зміною в параметрах біоелектричної активності головного мозку. Зазначені особливості потребують постійного психолого-психіатричного моніторингу і відповідних біопсихосоціальних втручань.

ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ІШЕМІЇ/РЕПЕРFUZІЇ У ПОСТРАЖДАЛИХ З МІННО-ВИБУХОВИМИ ПОРАНЕННЯМИ З УШКОДЖЕННЯМ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН

Бойко В.В., Іванова Ю.В., Прасол В.А., Зарудний О.О.

ДУ «Інститут загальної і невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України», м. Харків

Мета. Покращення результатів хірургічного лікування постраждалих з мінно-вибуховими пораненнями і

пошкодженням магістральних судин шляхом профілактики і лікування репер фузійних розладів.

Матеріали та методи. В клініці розроблена і впроваджена патогенетично обґрунтована схема проведення комплексної інтенсивної терапії у потерпілих з мінно-вибуховою травмою і ушкодженням магістральних судин, яка включає: епідуральну блокаду в передопераційному періоді; поєднана анестезія і введення препаратів антиоксидантної дії (Димексид 10мг/кг і Маніт 0,11 г/кг), підтримка температурного гомеостазу (36,8-37,2°C) і досягнення гіперволемії, підтримка рівня гематокриту не нижче 30±2%, забезпечення адекватного переднавантаження, інотропна підтримка під час операції; продовжено епідуральний блок, введення препаратів бурштинової кислоти і гепатопротекторів в післяопераційному періоді. Схема використана у 9 пацієнтів з ішемією більше 24 годин. Оцінювали кількість ампутацій і функціональний дефіцит.

Результати та обговорення. Жодному пацієнту не була виконана ампутація кінцівок, незначний функціональний дефіцит було відмічено в 2 випадках. Зважаючи на те, що у край значимими чинниками є час і температура, при якій відбувається ішемія, і розвиток феномена no-reflow, розроблений лікувальний комплекс сряє попередженню стадії паралітичної ділятатції судин.

Висновки. Комплексна профілактика і корекція реперфузійного синдрому значно покращує течію післяопераційного періоду і дозволяє розширити показання для виконання реконструктивних операцій при гострій ішемії нижніх кінцівок.

КОНТРОЛЬОВАНА РЕПЕРFUЗІЯ В ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ІШЕМІЇ/РЕПЕРFUЗІЇ У ПОТЕРПІЛИХ З ПОРАНЕННЯМИ КІНЦІВОК З УШКОДЖЕННЯМ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН

Бойко В.В., Іванова Ю.В., Прасол В.А., Зарудний О.О.

ДУ «Інститут загальної і невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України», м. Харків

Мета. Покращення результатів лікування постраждалих з мінно-вибуховими пораненнями магістральних судин шляхом впровадження методики контрольованої реперфузії.

Матеріали та методи. Розроблена методика контрольованої реперфузії, яка містить: відновлення магістрального кровотоку і виконання чотирихофтулярної фасціотомії, канюляція стенових судин, введення в артерію перфузата (гіпертонічний розчин глюкози, аспарат/глутамат, манітол, буфер) під тиском 50-60 мм.рт.ст. зі швидкістю 200-300 мл/хв. при температурі 36°C. Артеріальну кров пропускають через лейкоцитарний фільтр і повертають її у вену з перфузійним розчином в співвідношенні 1:6.

Методика застосована у 8 пацієнтів з гострою ішемією. В динаміці оцінювали вміст креатинінази, глюкози, лактату, оцінювали артеріо-венозну оксигенацію; терміни: через 2, 15 і 30 хв. після роперації. Тривалість ішемії – від 12 до 670 год. (22±15 год.). Оцінювали рівень летальності, кількість ампутацій, неврологічний дефіцит і відновлення функції кінцівок.

Результати та обговорення. Відмічено підвищення рівня креатинінази з 1447 у.од./л відповідно до 1632 і 2206 у.од./л; рівень глюкози на початку дослідження склав 6,4 ммоль/л, через 15 хв. знижувався до 4,0 ммоль/л, через 30 хв. підвищувався до 8,2 ммоль/л, рівень лактату знижувався з 21,6 до 10,2 мг/мл, артеріовенозна оксигенація – з 52 до 29%. Летальних результатів і ампутацій не було, неврологічний і функціональний дефіцит відмічений в одному спостереженні.

Висновки. Корекція реперфузійного синдрому із застосуванням контрольованої реперфузії значно покращує течію післяопераційного періоду і дозволяє розширити показання для виконання реконструктивних операцій.

КРАНІОПЛАСТИКА У ХВОРИХ ПІСЛЯ БОЙОВИХ ПОРАНЕНЬ

Каджая М., Готін О., Дядечко А.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Мета. Визначити ефективність та оптимальні терміни проведення краніопластики титановим імплантом у хворих з кістковим дефектом черепа після бойової травми.

Матеріали та методи. У відділенні нейротравми Інституту нейрохірургії було прооперовано 17 хворих з кістковими дефектами черепа, які були отримані в результаті бойової черепно-мозкової травми. Всім хворим було встановлено титанові імпланти. Чоловіків було 100%. Середній вік пацієнтів склав 32,5±8 років. За механізмом отримання травми були: мінно вибухова у 10 постраждалих, кульова – 6 пацієнтів, ДТП – 1 випадок. Дефекти розташовувались у скронево-тім'яній ділянці у 10 випадках, лобно-тім'яна ділянка – 6 постраждалих, і в одному випадку дефект бувтім'яно-потиличний локалізація. Площа дефектів коливалась від 25 до 143 см². Час від отримання травми до краніопластики склав 7,4±3,1 місяців.

Результати та обговорення. У хворих в післяопераційному періоді не відмічались інфекційні ускладнення а також зростання частоти епінападів. В одному випадку (5,9%) відмічалось ускладнення у вигляді крайового некрозу операційної рани, що було пов'язано з порушенням трофіки м'яких тканин внаслідок раніше проведених оперативних втручань. Рана в цього хворого загоїлась вторинним натягом без видалення титанового імпланту.

Висновки. Використання титанових імплантів у хворих після бойової ЧМТ характеризується низькою частотою ускладнень та задовільним косметичним ефектом. Оптимальним терміном для краніопластики вважаємо 4 та більше місяців з моменту попередньої операції. Вважається доцільним створення реєстру краніальних реконструктивних операцій.

НОВИЙ КОЛОЇДНО-ГІПЕРОСМОЛЯРНИЙ ІНФУЗІЙНИЙ ПРЕПАРАТ ЯК ЗАСІБ ДЛЯ МАЛООБ'ЄМНОЇ РЕСУСЦИТАЦІЇ

Кондрацький Б.О., Новак В.Л., Кондрацький Я.Б.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів

Мета. Обґрунтувати застосування нового багатокomпонентного колоїдно-гіперосмолярного інфузійного розчину.
Результати та обговорення. На сьогодні найбільш поширеною та живаною групою препаратів серед колоїдів є гідроксietилкxоxмалі (ГЕК). У світі ці препарати залишаються базовими при лікуванні гіповолемічних станів як у цивільних клініках, так і у військовій медицині. В ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України» розроблено та впроваджено у виробництво комплексний інфузійний розчин під лабораторним кодом HAES-LX-5% (зарєєстрований в Україні в 2013 році під назвою Гекотон), який містить ГЕК 130/0,4 (5%), п'ятиатомний спирт ксилітол (5%), залужувальний компонент натрію лактат (1,5%), електроліти Na+, K+, Ca++, Mg++ та Cl-. Завдяки такому складу загальна осмольність становить 890 мОсм/л, що перевищує осмольність плазми крові у 3 рази. Після введення препарату у вену підвищується осмотичний тиск крові, посилюється евакуація рідини із тканин в судинне русло, відновлюється порушена гемодинаміка, покращується мікроциркуляція та реологічні властивості крові, посилюється серцева діяльність, підвищуються процеси обміну речовин, покращується дезінтоксикаційна функція печінки. Середня добова терапевтична доза складає 10 мл/кг маси тіла. Рекомендована швидкість – 1,5-3,0 мл/кг/год (100-200 мл/год) в залежності від дози. Із збільшенням добової дози швидкість введення рекомендується зменшувати.

Висновки. Запропонований колоїдно-гіперосмолярний препарат HAES-LX-5% може бути рекомендований як засіб для малооб'ємної ресусцитації на догоспітальному та ранньому госпітальному етапі.

КРИТЕРІЇ БЕЗПЕКИ ТРАНСФУЗІЇ В ЕКСТРЕНІЙ ХІРУРГІЇ ПРИ ТЯЖКІЙ ТРАВМІ

Крутько Є.М., Пилипенко С.О., Шульга М.В.

ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України», м. Харків

У сучасній хірургічній практиці кров та її компоненти є невід'ємною складовою інтенсивної терапії гострої крововтрати.
Мета. Визначити характеристики безпечної інтраопераційної трансфузії при гострій масивній крововтраті травматичного генезу.

Матеріали та методи. Досліджували зв'язок між об'ємними та якісними характеристиками інтраопераційної трансфузії і результатами хірургічного лікування (28-денна летальність, частота гнійно-септичних ускладнень) у 120 постраждалих з абдомінальної травмою і крововтратою понад 40% ОЦК.

Результати та обговорення. При однаковій тяжкості травм і обсягах крововтрати глобальні результати лікування залежали від якості використаних еритроцитів. При інтраопераційній апаратній реінфузії ймовірність летального результату і гнійно-септичних ускладнень у постраждалих становила близько 8,5%. Трансфузія донорських еритроцитів підвищувала ймовірність летального результату до 14,5%. При комбінації донорських та власних еритроцитів ймовірність летального результату була найвищою – близько 36,4%. Відмінності в летальності достовірні. Кращі результати лікування спостерігали у постраждалих, яким за час хірургічного втручання повернули 40–60% втрачених еритроцитів. У разі інтраопераційної компенсації менше 40% або більше 60% втрачених еритроцитів шанси вижити знижувалися в 1,5–1,6 раз ($p < 0,05$). Інтраопераційна потреба у свіжозамороженій плазмі – вкрай важливий показник тяжкості крововтрати. При дозі свіжозамороженої плазми 18 мл/кг і менше ймовірність летального результату складала 11,1%. При дозі 20–30 мл/кг вона вже становила близько 32,1%. При трансфузії свіжозамороженої плазми понад 30 мл/кг ймовірність летального результату підвищувалася до 76,4% ($p < 0,05$).

Висновки. Критерії безпечної інтраопераційної трансфузії: 1) максимальна трансфузія аутоеритроцитів; 2) повернення 40–60% втрачених еритроцитів за час хірургічного втручання; 3) трансфузія свіжозамороженої плазми в дозі до 18 мл/кг. Застосування донорських еритроцитів, введення великих обсягів трансфузійних середовищ за час хірургічного втручання супроводжується більш вираженою реакцією імунної системи (лейкоцитозом, високими значеннями лейкоцитарного індексу інтоксикації), лабораторними ознаками дисфункції нирок та печінки.

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ СЕРЦЯ ОТРИМАНИХ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ

Бучнева О.В., Крючков Є.Д.

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України», м. Харків

Бойова травма серця – часте явище в умовах воєнного часу. Зустрічальність закритих і відкритих пошкоджень серця

під час бойових дій становить 10-15% від загального числа травм. Летальність на догоспітальному етапі становить 20%. **Мета.** Визначення обсягу діагностичних заходів та вивчення ефективності різних видів оперативних втручань з метою вибору оптимальної хірургічної тактики і поліпшення результатів лікування на підставі власного досвіду і літературних даних.

Матеріали та методи. В клініці інституту за період 2000-2018 рр. перебувало 94 пацієнта з різними ушкодженнями міно-вибухового механізму отримання та інших закритих травм грудної клітини з ураженням серця та магістральних судин.

Результати та обговорення. Окрім стандартних методик у клініці інституту 21 (22,6%) постраждалого виконували наступні відеоторакоскопичні операції: пункцію перикарду – у 2 (3,8%), перикардіотомію, санацію перикарду – у 3 (5,8%), ушивання розриву і дренажування перикарду – у 3 (5,8%), ушивання розриву міокарда і дренажування порожнини перикарду – у 2 (3,8%), ушивання розриву легені – у 6 (11,5%), а також ВТС із конверсією – у 5 (9,6%) постраждалих.

Висновки. Мініінвазивні технології на сьогоднішній день – це одне з головних напрямів в розвитку хірургії. Мала операційна травма, впровадження сучасних технологій і підходів до лікування хворих в рази знижують ризики хірургічного втручання, скорочують терміни лікування, зменшують терміни реабілітації і знижують рівень інвалідизації, сприяючи швидкому відновленню і збереженню працездатності населення.

ТРИВОЖНІ ТА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ НА ТЛІ ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЕМ В УЧАСНИКІВ АТО (ООС)

Напреєнко О.К., Напреєнко Н.Ю., Бурса А.І.

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

Мета. Вивчення походження, закономірностей формування, клінічної структури і причинно-наслідкових відносин тривоги та депресії із шкідливими наслідками зловживання алкоголем у комбатантів, удосконалення діагностики, лікування, реабілітації та профілактики.

Матеріали та методи. Обстежено 273 комбатанти: основна група (ОГ) – 225 чоловіків із тривожними та депресивними розладами (ТДР), що асоційовані із зловживанням алкоголем; група порівняння (ГП) – 48 комбатантів, які перенесли черепно-мозкову травму та не мають ознак ТДР і систематичної алкоголізації. Застосовано клініко-анамнестичний, соціально-демографічний (що оцінює рівень освіти, сімейний та професійний статуси), клініко-психопатологічний, психодіагностичні (шкали AUDIT, Спілберга-Ханіна, Гамільтона, Леонарда-Шмішека), загально клінічний і неврологічний, лабораторний і нейровізуалістичні (ЕЕГ, МРТ) методи.

Результати та обговорення. В 65 (28,9%) обстежених ОГ діагностовано вживання алкоголю зі шкідливими наслідками (ВАШН, за МКХ-10 – F10,1), у 160 – синдром алкогольної залежності (АЗ, F10,2), що знаходяться в різних причинно-наслідкових відносинах із ТДР, а саме є їх наслідком або передують їм. При цьому всі комбатанти акцентували на наявності насамперед таких рівнозначних для них за тяжкістю психотравмуючих обставин, як ретроспективні переживання минулих подій у зоні бойових дій, так і наявних на разі сімейно-побутових та інших конфліктних ситуацій. Усі зазначені фактори взаємозалежні, коморбідні та об'єднані у «хибне чи патологічне коло», що включає також сомато-неврологічну складову.

Висновки. При неефективності комплексної терапії з корекцією всіх цих факторів чи повній відсутності системних лікувально-реабілітаційних заходів ВАШН може трансформуватися в АЗ із посиленням ТДР і виникненням суїцидальних тенденцій.

ДЕПРЕСІЯ І ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЕМ В УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ ТА УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС

Напреєнко О.К.¹, Логановський К.М.², Напреєнко Н.Ю.¹, Логановська Т.К.², Гресько М.В.², Зданевич Н.А.²

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

²ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України», м. Київ

Мета. Оптимізація психіатричної допомоги учасникам бойових дій Антитерористичної операції (АТО)/Операції об'єднаних сил (ООС) учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на Чорнобильській АЕС (ЧАЕС) з депресією та зловживанням алкоголем шляхом теоретичного обґрунтування, розробки та впровадження нових принципів і алгоритмів діагностики, лікування та профілактики.

Матеріали та методи. 160 учасників бойових дій АТО/ООС та 81 УЛНА на ЧАЕС з депресією, пов'язаною зі зловживанням алкоголем, були комплексно обстежені за допомогою клініко-анамнестичних, соціально-демографічних, клініко-психопатологічних, соматоневрологічних, психодіагностичних, нейрофізіологічних та нейровізуальних методів на 5 етапах: 1) скринінгу; 2) включення до дослідження; 3) рандомізації; 4) лікування і 5) катамнестичного спостереження.

Результати та обговорення. У комбатантів домінували депресивно-іпохондричні, астено-депресивні та тривожно-депресивні синдроми, а також виявлена деформація особистості, зміни біоелектричної активності головного мозку іритативного характеру та порушення мозкового кровообігу. В УЛНА на ЧАЕС виявлені депресивні розлади з прогресуючим перебігом, зміни особистості з психосоматичною диспозицією, коморбідність з цереброваскулярною патологією, нейрокогнітивним дефіцитом і високою частотою (24%) вторинного зловживання алкоголем. Розроблено та



успішно впроваджено комплексну соціальну, психолого-психіатричну, медикаментозну та соматоневрологічну допомогу на основі біопсихосоціальної парадигми. Коморбідність депресії та зловживання алкоголем у учасників бойових дій та осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, різко знизила якість життя, збільшила кількість втрачених робочих днів і працездатності та підвищила суїцидальний ризик.

Висновки. Запропоновані діагностичні комплексні і диференційовані підходи до лікування, профілактики та медико-соціальної реабілітації можуть підвищити рівень медичної допомоги для учасників бойових дій АТО/ООС та постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи з депресією, пов'язаною з зловживанням алкоголем.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ДЕПРЕСІЇ, ЗАЛЕЖНО ВІД ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Отрощенко Н.П.

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

Мета. Визначення якості життя (ЯЖ) учасників антитерористичної операції АТО/ООС при депресії, залежно від програми реабілітації.

Матеріали та методи. 1-а група, 36 чоловіків, учасників АТО/ООС, які при депресії (МКХ-10:F43.2) пройшли обстеження та комплексну реабілітацію, представлену медичними, психотерапевтичними, фізичними, соціальними та іншими заходами у 1 відділенні ТМО «Психіатрія» в місті Києві та кафедрі психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. 2-у групу склали 30 чоловіків учасників АТО/ООС, які з особистих причин при зазначеній депресії проходили обстеження та реабілітацію з використанням традиційної психофармакотерапії. Для оцінки ефективності реабілітації, пацієнти були обстежені до та після проведення реабілітації клінічним, клініко-психопатологічним, з використанням шкал Гамільтона, Спілбергера, Шмішека, ЯЖ, GAF та іншими методами.

Результати та обговорення. При порівнянні результатів реабілітації, за даними проведених обстежень та оцінки ЯЖ хворих 1-ї групи, комплексна програма реабілітації виявилась більш ефективною. Загальні показники ЯЖ, покращувались на 4 бали, працездатність – на 3 бали, загальне сприйняття якості життя – на 2 бали, порівняно з відповідними показниками пацієнтів 2-ї групи. Показники загальної життєдіяльності були на 8 балів більше у пацієнтів 1-ї групи, порівняно з пацієнтами 2-ї групи. Таким чином, виявлено більш високу оцінку якості життя обстежених хворих, які пройшли комплексну програму реабілітації.

Висновки. Для покращення якості життя учасників АТО/ООС при депресії, необхідно створення державної системи з використанням ефективних комплексних лікувально-реабілітаційних програм з метою запобігання аутоагресивним проявам та самогубству.

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ВАЖКИХ ТРАВМ ЖИВОТА ПРИ МАСИВНОЇ КРОВОВТРАТИ

Замятін П.Н., Сушков С.В., Пєєв С.Б., Шатохін О.О., Рябцев Р.С.

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України», м. Харків

Мета. Оптимізація методів лікування у потерпілих з важкою абдомінальною травмою і важкою крововтратою.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням в Інституті загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України з 2014 по 2018 р.р. перебували 220 пацієнтів з множинною, важкою травмою органів черевної порожнини, що супроводжується масивною крововтратою.

Результати та обговорення. Вивчаючи причини несприятливого результату у постраждалих з важкою абдомінальною травмою з масивною крововтратою, установлено, що динаміка ваги стану потерпілого залежить від додаткової інтраопераційної крововтрати ($t=0,82$; $p>0,01$) і від обсягу оперативного лікування. Тому 86 пацієнтам з важкою абдомінальною травмою масивною крововтратою, що супроводжується, виконувалося багатетапне хірургічне лікування. Середня тривалість оперативного лікування у потерпілих, яким виконувалося багатетапне лікування, на I-му етапі склало 7 ± 12 хв. проти 127 ± 12 хв. у потерпілих з стандартним лікуванням. Післяопераційна летальність у потерпілих з стандартним лікуванням склала 13,8%, у той же час смертність пацієнтів з багатетапним комплексним лікуванням склала 9,1%.

Висновки. 1) Пацієнтам з важкою абдомінальною травмою, яким виконувалося обстеження в операційній дозволило нам скоротити час між госпіталізацією і початком операції. 2) Пацієнтам з важкою травмою органів черевної порожнини, ускладненими масивними кровотечами, оперативне лікування повинне бути максимально короткочасним і оптимальним по змісту. 3) Застосування багатетапного хірургічного лікування в потерпілих з важкою хірургічною травмою органів черевної порожнини при масивної крововтрати дозволило нам скоротити час операції в середньому на 51 хв., а загальну летальність на 4,7%.

**ПЕРИФЕРІЙНІ НЕВРОПАТІЇ ВНАСЛІДОК ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ,
МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ РІЗНИХ КЛІНІЧНИХ ВАРІАНТАХ ПОШКОДЖЕНЬ НЕРВІВ**П'ятикол В.О.¹, Бородай О.Л.², Бібіченко С.І.², Полях І.О.², Гаврюш О.М.²¹Харківський національний медичний університет, кафедра нейрохірургії, м. Харків²Військово-клінічний медичний центр Північного регіону, клініка ушкоджень, м. Харків

Мета. В умовах сучасних військових конфліктів нагально стоїть питання хірургічного лікування периферійних невропатій внаслідок вогнепальних поранень котрі характеризуються грубими порушеннями за рахунок пошкоджень у вигляді: анатомічного перериву на великому протязі, крайове пошкодження нерву з формуванням невроми, рубцеві зміни що призводить до компресії нервів. Ці обставини і диктують необхідність засвоєння та впровадження існуючих на цей час хірургічних методів лікування та розробки нових методів.

Матеріали та методи. За період з жовтня 2017 р. по грудень 2018 р. було виконано 12 втручань у різні терміни після поранення: 1 пацієнт через 14 днів після поранення, від 1 до 4 міс. – 4, від 4 до 6 міс. – 5 та від 6 до 12 міс. – 2. Пацієнтам були проведені такі оперативні втручання: невроліз з видаленням металевих уламків – 1; невроліз – 2; нейрорафія – 2; аутонейропластика із застосуванням фрагменту литкового нерву – 4; комбінація невролізу та аутонейропластики декількох нервів – 1; транспозиція – 1; комбінація транспозиції та аутонейропластики – 1. Під час оперативних втручань використовувалися біокулярні лупи із збільшенням х3,5 та х5 та шовний матеріал пролен 6/0-8/0.

Результати та обговорення. Результати враховувалися змінами клінічних проявів невропатій – регрес болю, відновлення чутливості, відновлення моторної функції, рівнем симптому Тинеля та даними електронейроміографії. В групі оперативних втручань в об'ємі невролізу – повне відновлення; в групі нейрорафії 1 пацієнт потребував повторного втручання через 4 міс. та один пацієнт мав повне відновлення впродовж 6 міс.; з групи аутонейропластики – відновлення функції кінцівки у одного пацієнта впродовж 10 міс.; всі інші пацієнти мають різні прояви відновлення.

Висновки. Вогнепальні пошкодження периферійних нервів потребує удосконалення та розробки нових методів хірургічного лікування, удосконалення мікрохірургічної техніки, пошук можливостей заміщення великих дефектів нервів, скорочення термінів хірургічного лікування.

**ВИЗНАЧЕННЯ СТРУКТУРИ ПАТОЛОГІЇ З УРАХУВАННЯМ ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНИХ РИС
ОСОБИСТОСТІ ДІТЕЙ, ПЕРЕМІЩЕНИХ З ЗОНИ БОЙОВИХ ДІЙ**Степанова Є.І., Вдовенко В.Ю., Колпаков І.Є., Кондрашова В.Г., Позниш В.А.,
Ярошенко Ж.С., Леонович О.С., Гриценко Т.В., Плєскач О.Я., Шевелєва В.І.

ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України» м. Київ

Мета. На підставі комплексного обстеження визначити стан здоров'я та структуру патології у дітей, переміщених з зони бойових дій (БД).

Матеріали та методи. Стан здоров'я та психоемоційні особливості 1355 дітей віком 6–17 років, переміщених з зони БД. Використано клінічні, лабораторні, інструментальні, психологічні, статистичні методи досліджень.

Результати та обговорення. Хронічну соматичну патологію мали 72,0% обстежених з індексом патологічної ураженості 4,7.

Психологічний стан дітей характеризувався 100% наявністю ознак тривожності, 94,4% агресивності та 79,3% виснаження. Згідно з превалюванням/поєднанням певних симптомомокомплексів, та індивідуально-типологічними рисами особистості дітей сформовано 5 груп спостереження. В I групі (43,0%) переважали ознаки тривожності. II група (23,5%) мала високі рівні тривожності та агресивності, III група (16,2%) – превалювання агресивності, IV група (12,3%) – поєднання ознак виснаження та тривожності. В V групі (5,0%) усі показники були низькими.

У дітей II та IV груп виявлялася чітка тенденція до збільшення частоти прихованого бронхоспазму та більш глибокі ураження гастродуоденальної зони порівняно з дітьми I та III груп. В IV групі відзначалося порушення захисних стреслімітуючих систем і зниження адаптаційних можливостей. У дітей IV групи, частіше реєструвалися порушення фізичного розвитку.

Висновки. За несприятливого соціального та медико-біологічного анамнезу, в дітей формуються індивідуально-типологічні риси особистості, характерні для поєднання високого рівня тривожності та агресивності або високого рівня тривожності та виснаження.

ЗМІНИ ПОСТКОНТУЗИЙНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВШвець А.В.¹, Кіх А.Ю.², Лук'янчук І.А.¹¹Українська військово-медична академія, м. Київ²Військово-медичний клінічний центр професійної патології особового складу ЗС України, м. Ірпінь

Мета. Дослідити відновлення учасників бойових дій під час їх реабілітації в госпітальних умовах за показниками електроенцефалографії (ЕЕГ) та динаміки психофізіологічних характеристик.

Матеріали та методи. Обстежено 42 учасника бойових дій, які отримали закриту черепно-мозкову травму (більше 3-х місяців після травми голови). Контрольна група – 76 здорових чоловіків. Аналізували результати ЕЕГ, прояви постконтузійної симптоматики з допомогою опитувальника в модифікації К. Цицерона та характеристики концентрації уваги та обсягу короткочасної пам'яті за допомогою комп'ютерної програми.

Результати та обговорення. У осіб з постконтузійним синдромом виявлено порушення функціонування неспецифічних систем мозку зі стійкими змінами електричної активності головного мозку. Реабілітація покращила збалансованість та ритміку біоелектричної активності мозку і, відповідно, функціональну активність цих структур (покращились θ та δ характеристики спектру ЕЕГ ($p < 0,05$)). Соматичні прояви та скарги з боку когнітивної сфери достовірно зменшились ($p < 0,05$), однак у 17% осіб скарги з приводу порушення сенсорних функцій майже не змінились. Характеристики концентрації уваги та обсягу короткочасної пам'яті після курсу реабілітації мали достовірно позитивну динаміку та не виходили за розраховані нормативні показники.

Висновки. Виявлено зміни постконтузійної симптоматики учасників бойових дій за показниками θ та δ характеристики спектру ЕЕГ. Встановлено наявність достовірної ($p < 0,001$) відмінності об'єктивних характеристик когнітивних функцій до початку реабілітації в порівнянні з контролем (нижче за нормативні значення), а також суттєву ($p < 0,001$) позитивну динаміку концентрації уваги та обсягу короткочасної пам'яті після реабілітації військовослужбовців з постконтузійною симптоматикою та наближення цих характеристик до нормативних значень. Наголошено, що діагностика когнітивних розладів, пов'язаних з травмою голови, в значній мірі повинна базуватися на результатах нейропсихологічного об'єктивного тестування концентрації уваги та обсягу короткочасної пам'яті, оскільки вона є більш динамічною ($p < 0,001$) ознакою у порівнянні зі скаргами з боку зрушень когнітивних функцій.

БІГЕМСФЕРНІ БОЙОВІ ВОГНЕПАЛЬНІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІ ПОРАНЕННЯ: АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРИ ТА ВЛАСНИХ СПОСТЕРЕЖЕНЬ

Сірко А.Г.^{1,2}, Пилипенко Г.С.^{1,2}, Кирпа І.Ю.¹

¹Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова, м. Дніпро

²Дніпропетровська медична академія МОЗ України, м. Дніпро

Бігемісферна траєкторія раничаго снаряду – це та, яка перетинає серединні структури головного мозку та впливає як на праву, так і на ліву його півкулі. Розрізняють латеральні (біфронтальні чи біоципітальні) та центральні (трансвентрикулярні) бігемісферні вогнепальні поранення (БВП). БВП часто відносять до смертельних видів поранень, які закінчуються летальним наслідком ще на полі бою.

Мета. Дослідити хірургічні підходи та проаналізувати результати лікування поранених з БВП, що отримані в бойових умовах.

Матеріали та методи. Проведено аналіз англійських літературних джерел в мережі PubMed, що стосувались запиту «бігемісферних вогнепальних поранень». Були включені лише дослідження, які мали повну інформацію про етіологію, характер поранення, проведено обстеження та лікування.

Крім того проведено аналіз обстеження та лікування 241 пораненого з бойовими вогнепальними черепно-мозковими пораненнями (ВЧМП) за п'ятирічний період, які перебували на лікуванні в КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова». Поранення були отримані в ході локального збройного конфлікту на сході України в 2014-2019 роках.

Результати та обговорення. Було ідентифіковано 10 досліджень, що стосувались БВП у дорослих. За рівнем доказовості: III рівень мало 1 дослідження, IV рівень – 8, V рівень – 1 дослідження. Частота БВП в загальній структурі проникаючих поранень коливалась від 14 до 60%. Загальна летальність при проникаючих пораненнях становила в середньому 62% (38-75%). БВП мали найвищий рівень смертності. Летальність в середньому становила 82% (діапазон від 68 до 96%).

У власній серії клінічних спостережень серед 121 пораненого з проникаючими ВЧМП було ідентифіковано 14 (11,6%) поранених з БВП. Летальність серед поранених з проникаючими ВЧМП становила 20,7% (померло 25 із 121 пораненого). Серед поранених з БВП померло 6 з 14 хворих. Післяопераційна летальність склала 42,9%.

Під час доповіді будуть розглянуті питання визначення показів до хірургічного лікування, термінів, об'єм та методики хірургічного втручання. Будуть також порівняні результати хірургічного та консервативного лікування БВП, а також результати лікування бойових та цивільних БВП.

Висновки. 1. Бігемісферні вогнепальні поранення мають найвищі показники смертності серед всіх проникаючих ВЧМП. 2. Проходження раничаго снаряду через структури середньої лінії, такі як проміжний та середній мозок, значно підвищують показники летальності. 3. Бойові БВП мають кращі результати лікування у порівнянні з результатами лікування цивільних поранених. 4. Агресивний хірургічний підхід в лікуванні поранених з БВП з оцінкою за шкалою коми Глазго в 5 балів та вище покращує результати лікування у порівнянні з неоперативним лікуванням.

МІНІІНВАЗІВНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНИХ ПСЕВДОКИСТАХ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ НА ТЛІ МІННО-ВИБУХОВИХ ПОШКОДЖЕНЬ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИСмачило Р.М.^{1,2}, Набойченко Я.В.²¹ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України», м. Харків
²Харківський національний медичний університет, м. Харків

Мета. Поліпшення результатів лікування післятравматичних ПКПЗ шляхом оптимізації диференційованого вибору методів мініінвазивних втручань з використанням сучасного лазерного та УЗД-обладнання.

Матеріали та методи. У клініці ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України» прооперовано 101 пораненого після мінно-вибухових пошкоджень черевної порожнини із формуванням ПКПЗ. З них 62 поранених прооперовано за традиційними методами (група порівняння), а 39 (основна група) – отримали хірургічну допомогу з використанням розроблених мініінвазивних методик, зокрема лазерної вапоризації під контролем УЗД. З метою виконання мініінвазивних оперативних втручань в клініці використовували апарат лазерної коагуляції «Лікар-хірург», що забезпечує проведення широкого спектру хірургічних маніпуляцій, метою яких є: вапоризація, тобто пошарове видалення, розсічення та коагуляція біологічних тканин, а також силова термотерапія та забезпечення гемостазу.

Результати та обговорення. З метою виконання мініінвазивного оперативного втручання нами розроблено спосіб лікування ПКПЗ за допомогою лазера, суть якого полягає в тому, що після черешкірної постановки дренажного катетеру під ультразвуковим контролем виконують прокол шкіри голкою розміром 17G, аспірують усю наявну рідину та наповнюють кісту розчином декасану, далі у чистий розчин за допомогою проводника та інтрад юсера вводять лазерний світловод з радіальним випромінюванням; в залежності від розміру псевдокісти обирають потужність та час експозиції лазерного випромінювання; лазерний світловод видалюють, а гідрофільний інтрад юсер підшарують до шкіри, як дренаж, при необхідності процедуру повторюють через кілька діб, через 5-7 діб інтрад юсер видалюють. Слід зазначити, що, лазерне опромінювання призводить до деструкції внутрішньої стінки ПКПЗ та її коагуляції, а також здійснити профілактику можливих ускладнень, що не обтяжують при цьому стан хворого. Застосування в клініці мініінвазивних втручань дозволяє істотно скоротити терміни госпітального етапу лікування і досягти задовільних функціональних результатів вже в ранньому післяопераційному періоді.

Висновки. Таким чином, при аналізі результатів проведених досліджень нами встановлено, що середня тривалість перебування хворих групи порівняння у клініці склала $28,4 \pm 10,2$ днів, а в основній – $23,3 \pm 6,1$ (U_{emp}=841,0, p<0,05). Середній післяопераційний ліжко-день в групі порівняння дорівнював $19,5 \pm 7,2$, а в основній – $14,7 \pm 3,3$ (U_{emp} = 703,5; p<0,05). Скорочення часу перебування у клініці пов'язано зі зменшенням кількості післяопераційних ускладнень. Методом розрахунку коефіцієнта рангової кореляції Спірмена проведено аналіз взаємозв'язку між зменшенням кількості післяопераційних ускладнень і впливом лазерного випромінювання. Кореляційний зв'язок між застосуванням лазерної вапоризації і зменшенням кількості ускладнень в основній групі був статистично достовірним, оскільки коефіцієнт рангової кореляції дорівнює $r_s=0.973$ при критичному значенні 0,78 (p<0,05).

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ ПРИ ПОРАНЕННЯХ ТА ЗАКРИТИХ УШКОДЖЕННЯХ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Бойко В.В., Лихман В.М., Ткач С.В., Шевченко О.М., Меркулов А.О., Волченко І.В., Мірошніченко Д.О.

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України», м. Харків

Мета. Поліпшення результатів лікування гнійних ускладнень у постраждалих з пораненнями та закритою травмою грудей шляхом оптимізації хірургічної тактики.

Матеріали та методи. Знаходилися на лікуванні 244 пацієнта з ускладненнями після проникаючих поранень (101) та закритої травми грудей (ЗТГ) (143) у 2013-2018 рр. Поранення ребер було в 32 спостереженнях (31,7%), грудини – в 4 (3,9%), лопатки – в 2 (1,9%), грудних хребців – в 3 (2,9%), ключиць – в 2 (1,9%). При ЗТГ переломи від 1 до 14 ребер (у середньому 6,1) були у 122 пацієнтів (85,3%), грудини – у 12 (8,4%), ключиць – у 8 (5,6%), грудних хребців – у 6 (4,2%), лопаток – у 5 (3,5%).

Результати та обговорення. У гострому періоді остеомиєліту місцеве лікування полягало в дрениванні м'яких тканин в зоні нагноєння та кісткової деструкції, видаленні нежиттєздатних тканин та чужорідних тіл, промиванні гнійних порожнин з аспірацією. Відсутність регресії запальних змін грудної стінки через два тижні з наростанням показника накопичення РФП при остеосцинтиграфії в динаміці (більше ніж на 15-20%) вважали неефективністю консервативного лікування і була показана резекція кісткових структур грудної стінки в межах здорових тканин – 16 (6,6%), при залученні ребрових хрящів – радикальне видалення всієї хрящової частини уражених ребер – 12 (4,9%).

Висновки. Лікування гострого посттравматичного остеомиєліту грудей слід почати з дренивання зон нагноєння грудної стінки в поєднанні з антибактеріальною терапією, ефективність такого лікування становить 32% при пораненнях та 44% – при ЗТГ. Гнійне ураження кісток грудей має тривалий перебіг з частою хронізацією процесу. Тільки радикальна резекція уражених кістково-хрящових структур грудей дозволяє ліквідувати патологічний процес без рецидиву нагноєння, незалежно від способу пластики грудної стінки.

ОЦІНКА СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ УШКОДЖЕНЬ ПРИ БОЙОВІЙ ПОЛІТРАВМІ

Ткачук О.Ю.^{1,2}, Бойко О.В.²

¹ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України», м. Харків
²Харківський національний медичний університет, м. Харків

Мета. Підвищення ефективності проведення інтенсивної терапії поранених із торакальною травмою на підставі оцінки ступеня тяжкості бойової політравми.

Матеріали та методи. У клініці ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України» інтенсивну терапію проводили 36 поранених із бойовою політравмою. Комплексну інтенсивну терапію проводили на основі вдосконаленої нами системи об'єктивної оцінки тяжкості. У якості основних ознак поєднання домінуючого ушкодження розробленої нами системи введено дані про локалізацію і тяжкість ушкоджень, які відображують їхню морфологічну характеристику. Кожній групі присвоєно шифр: краніальна травма позначена символом С, скелетна – S, торакальна – Т, абдомінальна – А. Травма легкого ступеня тяжкості позначена 1, середнього ступеня – 2, тяжкого – 3, відсутність ушкоджень – 0.

Результати та обговорення. Постраждали з політравмою залежно від локалізації, характеру та ступеня тяжкості ушкоджень були розподілені на клінічні групи відповідно до вдосконаленої нами і впровадженої системи об'єктивної оцінки тяжкості бойовій політравми: I гр. (10-20 балів) – постраждали з ушкодженнями однієї анатомо-функціональної ділянки (АФД) середнього ступеня тяжкості в сполученні з ушкодженнями легкого ступеня тяжкості іншої анатомо-функціональної ділянки або ушкодженнями декількох АФД легкого ступеня тяжкості, які потребують невідкладної кваліфікованої допомоги; II гр. (21-30 балів) – постраждали з ушкодженнями двох і більше анатомо-функціональних ділянок середнього ступеня тяжкості, які потребують невідкладної кваліфікованої та наступної спеціалізованої допомоги; III гр. (31-40 балів) – постраждали з ушкодженнями однієї АФД тяжкого ступеня у поєднанні з ушкодженнями середнього ступеня тяжкості іншої анатомо-функціональної ділянки або із травмою тяжкого або середнього ступеня тяжкості, які потребують спеціалізованої допомоги за життєвими показами; IV гр. (понад 40 балів) – постраждали з ушкодженнями тяжкого ступеня двох і більше АФД, при яких невідкладну допомогу постраждалими починали надавати в реанімаційному залі приймального відділення і залежно від її результатів обирали подальшу тактику. Система об'єктивної оцінки тяжкості включає урахування всіх ушкоджень із виділенням домінуючого, формування діагнозу у визначеній послідовності та віднесення постраждалого до однієї із груп анатомічних ушкоджень: 1 – поєднана черепно-мозкова травма; 2 – поєднана травма спинного мозку; 3 – поєднана травма грудей; 4 – поєднана травма живота й органів заочеревинного простору; 5 – поєднана травма опорно-рухового апарату, у тому числі тазу; 6 – конкуруюча поєднана травма.

Висновки. Запропонована система оцінки тяжкості є основою для подальшого розробки ознак, що дозволяють із інформаційністю 80,5-95,0% оцінити тяжкість бойової політравми не тільки за локалізацією і характером травмованих АФД, але і за ступенем тяжкості ушкоджень.

ВІДНОВНЕ ЛІКУВАННЯ ПРИ НАСЛІДКАХ ВОГНЕПАЛЬНОЇ ТРАВМИ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕРВІВ

Третяк І.Б., Цимбалюк Я.В, Коваленко І.В., Пічкур Л.Д., Базік О.М.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Мета. Вивчити особливості клінічних проявів та перебігу травматичних ушкоджень, можливості хірургічного та нехірургічних методів лікування в тому числі і реабілітаційних заходів при вогнепальних та мінно-вибухових ушкодженнях нервів кінцівок і наслідках.

Матеріали та методи. В період з 2014 по 2018 рр. в Інституті нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України було обстежено та прооперовано 112 поранених із зони збройного конфлікту з наслідками вогнепальної травми периферичних нервів верхніх та нижніх кінцівок. Середній вік пацієнтів становив 31,5 років. Ступінь порушення функції нерва оцінювали згідно міжнародної шкали MRC, виконувався електронейроміографічний (ЕНМГ) контроль до проведення хірургічного лікування та в післяопераційному періоді.

Результати та обговорення. Серед причин травми нервів найчастіше відмічено мінно-вибухове та кульове ушкодження (78,3%), рідше нерви травмувалися при переломах кісток кінцівок – 8,3% спостережень, закрита травма мала місце в 6,2% випадків. Уламкові ураження переважали над кульовими. Серед вогнепальних ушкоджень ПН спостерігалось незначне переважання травми нервів нижніх кінцівок над верхніми кінцівками. Найчастіше серед пацієнтів відмічали ураження сідничного нерва, що спостерігалось у 25,9%, серединного нерва – 17,9%, малягомількового – у 14,3%, великогомілкового – 11,6%, променевого 9,8%, плечового сплетення – у 9,8% ліктьового – 7,1%, а одночасне ушкодження декількох нервових стовбурів – у 18,8% випадків. В залежності від характеру і ступеня ушкодження нервів, пацієнтам виконувався невротіз нервового стовбуру (у 69,6% випадків, у т.ч. в поєднанні із встановленням електростимуляційних систем (ЕСС) НейСІ 3-М), у випадках великих дефектів нервів проводилась аутопластика з використанням аутотрансплантата – литкового нерва – у 34,8% або невротизація (у 8,2%), шов нерва виконано в 3,1%. Після проведення хірургічного лікування позитивний результат, зниження вираженості больового синдрому спостерігалось у 85,3% випадків.

Висновки. 1. Вогнепальні ушкодження ПН у 69,6% супроводжуються контузією нерва (без анатомічного розриву нервового стовбуру). В 27,7% випадків мало місце ушкодження нервів із значним дефектом. В 60,7% поранених відмічено наявність супутнього больового синдрому. 2. Серед методик хірургічного лікування найчастіше застосовувались неврозліз нерва та його аутопластики (53,6% та 34,8% відповідно), в 8% використано методику дистальної невротизації. Зшивання нерва при наслідках вогнепальної травми практично не використовувалося. 3. Використання методики хронічної електростимуляції при заданній вогнепальній травмі нерва за допомогою імплантованих стимулюючих систем після проведення неврозлізу ПН суттєво поліпшує функціональний результат лікування. Зниження вираженості больового синдрому спостерігалось у 85,3% випадків.

ОСОБЛИВОСТІ СВОЕЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ УСКЛАДНЕНЬ З БОКУ М'ЯКИХ ТКАНИН ВОГНЕПАЛЬНИХ РАН

Зам'ятін П.М.^{1,2}, Негодуйко В.В.³

¹ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України», м. Харків

²Харківський національний медичний університет, м. Харків

³Військово-медичний клінічний центр Північного регіону, м. Харків

Мета. Підвищення ефективності діагностики ускладнень перебігу ранового процесу на основі ретельного аналізу ремодельовання і морфологічних змін етапів репарації і регенерації м'яких тканин після вогнепальних і мінно-вибухових осколкових поранень.

Матеріали та методи. Для вивчення патоморфологічних змін шкіри і прилеглих м'яких тканин, що виникають після наскрізного або сліпого вогнепального поранення, проводили гістологічне дослідження біоматеріалу, видаленого після хірургічної обробки ран – патологічно змінених м'яких тканин з країв ранового каналу та дна вогнепальних ран разом з інкапсульованим стороннім тілом вогнепального походження. Після парафінової проводки виготовляли зрізи товщиною 5-7 мкм, які фарбували гематоксиліном і еозином для оглядового вивчення мікропрепарату.

Результати та обговорення. З 528 поранених з сторонніми тілами м'яких тканин, сторонні тіла з добре розвиненою сполучнотканинною капсулою були видалені в 36 (6,8%) випадках. З 36 (100,0%) видалених сторонніх тіл з капсулою в 30 (83,3%) спостереженнях сторонні тіла видалені з м'язової тканини разом з фіброзною капсулою і в 6 (16,7%) – з підшкірної жирової клітковини. При цьому, в 3 випадках (8,3%) сторонні предмети вилучені після їх вторинної міграції з підшкірної жирової клітковини. У 2 (5,6%) пацієнтів видалено стороннє тіло і частково капсулу при глибокому розташуванні і приляганні його до судинно-нервового пучка. У всіх випадках внутрішня поверхня капсули повністю повторювала форму стороннього тіла. Зовні зміна положення стороннього тіла за рахунок вторинної міграції проявляється наявністю множинних крововиливів червоного кольору. Через 2 роки перебування в тканинах стороннього тіла товщина капсули нерівномірна і складає 3-4 мм, через 2 роки вона рівномірна і поступово зменшується до 2 мм за рахунок скорочення зрілих колагенових волокон сполучної тканини. В термін до 10 місяців після поранення капсула щільна на дотик. У 10 місяців і наступні 2 роки капсула навколо осколка має середню щільність, а через 18 і 23 роки – м'яка, що можна пояснити регресією активності запальних процесів і переходом від альтерації до персистуючого хронічного запального процесу.

Висновки. Аналіз ремодельовання м'яких тканин після вогнепальних поранень показав, що досить різноманітні і нестабільні прояви альтерації, а також морфологічні зміни процесів репарації і регенерації, які спостерігаються при однакових пораненнях і термінах їх отримання, є однотипними.

У розвитку некрозів у вогнепальній рані має значення ішемія, зумовлена порушеннями мікроциркуляції, в результаті загиблих тканин фіброзною тканиною. Найбільше значення в редукції уражених тканин має вчасно виконана адекватна хірургічна обробка ран.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Зуй Є.О., Жупан Б.Б., Хухлей В.О.

Українська військово-медична академія, м. Київ

Мета. Визначити особливості роботи лікувально-профілактичних закладів МОЗ України в умовах надзвичайних ситуацій та розробити контрольний перелік для реагування на надзвичайні ситуації.

Матеріали та методи. Лікарні відіграють найважливішу роль у забезпеченні громадам медичної допомоги під час усіх видів стихійних лих. Залежно від їх масштабів і характеру, надзвичайні ситуації можуть призвести до необхідності надання медичної допомоги значній кількості постраждалих. І робота за таких умов може суттєво змінити функціональні можливості лікарні, організацію безпеки медичного персоналу і пацієнтів, тощо. Тому, без проведення чіткого планування реагування на імовірні виклики система надання медичної допомоги буде неієддатною. Обмежені ресурси та підвищений попит на медичні послуги в умовах порушення зв'язку і неможливості якісного матеріально-технічного забезпечення – з іншого, створює значну проблему для надання медичної допомоги великій кількості постраждалих.

Результати та обговорення. Нами узагальнено матеріали щодо переліку заходів з організації роботи лікарні в умовах надзвичайної ситуації. Цей інструмент включає в себе сучасні принципи управління наданням медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях, об'єднує низку пріоритетних дій, необхідних для швидкого, ефективного реагування на критичну ситуацію, заснованих на основних принципах безпеки життєдіяльності медичних закладів. Подана методологія структурована за основними напрямками діяльності управління в умовах надзвичайної ситуації.

Висновки. Принципи та рекомендації, включені в цей інструмент, можуть використовуватися лікарями на будь-якому рівні готовності до надзвичайних ситуацій. Контрольний перелік призначений для доповнення існуючих багатосекторальних планів управління надзвичайними ситуаціями в лікарнях.

ПОМИЛКИ В РОЗУМІННІ ЕтіОПАТОГЕНЕЗУ ВОГНЕПАЛЬНИХ УШКОДЖЕНЬ ТА ФОРМУВАННІ ДІАГНОЗІВ

Вірва О.Є.¹, Бородай О.Л.², Кляпчук Ю.В.², Погрібний К.М.², Антонов А.Б.², Бондар С.В.², Лапта В.В.²

¹ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків
²Військово-медичний клінічний центр Північного регіону, м. Харків

Мета. Уточнити чинну в Україні класифікацію вогнепальних ушкоджень, вказати на відправні моменти розуміння їх виникнення та перебігу в залежності від застосованої зброї.

Матеріали та методи. За період військової компанії із захисту суверенітету та цілісності України з лінії зіткнення до відділень клініки ушкоджень ВМКЦ ПНР (м. Харків) з 2014 до 2018 роки надійшли 4883 військовослужбовців із яких 2452 мали вогнепальні поранення. Проведений аналіз виписок із карт стаціонарних хворих (перевідних епікризів) поранених, котрі надходили або були переведені з інших лікувальних закладів зони ООС (АТО) та продовжували лікування у відділеннях клініки ушкоджень.

Результати та обговорення. При аналізі діагнозів поранених близько 28% мали помилки в формулюваннях, що вказує на недостатні знання лікарями класифікації вогнепальних ушкоджень, відсутнє однакове розуміння виникнення бойових ушкоджень та протікання ранового процесу.

Найбільш частими помилками є інтерпретації діагнозів у поранених від вибуху бойових вибухових пристроїв, коли уламкові (осколкові) поранення вказуються як мінно-вибухові поранення, або мінно-вибухові травми. При цьому поняття «мінно-вибухова травма» у класифікації відсутнє. Помилковим є вислів «поранення черевної (плевральної) порожнини» бо ці утворення є проміжком між парієтальною та вісцеральною очеревиною (плеврою), а по відношенню до порожнин поранення бувають проникаючими або непроникаючими.

Висновки. Єдині підходи до розуміння лікарями виникнення вогнепальних поранень та травм, їх протікання, реакції людського організму на вогнепальні ушкодження є запорукою єдиного правильного підходу до об'єму медичної допомоги на всіх її рівнях, зменшення смертності, інвалідизації від наслідків бойових ушкоджень та повернення до строю максимальної кількості військовослужбовців.

СУЧАСНИЙ ДОСВІД СИТЕНКІВСЬКОЇ ФАХОВОЇ ШКОЛИ ЩОДО ФОРМУВАННЯ КУКС НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ В ДІЛЯНЦІ СУГЛОБІВ ТА НА ПРОТЯЗІ ГОМІЛКИ З ПРОТЕЗУВАННЯМ НА ОПЕРАЦІЙНОМУ СТОЛІ

Диннік О.А.¹, Тимченко І.Б.¹, Диннік А.О.²

¹ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків
²Харківська медична академія післядипломної освіти», м. Харків

Мета. Висвітлити досвід, динаміку та сучасний стан проблеми формування кукс стопи, гомілки та стегна із протезуванням на операційному столі (ПОС) з позиції застосування напрацювань у пацієнтів, що отримали бойові травми на Сході України.

Матеріали та методи. 510 хворих, яким у минулому проведено міофасціопластичні ампутації на рівні гомілки і стегна з ПОС та 162 хворих з утінанням на рівні стопи, гомілки та стегна. Застосовували клініко-рентгенологічні, біомеханічні та фізіологічні методи дослідження.

Результати та обговорення. Розроблено простий, малогабаритний компресійний спице-стержневий пристрій для остеосинтезу при кістково-пластичному формуванні кукс, який легко монтується та демонтується і дозволяє стабільно фіксувати кістковий аутотрансплантат, задавати йому при необхідності додаткову компресію та надавати на курсу розроблені на основі вітчизняних вузлів та напівфабрикатів, оригінальні конструкції експрес- та лікувально-тренувальних протезів. Удосконалено відомі та розроблено нові способи кістково-пластичного формування кукс нижніх кінцівок на основі операцій за Пироговим, Біром, Грітті, Шимановським, екзартикуляції гомілки в колінному суглобі із збереженням надколінка, а також реконструктивно-відновних коригувальних операцій на коротких та середніх куксах стоп. Запропонований медико-технічний комплекс виключає зміщення аутотрансплантата і забезпечує раннє, починаючи з 1-2 доби після операції, навантаження кукси, мобільність та побутову незалежність хворих, створює умови для консолідації кісткових і загоєння м'якотканинних структур кукс. А в цілому готовність хворих до постійного протезування через 2-2,5 місяці після операції, що вдвічі менше ніж у випадку кістковопластичного формування кукс нижніх кінцівок за традиційними підходами.

Висновки. Багаторічний досвід ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України» і сучасний

стан проблеми свідчить на користь розробленого оригінального напряму реабілітації хворих після ампутацій нижніх кінцівок та заслугове на широкое застосування при повторних операціях на куксах після утинання з приводу бойових ушкоджень, отриманих захисниками України.

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ТРАХЕИ И БРОНХОВ

Красносельский Н.В.¹, Белый А.Н.^{1,2}

¹ГУ «Институт медицинской радиологии им. С. П. Григорьева НАМН Украины», г. Харьков

²Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Цель. Повреждения трахеи и крупных бронхов опасны для жизни из-за возможности развития асфиксии. Выздоровлению пострадавшего способствуют ранняя диагностика трахеобронхиальной травмы (ТБТ) и проведение на всех этапах адекватного оказания медицинской помощи. Повреждения дыхательных путей составляют 0,5-1% от всех травм, но их количество постоянно увеличивается. В мирное время колото-резаные ранения преобладают над огнестрельными, составляющими всего 0,25-5% от числа ранений шеи и груди. Крайне тяжелые повреждения характерны для минно-взрывной травмы, при которой 80% ранений – сочетанные. 75% проникающих ранений локализируются в шейном отделе трахеи.

Материалы и методы. Ятрогенная ТБТ по данным клиники ИМП АМНУ с 1990 по 2018 гг. встречалась при интубации трахеи, бронхоскопии, трахеостомии, тиреоидэктомии, пульмонэктомии, удалении опухолей средостения. Интубации трахеи при этом, как правило, были повторные, продолжительные и с использованием жестких проводников. Наиболее опасными были полные разрывы задней стенки трахеи (0,1% всех интубаций). Их протяженность была до 6 см, в среднем – 4,8 см. Локальная компрессия стенки трахеи манжетой интубационной трубки при длительных операциях или продленных ИВЛ привела к развитию фибринозно-некротического трахеита с исходом в грануляционно-рубцовый стеноз (0,7%), а также трахеопищеводный свищ (0,2%). Эндоскопические повреждения трахеи и бронхов отмечены при взятии биопсии (0,5%) или фиксированного инородного тела (0,1%).

Выводы. При активной хирургической тактике лечения большинство пострадавших с ТБТ было спасено. В острый период ТБТ в первую очередь следует восстановить проходимость дыхательных путей. Все ответственные хирурги больницы при ТБТ должны уметь выбрать оптимальный оперативный доступ, иметь навыки мобилизации и ушивания дефектов трахеи или крупного бронха.

УМОВИ ОТРИМАННЯ АКУТРАВМИ ТА ОСОВНІ СКАРГИ У ОСІБ З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ПОРУШЕННЯ СЛУХУ ВНАСЛІДОК БОЙОВОЇ АКУБАРОТРАВМИ

Шидловська Т.А.¹, Петрук Л.Г.², Пойманова О.С.¹

¹ДУ «Институт отоларингологии ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України», м. Київ

²Клініка отоларингологии Військово-Медичного Клінічного Центру Південного Регіону, м. Одеса

Мета. Проаналізувати обставини та умови отримання акубаротравми в реальних бойових умовах та основні скарги пацієнтів з сенсоневральними порушеннями слуху.

Матеріали та методи. Вивчено дані анамнеза та скарги у пацієнтів, що отримали акубаротравму в зоні бойових дій (понад 600 осіб), з яких відібрано для аналізу 50 пацієнтів з найбільш типовим ураженням слухової системи – двобічною сенсоневральною приглухуватістю, низхідним типом аудіометричної кривої, найбільш вираженим підвищенням порогів слуху до тонів 4, 6 і 8 кГц. За ступенем порушення слухової функції вони були поділені на дві групи: з початковими (1) та вираженими (2) порушеннями слуху.

Результати та обговорення. Аналіз обставин отримання бойової акубаротравми показав, що майже у всіх випадках (95,8-100,0%) це відбувалося під час активних бойових дій, обстрілу. Частіше за все білячі отримували акубаротравму з використанням такого озброєння. В 1 групі – реактивна артилерія (58,3%), тяжка артилерія (45,8%), гранатомет – (45,8%), де потужність звуку складала понад 130 дБ. В 2 – ручний протитанковий гранатомет (РПГ) (84,6%), міномет (73,1%), гранатомет (53,8%), з потужністю звуків від 130 до 157 дБ. За типом озброєння самих військовослужбовців, у 1 групі переважали РПГ (45,8%) та стрілецька зброя (33,3%), в 2 – стрілецька зброя (73,0%). В 1 групі частіше всього мали місце скарги на шум та закладеність у вухах (83,3%) безпосередньо після акубаротравми та зниження слуху (29,2%) через 12 годин потому. В 2 – найбільш вираженими були скарги на запаморочення (76,9%) та порушення рівноваги (53,8%) образу після акубаротравми, а через деякий час – шум у вухах (92,3%) та зниження слуху (65,4%). В 2 групі загалом зберігалася більша кулькість і вираженість скарг через 12 годин після події.

Висновки. Ступінь ураження слухової системи та тип аудіометричної кривої при бойовій акубаротравмі знаходиться в певній залежності від характеру уражаючого впливу потужного звуку, типу озброєння та обставин отримання акубаротравми. При зборі анамнеза у таких хворих доцільно враховувати не лише наявність характерних скарг, але і тривалість таких відчуттів після події.

ХІРУРГІЯ, НЕЙРОХІРУРГІЯ, ЕНДОСКОПІЯ, КОМБУСТІОЛОГІЯ

ДОВГОСТРОКОВІ РЕЗУЛЬТАТИ НИЗЬКОДОЗОВОГО СТЕРЕОТАКСИЧНОГО РАДІОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МЕНІНГІОМ КАВЕРНОЗНИХ СИНУСІВ

Чувашова О.Ю., Кручок І.В.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Мета. Метою клінічного дослідження були ретроспективний аналіз ефективності стереотаксичної радіохірургії (CPX) на лінійному прискорювачі (LINAC) і довгострокових результатів при лікуванні менінгіом кавернозних синусів з використанням нижчих предписаних доз ($\leq 12,5$ Гр).

Матеріали та методи. CPX на лінійному прискорювачі «Trilogy + BrainLab» виконана у 30 хворих (8 чоловіків і 22 жінки; середній вік – 52 роки) з менінгіомами кавернозних синусів з Індексом Карновського ≥ 80 . 20 пацієнтів (66,7%) мали порушення зору, а 4 пацієнти (13,3%) мали лицевий біль або оніміння. 23 пацієнта (76,7%) отримали SRS без попередньої операції, 7 пацієнтів (23,3%) пройшли операцію перед SRS. Граничні ПД для пухлин становили 11 Гр – 12,5 Гр (медіана, 12,1 Гр). Обсяг пухлини становив від 2,8 до 20,9 см3 (медіана, 9,1 см3). Середній об'єм мішені, який отримав ПД – 95,5%. Медіана спостереження за хворими становила 42 місяці (діапазон 30-60 місяців). Після CPX регулярно виконувалось контрольне МРТ дослідження головного мозку.

Результати та обговорення. У 6 (20%) пацієнтів спостерігалось поліпшення неврологічного стану, у інших 24 (80%) не було визначено погіршення. В жодного з пацієнтів не було діагностовано оптичну нейропатію, викликану радіаційною травмою або новим неврологічним дефіцитом після радіохірургії. За даними МРТ у динаміці було визначено зменшення розміру пухлини у 14 пацієнтів (46,7%), сталими були розміри у 16 (53,3%). Загальний показник контролю пухлини становить 100% при медіані спостереження 42 місяці (діапазон 30-60 місяців).

Висновки. CPX – ефективний метод лікування менінгіом кавернозних синусів, що забезпечує високий рівень контролю пухлин (100%) з п'ятирічним контролем при забезпеченні безпеки неврологічного статусу пацієнта. Використання менших предписаних доз ($\leq 12,5$ Гр), дозволяє знизити частоту і тяжкість як перехідних, так і постійних нейропатій.

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПОСТПРОМЕНЕВИХ ЗМІН ТА РЕЦИДИВУ ЗЛОЯКІСНИХ ГЛІОМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПІСЛЯ РАДІОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗА ДАНИМИ ВОЛЮМЕТРИЇ І ПОКАЗНИКІВ ДИФУЗІЇ

Грязов А.А., Грязов А.Б., Чувашова О.Ю.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Мета. Проведення диференціальної діагностики постпроменеви́х змін і рецидиву злоякісних гліом головного мозку після радіохірургічного лікування на основі виміру показників волюметрії і коефіцієнта дифузії.

Матеріали та методи. 89 пацієнтам, середній вік яких 55 років, зі злоякісною гліомою головного мозку (анапластична астроцитома – grade III – 19, гліобластом – grade IV – 70) була проведена стереотаксична радіохірургія (CPX), з них у 49 випадках – другим етапом після нейрохірургічного втручання, та в 40 – первинно.

Динамічне спостереження проводилося за допомогою магнітно-резонансної томографії (МРТ).

У всіх пацієнтів з підозрою на рецидив пухлини, вимірювали волюметричні показники збільшення об'єму вогнища, та показники вимірюваного коефіцієнта дифузії (ВКД) в термін від 3 до 8 місяців (в середньому 6 місяців) після проведення радіохірургії. Підтвердження результатів рецидиву пухлин ґрунтувалось або на результаті операції/біопсії, або по даним МРТ спостереження в динаміці.

Результати та обговорення. Вимірювання волюметричних показників продемонструвало, що збільшення обсягу вогнища більш ніж на 120% в 92,6% випадків свідчило про рецидив пухлини, тоді як збільшення до 60% в 88,2% було обумовлено постпроменеви́ми змінами. Показники у рамках між цими відсотками були наслідком поєднання післяпроменеви́х змін і росту пухлини. Зменшення показників ВКД через 6 місяців після радіохірургії у вогнищі в 94,8% випадків свідчило про рецидив пухлини.

Висновки. До ознак диференціальної діагностики рецидиву злоякісної гліоми і постпроменеви́х змін після радіохірургічного лікування можна віднести збільшення обсягу пухлин більш ніж на 120%, а також зменшення показників ВКД.

ПУХЛИНИ ІІІ ШЛУНОЧКУ: ОДНОМОМЕНТНЕ ЕНДОСКОПІЧНЕ ВИДАЛЕННЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ ТРИВЕНТРИКУЛОЦИСТЕРНОСТІЇ. ПОПЕРЕДЖЕННЯ РЕЦИДИВУ ГОСТРОЇ ОКЛЮЗІЙНОЇ ГІДРОЦЕФАЛІЇ

Паламар О.І., Гук А.П., Тесленко Д.С., Оконський Д.І, Аксьонов Р.В.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Мета. Поліпшити лікування пухлин ІІІ шлуночку з оклюзійною гідроцефалією.

Матеріали та методи. В період 2015-2019 рр. нами проведено ретроспективний аналіз 33 пацієнтів з пухлинами та колоїдними кістами III шлуночку. Передні та задні відділи III шлуночку (в тому числі 5 колоїдних кіст - КК) – 7 хворих; задні відділи III шлуночку – 26 хворих. Гістологічний розподіл: астроцитомо – 13; гліобластома – 6; пінеоцитомо – 2; анапластична олігоастроцитомо – 1; центральна нейроцитомо – 3; тератома – 1; анапластична епендімома – 2; КК III шлуночку – 5. У всіх випадках проведено 100% ендоскопічне видалення, в 11 випадках проведено тривентрикулоцистерностомію (ТВЦс), при кровоточивій пухлині.

Результати та обговорення. Радикальність видалення: 13 хворих – тотальне видалення; 20 – субтотальне видалення. При проведенні ТВЦс приймалися до уваги розміри міжшлуночкових отворів (f.Mono) та розширення III шлуночка. Якщо розміри f.Mono були недостатні, та III шлуночок мав «щілеподібні» розміри – ТВЦс не проводилась. При проведенні одномоментного видалення пухлини та проведення ТВЦс (11 випадків) та без проведення ТВЦс (22 випадки) – ні в одному випадку не спостерігався рецидив гострої оклюзійної гідроцефалії. За шкалою Карновського в післяопераційному періоді у всіх хворих було ≥ 70 балів. Післяопераційна летальність відсутня.

Висновки. 1. Одномоментне видалення пухлини та проведення ТВЦс є ефективним методом попередження рецидиву гострої гідроцефалії, при кровоточивій пухлині. 2. Проведення ТВЦс обмежено розмірами міжшлуночкових отворів (f.Mono) та розмірами III шлуночка. 3. Радикальне видалення глибоких внутрішньомозкових пухлин, що поширюються в III шлуночок, залишається обмеженим через проростання пухлини в критично важливі структури головного мозку.

РОЗШИРЕНІ ЕНДОСКОПІЧНІ ЕНДОНАЗАЛЬНІ ДОСТУПИ ПРИ АДЕНОМАХ ГІПОФІЗА

Паламар О.І., Гук А.П., Аксьонов Р.В., Тесленко Д.С., Оконський Д.І.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Аденоми із значним параселлярним поширенням залишаються проблемними для хірургії (Di Maio S 2011).

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 177 пацієнтів за період 2007-2018 років проведено ендоскопічне ендоназальне видалення аденоми гіпофіза. Поширення на кавернозний синус Кпюрз 3 зустрічалося у 49 хворих, Кпюрз 4 – у 34 випадках. У 17 випадках було використано розширені ендоскопічні ендоназальні трансфеноїдальні (ЕЕТ) доступи: ЕЕТ транспетеріоїдальний – 14, ЕЕТ трансетмоїдальний – 3. У 66 випадках використовувався стандартний ЕЕТ доступ із використанням кутової оптики та кутового інструментарію.

Результати та обговорення. Радикальність видалення при розширеному ЕЕТ доступі: 12 хворих – тотальне видалення; 3 – субтотальне видалення, 2 – часткове видалення. Окорухові розлади після операції – 1 випадок. Післяопераційна назальна лікворея – 2 випадки. При стандартному ЕЕТ доступі радикальність видалення складала: 31 – тотальне видалення, 23 – субтотальне, 12 – часткове. Окорухові розлади після операції – 2 випадки. Ушкодження сонної артерії – 1, назальна лікворея – 12 (у 3-х випадках ускладнено менінгітом). Післяопераційна летальність в обох групах відсутня.

Висновки. Застосування розширеного ЕЕТ трансетмоїдального доступу дозволяє провести видалення аденоми гіпофізу із поширенням на кавернозний синус. Використання розширеного ЕЕТ транспетеріоїдального доступу дозволяє візуалізувати пухлини, що поширюються на кавернозний синус та ідентифікувати параклівальні відділи сонної артерії ВСА. Хірургічне лікування аденоми гіпофіза із поширенням на кавернозний синус є ефективним та безпечним із використанням розширених ЕЕТ доступів.

ДИНАМІКА РЕГРЕСУ ЗОРОВИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ ТРАНСНАЗАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ МАКРОАДЕНОМ ГІПОФІЗА

Гук М.О., Даневич О.О., Цюрупа Д.М., Мумлев А.О., Єгорова К.С., Чуков А.А.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Мета. Дослідити особливості зорових розладів (ЗР) при макроаденомах гіпофіза (МАГ) та динаміку їх регресу в післяопераційному періоді (п/п) в залежності від радикальності видалення пухлини.

Матеріали та методи. Матеріалом дослідження є 469 пацієнтів з МАГ, прооперованих в клініці трансфеноїдальної нейрохірургії аденоми гіпофіза Інституту нейрохірургії за період 2017-2019 рр. Жінок було 295 (63%), чоловіків – 174 (37%). Середній вік хворих склав 40,8 років. Всім пацієнтам було проведено МРТ головного мозку та нейроофтальмологічне обстеження до та після операції.

Результати та обговорення. В нашому дослідженні 375 МАГ (80%) мали супраселлярне поширення і проявляли себе наступними ЗР за рахунок компресії оптохіазмального комплексу: двостороннє зниження гостроти зору (ГЗ) з бітемпоральною геміанопсією (210 випадків (56%), одностороннє зниження ГЗ з темпоральною геміанопсією (90 випадків (24%), бітемпоральна геміанопсія без зниження ГЗ (49 випадків (13%), одностороння парacentральна скотома без зниження ГЗ (26 випадків (7%). Всім хворим було проведено трансназальне видалення МАГ, у 328 випадках (70%) – радикальне екстракапсулярне, у 89 (19%) – ендокансулярне, у 52 (14%) парціальне. Динаміку регресу ЗР оцінювали на 5-7 добу п/п та через 6 місяців після операції. При радикальному видаленні МАГ початковий регрес ЗР відмічався на 5-7 добу після операції у 292 хворих (89%), причому, розширення полів зору передувало відновленню ГЗ. У всіх пацієнтів цієї групи на контрольному огляді через 6 місяців відмічався повний регрес ЗР. В 33 випадках (10%) ЗР не регресували в перші 5-7 днів п/п, але у 23 випадках (7%) відмічалася покращення зорової функції (ЗФ) через 6 місяців. В 3 випадках

(1%) виявлено погіршення ЗФ в п/п. При ендокансулярному видаленні МАГ в перші 5-7 днів п/п частковий регрес ЗР відмічався у 76 хворих (85%), причому, повний регрес ЗР через 6 місяців виявлено у 70 спостережених (79%). У 11 (12%) хворих на 5-7 післяопераційну добу регресу ЗР виявлено не було, але через 6 місяців частковий регрес ЗР відмічено у 7 випадках (8%). В 1 випадку (1%) ЗР після операції поглибилися. При парціальному видаленні початковий регрес ЗР в перші 5-7 днів п/п виявлено у 40 хворих (77%), причому, в жодному випадку через 6 місяців не відмічено повного регресу ЗР. У 10 випадках (20%) ЗР не регресували, у 2 (3%) хворих відмічено зниження ГЗ. Вказані випадки погіршення ЗФ в п/п пов'язані із геморагічними ускладненнями і виявлялися при парціальному та ендокансулярному видаленні МАГ. При радикальному видаленні пухлин погіршення ЗФ було обумовлено хізмопексією.

Висновки. Покращення зору є основною функціональною метою хірургічного лікування МАГ, однак, не є відображенням радикального видалення пухлини. Стійкість покращення ЗФ та повний регрес ЗР протягом 6 місяців після операції є показником ефективності хірургічного лікування.

ВИКОРИСТАННЯ НОВИХ МАТЕРІАЛІВ ТА ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЗАМОЗКОВИМИ ПУХЛИНАМИ, ЩО ПОШИРЮЮТЬСЯ ЗА МЕЖИ МОЗКОВОГО ЧЕРЕПА

Кваша М.С., Морозов Т.А., Мосійчук С.С.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Мета. Покращити результати хірургічного лікування нейрохірургічних хворих із складними дефектами і деформаціями голови на основі застосування сучасних нових матеріалів та інноваційних технологій у хворих при видаленні пухлин з екстра-інтракраніальним поширенням.

Матеріали та методи. За період з 2013 р. по 2018 рр. спостерігали 54 (100%) хворих із складними дефектами голови після видалення великих і гігантських, місцево поширених, екстра-інтракраніальних злоякісних пухлин, складних дефектів після ускладнених запальних синуситів, що знаходились на лікуванні в відділенні позамозкових пухлин. Первинних 15 (27,8%) хворих і з приводу продовженого росту – 39 (72,2%) хворих. 30 (55,6%) жінок та 24 (44,4%) чоловіків. Методи дослідження – відповідно існуючих стандартів (нейровізуалізація – КТ, МРТ, ангиографія (АГ), комплексні морфологічні та імуногістохімічні). Хірургічну тактику в кожній конкретній ситуації визначали з урахуванням локалізації пухлини, її поширення, зони похідного росту, величини, глибини, напрямку росту пухлини та особливостей ураження прилягаючих тканин голови.

Результати та обговорення. Раціональний і комплексний підхід, з проведенням 3D та комп'ютерного моделювання до операції, радикальне видалення місцево поширених пухлини з одномоментною пластикою та використанням новітніх матеріалів, інноваційних технологій та сучасного забезпечення є операцією вибору, та раціонального проведення реабілітаційних заходів, а також фактором високої ефективності лікування з забезпеченням задовільної якості життя цих надскладних пацієнтів з місцево поширеними пухлинами.

Висновки. Використання модифікованих атравматичних хірургічних доступів, нових матеріалів і новітніх інноваційних технологій та забезпечення дало можливість знизити летальність в даній групі пацієнтів з 7,2% (2007 - 2012 рр.) до 0% (2013 - 2018 рр.), та значно підвищити якість життя, сприяло їх ранній та ефективній реабілітації та адаптації.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИПУХЛИННОЇ ДІЇ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ФІТОПРЕПАРАТІВ НА РІСТ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ГЛІОМИ 101.8 У ЩУРІВ

Лісяний М.І., Гнедкова І.О., Потапова А.Г., Лісяний А.О., Пилипчук В.С.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

²НВП «Еко Мед» м. Київ

Актуальною проблемою сучасної онкології є пошук нових препаратів лікування злоякісних пухлин, в тому числі рослинного походження.

Мета. Дослідити в експерименті протипухлинну активність ряду фітопрепаратів фірми «Екомед» на ріст внутрішньо мозкової пухлини 101.8 у щурів.

Матеріали та методи. Дослідження проведені на щурах вагою 100-120 г з внутрішньо мозковою гліомою 101.8. В експерименті були 3 групи тварин: контрольна та дві піддослідні, яким на 4,5,8,9 день після вводили фітопрепарати (перша група - ревомосат+фітокомплекс 5, друга група отримувала 3 препарати: ревомосан, фіто комплекси 5 та 9. Отримані результати тривалості життя тварин з пухлинами опрацьовані методом статистики.

Результати та обговорення. Виявлено, що досліджені фітопрепарати підвищують життя тварин з пухлинами головного мозку, при 4-х кратному введенні 2-х препаратів, (група №1) тривалість життя складала 17,13 днів. В контролі тривалість життя складала 12,6 днів (P>0,001). В групі №2, яка отримувала 3 препарати було виявлено подовження життя до 22,3 дні, яке було вірогідно більше, ніж у групі із 2-ма препаратами.

Висновки. Отримані дані свідчать, що фітопрепарати з протизапальною дією гальмують розвиток гліом мозку в експерименті, що може бути обумовлено, як їхньою прямою протипухлинною дією, так і шляхом стимуляції імунних реакцій. Враховуючи те, що указані препарати дозволені до клінічного використання як біодобавки, немає застережень до їх застосування у хворих із злоякісними пухлинами мозку.

ЗМІНИ РІВНЯ КЛІТИН ВРОДЖЕНОГО ТА НАБУТОГО ІМУНІТЕТУ В КРОВІ ПРИБЛІЖНИХ ПУХЛИНАХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Лісяний М.І., Гнедкова І.О., Бельська Л.М., Потапова А.Г.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Сьогодні ще недостатньо вивчені зміни вродженої та набутої ланок імунної системи при пухлинах головного мозку.

Мета. Вивчити рівень клітин імунної системи: лейкоцитів, нейтрофілів та лімфоцитів у периферичній крові при гліальних пухлинах різного ступеня злоякісності.

Матеріали та методи. Були досліджені гематологічні показники крові 87 хворих з гліальними пухлинами та 20 хворих з непухлинною патологією. Всі хворі проходили нейрохірургічне лікування в Інституті нейрохірургії протягом 2013-2017 років. Отримані результати опрацьовані по програмі «Статистика 8».

Результати та обговорення. Встановлено, що рівень лейкоцитів, нейтрофілів та лімфоцитів в крові залежить від ступеня злоякісності, при гліомах III-IV ступеня виявлено статистичне підвищення рівня нейтрофілів та зниження лімфоцитів в порівнянні з пухлинами I-II ступеня інвазії. Це свідчить про стимуляцію клітин вродженої та гальмування набутої ланки імунітету. В ранньому післяопераційному періоді встановлені зміни в рівнях нейтрофілів та лімфоцитів зберігаються.

Висновки. Визначаючи в периферичній крові рівні клітин вродженої та набутої ланки імунітету, можна судити про ступінь злоякісності пухлин, а також про різну направленість імунореакції в них порушень у хворих на злоякісні гліоми.

ТЕХНІКА РЕМОДЕЛЮВАННЯ КЛІПСАМИ ПРИ МІКРОХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ НА АРТЕРІАЛЬНИХ АНЕВРИЗМАХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Литвак С.О., Яковенко Л.М., Єлейник М.В.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Мета. Поліпшити результати мікрохірургічного лікування артеріальних аневризм (АА) головного мозку (ГМ) шляхом оптимізації техніки кліпування.

Матеріали та методи. Ретроспективний аналіз результатів мікрохірургічного лікування АА ГМ у ДУ «Інститут нейрохірургії імені А.П. Ромоданова НАМН України» з 2011 до 2016 рр. виявив необхідність застосування техніки ремоделювання ураженого аневризмою артеріального сегменту у 44 (100%) хворих: жінки – 24, чоловіків – 20, середній вік – 46 років). Клініко-інструментальні обстеження, медикаментозна та хірургічне лікування проводилися відповідно до рекомендованих протоколів (Наказ МОЗ, 17.04.2014 № 275). Усі оперативні втручання проводили із застосуванням інтраопераційної ультразвукової доплерографії.

Результати та обговорення. Розрив АА у дебюті був у 38 (86,4%) випадках, інші вияви – у 6 (13,6%). У всіх спостереженнях АА ГМ мали складну анатомічну форму, великий та гігантський розмір. Локалізація АА: комплекс передньої мозкової – передньої сполучної артерії – 24 (54,5%), середня мозкова артерія – 11 (25%), внутрішня сонна артерія – 8 (18,2%), основна артерія – 1 (2,3%). Оцінка результатів: хороше відновлення (від 0 до 2 балів за модифікованою шкалою Ренкіна) – 22 (50 %) спостережень, помірні порушення (від 3 до 4 балів) – 18 (40,9 %), тяжке порушення життєдіяльності (5 балів) – 4 (9,1 %). Летальних наслідків не було.

Висновки. У більшості спостережень – 40 (90,9%) зафіксовано хороше та задовільне відновлення, що дає підставу зробити припущення про безпеку та доцільність використання ремоделюючої техніки кліпування при АА ГМ складної анатомічної форми, великих та гігантських розмірів, що має плануватися за індивідуальними параметрами відповідно до клінічної ситуації.

СУДИННІ І МЕТАБОЛІЧНІ ДИСФУНКЦІЇ В ГЛІАЛЬНИХ ПУХЛИНАХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ: ДІАГНОСТИЧНЕ І ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

Малишева Т.А., Розуменко В.Д., Васлович В.В., Зозуля Ю.П.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Удосконалення методології морфологічної діагностики і лікування первинних пухлин ЦНС потребує подальшого інноваційного уточнення молекулярних характеристик пухлини. Гіпоксія – один з найвагоміших факторів прогресії первинних пухлин мозку.

Мета. Оцінка ендотеліальної дисфункції і структурних проявів гіпоксії гліом як прогностичних факторів.

Матеріали та методи. Аналіз результатів лікування 117 випадків гліом за 2013-2018 рр., з них 73 первинно діагностовано, і 44 випадки продовженого росту. Діагноз верифіковано поглибленим морфологічним дослідженням (враховуючи особливості ангиоархитектоники) і методами медичної статистики.

Результати та обговорення. 37,5% спостережень, на момент звернення мали ураження кількох часток мозку (p<0,05) із дисгемічними ознаками і змінами будови судин. Крововиливи і некрози (переважно множинні) діагностовано в 84%

спостережень до операції за даними МРТ. Виявлено структурні ознаки гіпоксії, клітин пухлини, і тканин перифокальної зони, зміни гематоенцефалічного бар'єру. Показники зменшення площі, яку займали мітохондрії в цитоплазмі клітин пухлини корелюють із ступенем анаплазії. Доведено відмінність структурно-функціональної організації новоутворень між групами за рівнем експресії VEGF залежно від ступеня їх злоякісності. В післяопераційному періоді крововилив в ложе видаленої пухлини, відмічено в 4,8% ($p = 0,03$) у пацієнтів з проявами передіснуючої хронічної судинної недостатності.

Висновки. Структурні ознаки гіпоксії виявлено в 83% спостережень, вони корелюють з гістологічним варіантом гліом. У осіб з ознаками передіснуючої ангіопатії і гіпоксії серед гліом найчастіше діагностують при високозлоякісних гліомах (64,2%). Ангіопроліферація із судинними гломерулами в гліомах має прогностичне значення. Судинні гломерули корелює із активністю ламініну α -2 і ангіогенних чинників підтримується як пухлинними так і стромальними клітинами, що синтезують фактори росту VEGF і потенційної відповіді на ПХТ. Проведені співставлення доводять – судинні зміни зумовлюють структурно-метаболическі особливості і є несприятливим критерієм прогнозу розвитку ускладнень і коротких термінів продовженого росту.

ЗАСТОСУВАННЯ МІКРОАНАСТОМОЗУ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ СКЛАДНИХ ЦЕРЕБРАЛЬНИХ АНЕВРИЗМ

Мороз В.В., Скорохода І.І., Тиш І.І., Шахін Н.А., Ганем Р.Б.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Мета. Показати результати хірургічного лікування складних церебральних артеріальних аневризм (АА) з застосуванням сучасних методів та вірогідних можливостей хірургічної корекції.

Матеріали та методи. Виконаний аналіз результатів хірургічного лікування 7 пацієнтів із складними церебральними АА, яким застосовані мікрохірургічні реваскуляризаційні методики. У всіх пацієнтів АА мали гігантські розміри. У 4 спостереженнях АА були основною частиною тромбованими. Геморагічний перебіг захворювання з тенденцією до повторних підкровлювань зафіксований у 3 спостереженнях. У 4 випадках АА маніфестували псевдотуморозним перебігом захворювання. АА локалізувались: передня мозкова – передня сполучна артерія (ПМА – ПСА) – 1, внутрішня сонна артерія (ВСА) – 4 та середня мозкова артерія (СМА) – 2 спостереження. Всім пацієнтам застосовані реваскуляризаційні методики у комплексному лікуванні захворювання. За наявності АА ПМА – ПСА застосовано гібридну методику лікування, яка включала накладання інтра-інтракраніального мікроанастомозу між сегментами А 4 обох ПМА з послідуочим деконструктивним виключенням АА. За наявності АА ВСА, у 3 випадках виконано накладання високопотокowego мікроанастомозу між зовнішньою сонною артерією та сегментом М 2 СМА з послідуочим деконструктивним виключенням АА, у іншому, першим етапом виконано накладання екстра-інтракраніального мікроанастомозу між лобною гілкою поверхневої скроневої артерії та ангулярною гілкою СМА з послідуочим виконанням деконструктивного виключення АА з застосуванням балон-катетерної техніки. При лікуванні АА СМА застосована методика накладання множинних (2) інтра-інтракраніальних мікроанастомозів між сегментами М 3 (гілками лобного та скроневого стовбурів) СМА в поєднанні з накладанням високопотокowego екстра-інтракраніального мікроанастомозу між зовнішньою сонною артерією та сегментом М 2 СМА з послідуочим деконструктивним виключенням АА. У іншому випадку лікування гігантської розшаровуючої аневризми сегменту М 1 СМА застосована методика реваскуляризації шляхом накладання мікроанастомозу між зовнішньою сонною артерією та сегментом М 2 СМА з послідуочим деконструктивним виключенням та видаленням аневризми.

Результати та обговорення. Оцінювали за шкалою Ренкіна. Задовільні результати хірургічного лікування складних церебральних АА з застосуванням реваскуляризаційних методик зафіксовані у 6 спостереженнях.

Висновки. Основними показами до застосування реваскуляризаційних методик за наявності складних церебральних АА є високі ризики ендovasкулярного лікування та неможливість стандартного кліпування АА.

МОДЕЛЮВАННЯ ХРЕБЕТНО-СПИННОМОЗКОВОЇ ТРАВМИ ІЗ СТИСНЕННЯМ СПИННОГО МОЗКУ НА РІЗНИХ АНАТОМІЧНИХ РІВНЯХ ТА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ УРГЕНТНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ СПИННОГО МОЗКУ ІЗ ЗАДНЬОГО ХІРУРГІЧНОГО ДОСТУПУ У РІЗНІ ТЕРМІНИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Нахаба О.О.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Мета. Змоделювати в експерименті на щурах ускладнену хребетно-спинномозкову травму (ХСМТ) із стисненням спинного мозку на різних анатомічних рівнях та перевірити ефективність ургентної декомпресії спинного мозку і хребтового каналу із використанням більш зручного та менш тривалого заднього хірургічного доступу (лямінотомії, ламіномії) у різні терміни часу з моменту експериментального стиснення спинного мозку.

Матеріали та методи. На 40 білих лабораторних щурах проведено експериментальне дослідження по моделюванню ускладненої ХСМТ із стисненням спинного мозку на наступних анатомічних рівнях: 1 група (10 тварин) – на рівні верхньогрудного відділу хребта нижче сегментів плечового сплетення, 2 група (10 тварин) – на рівні середньогрудного відділу хребта, 3 група (10 тварин) – на рівні нижньогрудного відділу хребта, 4 група (10 тварин) – на рівні поперекового відділу

хребта. Стиснення спинного мозку здійснювалося упродовж 30, 45, 60, 90 та 120 хвилин, за допомогою накладання лігатури або за допомогою тиску інструментами на його передню поверхню. Далі тиск на спинний мозок припинявся, операційна рана пошарово зшивалась і у післяопераційному періоді оцінювалася динаміка неврологічного стану тварин та рівень виразності незворотних симптомів неврологічного дефіциту.

Результати та обговорення. У ході даних досліджень встановлено наступне – у групах 1, 2 і 3 незворотні симптоми неврологічного дефіциту розвивались при стисненні спинного мозку більше ніж 45 хвилин, у групі 4 (при стисненні поперекових сегментів спинного мозку) – більше ніж 30 хвилин, та у групі 4 (при стисненні поперекових корінців спинного мозку) – більше ніж 60 хвилин.

Висновки. Для уникнення або для мінімізації незворотних симптомів неврологічного дефіциту при ускладненій ХСМТ із стисненням спинного мозку, ургентну декомпресію стисненої ділянки спинного мозку бажано проводити у перші 30-45 хвилин після виникнення травми.

РЕКОНСТРУКЦІЯ ЗАДНЬОЇ СТІНКИ ХРЕБТОВОГО КАНАЛУ У ЩУРІВ НА РІЗНИХ АНАТОМІЧНИХ РІВНЯХ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ЛЯМІНЕКТОМІЇ (ЛЯМІНОТОМІЇ) І МОДЕЛЮВАННЯ УСКЛАДНЕНОЇ ХСМТ ІЗ СТИСНЕННЯМ СПИННОГО МОЗКУ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ МАТЕРІАЛІВ БІОЛОГІЧНОГО ТА НЕБІОЛОГІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Нахаба О.О.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Мета. Розробити в експерименті ефективні, зручні, та небагатовартісні методики нейрохірургічної реконструкції задньої стінки хребтового каналу у щурів після проведення ламінектомії (лямінотомії) і після моделювання ускладненої хребтно-спинномозкової травми із стисненням спинного мозку на різних анатомічних рівнях.

Матеріали та методи. На 40 білих лабораторних щурах проведено експериментальне дослідження по реконструкції задньої стінки хребтового каналу після проведення ламінектомії (лямінотомії), а саме: 1 група (10 тварин) – реконструкція задньої стінки хребтового каналу видаленими під час кістковопластичної ламінектомії власними кістковими фрагментами задньої стінки хребтового каналу, тобто аутоотрансплантатами, 2 група (10 тварин) – роздрукованими на 3D-принтері перфорованими ендопротезами із біонезорбуемого пластику ячеїстої структури, 3 група (10 тварин) – роздрукованими на 3D-принтері перфорованими ендопротезами ячеїстої (сотової) структури із біорозорбуемого пластику, ячеїки (соті) котрих заповнені нанокompозитною металокерамікою, 4 група (10 тварин) – роздрукованими на 3D-принтері перфорованими ендопротезами порожнистої структури із біорозорбуемого пластику, внутрішня порожнина котрих заповнена нанокompозитною металокерамікою.

Результати та обговорення. У групі 1 були найкращі результати по відновленню нормальної анатомії задньої стінки хребтового каналу та найкраща остеокоңсолідація, у групах 3 та 4 результати близькі за ефективністю до першої групи, але швидкість і якість остеокоңсолідації була на 20-30% меншою, у групі 2 було непогане функціональне відновлення задньої стінки хребтового каналу, але остеокоңсолідації не відбувалось.

Висновки. Для найбільш якісної реконструкції задньої стінки хребтового каналу бажано використовувати видалені під час кістково-пластичної ламінектомії кісткові блоки (аутоотрансплантати), у випадку неможливості їх збереження – ячеїсті ендопротези із біорозорбуемого пластику, заповнені нанокompозитною металокерамікою.

ОФЕКТ ДІАГНОСТИКА ЦЕРЕБРАЛЬНИХ ЗМІН У ПАЦІЄНТІВ В ПРОМІЖНОМУ ТА ВІДАЛЕНОМУ ПЕРІОДАХ МІННО-ВИБУХОВОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Новікова Т.Г.^{1,2}, Ніколов М.О.³, Макеєв С.С.^{1,2}, Щербіна О.В.¹, Каджая Н.В.², Коваль С.С.^{1,2}

¹Кафедра радіології НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

²ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

³Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського», м. Київ

Мета. Оцінити інформативність ОФЕКТ з перфузійним РФП в комплексній діагностиці церебральних змін у пацієнтів в проміжному та віддаленому періодах мінно-вибухової черепно-мозкової травми.

Матеріали та методи. Обстежено 22 чоловіків, у віці від 29 до 51 років, з постконтузійним синдромом.

Всі пацієнти пройшли комплексне клінічне обстеження, що включало нейропсихологічне тестування, ультразвукову діагностику магістральних судин голови (УЗД), магнітно-резонансну томографію (МРТ), енцефалографічне дослідження (ЕЕГ), однофотонну емісійну комп'ютерну томографію (ОФЕКТ).

ОФЕКТ проводилася на томографічній гамма-камері «Е. Сат» (Siemens) з використанням ^{99m}Tc-HMPAO. Аналіз даних ОФЕКТ проводився в оригінальному програмному забезпеченні, реалізованого в середовищі Matlab 20118b.

Результати та обговорення. Типовими клінічними висновками для хворих, що досліджувались, за даними нейропсихологічного тестування (за опитувальником ЦИЦЕРОНА; психоемоційної сфери за шкалами впливу подій, інтрузії, гіперзбудливості; PCL-R; за оцінкою вегетативного стану Вейна) були: посттравматичний стресовий розлад, дискусляторна енцефалопатія з вегетативною дисфункцією (ВД) помірного чи важкого ступеня, середній та виражений мнестично-когнітивний дефіцит (МКД). Загальний об'ємний мозковий кровотік в магістральних судинах за даними УЗД у всіх пацієнтів знаходився в межах варіації норми і склав в середньому 1760±580 мл/хв. При збільшенні проявів ознак

постконтузійного синдрому відмічається рівномірне зниження перфузії півкуль до 35 ± 7 мл/хв/100г (норма 50-60 мл/хв/100г) та дифузно-нерівномірний розподіл 99mTc-НМРАО в корі. При цьому об'ємний мозковий кровотік в півкулях та сегментах ГМ досить виразно корелював з кількісними показниками нейропсихологічного тестування ($r=0.59-0.80$, $p<0.05$); найбільш виразні лінійні залежності спостерігались між показниками гіперзбудливості та результатів тесту PCL-R. Це було характерно для пацієнтів з помірними та виразними проявами МКД та ВД (у 16 пацієнтів з 22). У пацієнтів з невиразними та початковими ознаками МКД та ВД подібні кореляційні зв'язки недостовірні. Не просліджується кореляційні зв'язки між проведеними нейропсихологічними тестуваннями і МРТ (нефункціональним) дослідженнями.

Висновки. Встановлено, що результати ОФЕКТ дослідження корелюють з результатами нейропсихологічного тестування. ОФЕКТ у таких хворих надає додаткову клінічно значиму інформацію коли чіткі структурні порушення (МРТ, УЗД магістральних судин) не визначаються.

КОМБІНАЦІЯ ДОСТУПІВ (МІКРОХІРУРГІЧНИХ ТА ЕНДОСКОПІЧНИХ ЕНДОНАЗАЛЬНИХ) В ХІРУРГІЇ КРАНІОФАЦІАЛЬНИХ ПУХЛИН

Паламар О.І., Гук А.П., Окоський Д.І., Аксьонов Р.В., Тесленко Д.С.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Мета. Видалення екстракраніального компонента краніофасіальної пухлини із біфронтального доступу є обмеженим. Використання субкраніального є альтернативою даної проблеми, що дає можливість провести видалення пухлини з інтра-екстракраніальним ростом без застосування травматичних трансбазальних доступів. Однак в деяких випадках, при екстракраніальному глибинному та латеральному поширенні пухлини по основі черепа, залишається відкритим питання щодо хірургічного доступу і радикальності її видалення.

Матеріали та методи. Проаналізовано 71 хворий, яким проведено субкраніальний доступ. Гістологічна структура (71 хворий): злоякісні епітеліальні пухлини принососивих пазух (раки) – 30; аденокарциноми – 9; хондросаркоми – 2; остеобластоми – 2; естезіонейробластоми – 3; нейробластоми – 3; гемангіоперицитоми – 2; остеоми – 6; менингіоми – 5; інше – 9 (Mts, мезенхіоми, гранульоми, холестеатоми). Інтрацеребральне поширення було – 14 (у всіх випадках це злоякісні пухлини), інтрадуральне поширення – 20 та епідуральне поширення – 37 випадків.

Результати та обговорення. Радикальність видалення: тотально – 66 випадків (чисті краї рани), субтотально – 5 випадків (усі злоякісні пухлини). В тих випадках, коли пухлина мала значне глибинне та латеральне поширення на основі черепа була проведена комбінація субкраніального та ЕЕД – 9 випадків, при цьому у всіх випадках пухлина видалена повністю в межах здорових тканин.

Ускладнення: Мали місце у 5 хворих (7%): післяопераційна назальна лікворея – 3 випадки (у 1 випадку ускладнена менінгоенцефалітом). Абсцес між шарами пластики, ускладнений менінгоенцефалітом – 1 випадок. Інтраопераційна кровотврата – 1 хворий. Післяопераційна летальність відсутня.

Висновки. Субкраніальний доступ дає можливість провести видалення пухлини як з одночасним інтра-екстракраніальним ростом, так і пухлини тільки інтракраніальною локалізацією (менингіоми); Субкраніальний доступ використовується незалежно від розмірів пухлини; комбінація субкраніального та ЕЕД дає можливість видалити пухлини при їх значному глибинному та латеральному екстра-інтракраніальному поширенні.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ БІОПОЛІМЕРНИХ ПЛІВОК НА ОСНОВІ ХІТОЗАНУ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ТОГМ В ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ЧМТ

Пантелейчук А.Б.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Досліджувалися хітозанові плівки у якості матричного матеріалу для відновлення цілісності ТОГМ.

Мета. Дослідити можливість застосування біополімерних плівок на основі хітозану для пластики ТОГМ в умовах експерименту та проаналізувати здатність вказаних матеріалів до біодеградації.

Матеріали та методи. Досліджено 5 тварин (щурів) віком 12 міс. вагою 250-300 г, яким була проведена пластика ТОГМ хітозаною плівкою. Окремо досліджена група з 5 тварин, яким проведена аутопластика ТОГМ.

Хірургічна частина експерименту: проводився наркоз, розріз по середній лінії голови і оголювалося склепіння черепа. Формувався трепанатійний отвір розміром 4×7 мм в правій тим'яній ділянці. Кістковий клапоть видалявся. Після цього ТОГМ розсікалася хрестоподібно від середини отвору до його кутів. Оголювалася поверхня кори мозку і проводилася penetрація кори голкою розміром G 18 на глибину 2 мм – таким чином моделювалася черепно-мозкова травма з вогнищем геморагії. Потім клапті ТОГМ укладалися на місце, без ушивання, з діастазом між краями, поверх них укладалися хітозанова плівка, кістковий клапоть на місце не укладався. Таким чином було змодельовано декомпресивну трепаніцію черепа.

Результати та обговорення. Тварини виводилися з експерименту на 21 день. Візуально залишки плівки не виявлялися, поверхня ТОГМ в зоні і поза зоною трепанатії візуально не відрізнялися, відзначалися зрощення по периферії кісткового вікна (менше виражені ніж у тварин з аутопластикою), зрощень в просвіті трепанатійного вікна виявлено не було.

Висновки. Хітозанові плівки є біодеградуючими, їх вплив на регенерацію твердої мозкової оболонки за даними нашого дослідження є позитивним.

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ АУТОПЛАЗМИ ПРИ ВСТАНОВЛЕННІ СИСТЕМ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЇ СТАБІЛІЗАЦІЇ У ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА

Педаченко Є.Г.¹, Хижняк М.В.¹, Потапов О.О.², Педаченко Ю.Є.^{1,3}, Танасійчук О.Ф.¹, Красиленко О.П.¹, Фурман А.М.¹, Васильєва І.Г.¹, Чопик Н.Г.¹, Олексенко Н.П.¹

¹ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

²Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми

³НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Дослідити ефективність інтраопераційного місцевого застосування збагаченої тромбоцитами аутоплазми (ЗТА) при встановленні систем транспедикулярної стабілізації у поперековому відділі хребта.

Матеріали та методи. Під час стабілізуючої операції в основній групі пацієнтів (n=20) вводили ЗТА об'ємом 1,5 мл у м'які тканини операційної рани. Критеріями виключення були цукровий діабет, порушення системи згортання крові, гепатити. Динаміку больового синдрому (за візуальною аналоговою шкалою) та стану післяопераційної рани (за візуальною оцінкою) в основній групі порівнювали з контрольною (n=30), у якій під час цих операцій ЗТА не вводили.

Результати та обговорення. Інтенсивність болю в основній групі в першу ж післяопераційну добу була істотно нижчою (1,6±0,7 балів), порівняно з контролем (3,8±0,9 балів), і перед випискою складала, відповідно, 0,3±0,3 та 2,0±0,4 балів.

У всіх пацієнтів після введення ЗТА відмічено значно меншу вираженість набряку та гіперемії країв рани, ніж у контрольній групі. Ускладнень, побічних реакцій, системного впливу біопрепарату не спостерігали.

Висновки. Таким чином, місцеве введення ЗТА під час проведення відкритих хірургічних втручань на хребті є безпечною та ефективною процедурою, яка дозволяє покращити перебіг раннього післяопераційного періоду.

ІМУНОГІСТОХІМІЧНІ МАРКЕРИ ВПЛИВУ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН НЕРВОВОГО ГРЕБЕНЯ НА РЕГЕНЕРАЦІЮ ПЕРИФЕРИЧНОГО НЕРВА ПРИ ЙОГО ТРАВМАТИЧНОМУ УШКОДЖЕННІ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Цимбалюк В.І.¹, Петрів Т.І.¹, Васильєв Р.Г.^{2,3}, Третяк І.Б.¹, Татарчук М.М.¹, Цимбалюк Я.В.¹

¹ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

²ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України», м. Київ

³Біотехнологічна лабораторія ilaya.regeneration, медична компанія ilaya®, м. Київ

Мета. Дослідити вплив стовбурових клітин нервового гребеня (СКНГ) на відновлення периферичного нерва за даними імуногістохімічного методу дослідження.

Матеріали та методи. Експериментальні тварини: білі безпородні щурі (n=55); група 1 — невротомія сідничного нерва (зі створенням дефекту 1 см) та негайна аутопластика (n=14); група 2 — невротомія та негайна пластика колагеновою трубкою, заповненою фібрином (n=15); група 3 — невротомія та негайна пластика матриксом з вмістом СКНГ (n=16). Визначення імуногістохімічних маркерів проводили на 7-му добу, 4-му та 8-му тижнях експерименту.

Результати та обговорення. За даними імуногістохімічного дослідження, на 7-му добу у групі 3 виявляли експресію фактора p75, що характерний для СКНГ і для шванівських клітин, які перебувають на ранніх етапах диференціювання. Експресія S100b показує, що СКНГ починають набувати шванівського фенотипу. Не виявляли експресії β-III-тубуліну, а також основного білка мієліну, що свідчить про відсутність проростання нервових волокон та їх мієлінізації на 7-му добу. Експресія p75 через 4 тижні, вказує на присутність клітин зі шванівським фенотипом, які перебувають на ранніх етапах диференціювання. Через 8 тижнів експресія p75 відсутня, що говорить про диференціювання СКНГ у зрілі шванівські клітини.

Висновки. СКНГ зберігають життєдіяльність до 8-го тижня після трансплантації у складі тканинно-інженерного провідника і диференціюються у шванівські клітини, які здатні мієлінізувати нервові волокна.

СЕЛЕКТИВНА ЗАДНЯ РІЗОТОМІЯ У ЛІКУВАННІ ІНКУРАБЕЛЬНОЇ ЛОКАЛЬНОЇ СПАСТИЧНОСТІ М'ЯЗІВ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Пічкур Л.Д., Ямінський Ю.Я., Вербовська С.А., Лонтковський Ю.А.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Мета. Розробити діагностичні критерії і вдосконалити техніку операції селективної задньої різотомії (СЗР) у хворих з інкурабельною локальною спастичністю нижніх кінцівок.

Матеріали та методи. 12 хворим з інкурабельною локальною спастичністю в нижніх кінцівках проведено СЗР корінців L2 – S1 (6 хворих на дитячий церебральний параліч (ДЦП), 6 хворих з наслідками перенесеного мієліту на грудному



рівні і спинномозкової травми). М'язовий тонус в окремих групах м'язів склав 3,8 – 4 бали (шкала Ashworth), сила м'язів – 2,2 – 2,6 балів (шкала Asia), обмеження об'єму пасивних рухів 3-4 ступеня. Ступінь тяжкості моторної неспроможності оцінювали за Gross Motor Function Classification System (GMFCS). Для виявлення контрактур перед операцією проводили тест з параневральною блокадою 1% булвіакаїном. Хворим на ДЦП проводили кістково-пластичну ламіномотомію. Катанез склав 4 роки.

Результати та обговорення. У всіх хворих після операції виявлено достовірне пониження м'язового тону до 1,2–1,6 бала ($P < 0,05$), збільшення об'єму рухів в суглобах ($P < 0,001$) і не достовірне збільшення сили м'язів. У 8 хворих у віддаленому періоді виявлено покращення моторних функцій за шкалою GMFCS на 1 категорію (відмінний результат), у 2 хворих тонус понизився на 1 – 1,5 бали без змін локомоторного статусу (хороший результат) і у 2 хворих тонус понизився на 1 бал змін без змін за шкалою GMFCS (задовільний результат). Рецидива спастичності, деформацій хребта, розладів чутливості не спостерігалось.

Висновки. СЗР на поперековому рівні є ефективним методом лікування локальної інкурабельної спастичності в нижніх кінцівках, яка забезпечує тривале пониження м'язового тону, збільшення функціональних можливостей і полегшує догляд за хворими. Провідникова блокада відповідних нервів з булвіакаїном на доопераційному етапі дозволяє виявити незворотні зміни в м'язах і суглобах, які є протипоказом для СЗР.

СЗР протипоказана при змішаних порушеннях м'язового тону (ригідність, дистонія), у випадках використання спастичності для опори і ходьби. Застосування у дітей кістково-пластичної ламіномотомії дозволяє попередити виникнення деформації хребта у віддаленому післяопераційному періоді. СЗР повинна проводитись з обов'язковим використанням мікрохірургічної техніки, мікроскопа і електрофізіологічного моніторингу інтраопераційно.

3D МУЛЬТИМОДАЛЬНЕ НАВІГАЦІЙНЕ ПЛАНУВАННЯ ЛАЗЕРНОЇ ТЕРМОДЕСТРУКЦІЇ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Розуменко В.Д.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Мета. Розробка та впровадження інноваційних методів хірургічного лікування пухлин головного мозку, вражаючих функціонально значущі і життєво важливі церебральні структури із застосуванням прогресивних лазерних і нейронавігаційних технологій.

Матеріали та методи. З використанням напівпровідникових лазерних апаратів «Ліка-хірург» ($\lambda = 0,808$ мкм) і «Ліка-хірург М» ($\lambda = 1,47$ мкм) проведено 270 операцій видалення пухлин супратенторіальних і субтенторіальних відділів головного мозку. Передопераційне обстеження включало проведення МСКТ, МРТ, фМРТ, МР-трактографії, МР-веннографії та ОФЕКТ. Віртуальне 3D планування хірургічного втручання та інтраопераційний супровід процесу лазерної термодеструкції проводили із застосуванням навігаційної системи «StealthStation TREON Plus».

Результати та обговорення. За результатами нейровізуалізаційного обстеження проводили 3D реконструкцію топографічних взаємовідносин пухлин та оточуючих мозкових структур, виконували віртуальне 3D планування хірургічного доступу, оптимізували траєкторію напрямку лазерного впливу, визначали зони, що підлягають лазерній деструкції. Використовували метод лазерного опромінення зон пухлинної інфільтрації мозку, метод лазерної термодеструкції та лазерної абляції ділянок пухлинної тканини, які поширюються в функціонально значимі та життєво важливі відділи мозку, метод селективної лазерної термодеструкції гіперваскуляризованих пухлин. Ступінь радикальності видалення пухлини визначали за допомогою метода інтраопераційної навігаційної верифікації та післяопераційного МСКТ контролю.

Висновки. Інноваційні нейрохірургічні лазерні технології з застосуванням віртуального навігаційного 3D планування та інтраопераційного навігаційного супроводу використовуються на найбільш відповідальних етапах хірургічного видалення пухлин при ураженні, так званих, «критичних» зон мозку, що дозволяє оптимізувати процес лазерної термодеструкції пухлинної тканини, підвищити радикальність хірургічного втручання.

ХІРУРГІЧНІ ІННОВАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ТЯЖКИХ БОЙОВИХ ВОГНЕПАЛЬНИХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ПОРАНЕНЬ

Сірко А.Г.^{1,2}, Пилипенко Г.С.^{1,2}, Кирпа І.Ю.¹, Марченко О.А.¹, Іонов Т.А.¹,
Пороннік С.В.¹, Ботіков В.В.¹, Гарус Д.В.¹, Зорін М.М.¹

¹Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова, м. Дніпро
²Дніпропетровська медична академія МОЗ України, м. Дніпро

Мета. Покращення результатів лікування тяжких бойових вогнепальних черепно-мозкових поранень (ВЧМП) шляхом впровадження новітніх хірургічних методик лікування поранених.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів обстеження та лікування 241 пораненого з бойовими ВЧМП. Виділені основні проблемні та не вирішені питання в хірургічному лікуванні бойових ВЧМП: 1. Поєднаних з травмою параназальних синусів (ПНС). 2. Поєднаних з травмою дуральних венозних синусів (ДВС). 3. Поєднаних з травмою інтракраніальних артерій та утворенням псевдоаневризми. 4. Поєднаних з багатоуламковими переломами передньої

черепної ямки та надбрівної дуги, що супроводжуються набряком головного мозку та внутрішньочерепною гіпертензією. 5. Лікування наскрізних, діаметральних, бігемісферних, трансвентрикулярних ВЧМП.

Крім того потребували удосконалення наступні хірургічні методики:

1. Припливно-відпливного дренивання вогнепальних мозкових ран. 2. Методики первинної пластики дефектів склепіння та основи черепа при вогнепальних пораненнях. 3. Декомпресивної краніектомії та моніторингу внутрішньочерепного тиску при бойових пораненнях.

Проведено аналіз літературних джерел (повнотекстових статей) із питань лікування ВЧМП за більш ніж столітній період починаючи з робіт Harvey Cushing (A study of a series of wounds involving the brain and its enveloping structures / The British journal of surgery. – 1917. - P. 558-684). На основі літературних даних та аналізу лікування поранених в перші роки війни (2014-2015 роки) нами запропоновані власні методики хірургічного лікування та удосконалені вже існуючі методики втручання.

Результати та обговорення. З використанням запропонованих нами методик проліковано 121 пораненого з тяжкими проникаючими ВЧМП, з них 30 поранених з травмою ПНС, 21 пораненого з травмою ДВС, 1 пораненого з псевдоаневризмою судин головного мозку. Нові та удосконалені методики припливно-відпливного дренивання мозкових ран використані у 58 поранених, первинної пластики основи та склепіння черепа – у 30 поранених, декомпресивної краніектомії – у 17 поранених.

Висновки. За матеріалами проведеного дослідження опубліковані: 1 монографія, 18 наукових праць у фахових виданнях, виконано 32 доповіді на 17 конференціях, з'їздах та конгресах. Прийнято активну участь у 3 конференціях, організованих військовими нейрохірургами України та Всесвітньої федерації нейрохірургічних товариств. Отримано 1 деклараційний патент України на корисну модель та подана одна заявка на патент України на спосіб лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ІННОВАЦІЙ В ЛІКУВАННІ ТЯЖКИХ БОЙОВИХ ВОГНЕПАЛЬНИХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ПОРАНЕНЬ: П'ЯТИРІЧНИЙ ДОСВІД ЛІКАРНІ ІМ. І.І. МЕЧНИКОВА

Сірко А.Г.^{1,2}, Пилипенко Г.С.^{1,2}, Кирпа І.Ю.¹

¹Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова, м. Дніпро

²Дніпропетровська медична академія МОЗ України, м. Дніпро

Мета. Аналіз результатів застосування інноваційних технологій в хірургічному лікуванні тяжких бойових вогнепальних черепно-мозкових поранень (ВЧМП).

Матеріали та методи. Проведено проспективний аналіз результатів лікування 241 пораненого з бойовими ВЧМП, які перебували в КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова». Всі поранення отримані в ході локального збройного конфлікту на сході України в зоні АТО/ООС в період з 9 травня 2014 року по 1 лютого 2019 року. Нами запропоновані власні методики хірургічного лікування та удосконалені вже існуючі методики втручання. Отримано один деклараційний патент України на корисну модель та подана ще одна заявка на спосіб лікування поранених. З використанням запропонованих нами методик проліковано 121 пораненого з тяжкими проникаючими ВЧМП, з них 30 поранених з травмою параназальних синусів (ПНС), 21 пораненого з травмою дуральних венозних синусів (ДВС) та 1 пораненого з псевдоаневризмою судин головного мозку.

Аналізували післяопераційну летальність, частоту та характер ускладнень, віддалені результати лікування за шкалою наслідків Глазго (ШНГ).

Результати та обговорення. Результати лікування ВЧМП, поєднаних з травмою ПНС. Назальна лікворея при госпіталізації зустрічалася у 12 (40%) потерпілих, після лікування – у 2 (7%). Гнійно-септичні ускладнення були виявлені лише у 1 (3%) пораненого. Сприятливі результати лікування (добре відновлення та помірна інвалідизація) через 6 місяців відзначені у 24 (80%), несприятливі (глибока інвалідизація та летальність) – у 6 (20%). Вегетативних станів серед пролікованих хворих не відзначали. Два летальні випадки не були пов'язані з ускладненнями параназальних синусів. Результати лікування ВЧМП, поєднаних з травмою ДВС. Гнійно-септичні ускладнення відзначені у 5 (23,8%) поранених. Через 6 місяців отримані наступні результати лікування за ШНГ: добре відновлення – 5 (23,8%) поранених, помірна інвалідизація – 12 (57,4%) поранених, глибока інвалідизація – 1 (4,8%) поранений. Померло 3 поранених. Післяопераційна летальність склала 14,3%.

Висновки. 1. Агресивна хірургічна тактика, що полягає у невідкладному втручаннях з видаленням внутрішньочерепних гематом та герметизацією порожнини черепа в ділянці ушкоджених ПНС дозволяє досягти задовільних найближчих та віддалених результатів лікування. 2. Застосування передніх та латеральних перикраніальних клаптів на жвавішій ніжці показали свою ефективність в реконструктивній хірургії основи черепа. 3. Результати лікування ВЧМП, поєднаних з травмою ДВС, залежать від тяжкості супутніх інтракраніальних ушкоджень та збереження коллатеральних шляхів відтоку венозної крові. 4. Своєчасне та адекватне застосування декомпресивної краніектомії в хірургії ВЧМП, дозволяє ефективно боротись з внутрішньочерепною гіпертензією та зберегти життя пораненим. 5. Первинна краніопластика покращує умови реабілітації поранених, дозволяє досягти задовільних косметичних результатів та уникнути повторних операцій.

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН СПИННОМОЗКОВИХ НЕРВІВ, ЩО ПОШИРЮЮТЬСЯ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНО

Слинько Є.І., Деркач Ю.В.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Рогозянця НАМН України», м. Київ

Мета. Шляхом вдосконалення методів діагностики і технології хірургічних втручань підвищити ефективність лікування та якість життя хворих з пухлинами спинномозкових нервів, що поширюються паравертебрально.

Матеріали та методи. В період з 2005 по 2018 р. було проаналізовано 68 хворих з пухлинами спинномозкових нервів з паравертебральним ростом хребта які оперовані в нашому нейрохірургічному закладі.

Обстеження включало КТ, МРТ, електронейроміографію, всебічно вивчалася клініко-неврологічна симптоматика до операції. Аналізувалися операційні знахідки, радикальність оперативних втручань. Контрольні рентгенографія, КТ або МРТ дослідження виконані всім хворим в ранньому післяопераційному періоді. Після операції перед випискою хворих детально оцінена неврологічна симптоматика. Віддалений період вивчався під час повторних консультацій хворих. Також хворим були розіслані опитувальники для комплексної оцінки соматичного і неврологічного статусу.

Згодом у віддаленому періоді симптоматика оцінювалася при амбулаторних спостереженнях за хворими. Віддалені спостереження в середньому склали 21,4 міс.; найбільший період віддалених спостережень склав 2,9 роки. Відомості про стан хворих у віддаленому періоді отримані у 95 хворих. Всім цим 95 хворим у віддаленому періоді виконані контрольні МРТ і КТ дослідження.

Клінічне обстеження пацієнтів включало: фізикальне обстеження (загальносоматичне та детальне неврологічне), а також оцінку за стандартизованими опитувальниками і шкалами. Якість життя хворих із відомим катамнезом оцінювалася за шкалами McCormick та RAND 36-Item HealthSurvey 1.0. У неврологічному огляді особлива увага приділялась виявленню корінцевих і мієлопатичних, розладів: чутливих і рухових; а також розмежуванню больового синдрому: корінцевий чи біль у ділянці хребта. Оцінка рухових розладів проводилась за ґятибальною шкалою.

За даними опитувальника загального стану здоров'я RAND 36-використовувались сумарна фізична компонента здоров'я та сумарна психічна компонента здоров'я. Застосування даної шкали не дає змогу спеціалізовано оцінити якість життя пацієнтів, проте пропонує можливість інтегративної оцінки стану здоров'я пацієнтів із порівнянням у динаміці та із даними інших груп, особливо у клінічно гетерогенних групах.

Результати та обговорення. 1. Вперше вивчені топографо-анатомічні варіанти пухлин спинно-мозкових нервів, що поширюються паравертебрально, створена власна класифікація цих пухлин; 2. Уточнені радіологічні особливості пухлин спинномозкових нервів, що поширюються паравертебрально, визначені особливостей компресії нервових структур; 3. Вивчені особливості гістобіологічної поведінки пухлин спинно-мозкових нервів, що поширюються паравертебрально (невриноми, нейрофіброми, периневроми, злоякісні пухлини периферичних нервів, парагангліоми, нейросаркоми, гангліобластоми); 4. Вперше розроблений алгоритм вибору нейрохірургічного доступу в залежності від топографо-анатомічних варіантів пухлин спинномозкових нервів, особливостей їх поширення паравертебрально та в спинномозковий канал; 5. Вдосконалені існуючі та розроблені нові варіанти хірургічних доступів в залежності від топографо-анатомічного типу розташування пухлин спинномозкових нервів, що поширюються паравертебрально;

6. Вдосконалені методи фіксації хребта та збереження стабільності хребта після видалення таких пухлин; 7. Вдосконалені існуючі та розроблені нові методи ад'ювантного лікування пухлин спинномозкових нервів, що поширюються паравертебрально в випадку їх злоякісності. 8. Вивчені імуністохімічні особливості та особливості експресії геному у випадку злоякісних варіантів пухлин спинномозкових нервів; 9. Оцінені найближчі та віддалені результати лікування хворих з пухлинами спинномозкових нервів, що поширюються паравертебрально.

Висновки. 1. Визначення тактики операції та вибору хірургічного доступу є важливою складовою для подальшого результату лікування. Вибір адекватного підходу дає змогу тотально видалити пухлину, зменшує час втручання, кровотрату, травматизацію нервових структур під час видалення новоутворення. 2. Рання діагностика таких пухлин вкрай важлива. Більш позитивні результати, відсутність післяопераційних ускладнень та зменшення термінів відновлення хворих з даною патологією залежить від своєчасності оперативного втручання. 3. Післяопераційні ускладнення залежали від об'єму втручання, розміру пухлини наявності вогнища мієломаляції, неврологічного статусу до операції. Адекватне консервативне лікування в післяопераційному періоді є важливою складовою відновлення хворого.

МОЖЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ ДЛЯ КОМПЕНСАЦІЇ ЛІКВОРОБІГУ ТА ГІСТОЛОГІЧНОЇ ВЕРИФІКАЦІЇ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ДІТЕЙ

Михалюк В.С., Вербова Л.М., Свист А.О., Плавський П.М., Марущенко Л.Л., Проценко І.П., Плавський М.В., Волощук О.С.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Рогозянця НАМН України», м. Київ

Мета. Оцінити можливості ендоскопічної технології при лікуванні гідроцефалії та гістологічної верифікації пухлин, які розповсюджуються в бічні та ІІІ шлуночки головного мозку.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 11 пацієнтів, віком від 3 до 17 років, серед яких хлопчиків було 7 (66,6%), дівчаток 4 (33,3%). Основним клінічним проявом був синдром внутрішньочерепної лікворної гіпертензії,

в 2 випадках (18,2%) в поєднанні з хіазмальним синдромом та в 7 (63,6%) випадках з синдромом Паріно. КТ використана в 6 (54,5%) випадках, МРТ у всіх випадках (100%). Локалізація пухлин: – супраселлярна - 2 (18,2%), хіазмально-гіпоталамічна – 2 (18,2%) та в 7 випадках – ділянка чотирихорговекого тіла. Всім пацієнтам виконано ендоскопічні втручання з прекоронарного доступу до бічного шлуночка. При оклюзії міжшлуночкового отвору солідною частиною пухлини проведено перфорацію прозорої перетинки (2 випадки), при оклюзії кістозної частиною пухлини – в порожнину кіст імплантовано катетери резервуарів т. Омайю для евакуації кістозної рідини та деблокування лікворних шляхів. При оклюзії водогону мозку (7 випадків) проведена перфорація дна III шлуночка. У всіх випадках отримано фрагменти тканини пухлини для гістологічного дослідження.

Результати та обговорення. У всіх випадках після операції – регрес оклюзійної гідроцефалії, наростання клінічної симптоматики та ускладнень не відмічено. Гістологічний діагноз встановлено в 8 (72,7%) випадках: краніофарінгеома та гермініома по 2 (18,2%) випадки, пілоцитарна астроцитиома 4 (36,4%) випадки.

Висновки. Ендоскопічні втручання ефективні при гідроцефалії, яка обумовлена пухлинами які блокують міжшлуночкові отвори, або водогону мозку з вірогідністю гістологічної верифікації цих пухлин більше ніж в 70%.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ АКУСТИЧНИХ НЕВРИНОМ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕНДОСКОПІЧНОЇ АСИСТЕНЦІЇ ТА ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО ЕЛЕКТРОНЕЙРОМОНІТОРИНГУ

Федірко В.О., Лісяний О.М., Гудков В.В., Оніщенко П.М., Цюрупа Д.М., Набойченко А.Г., Яковенко М.Ю., Кубряк Д.В., Малишева О.Ю., Кваша О.М.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»,
клініка субтенторіальної нейроонкології, м. Київ

Мета. Підвищення функціональних результатів лікування пацієнтів з невриномами слухового нерву.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування 153 хворих з невриномами слухового нерву, що лікувались у відділенні субтенторіальної нейроонкології Інститута нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова за останні 3 роки. Виконано мікрохірургічне видалення пухлини із застосуванням ендоскопічної асистенції та інтраопераційним нейрофізіологічним моніторингом.

Результати та обговорення. З 153 пацієнтів 116 (76%) відносились до IV стадії за Koos (1976р.) та T4b за Гановерською класифікацією, переважали пухлини великих розмірів (більше 30 мм). Після зменшення об'єму пухлини та трепанації внутрішнього слухового проходу за допомогою ендоскопічної оптики з кутом огляду 30 чи 45 градусів візуалізували лицевий нерв та здійснювали контроль видалення інтраканальної частини пухлини. Тотальне видалення пухлини було проведено в 66 (43%) випадках, субтотальне в 58 (38%), часткове в 44 (29%). Анатомічна цілісність лицевого нерву збережена у 151 (98,7%), а кохлеарна порція слухового нерву у 14 (9%) пацієнтів. За шкалою House-Brackmann в ранньому післяопераційному періоді грубий поріз лицьового нерву (HBV-VI) відмічався у 11 (7%) хворих, середнього ступеню (HBIII-IV) у 37 (24%), відсутність парезу чи незначна асиметрія обличчя (HBI-II) у 105 (69%). Зберегти функціональний слух вдалось у 11 (7%) пацієнтів.

Висновки. Таким чином, застосування ендоскопічної асистенції разом із нейрофізіологічним моніторингом під час мікрохірургічного втручання є ефективною методикою, що сприяє підвищенню як радикальності оперативних втручань, так і функціональних результатів.

ВПЛИВ НЕГАТИВНОГО ТИСКУ НА СТАН МІЖПЕРФОРАНТНИХ АНАСТОМОЗІВ І ВИКОРИСТАННЯ ЙОГО ЯК МЕТОДУ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ

Бадюл П.О., Слесаренко С.В., Руденко О.І.

КЗ «Дніпропетровська клінічна лікарня №2 ДОР» Центр термічної травми і пластичної хірургії, м. Дніпро

Мета. Визначити вплив негативного тиску на стан міжперфорантних анастомозів.

Матеріали та методи. 10 пацієнтам, яким планувалася реконструкція перфорантними клаптями, виконано діагностичну динамічну термографію донорської зони за допомогою інфрачервоної камери Dali TE-W2. Виконувався базовий знімок і знімки після стандартного охолодження донорської зони через 5, 10 і 15 хвилин. Визначалися та маркувались точки виходу перфорантів в покривні тканини і так звані «холодні зони» між перфорантами, що свідчило про наявність шоківаних міжперфорантних анастомозів. На донорську зону накладалася вакуумна пов'язка з негативним тиском 130 mm Hg протягом від 3 до 7 днів. Кожен день після зняття вакуумної пов'язки проводилась динамічна термографія обраної та маркованої зони. Аналіз отриманих даних проводився за допомогою програмного забезпечення Dali Infrared Report.

Результати та обговорення. У всіх випадках спостерігалось підвищення температури «холодної» зони після застосування негативного тиску. При чому з кожним днем різниця температури між точками виходу перфорантів і зони між перфорантами скорочувалася. Описаний феномен змін в «холодних зонах» трактували як процес відкриття шоківаних анастомозів.

Висновки. Негативний тиск позитивно впливає на шкіру донорської зони. При цьому поліпшується мікроциркуляція в

шкірі між перфорантами, що може свідчити про поліпшення функціонування межперфорантних анастомозів і можливо відкритті шокованих анастомозів.

ЛІКУВАННЯ РУБЦІВ ШКІРИ МЕТОДОМ ОПТИМІЗОВАНОГО ЛІПОФІЛІНГУ

Баранов І.В.², Слесаренко С.В.², Бадюл П.О.^{1,2}, Нор Н.М.¹, Слесаренко К.С.¹

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

²КЗ «Дніпропетровська клінічна лікарня №2 ДОР» Центр термічної травми і пластичної хірургії, м. Дніпро

Мета. Покращити результати лікування постраждалих з рубцями шкіри за допомогою ліпофілінгу.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз лікування 88 пацієнтів у віці від 18 до 56 років з рубцями шкіри різної локалізації, які лікувались в стаціонарі Центру з 2008 по 2018 роки. Пацієнти були розділені на 2 групи – основну (n=48) та порівняльну (n=40). Пацієнтам основної групи було проведено аутологічну трансплантацію жирової тканини після її подвійного очищення оптимізованим методом. Пацієнтам групи порівняння ліпофілінг проводили за стандартною практикою. Крім стандартних клінічних обстежень пацієнтів для контролю за відсотком приживлення жирових клітин використовували сонографію. Дослідження проводили до хірургічного лікування, на 3-й день після операції, через 3 і 6 місяців після операції.

Результати та обговорення. Відзначено, що всі пацієнти мали поліпшення стану своїх рубців після першої стадії аутологічної трансплантації жирової тканини. Щодо приживлення клітин, то через 6 місяців після операції товщина трансплантованої жирової тканини в основній групі склала 3,57±0,2 мм, що відповідає 79,5% приживлення. У групі порівняння це було 2,61±0,1 мм, що відповідало 52,4% приживлення.

Висновки. Включення ліпофілінгу до програми хірургічного лікування постраждалих з рубцями шкіри дозволяє покращити очікувані результати вже на першому етапі. Використання оптимізованого методу ліпофілінгу з подвійним очищенням аутоадипоцитів дозволило збільшити відсоток приживлення жирових клітин на 20,5% (p<0,05), з 52,4% приживлення від пересадженого об'єму у хворих групи порівняння, до 79,5% у хворих основної групи (p<0,05).

ФІЗИЧНІ І БІОЛОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ЛІКУВАННІ РУБЦЬОВИХ ДЕФОРМАЦІЙ ПАЛЬЦІВ КИСТІ

Трутяк І.Р.¹, Савчин В.С.¹, Калинович Н.Р.^{1,2}

Комунальне некомерційне підприємство «8-ма міська клінічна лікарня м. Львова»
Медичний центр «Новодерм», м. Львів

Мета. Проаналізувати ефективність застосування лазерних технологій з метою корекції рубцьових післятравматичних деформацій пальців кисті.

Матеріали та методи. За період часу з березня по грудень 2018 року звернулося 8 пацієнтів з віддаленими наслідками травми кисті. Гендерний розподіл: чоловіки – 7 (87,5%), жінки – 1 (12,5%). Вік пацієнтів становив від 32 до 57 років, медіана – 41,7 р. У 6 пацієнтів були рубцьові масиви, що обмежували рухи 1-2 суглобів одного пальця, у 2 – двох пальців в 3 суглобах. Об'єм рухів в суглобах пальців кисті у всіх пацієнтів був в межах 75-95% від норми, що відповідає доброму результату за класифікацією A.Swanson et all.. Оцінку рубців проводили за Ванкуверського шкалою. У наших пацієнтів цей показник становив від 9 до 11 балів.

Результати та обговорення. Усім пацієнтам був проведений комплекс функціонально-естетичної реабілітації за наступною послідовністю. Сублімацію рубцьових тяжів проводили із застосуванням апарату Plexr шляхом часткового розсічення рубця у вигляді Z- чи W-подібної лінії до основної осі. В подальшому проводили СО2-фракційне лазерне шліфування рубцьових масивів. Інтервал між шліфуванням становив 1 місяць. Кількість процедур лазерного шліфування – 4-6. Після цього виконували мікроін'єкції збагаченої тромбоцитами плазми в рубець. Препарат вводили з інтервалом 1 місяць. Усі пацієнти в часі між проведенням вказаних процедур і після процедур протягом 3 місяців носили компресійні пов'язки з додатковою аплікацією силіконових пластин в ділянках рубцьових тяжів. Після проведеної реабілітації пацієнтів отримали повне відновлення функцій кисті у 7 (87,5%) пацієнтів – об'єм рухів >95%. У 1 (12,53%) пацієнта такий результат отримали після повторного курсу реабілітації. Естетичний вигляд кисті був розцінений пацієнтами як «дуже добрий» у 6 (75%), «добрий» у 2 (25%). Оцінка стану рубців за Ванкуверською шкалою після лікування становила від 2 до 3 балів.

Висновки. Отримані результати засвідчують про ефективність використання лазерних технологій в реабілітації пацієнтів з контрактурами пальців кисті і можуть бути рекомендовані для широкого використання у медичній практиці.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ТЯЖКИМИ ТА ВКРАЙ ТЯЖКИМИ ОПІКАМИ

Сорокіна О.Ю., Коваль М.Г., Тацюк С.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро
КУ «Одеський обласний клінічний медичний центр», м. Одеса

Мета. Провести ретроспективний аналіз частоти септичних ускладнень у хворих з тяжкими і вкрай тяжкими опіками.

Матеріали та методи. Проаналізовано 283 історії хвороби, розподілених в залежності від віку хворих на дві групи: I, n=82 – 6 міс.-18р., II, n=201 – 19р.-80р.

Результати та обговорення. У 283 (45%) хворих був діагностований сепсис, з них у 106 пацієнтів (37,5%) розвиток септичних ускладнень супроводжувався синдромом поліорганної недостатності (СПОН).

В I групі діагностовані ускладнення з боку сечовивідної системи (СВС) 35,4%, n=29; серцево-судинної системи (ССС) 24,4%, n=20; шлунково-кишкової кровотечі 13,4%, n=11; ДВЗ-синдром 6,1%, n=5; дихальної системи (ДС) 26,8%, n=22. У 15 померлих дітей на тлі обтяженого анамнезу спостерігався одночасний розвиток ускладнень з формуванням СПОН. 2/3 померлих, 12,2% (n=10) в групі склали діти до 1 року. В II групі діагностовано ускладнення з боку ССС 40,7%, n=82; ДС 51,2%, n=103; СВС 31,8%, n=64; травної системи 24,9%, n=50, що при ранньому розвитку сепсису призвело до формування СПОН у 43,8% (n=88) хворих, і зумовило високу летальність в групі – 64,7%. Опіки в поєднанні з термоінгаляційною травмою (ТІТ) зумовили ранні ускладнення з боку ДС (пневмонія, бронхіт, набряк легень) – 68,7% (n=138).

Висновки. У пацієнтів з тяжкими і вкрай тяжкими опіками перебіг опікової хвороби супроводжувався розвитком сепсису з подальшим формуванням СПОН в 37,5% випадків, що зумовлює високу летальність – 51,2%.

У дітей визначено меншу частоту розвитку СПОН порівняно з дорослими – 22% проти 64,7%.

Встановлено, що 2/3 померлих дітей зі СПОН становили діти віком до 1 року.

У дорослих опіки в поєднанні з ТІТ зумовлюють ранній розвиток ускладнень з боку ДС.

ЛІКУВАННЯ ДЕРМАЛЬНИХ ОПІКІВ КИСТІ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Коваленко О.М.¹, Коваленко А.О.², Францева Е.С.³

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

²ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

³Київська міська клінічна лікарня № 2

Відповідно до статистичних даних Центру термічних уражень і пластичної хірургії частота виникнення опіків кисті складає до 70% від усіх опіків. Локальні опіки кисті спричиняють дуже багато складностей для лікування їх у амбулаторних умовах. Навіть якщо опіки кисті невеликі за площею і неглибокі, функціональний та естетичний результати їх лікування мають велике значення для реінтеграції хворого до повноцінного соціального життя. Перев'язка поверхневих і змішаних опіків дуже болюча для хворого і травматична для молодого епідермісу, тому в комплексі лікування виникає необхідність широкого використання ранових покриттів.

Мета. Досягти зменшення інфекційних, функціональних і косметичних ускладнень при лікуванні опіків кисті та його тривалості шляхом застосування сучасних ранових покриттів.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням протягом 2015-2018 років знаходилось 120 хворих віком від 16 до 65 років (із площею опікової травми від 0,2% до 5% поверхні тіла). Всі постраждалі проходили амбулаторне лікування у Центрі термічних уражень і пластичної хірургії Київської міської клінічної лікарні №2. 97 опечених хворих (основна група) потрапили до опікового центру через 1-3 години після отримання травм. Лікування їх ран проводилось із застосуванням ранових покриттів. 23 хворих (контрольна група) потрапили до опікового центру із запізненням через 1-3-5 діб після отримання травми із інфікованими ранами. Лікування ран цим хворим проводилось традиційним накладанням пов'язок із розчином бетадіну та гіперосмолярними антибактеріальними мазями. Для оцінки стану загоєння ран використовувались наступні клінічні і лабораторні показники: строки зникнення набряку і періфокальної інфільтрації м'яких тканин, очищення ран від поверхневого некротичного струпу, поява крайової епітелізації, цитологічне дослідження ранових відбитків, строки лікування.

Результати та обговорення. Пов'язки із антисептиками захищали рану від мікробів, призводили до швидкого формування щільного некротичного струпу у хворих контрольної групи. На 3-5 добу після травми при морфологічному дослідженні встановлено, що в рані не тільки відбувалося висушування поверхневого лейкоцитарно-некротичного струпу, а також спостерігався тромбоз капілярів в зоні парабіозу, що, в свою чергу, призводило також до висушування і зони парабіозу, тобто поглибленню некротичного струпу. Періфокальне запалення у хворих контрольної групи зникло до 4,8±0,6 доби після отримання травми, а у хворих основної групи – до 2,4±0,2 доби після отримання травми. При застосуванні ранових покриттів визначено зміну запального типу цитограм на запально-регенераторний і регенераторний тип на 7-9 добу після травми. Перебіг ранового процесу характеризувався зміною показника рН ран. На 4-5 добу після отримання травми у хворих основної групи спостерігалось зменшення рН у порівнянні з контрольною групою (відповідно 7,4±0,8 проти 6,3±0,4). У хворих основної групи ранові покриття захищали рану від інфекції і не давали формуватися некротичному струпу. У рані спостерігалася висококапілярізована тканина з активно проліферуючими клітинами, фібробластами і макрофагами з високою функціональною активністю. Через 9-12 діб після отримання травми в рані спостерігалася добре виражена епітелізація. Бактеріологічний контроль ран показав високу антибактеріальну активність ранових покриттів. Ранові покриття не прилипали до дна ран і зміна її при перев'язці не болюча, що важливо для амбулаторних хворих.

Висновки. Вологе середовище рани під рановими покриттями ефективно захищає її від інфікування, перешкоджає висиханню та поглибленню, прискорює зміни рН рани. При лікуванні дермальних опіків під покриттями епітелізація з'являється на чотири доби раніше (вже на 10,3±1,5 добу), розвиток гіпертрофічних рубців зменшується на 30%.

ДОПОМОГА ОПІКОВИМ ХВОРИМ З ТЕРМОІНГАЛЯЦІЙНИМ УРАЖЕННЯМ

Коваленко О.М.¹, Коваленко А.О.², Гомонай Є.М.²

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, ²Київська міська клінічна лікарня №2

Частота термоінгальційних уражень при опіковій травмі досягає 3-8%. Ушкодження органів дихання значно погіршує стан обпеченого і погіршує перебіг опікової хвороби і у 30% постраждалих стає причиною летальних наслідків. Виникає необхідність широкого використання респіраторної підтримки і бронхоскопії в комплексі лікування.

Мета. Покращення лікування хворих з термоінгальційним ураженням шляхом ранньої діагностики і своєчасного надання екстреної допомоги.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням протягом 2015-2018 років знаходилось 88 хворих віком від 17 до 65 років із важкими опіковими травмами (площею опіку від 25% до 70% поверхні тіла), які ускладнювалися опіком дихальних шляхів різних ступенів важкості. Всі хворі знаходились на лікуванні у опіковій реанімації Центру термічних уражень і пластичної хірургії КМКЛ №2. Діагностика ОДШ проводилася на основі комплексної оцінки анамнезу, скарг, клінічного огляду, даних ларингоскопії, фібробронхоскопії (ФБС), рентгенографії легень, газів крові.

Результати та обговорення. В ряді випадків ОДШ поєднувалися з механічною і баротравмою (18,8%). Найбільш тяжкі ураження гарячим паром (10%). Протягом секунд паром або димом уражається сурфактантна активність легень з наступним розвитком мікроателектазів. Хімічно агресивні продукти горіння відкладаються на слизовій трахеї, бронхів, бронхіол з наступним утворенням зон некрозу. Виділяються медіатори, генералізовано підвищується проникність капілярів, що призводить до інтерстиціального набряку та РДС-синдрому. Приєднання інфекції призводить до розвитку пневмонії, яка спостерігається у 60-100% випадках. ОДШ супроводжуються порушенням евакуаторної функції респіраторного тракту з розвитком дихальної недостатності. Головне завдання при лікуванні постраждалих з ОДШ – своєчасне дренирування трахеобронхіального дерева. В перші 6-8 годин при надходженні проводилася ФБС. Всього проведено 440 ФБС. В наступні години проходила інфільтрація копоти у слизову оболонку і без додаткової травматизації та кровотечі видалити копоть було неможливо. ФБС проводили 1 раз на добу хворим з ОДШ середнього ступеня важкості, 2-3 рази на добу – хворим з важким ОДШ і димовою токсичною інгальцією.

При виражених деструктивних ураженнях слизової оболонки трахеобронхіального дерева виконувалася трахеотомія, яка спрощувала виконання санаційних бронхоскопій і дозволяла робити їх декілька разів на добу. Під час ФБС проводилася санація від копоти, мокроти, некрозу слизової, лаваж, інстиляція муколітиків, антибіотиків, кортикостероїдів. Всім хворим проводилася оксигенотерапія, ультразвукової інгальції до 3-4 разів на добу 10-14 діб. При ОДШ важкого ступеня у 37% постраждалих розвилася дихальна недостатність, що потребувало проведення ШВЛ, у режимі контролю за тиском через ендотрахеальну трубку, а через 5 діб через трахеостому. 41% хворих проводилася допоміжна ШВЛ у режимі high frequency jet ventilation, через мікротрахеостому протягом 10 діб. Інфузійно-трансфузійна терапія проводилася в обсязі 100% від розрахованої по опіковому ураженню без зменшення обсягу. Перевага віддавалася препаратом з досить високим онкотичним тиском. Обов'язковим було призначення гепарину в звичайних дозах. Всім постраждалим проводилася профілактика інфекційних ускладнень антибіотиками широкого спектру з наступним переходом на антибіотик згідно посівів на чутливість.

Висновки. ФБС є найбільш об'єктивним методом діагностики важкості ОДШ. Рання діагностика наявності термоінгальційного ураження у хворих, ранній початок респіраторної підтримки попереджує поглиблення опікових ран, зменшує кількість септичних ускладнень. Використання ранньої санаційної фібробронхоскопії дозволяє знизити летальність у важко обпечених з ОДШ у 1,5 рази.

ПІСЛЯДИПЛОМНЕ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ З ПИТАНЬ ЛІКУВАННЯ ОПІКІВ, РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНОЇ, ПЛАСТИЧНОЇ ТА ЕСТЕТИЧНОЇ ХІРУРГІЇ

Козинець Г.П., Жернов О.А., Пінчук В.Д., Фурманов О.Ю., Циганков В.П., Кебуладзе І.М., Шендрик В.Г.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Впровадження в структуру хірургічної допомоги населенню сучасних методів надання допомоги хворим з термічною травмою, поширеними ушкодженнями м'яких тканин, набутими чи вродженими вадами функціонального чи косметичного характеру за рахунок післядипломного навчання.

Результати та обговорення. В НМАПО імені П. Л. Шупика вирішенням цих питань займаються на кафедрах комбустіології та пластичної хірургії. Структурними підрозділами кафедри є 7 циклів з комбустіології для післядипломного удосконалення лікарів хірургічного профілю та 7 циклів тематичного удосконалення з актуальних проблем травматичних та інфекційних уражень шкіри, актуальних питань превентивної, реконструктивно-відновної та естетичної хірургії. Вимоги що стосуються навчання лікарів-інтернів передували введенню в курс інтернатури циклу з питань лікування термічної травми, які увійшли в іспит «Крок 3». Викладання на циклах проводять провідні фахівці України. Темі циклів охоплюють прийоми хірургічної техніки і поділені на поглиблене вивчення хірургії окремих анатомічних ділянок тіла людини. Зацікавленість до представлених матеріалів проявляють зарубіжні фахівці про що свідчить постійне зростання кількості іноземних клінічних ординаторів, стажистів, аспірантів що навчаються на кафедрі.

Висновки. 1. Програми кафедри охоплюють спектр питань для надання кваліфікованої (спеціалізованої) допомоги при термічному ураженні, поширеними дефектами м'яких тканин, вадами функціонального чи косметичного характеру. 2. Підвищення рівня знань у лікарів хірургів приведуть до більш активного їх застосування в практичній діяльності, що покращить результати лікування хворих.

ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ МОРФОМЕТРІЇ В КОМПЛЕКСНІЙ ДІАГНОСТИЧНІЙ ПРОГРАМІ ХВОРИХ З ОПІКАМИ

Нагайчук В.І.^{1,2}, Чернопищук Р.М.^{1,2}, Бурковський М.І.¹

¹Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця

²Вінницька обласна клінічна лікарня імені М.І. Пирогова, м. Вінниця

Мета. Вивчити діагностичні можливості морфометричних показників клітинного складу крові та ранового вмісту у хворих з опіками.

Матеріали та методи. Було обстежено 18 хворих з опіками різного ступеня важкості, яким з моменту поступлення і протягом усього періоду лікування проводився морфометричний аналіз клітинних елементів крові та ранового вмісту. Визначалися площа і периметр еритроцитів, тромбоцитів, лімфоцитів, нейтрофільних гранулоцитів та показник Фактор форми (ФФНГ) останніх. Для цього використовували мікроскоп «Delta Optical» модель Genetic Pro з MEDICAL IMAGE VIEW STATION, комп'ютерним аналізатором зображення UNHSCSAImageTool v.3.0, спеціальні програми, розроблені фірмою «Ева» (Україна), «Factor M» та «SEO ImageLab» фірми «Sumy Electron Optics» (Україна).

Результати та обговорення. Аналіз отриманих результатів морфометричного дослідження клітинних елементів біологічних рідин хворих з опіками дозволив встановити ряд змін у їх формі та розмірі залежно від важкості та стадії перебігу опікової хвороби. При цьому особливо інформативними виявилися морфологічні зміни нейтрофільних гранулоцитів у рановому вмісті. Так при госпіталізації показник ФФНГ в крові становив $0,8292 \pm 0,0183$, у рановому вмісті – $0,7776 \pm 0,0216$ (при нормальному рівні цього показника в межах $0,9675 \pm 0,0145$), площа $64,999 \pm 1,521$ мкм² і $98,725 \pm 1,762$ мкм² відповідно, а периметр $32,106 \pm 1,225$ мкм та $43,536 \pm 1,191$ мкм відповідно, з подальшими змінами в динаміці і наближенням рівня цих показників до референтної норми за умов стихання процесу і загоєння ран.

Висновки. Отримані результати морфометричного аналізу клітинних елементів крові та ранового вмісту і нейтрофільних гранулоцитів зокрема в динаміці дозволили встановити закономірності їх змін залежно від важкості та стадії перебігу опікової хвороби. Це вказує на доцільність і перспективність подібних досліджень та необхідність їх подальшого проведення.

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КРИТИЧНИМИ ТА ЗВЕРХКРИТИЧНИМИ ОПІКАМИ

Нагайчук В.І.^{1,2}, Чернопищук Р.М.^{1,2}, Присяжнюк М.Б.², Оніщенко М.С.¹

¹Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця

²Вінницька обласна клінічна лікарня імені М.І. Пирогова, м. Вінниця

Мета. Покращити результати лікування хворих з критичними та зверхкритичними опіками.

Матеріали та методи. В основу проведеного дослідження покладено аналіз результатів раннього хірургічного лікування хворих з опіками за період з 1976 по 2018 р. Загальна кількість складала 549 потерпілих, із них 67 дітей.

Результати та обговорення. У виділенні розпрацьовано ряд технологій раннього хірургічного лікування хворих з критичними та зверхкритичними опіками. Терміни виконання ранніх хірургічних втручань: 1-3 доба після травми. Об'єм хірургічного втручання: за умов стабілізації гемодинамічних показників проводиться видалення некротичних тканин (часткове або радикальне за глибиною) на всій площі ураження. Кількість оперуючих хірургів: 3-5 в залежності від площі опікових ран. Тривалість операцій: до 2 годин.

Післяопераційні рани при поверхневих опіках закриваємо ксенодермоімплантатами, епітелізація під якими відбувається протягом 2-3 тижнів незалежно від площі опіків. На ділянках глибоких опіків видалення некротичних тканин по глибині часткове. Залишковий некротичний струп висушуємо під марлевими серветками з розчином бетадіну. Проводимо заключну хімічну некректомію з наступною підготовкою ран до пересадки шкіри під марлевими серветками з антисептиками та закриваємо грануючі рани вільними аутодермотрансплантатами.

Дана тактика раннього хірургічного лікування хворих з критичними та зверхкритичними опіками за останні 5 років порівняно з 1976-1980 р.р. дозволила зменшити летальність в області в 1,9 раза. У дорослих у 1,5 раза, у дітей – 5,2 раза.

Висновки. Отримані результати лікування хворих з критичними та зверхкритичними опіками підтверджують ефективність запропонованих технологій, що дозволяє рекомендувати їх до впровадження в практику.

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ШКІРИ ПРИ ЇЇ ФОРСОВАНОМУ РОЗТЯГНЕННІ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Олійник Г.А., Кремен В.О., Грязін О.Є., Тимченко О.К.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Мета. Вивчення морфологічних особливостей колагенових волокон дермального шару шкіри при її

експериментальному механічному розтягненні відносно ліній Лангера.

Матеріали та методи. 120 зразків шкіри, вилучені протягом 5 год при автопсії, розділили на три групи: 50 фрагментів шкіри, які піддавалися форсованому механічному розтягненню паралельно до ліній Лангера, 50 зразків, котрі піддавалися форсованому механічному розтягненню перпендикулярно до ліній Лангера. Групу контролю утворили 20 зразків шкіри, взятої паралельно (10 зразків) і перпендикулярно (10 зразків) до ліній Лангера, які не знали механічного впливу.

Результати та обговорення. Механічне розтягнення шкіри, взятої паралельно до ліній Лангера, дає невеликий додатковий приріст тканини, що не ефективно для формування додаткового пластичного матеріалу з прилеглої неушкодженої шкіри для закриття дефектів різної етіології. Форсоване розтягнення шкіри, взятої паралельно до ліній Лангера, призводить до витягування, стоншення і фрагментації колагенових волокон, що розцінюється як травматичний вплив на них. Механічне розтягнення шкіри, взятої перпендикулярно до ліній Лангера, дає найбільшу додаткову довжину тканини, що ефективно для формування додаткового пластичного матеріалу з прилеглої неушкодженої шкіри для закриття дефектів різної етіології, та забезпечує витягування і стоншення колагенових волокон без їх фрагментації, що свідчить про високий потенціал шкіри щодо розтягнення без травмування інтрадермальних структур.

Висновки. При плануванні операції дерматензії на всіх її етапах для отримання додаткового пластичного матеріалу з метою усунення ранових дефектів різної етіології необхідно враховувати анатомічні особливості розташування щодо ліній Лангера.

НЕОБХІДНИЙ РАДИКАЛІЗМ ТА ВИБІР МЕТОДУ ПЛАСТИКИ ПРИ ВИСІЧЕННІ В ОНКОЛОГІЇ

Слесаренко С.В.², Бадюк П.О.^{1,2}, Нор Н.М.¹, Носулько О.В.^{1,2}

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

²КЗ «Дніпропетровська клінічна лікарня №2 ДОР» Центр термічної травми і пластичної хірургії, м. Дніпро

Мета. Покращити результати лікування хворих з поширеними новоутвореннями м'яких тканин.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз лікування пацієнта протягом 23 років з діагнозом: екстраскелетна остеосаркома м'яких тканин тим'яної ділянки справа. T2N0M0. ICO-O code 9180/3.

Результати та обговорення. Відзначено, що всі хірургічні процедури, в яких проводилась первинна енуклеація або висічення рецидивів новоутворення носили недостатній радикалізм, що приводило до багаторазового рецидиву. Запроваджений комплексний підхід фахівців онкологів та пластичних реконструктивних хірургів забезпечив необхідну широке радикальне висічення пухлини з її відповідною діагностикою, медикаментозним та променевим лікуванням. Післяопераційні рани загоїлись без особливостей, шкіряний покрив в ділянці волосистої частини голови відновлено максимально схожим до втраченого. На момент огляду хірургом через 2 роки після висічення останнього рецидиву (29.12.2018) стан задовільний, скарг не пред'являє, об'єктивних даних за пролонгацію процесу немає.

Висновки. Діагноз екстраскелетна остеогенна саркома м'яких тканин поставити важко на основі лише клініки і простої гістології з гематоксиліном. Тому при рецидивах треба враховувати результати іммуногістохімічного дослідження. Широке висічення пухлини – важливий момент для радикального видалення, але воно, як правило, приводить до появи поширеного дефекту та вимагає використання лоскутної техніки пластичної реконструктивно-хірургії для його закриття, відновлення шкіряного покриву схожого на втрачений і відновлення якості життя пацієнта.

ПОЛІПШЕННЯ ПЕРЕБІГУ РАНОВОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ НА ВІЛ/СНІД З ТРОФІЧНИМИ ВИРАЗКАМИ ЗАСТОСУВАННЯМ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМИ

Циганчук Є.В., Тацюк С.В., Шухтін В.В.

КУ «Одеський Обласний Клінічний Медичний Центр», м. Одеса

КУ «Одеський Обласний Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом», м. Одеса

Мета. Вивчення клінічної ефективності плазми збагаченої тромбоцитами (platelet rich plasma, PRP) в комплексному лікуванні хворих на ВІЛ/СНІД з тропічними виразками нижніх кінцівок.

Матеріали та методи. Досліджено результати лікування 22 дорослих пацієнтів з ВІЛ/СНІДом та тропічними виразками нижніх кінцівок площею 0,6–1% поверхні тіла, (6 стадія клінічної класифікації ХВН за системою СЕАР. Стан Т-системи імунітету досліджено загальним вмістом лімфоцитів і кількістю Т-хелперів (CD4) тестом з використанням моноклональних антитіл. Об'єктивізація ранового процесу у всіх пацієнтів проводилась методом ранових відбитків за Покровською – Штейнбергом (на 5, 9, 15 добу лікування).

Результати та обговорення. Внаслідок застосування PRP встановлено зміну типу ранових відбитків на 5-ту добу (з некротичного або дегенеративно-запального на регенераторний тип I фази у всіх випадках), з подальшим розвитком запалення відповідно регенераторного типу III та II фази у 45,5% та 54,5% пацієнтів відповідно. На 15 добу у 59,1% хворих визначено спонтанну епітелізацію ран, решті 40,9% пацієнтів проведено успішні аутодермопластики ран з регенераторним типом III фази.

Висновки. Доведено ефективність використання PRP в комплексному лікуванні хворих на ВІЛ/СНІД з тропічними

виразками нижніх кінцівок. 1. Місцеве застосування PRP забезпечило оптимізацію перебігу ранового процесу, що в 59,1% випадків призвело до спонтанної епітелізації ран, а у решти пацієнтів створили умови приживлення аутодермотрансплантатів. 2. Високий вміст CD4 Т-лімфоцитів (>500кл/мл) супроводжується тенденцією до спонтанної епітелізації ран, тоді як при його зниженні оперативне лікування знадобилось у 70% випадків.

ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ТОТАЛЬНИХ ТА СУБТОТАЛЬНИХ ДЕФОРМАЦІЙ

Жернов О.А.¹, Трач Р.Я.², Шендрик В.Г.³, Жернов А.О.³

¹Кафедра комбустіології та пластичної хірургії НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

²КЗ «Луцька міська клінічна лікарня», м. Луцьк

³Київська міська клінічна лікарня № 2, м. Київ

Мета. Покращити результати лікування хворих із тотальними та субтотальними деформаціями з допомогою застосування методів розтягування тканин, Y-V пластики та вільної аутодермопластики.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходилось 35 хворих віком від 1 до 39 років. Усунення деформацій здійснювали за допомогою використання серійного розтягування тканин (16), Y-V пластики (8), розтягування та Y-V пластики (3) та вільної аутодермопластики (8). Деформації ший були у 2, тулуба – у 20, верхніх кінцівок – у 7 та нижніх кінцівок – у 6 випадках.

Результати та обговорення. Добрий результат лікування при повному приживленні клаптів відмічали у 26 (74,3%) випадках. Не повне усунення контрактур отримали у 6 (17,1%) хворих оцінили як задовільний результат. У 3 (8,4%) хворих у післяопераційному періоді виник частковий крайовий некроз клаптів і результат оцінили як незадовільний. Було застосовано консервативне лікування. Незадовільних результатів не було.

Віддалені результати вивчені у 15 хворих, з яких у 12 – оцінені як добрі і у 3 – як задовільні.

Використання вільної пластики дозволяє усунути деформацію на короткий період для корекції загальних порушень, однак скорочення клаптів та рецидив деформації виникає дуже часто.

В нашому дослідженні здійснювалось розтягування в декількох зонах, що оточували дефект. Розширювали тканини, що раніше вже розтягувались. Таке розширення виконували від 2 до 4 разів.

При наявності рубцевих полів з можливістю визначення основних тяжів ефективно застосування Y-V пластики, що дозволяє збільшити довжину тяжа та усунути рубцевий бандаж сегмента.

Висновки. При тотальних та субтотальних рубцевих деформаціях залишаються неушкодженими прилеглі тканини, що має підставу для використання серійних розтягувань тканин, що дозволяє замінити більш площу дефектів. При визначенні рубцевих тяжів показаний метод Y-V пластики. Для корекції загальних порушень можливе застосування вільної аутодермопластики домінуючих контрактур.

ОПТИМІЗАЦІЯ РАНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВІДМОРОЖЕНЬ КІНЦІВОК ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ VAC-ТЕРАПІЇ

Андрєєв О.В., Колеснік Г.І., Касрашвілі Г.Г., Рудікова В.В.

Донецький національний медичний університет, м. Лиман

Мета. Оцінка ефективності оптимізованого способу хірургічного лікування із паралельним застосуванням VAC-терапії при локальній холодовій травмі.

Матеріали та методи. 147 хворих, що спостерігалися, були розподілені на дві групи: до 1-ої групи (групи порівняння) увійшли 76 постраждалих від холодової травми, у яких застосовувалася традиційна очікувальна лікарська тактика; а до 2-ої (основної) – 71 хворий із застосуванням превентивних методів раннього хірургічного лікування (дермабразії з одномоментною ксенопластикой, декомпресійних некротомії і некрофасціотомії). Хворі основної групи були розподілені на дві додаткові групи (підгрупи): 1-шу (VAC-) склали 42 пацієнти, що не одержували VAC-терапію, а 2-гу (VAC+) – 29 хворих з аналогічним лікуванням відморожень, але з додатковим використанням VAC-терапії.

Запропонована методика комплексного лікування відморожень із застосуванням локального негативного тиску полягала в наступному: після проведення у ранньому реактивному періоді декомпресивних некротомії та некрофасціотомії післяопераційні рани закривали срібловмісною поліуретановою губкою та проводили герметизацію кінцівки поліетиленовою плівкою, попередньо помістивши під неї аспіраційну трубку, під'єднану до апарату негативного тиску «Біомед 7 ED» (Україна). При VAC-терапії проводили рекомендований стандарт постійного негативного тиску 75-125 ммHg протягом 2-14 діб (в середньому 7,1±0,68 доби) із одночасним знеболенням, антибактеріальною, антикоагулянтною, антиагрегантною, судинорозширювальною і симптоматичною терапією. Систему змінювали через 2 доби. Після закінчення курсу VAC-терапії місцево застосовували крем «Дермазин».

Результати та обговорення. Кількісне бактеріологічне дослідження продемонструвало достовірне зменшення числа мікробних тіл нижче 105 уграмі тканини на 4-5 добу VAC+. У хворих контрольної групи таке число мікробних тіл було досягнуто лише на 11 добу. При оцінці віддалених результатів лікування хворих 1-ої і 2-ої груп виявилося, що після виконаної VAC+ не відзначено випадків ампутації пальців кистей і повністю стоп, в 1,7 разів рідше виникала необхідність видалення пальців стоп (відповідно в 11,9% і 6,9% спостережень). Таким чином, додаткове застосування VAC-терапії дозволяє зменшити ступінь інвалідизації хворих у зв'язку із збереженням кінцівок.

Висновки. Застосування VAC-терапії суттєво покращує результати раннього хірургічного лікування і показано в ранньому реактивному періоді локальної холодової травми в комплексі з превентивними операціями.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛЕЧЕННЯ ПАЦІЕНТІВ С ХРОНИЧЕСКИМИ РАНАМИ

Касрашвили Г.Г., Андреев О.В., Колесник А.И.

Донецкий національний медичний університет, г. Лиман

Хроническая рана может быть определена как та, которая не прошла через упорядоченный и своевременный репаративный процесс для создания анатомической и функциональной целостности в течение 3 месяцев или которая прошла через процесс репарации без установления устойчивого анатомического и функционального результата. Эти раны иногда называют трудноизлечимыми ранами / язвами, а промежуток времени, необходимый для формирования хронической раны, был определен в диапазоне от 4 недель до более чем 3 месяца. По общим оценкам, в развитых странах от 1 до 2% населения будет страдать от хронических ран в течение жизни, что связано с увеличением продолжительности жизни населения. Хронические раны оказывают значительное, отрицательное влияние на здоровье и качество жизни пациентов и их семьи.

Цель. Ретроспективный анализ эффективности лечения пациентов с хроническими ранами.

Материалы и методы. В исследование вошли данные ретроспективного анализа историй болезней в период 2015-2018 гг. Нами обобщены результаты лечения 120 пациентов, находящихся на стационарном лечении в ожоговом отделении г. Краматорска. Пациенты были разделены на 8 групп в зависимости от этиологического фактора, который в конечном итоге привел к образованию хронических ран; другим определяющим фактором стало применение в их лечении локального отрицательного давления (1 группа – пациенты с нарушением венозного оттока без применения вакуум-терапии, 2 группа – пациенты с нарушением венозного оттока с применением вакуум-терапии, 3 группа – пациенты с нарушением артериальной проходимости (макроангиопатии), без применения вакуум-терапии, 4 группа – пациенты с нарушением артериальной проходимости (макроангиопатии) с применением вакуум-терапии, 5 группа – пациенты с нарушением микроциркуляции (микроангиопатии) без применения вакуум-терапии, 6 группа – пациенты с нарушением микроциркуляции (микроангиопатии) с применением вакуум-терапии, 7 группа – пациенты с длительно незаживающими посттравматическими и послеоперационными ранами без применения вакуум-терапии, 8 группа – пациенты с длительно незаживающими посттравматическими и послеоперационными ранами с применением вакуум-терапии).

Результаты и обсуждение. Во всех группах применяли активную хирургическую тактику: после подготовки раны к аутодермопластике с помощью локального отрицательного давления (группы: 2, 4, 6, 8) и без него (группы: 1, 3, 5, 7) проводили оперативное лечение. Так же был проведен анализ приживаемости аутоотрансплантатов в зависимости от возбудителя, который культивировался из раневого отделяемого. В результате выяснилось, что лучшая приживаемость и наименьшее количество аутодермопластик понадобилось при культивировании *Staphylococcus saprophyticus*, и полученные обратные результаты при культивировании *Staphylococcus haemolyticus* и *Escherichia coli*. У пациентов, которым применялась локальная вакуумная терапия также улучшался процент приживаемости аутоотрансплантатов, что снижало количество проводимых аутодермопластик.

Выводы. Результаты проведенного анализа лечения больных с хроническими ранами показали, что применение локальной вакуумной терапии при лечении пациентов не оказывает существенного влияния на время пребывания больного в стационаре, и разница между средним временем лечения одних групп пациентов и других статистически не значима. Однако процент ликвидированных хронических ран в группах где применялось локальное отрицательное давление намного выше чем в сравниваемых группах, и доказывает то, что применение вакуум терапии существенно влияет на конечный результат лечения хронических ран.

ЕНДОВАСКУЛЯРНЕ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІОВЕНОЗНИХ МАЛЬФОРМАЦІЙ (АВМ) ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ В ОБЛАСТІ ПАЛЬЦІВ І КІСТІ

Альтман І.В., Аль-Кашки І. І., Кравчик О.І., Нікішин О.Л.

ДУ «Науково-практичний Центр ендоваскулярної нейрорентгенохірургії НАМН України», м. Київ

Мета. Розробка способу ендоваскулярного лікування АВМ пальців та кисті, який за рахунок застосування пункції плечової артерії в антеградному напрямку, забезпечував би зниження кількості рецидивів захворювання. Основною метою ендоваскулярного лікування АВМ в області пальців та кисті є припинення артеріовенозного шунтування шляхом емболізації артеріовенозних шунтів за допомогою катетера, що проведений з стегового пункційного доступу в зону АВМ кінцівки. Основною проблемою даного методу є необхідність виконання пункції загальної стегової артерії та проведення катетера довжиною 1,5 метра в судини верхньої кінцівки. Значна відстань від місця пункції до зони АВМ, велика довжина катетера знижують керованість катетера та можливість селективної катетерізації судин АВМ. Це призводить до неповного виключення АВМ з кровотоку, швидкому рецидиву захворювання, що потребує виконання повторних ендоваскулярних втручань.

Матеріали та методи. Був проведений порівняльний аналіз результатів емболізації АВМ в області пальців та кисті у 10 хворих. 5 хворим емболізація виконана шляхом пункції плечової артерії в антеградному напрямку. У 5 хворих емболізація виконана шляхом виконання пункції загальної стегової артерії в ретроградному напрямку за стандартною методикою Сельдінгера.

Результати та обговорення. Застосування пункції плечової артерії дозволило значно скоротити відстань від місця введення катетера до зони розташування АВМ, дозволило використовувати катетери довжиною від 20 до 45 см, що підвищило їх керуваність та дало можливість надійної суперселективної катетеризації АВМ в області пальців і кисті. Ускладнень не було, рецидивів захворювання протягом 1 року не спостерігали. З 5 хворих на АВМ в області пальців та кисті, пролікованих шляхом виконання пункції загальної стегнової артерії в 4 випадках спостерігали рецидив захворювання, що потребувало повторної емболізації.

Висновки. Емболізація АВМ в області пальців та кисті шляхом пункції плечової артерії призводить до зниження кількості рецидивів захворювання, не потребує повторних ендоваскулярних хірургічних втручань.

ІНТРАНІДАЛЬНІ АНЕВРИЗМИ ЯК ПРЕДИКТОР ГЕМОРАГІЇ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНИХ АРТЕРІОВЕНОЗНИХ МАЛЬФОРМАЦІЯХ

Щеглов Д.В., Бортнік І.М., Свиридюк О.Є., Виваль М.Б.

ДУ «Науково-практичний Центр ендоваскулярної нейрорентгенохірургії НАМН України», м. Київ

Мета. Вивчити особливості геморагічних проявів у пацієнтів із АВМ із інтранідальними аневризмами.

Матеріали та методи. Проаналізовано 443 випадки пацієнтів з АВМ, які проходили лікування в 2004-2018 рр., в ДУ «Науково-практичному центрі ендоваскулярної нейрорентгенохірургії НАМН України», в яких виявили 72 (16,3%) випадків асоціації АВМ і інтранідальних аневризм.

Результати та обговорення. У 22 (30,6%) хворих виявлені артеріально-інтранідальні аневризми, 20 хворих мали (27,8%) - власне інтранідальні аневризми (IA), а 19 (26,4%) - венозно-інтранідальні. У 11 (15,3%) випадках виявлені множинні аневризми. Середній розмір артеріально-інтранідальних аневризм становив 5,3 мм, власне інтранідальних - 4,8 мм, венозно-інтранідальних - 11,8 мм. Крововилив виявлений у 49 (68,1%) хворих. 13 (18,1%) пацієнтів мали судоми і 10 (13,9%) пацієнтів мали інші симптоми (головний біль, транзиторну ішемічну атаку, раптовий неврологічний дефіцит, не пов'язаний з кровотечею). Геморагічні прояви залежали від типу інтранідальної аневризми, так крововилив мав місце у 17 (77,2%) із IA аневризмами, 11 (55,0%) власне IA, та у 9 (47,4%) пацієнтів VI аневризмами. У всіх 11 хворих із множинними аневризмами була кровотеча ($p=0.012$). У більшості випадків достовірне визначення джерела крововиливів при наявності АВМ та інтранідальних аневризм надзвичайно важко або неможливо. Однак у таких умовах ми вважаємо, що джерелом кровотечі є інтранідальна аневризма, яка і визначає терапевтичну спрямованість. Середній розмір артеріально-інтранідальних аневризм становив 5,3 мм, фактичний інтранідальний 4,8 мм, венозно-інтранідальний 11,8 мм. Всім пацієнтам проведена ендоваскулярна емболізація АВМ та інтранідальних аневризм, з використанням NBCA, EVON та Embolin. 23 (31,9%) АВМ були закриті тотально, у 47 (65,3%) випадках була досягнута часткова або цільова емболізація. Метою емболізації було виключення інтранідальної аневризми.

Висновки. Асоціація церебральних АВМ та інтранідальних аневризм має високий ризик кровотечі в порівнянні із АВМ без інтранідальних аневризм.

ВИКОРИСТАННЯ МІКРОХІРУРГІЇ В ЛІКУВАННІ ЦЕРЕБРАЛЬНИХ АРТЕРІОВЕНОЗНИХ МАЛЬФОРМАЦІЙ

Щеглов Д.В., Гудим М.С., Виваль М.Б.

ДУ «Науково-практичний Центр ендоваскулярної нейрорентгенохірургії НАМН України», м. Київ

Мета. Вивчити результати хірургічної резекції у хворих із артеріовенозними мальфОРМАЦІЯМИ (АВМ).

Матеріали та методи. Ретроспективно розглянуто дані лікування 21 пацієнта, яким провели резекцію АВМ в ДУ «Науково-практичному центрі ендоваскулярної нейрорентгенохірургії НАМН України» та Київській міській лікарні швидкої допомоги, відділення нейрохірургії №2 з 2014 по 2018 рр. Проаналізовано радіологічні та клінічні дані.

Результати та обговорення. Серед пролікованих хворих було 12 жінок і 9 чоловіків. Середній вік пацієнта становив 25,3 років (діапазон 15-49 років). Середній розмір АВМ становив 3,8 см (діапазон 3,3-6,8 см). 19 (90,5%) АВМ локалізувалися супратенторіально і 2 (9,5%) були субтенторіальними, у 7 (33,3%) випадках АВМ були в функціонально важливих ділянках мозку, у 1 (4,7%) пацієнта у моторній зоні. Дебютувало захворювання церебральним або субарахноїдальним крововиливом у 14 (66,7%) випадках, судомами в 5 (23,1%), головним болем та неврологічним дефіцитом не пов'язаним із кровотечею в 2 (9,4%) випадках. Передопераційну емболізацію проводили у 10 пацієнтів (47,6%). У 18 (85,7%) випадках проведена тотальна резекція АВМ, 2 (9,5%) пацієнтам проведені повторні процедури після субтотальної резекції. Один пацієнт відмовився від повторної операції. Чотирнадцять пацієнтів (66,7%) мали хороші результати при виписці (9 з оцінкою 0 або 1, 5 - 2 за модифікованою шкалою Ренкіна). П'ять (23,1%) пацієнтів мали оцінку 4 по шкалі Ренкіна, 2 (9,5%) хворих померло. АВМ є однією з найчастіших причин крововиливу у працездатного населення. Останні досягнення мікрохірургії значно покращили результати лікування у пацієнтів з АВМ. Застосування ендоваскулярного методу в комплексному лікуванні дає змогу видаляти АВМ, які раніше вважались інкурабельними із допустимим рівнем ускладнень.

Висновки. Метою лікування церебральних АВМ є усунення ризику внутрішньомозкового крововиливу. Незважаючи на відсутність даних з рандомізованих досліджень, мікрохірургія залишається основною модальністю для тотального виключення АВМ з кровотоку.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ І НАШ ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ГОСТРИМ ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

Щеглов Д.В., Конопотчик С.В., Свиридюк О.Є., Коваленко О.П., Пастушин О.А.,
Аль-Кашкиш І.І., Кравчик О.І., Найда А.В., Гудим М.С.

ДУ «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейрорентгенохірургії НАМН України», м. Київ

Мета. Проаналізувати сучасні підходи до надання медичної допомоги пацієнтам з гострим ішемічним інсультом та показати власний досвід.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування 33 пацієнтів з гострим ішемічним інсультом. Всім хворим при госпіталізації проводилась мультиспіральна комп'ютерна томографія (МСКТ) головного мозку, МСКТ – ангіо чи селективна церебральна ангіографія. Топографічну оцінку ранніх КТ змін при ішемічному інсульті проводили за шкалою ASPECTs, тяжкість неврологічної симптоматики оцінювали за шкалою NIHSS, успішність реканалізації – за шкалою mTICI. Результати лікування оцінювали за модифікованою шкалою Ренкіна (mRs). Мінімальний час від появи перших ознак інсульту до пункції артерії в ендovasкулярній операційній – 108 хвилин, максимальний – 480 хвилин.

Результати та обговорення. Своєчасне механічне видалення тромбу, що спричинив оклюзію великої церебральної судини та гостру ішемію ділянки мозку є найбільш ефективним заходом для збереження ішемізованої тканини мозку, яка ще не трансформувалася в зону інфаркту. Саме тому Центр організовано за принципом «next door», коли приймальне, діагностичне відділення та рентгеноопераційна розташовані поряд один за одним, заради зменшення часу від обстеження до проведення ендovasкулярної реканалізації. Успішна реканалізація (mTICI 2b-3) досягнута у 22 (66,7%) спостереженнях, mTICI 2a – у 4 (12,1%) та не вдалося відновити прохідність артерії у 7 (21,2%) пацієнтів. Хороші результати (mRs 0-2) через 90 діб після ендovasкулярного втручання мали 17 (51,5%) пацієнтів.

Висновки. Всі пацієнти з підозрою на гострий ішемічний інсульт або транзиторну ішемічну атаку підлягають терміновій госпіталізації в заклади охорони здоров'я, які цілодобово надають екстрену та вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу. Госпіталізація до відповідних закладів повинна здійснюватися якомога швидше, а їх структурна організація забезпечувати мінімальний час від обстеження до відновлення прохідності церебральних артерій.

ВИКОРИСТАННЯ ПРОТЕКЦІЙНИХ СТЕНТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ФУЗИФОРМНИМИ АНЕВРИЗМАМИ ОСНОВНОЇ АРТЕРІЇ

Щеглов Д.В., Свиридюк О.Є., Кудельський Я.Е.

ДУ «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейрорентгенохірургії НАМН України», м. Київ

Мета. Проаналізувати ефективність використання протекційних стентів у хворих з фузиформними аневризмами основної артерії.

Матеріали та методи. Проаналізовано 2049 історій хвороб пацієнтів з артеріальними аневризмами судин головного мозку за 10 років. Виявлено, що у 87 (4,25%) хворих були фузиформні аневризми (ФА), з них у двох їх було дві, у одного три. У 30 (34,5%) хворих виявлено ФА основної артерії (ОА). Хворі були у віці від 14 до 74 років.

Аневризми первинно були виявлені за даними методів нейровізуалізації (спіральної комп'ютерної (СКТ) та магнітно-резонансної томографії (МРТ)). Всім хворим проводилась селективна церебральна ангіографія (ЦАГ).

Для виключення фузиформних аневризм основної артерії використовувались протекційні стенти LVIS™ (4 випадки), Solitaire AV™ (2 випадки), Leo™ (12 випадків). Згідно даних дослідження, оперовано 18 (60%) хворих із 30. Виконано 20 операцій, з них 16 односесійні ендovasкулярні операції з приводу ФА та 2 повторні (у пацієнтів з МА, після койлінгу).

Результати та обговорення. При аналізі результатів виявлено, що серед оперованих хворих у 4 (22,2%) випадках спостерігалось зменшення клінічних проявів захворювання на протязі 5-7 днів після операції. У 5 (27,8%) випадках – поява або наростання неврологічного дефіциту пов'язаного із імплантацією інтракраніального стента у вигляді наростання/появи стовбурової симптоматики. Хірургічна летальність серед оперованих хворих склала 16,7% (3 випадки) і тісно пов'язана із наявністю супутньої патології серцево-судинної системи – у 1 хворого з розвитком гострого великовогнищцевого інфаркту міокарда (на 4 добу після операції), у 2 хворих з серцевою недостатністю після перенесеного раніше інфаркту (3,5 та 2 місяці відповідно). Клінічні результати ендovasкулярного лікування 15 (83,3%) хворих із фузиформними аневризмами основної артерії за шкалою виходів Глазо на час виписки із стаціонару: хороші (>=5 балів за шкалою GOS) у 12 (80%) хворих та задовільні (4 бали за шкалою GOS) у 3 (20%) хворих. Результати ендovasкулярного лікування хворих з фузиформними аневризмами основної артерії через 6 місяців: у 5 хворих повне виключення ФА, у 5 зменшення об'єму аневризми від 47 до 64%, у 3 зменшення об'єму аневризми до 30%, 2 хворих померло.

Висновки. Протекційні стенти є ефективним методом виключення фузиформних аневризм основної артерії і дозволяють добитися хороших клінічних результатів. Післяопераційна летальність більше пов'язана із супутньою патологією, ніж безпосередньо з імплантацією стента. Протекційні стенти можуть використовуватись незалежно від клінічних проявів та періоду захворювання. Вони дозволяють проводити репозицію при імплантації, працюють як єдине ціле і створюють умови для розростання ендотелію та формування судинної стінки в місці утворення аневризми.

АРТЕРИОВЕНОЗНІ МАЛЬФОРМАЦІЇ СПИННОГО МОЗКУ. НАШ ДОСВІД У ВИБОРІ МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ

Щеглов Д.В., Найда А.В., Самоненко Ю.М., Аль-Кашкиш І.І.

ДУ «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейрорентгенохірургії НАМН України», м. Київ

Мета. Підвищення якості надання хірургічної допомоги хворим з артеріовенозними мальформаціями спинного мозку.
Матеріали та методи. В період з 2005 по 2018 рік прооперовано 55 хворих; з яких 12 (21,8%) хворих з допомогою мікрохірургічного методу та 43 (78,2%) за допомогою ендovasкулярного методу. Вік хворих складав від 11 до 62 (середній вік – 45,3 років). Чоловіків 34 (61,8%) та жінок 21 (38,2%). Були застосовані рідкий емболізат та трансфеморальний доступ при ендovasкулярному втручанні, при мікрохірургічному втручанні задній серединний доступ.

Результати та обговорення. В обох групах летальних випадків та значного поглиблення неврологічного дефіциту не зафіксовано, тимчасові порушення з наступним повним регресом відмічено у 9 (16%) хворих, стійке наростання неврологічних порушень зафіксовано у 4 (7%) хворих. Радикальне виключення АВМ з кровотоку досягнуто у пацієнтів з АВМ переважно дуального типу, які мали прямі артеріовенозні шунти.

Висновки. Поява нових технік та інструментів для внутрішньосудинної нейрохірургії дає змогу більш активно і з більшим ефектом використовувати ендovasкулярні методи в лікуванні АВМ. Застосування мікрохірургічних технік дозволяє повністю виключити АВМ, отримати неврологічне покращення на наступну добу після операції, зокрема при АВМ І та ІV типів. Ангіографія є основним методом діагностики, за результатами якого встановлюють показання до хірургічного лікування. Ефективність і радикальність та вибір методу хірургічного лікування залежать від ангіоструктури АВМ. Основною умовою проведення емболізації є можливість дистальної катетеризації живлячої артерії.

ЕНДОВАСКУЛЯРНИЙ ДОСВІД У ЛІКУВАННІ ГІГАНТСЬКИХ АРТЕРІАЛЬНИХ АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ. ЕВОЛЮЦІЯ ЕНДОВАСКУЛЯРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Щеглов Д.В., Пастушин О.А., Конотопчик С.В., Свиридчук О.Є.

ДУ «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейрорентгенохірургії НАМН України», м. Київ

Наш досвід лікування заснований на величезному досвіді, який складає близько сорока років.

Мета. Дана робота стосується еволюції балонних та сучасних методик лікування даної патології. До гігантських артеріальних аневризм судин головного мозку (ГАА) відносять аневризми діаметром 25 мм і більше - по даним нейровізуалізації. Клінічними проявами є – внутрішньочерепний крововилив, тромбоемболії мозкових артерій, мас-ефект. ГАА зустрічаються з частотою до 12% від загальної кількості інтракраніальних аневризм. ГАА відносяться до складних аневризм як для ендovasкулярного лікування, так і для мікрохірургії. З моменту застосування мікроскопу в нейрохірургії пройшло більше 50-ти років. При цьому техніка операцій на сьогоднішній день кардинально не змінилась. Складності для мікрохірургії є часті спайки аневризми з мозком, кальцинати в пришийковій області області аневризми, тромби в порожнині аневризми, а також ті аневризми, які знаходяться в задньому напівкульці кровообігу. З високим розвитком мікрохірургії в США, ще в 80-х роках, не дивлячись на вкрай малий досвід проведення нейрорадіологічних інтервенцій, домінували ендovasкулярні методи лікування даної патології. Як свідчить статистика (Endovascular therapy for intracranial aneurysms: a historical and present status review. Horowitz MB, Levy E, Kassam A, Purdy PD. Surg Neurol. 2002 Mar; 57(3):147-58), Київська школа домінувала як в кількісному, так і в якісному відношенню в порівнянні з західними колегами. В 1974 р. професор В.І. Щеглов вперше в світі виконав реконструктивне виключення ГАА з кровоплину, тим самим відкривши нові перспективи для ендovasкулярної нейрохірургії.

До ендovasкулярних методів лікування відносять балони, койлінг, койлінг з балон- або стент-асистенцією, імплантація потіскеровуючих систем.

Матеріали та методи. Проведений аналіз архівного матеріалу виявив, що ендovasкулярне лікування з приводу гігантських артеріальних аневризм пройшли 254 хворих. Проведено достовірний аналіз результатів лікування 190 хворого: 78 (41%) чоловіків та 112 (59%) жінок, середній вік хворих – 45,2 роки. Локалізація аневризм: мішкоподібні аневризми кавернозного відділу ВСА: 114 (60%); мішкоподібні аневризми супракліноїдного відділу ВСА: 70 (37%); фузиформні аневризми з гігантським компонентом кавернозно-супракліноїдного відділу ВСА: 6 (3%). Реконструктивне ендovasкулярне лікування за допомогою відокремлювальних балонів пройшли 73 хворих – 38,4%, деконструктивні втручання – 117 (61,6%) випадків (відокремлювальні балони), в трьох випадках виконано деконструктивні втручання і в двох реконструктивні з використанням відокремлювальних спіралей (з 2002 року). Окреме місце займають хворі, в яких використовувались потіскеровуючі системи – 47 хворих починаючи з 2013 року.

Результати та обговорення. У 70-80-ті роки, під час становлення методики, несприятливі результати лікування спостерігалися в 10% випадків. Частою проблемою були шемічні ускладнення. В 90-ті роки удосконалення відокремлювальних балонів призвело до зменшення кількості несприятливих результатів до 3%. З початку 2000-х років розроблені критерії відбору пацієнтів, які базувалися на індивідуальному підході до пацієнта, знизили кількість ускладнень до 0%. Застосування потіскеровуючих систем розширило групу оперованих хворих, проте ми знову зіткнулися з проблемами характерними для цієї методики. Кількість ускладнень складає 2%.

Висновки. Лікування гігантських та великих артеріальних аневризм залишається складним завданням. Досягнення

позитивного результату можливе при комплексній оцінці ангіоархітекτονіки аневризми (вибір оптимальної методики), стану колатерального кровотоку та соматичного статусу пацієнта.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ТА ВИБІР ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ЦЕРЕБРАЛЬНИХ АРТЕРІОВЕНОЗНИХ МАЛЬФОРМАЦІЙ

Щеглов Д.В., Чебанюк С.В., Свиридюк О.Є., Сидоренко О.Ф., Сельванюк Л.С.

ДУ «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейроентгенохірургії НАМН України», м. Київ

Мета. Визначити ефективні методи ендovasкулярного лікування артеріовенозних мальформацій (АВМ) головного мозку з урахуванням сучасних можливостей інтервенційної радіології.

Матеріали та методи. Обстежено та проведено ендovasкулярне лікування 349 хворих з церебральними АВМ, середній вік яких був 37 років, чоловіків - 198 (57%), жінок - 151 (43%). Всім хворим проводили комп'ютерну або магнітно-резонансну томографію, церебральну ангіографію, ультразвукове дослідження церебральних судин, електрокардіографію, лабораторні дослідження.

Результати та обговорення. Об'єм виключення мальформації з кровотоку склав: повністю 24%, субтотально - 66%, частково - 10%. Аналіз проведеного ендovasкулярного лікування показав, що вогнищевий неврологічний дефіцит в ранньому післяопераційному періоді був у 84 (24,1%) хворих, який регресував на момент виписки у 68 (80,9%). У 17 (4,9%) хворих в ранній післяопераційний період були геморагічні ускладнення. Летальні випадки у 11 (3,2%), як наслідок геморагічних ускладнень в ранній післяопераційний період, з них два випадки були пов'язані з фіксацією мікрокатетера в судинному руслі. В віддаленому післяопераційному періоді у 45,1% хворих судомні напади зникли, в 10,9% - рестрували ремісію від 2 до 7 років, в 15,5% - генералізовані напади змінювались на фокальні, в 16,1% зменшилась частота нападів. У 8,8% хворих змін не відбувалося. У 3,6% - частота нападів зростає, зростає передувала інтракраніальна геморагія. Повторні крововиливи у віддаленому періоді відбулися у 17 хворих.

Висновки. В сучасному лікуванні церебральних артеріовенозних мальформацій ендovasкулярний метод є високоефективним та відносно безпечним як самостійний метод, так і в структурі комбінованого лікування, що дозволяє отримати високі результати в ранній та пізній післяопераційні періоди.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ СКЛАДНИХ ЦЕРЕБРАЛЬНИХ АНЕВРИЗМ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЕКСТРАСАКУЛЯРНИХ МЕТОДИК

Щеглов Д.В., Загородній В.М., Конотолчик С.В., Коваленко О.П.

ДУ «Науково-практичний Центр ендovasкулярної нейроентгенохірургії НАМН України», м. Київ

Мета. Вивчити результати лікування хворих з артеріальними аневризмами (АА) судин головного мозку складної будови з використанням екстрасакрулярної техніки.

Матеріали та методи. Обстежено 92 хворих які були оперовані в Центрі з приводу АА - з використанням екстрасакрулярної техніки, які знаходилися на лікуванні в Центрі в період з 2011 по 2018 роки. В усіх цих випадках аневризми були виключені з використанням екстрасакрулярних методів. Чоловіків було 35 (38%), жінок - 57 (62%). Середній вік хворих - 50 років. В 74 (80,4%) випадках були виявлені мішководні аневризми, у 18 (19,6%) - фузиформні. За локалізацією в 57 (62%) випадках аневризми внутрішньої сонної артерії, в 15 (16,3%) - основної артерії, в 9 (9,8%) - середньої мозкової артерії, в 6 (6,5%) - хребцевої артерії, 3 (3,3%) - передньої мозкової та 2 (2,2%) - задньої мозкової артерії. В 88 (95,7%) випадках реконструктивне виключення, в 4 (4,3%) - деконструктивне. З метою лікування хворих ми використовували різноманітні стенти - потокоскеруючі (FRED (Microvention, США), Pipeline (ev3, США)), та протекційні стенти (Leo (Balt, Франція), Solitaire (Medtronic, США)), деконструктивні втручання - відокремлюючі спіралі.

Результати та обговорення. Проведено 92 оперативних втручань. Технічних проблем під час оперативних втручань не було. Ускладнення відмічене в одному випадку - виникла ішемія з подальшою трансформацією у геморагію. Летальність - 5 (5,4%) хворих. В трьох випадках загибель хворих внаслідок соматичної патології, у одному випадку, при аневризмі основної артерії, внаслідок мас ефекту аневризми, в одному - при аневризмі вертебральної артерії - внаслідок наростаючої ішемії в ВББ. Контрольне обстеження хворих в термін від 6 міс. до 3 років проведено 42 хворим, що становить 45,7%. Результати виключення аневризми оцінювали за шкалою Реймонда-Роя. Виключення 1 типу виявлено у 29 (69%) хворих, 2 типу - 4 (9,5%), 3 типу - 9 (21,4%). У 3 (7,1%) хворих з аневризмами ВСА був виявлений тромбоз материнської артерії, у 4 (9,5%) - стеноз артерії на рівні стента.

Висновки. Екстрасакрулярні ендovasкулярні методи лікування артеріальних аневризм судин головного мозку є ефективними та відносно безпечними, дозволяють розширити покази до ендovasкулярного лікування гігантських, частково тромбованих та веретеноподібних аневризм.

ТРАВМАТОЛОГІЯ ТА ОРТОПЕДІЯ

ВИКОРИСТАННЯ ДИНАМІЧНИХ І РИГІДНИХ ІМПЛАНТАТІВ У ЛІКУВАННІ ПОПЕРЕКОВОГО ОСТЕОХОНДРОЗУ: КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ І ВПЛИВ НА СУМІЖНІ СЕГМЕНТИ

Радченко В.О., Барков О.О., Перфільєв О.В.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків

Мета. Дослідити клініко-рентгенологічні особливості структурно-функціональних змін у суміжних хребтових рухових сегментах після їхньої стабілізації динамічними та ригідними імплантатами у хворих на поперековий остеохондроз.

Матеріали та методи. Матеріалом дослідження послужили результати лікування 70 хворих на поперековий остеохондроз. Пацієнтів розділили на дві групи: I – з динамічною м'якшевою фіксацією хребта, II – з ригідною транспедикулярною. Термін спостереження становив від 3 до 12 міс. після операції. Оцінювали зміну больового синдрому за шкалами ВАШ і Освестрі (ODI); рентгенологічні зміни в суміжних сегментах за допомогою рентгенометрії, КТ і МРТ; функціональні зміни у хребті за допомогою пристрою «Spinal Mouse». Отримані результати оброблено статистично.

Результати та обговорення. Рентгенологічне дослідження показало, що в разі динамічної фіксації з часом прооперований диск втрачає свою висоту, наглядно I_d, I_f, K_{dr} мали статистично значущі менші показники через рік у порівнянні з ригідною фіксацією. Тобто, динамічний імплантат виконує первинну стабілізацію після хірургічного усунення проблеми диска, а далі дегенеративні зміни в ньому набувають свого значення, оскільки рухомість в оперованому сегменті зберігається. У сегментах, які розташовані над та під зоною фіксації, значні дегенеративні зміни спостерігали через 12 міс. після ригідної фіксації. Оцінка результатів за ВАШ та ODI у лікуванні больового синдрому показала незначні переваги динамічної фіксації. Дослідження рухомості хребта виявили, що в разі динамічної фіксації вже на 3-й місяць після втручання сегменти поблизу зони втручання набувають обсягу компенсаційних рухів і з часом змінюються незначно, на відміну від ригідної фіксації, де обсяг рухів продовжує стабілізуватися тривалий час.

Висновки. Після стабілізації динамічними імплантатами процес дегенерації міжхребцевих дисків, суміжних до зони фіксації, перебігає значно повільніше.

ЕКСПРЕС-ОРТЕЗУВАННЯ В СИСТЕМІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ХРЕБТА

Диннік О.А., Тимченко І.Б., Голухова А.Г., Трубаєва Т.В., Ковбаса Т.К., Кузнєцов О.П.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків

За час більш ніж 110-річної історії існування інституту ім. проф. М.І. Ситенка в ньому завжди активно функціонували медико-технічні підрозділи, які створювали засоби протезно-ортопедичної техніки. Останні 53 роки такою структурою є лабораторія ортезування та біоматеріалів, яка вперше в Україні, на основі сучасних досягнень матеріалознавства, біомеханіки та фізіології, разом з клініцистами, створила та впровадила в широку практику застосування експрес-ортезів в системі лікування хворих з наслідками ушкоджень та захворювань хребта.

Мета. Віддзеркалення досвіду інституту в розробці конструкцій, технологій виготовлення та застосуванні ортезів указанного призначення, а також суті та результатів розробленого методу лікувально-профілактичного експрес-ортезування.

Матеріали та методи. Визначено: медико-технічні вимоги; обов'язковий перелік методик і тестів дослідження матеріалів для ортезування; технічні, технологічні та медичні показання до застосування полімерів. Для виготовлення ортезів були вибрані термопластичні полімерні матеріали, які дозволили створювати індивідуальні експрес-ортези без етапу гіпсових моделей, безпосередньо по тілу пацієнта, тобто експрес-методом – терміном від кількох хвилин до годин залежно від складності виробу. Клінічний матеріал складає не менше 5000 хворих.

Результати та обговорення. На основі модульного принципу побудови розроблено оригінальні конструкції та технології виготовлення ортезів нового покоління на шийний, грудний та поперековий відділи хребта. Створена система та алгоритм кількісної оцінки якості ортезування хворих, яка об'єктивно дозволяє знаходити раціональний компроміс між клінічною необхідністю, біомеханічною доцільністю дії ортеза на хребет та фізіологічною можливістю людини. Визначені показання до застосування ортезів з позицій клінічних особливостей, перебігу патології, достатності та етапності ортезування, які забезпечують та оптимізують їх лікувальну дію в системі комплексного лікування хворих.

Висновки. Отримані позитивні клінічні результати підтвердили ефективність прийнятих медико-технічних рішень.

ПЛАСТИКА КІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ У РАЗІ ПЕРВИННОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБА

Філіпенко В.А., Танькут О.В., Арутюнян З.А.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків

Мета. Проаналізувати результати первинного ендопротезування колінного суглоба за наявності дефектів кісток цієї ділянки.

Матеріали та методи. За період з 2011 по 2018 рр. проаналізовано 145 випадки операцій ендопротезування колінного суглоба, під час яких виконували пластику дефектів. Середній вік пацієнтів, серед яких було 52 чоловіки та 93 жінки, дорівнював 62 роки (від 45 до 75). У разі кісткових дефектів у ділянці колінного суглоба розміром менше ніж 1 см глибиною пластику виконували кістковим цементом (28 пацієнтів), більше ніж 1 см — здійснювали за допомогою армування кістковим цементом і шурупами (12 хворих). Аутотрансплантат використано за наявності достатньої кількості кісткової тканини після резекції суглобових поверхонь (48 пацієнтів) або виконано алопластику трансплантатами (18 осіб). У випадку значних кісткових дефектів у ділянці колінного суглоба виконували ендопротезування з великомолекулярним або стегновим стемом (28 пацієнтів), а за умов неспроможності бокових зв'язок і важких деформацій використовували для ендопротезування ревізійної конструкції (11 хворих).

Результати та обговорення. Середня тривалість спостереження становила 3,5 року (від 1 до 7). Стан суглоба за шкалами Лекена і Womac після операції покращився. Не було жодного випадку міграції компонентів і остеолізу. Відзначено один випадок поверхневої інфекції.

Висновки. правильний вибір методики пластики кісткових дефектів у ділянці колінного суглоба дозволяє досягти гарних результатів ендопротезування колінного суглоба.

РЕВІЗІЙНЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Філіпенко В.А.¹, Мезенцев В.О.²

¹ ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків

² Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Мета. Покращити результати ревізійного ендопротезування кульшового суглоба шляхом обґрунтування способів пластики кісткових дефектів та вибору оптимальних імплантатів.

Матеріали та методи. В період з 2000 до 2019 року проведено 304 операції з реендопротезування кульшового суглоба (112 хворих – нестабільність тазового компоненту, 44 – ніжки, 104 – обох компонентів, 44 ревізії із заміни пар тертя). Для оцінки кісткових дефектів кульшової западини та стегнової кістки при реендопротезуванні кульшового суглоба використовували класифікації Paprosky.

Результати та обговорення. Позитивні результати реендопротезування кульшового суглоба були одержані у 87% хворих. Для забезпечення успіху реендопротезування кульшового суглоба необхідним є відновлення центру ротації кульшового суглоба з реконструкцією (за можливістю) анатомії кульшової западини і стегнової кістки, адекватна первинна фіксація компонентів ендопротеза у кістковій тканині та створення умов для їх вторинної біологічної адаптації. Як умова виконання попередніх вимог – пластика кісткових дефектів, що виникли внаслідок неадекватної первинної операції, зношення пари тертя, нестабільності попередньої конструкції, інфекційних ускладнень та видалення ендопротеза, інших причин (із використанням кісткових алло-, аутотрансплантатів, штучних замісних матеріалів небіологічного походження, металевих аугментів); ретельний вибір оптимальної конструкції ревізійного ендопротеза.

Висновки. Необхідно максимально наблизитися до відновлення анатомії і біомеханіки пошкодженого суглоба. Це вимагає адекватної кісткової пластики, наявності широкого арсеналу як первинних, так і спеціалізованих ревізійних конструкцій.

ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА В РАЗІ НАСЛІДКІВ ЙОГО УШКОДЖЕНЬ

Корж М.О., Бондаренко С.Є., Підгайська О.О.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків

Мета. Дослідити ефективність розроблених методик ендопротезування кульшового суглоба за умов наслідків його травм.

Матеріали та методи. Досліджено результати лікування 87 пацієнтів із наслідками травм ділянки кульшового суглоба, яким виконано його ендопротезування. Пацієнтів за діагнозом розподілено на 5 груп: хибний суглоб на рівні шийки стегнової кістки; хибний суглоб на рівні вертлюгової ділянки стегнової кістки; посттравматичний асептичний некроз головки стегнової кістки; посттравматичний коксартроз; застарілий невправлений переломовивих у кульшовому суглобі. Застосовували такі методики: ущільнення остеопоротичних стінок кульшової западини за допомогою аутотрансплантатів або гранул біфазної кераміки, реконструкцію посттравматичних дефектів стінок кульшової западини з відновленням центру обертання в кульшовому суглобі, двоетапне лікування з використанням апарата зовнішньої фіксації в разі дислокації проксимального відділу стегнової кістки вгору або в порожнину таза за умов наслідків невправлених переломовивихів у кульшовому суглобі, диференційоване використання подовжених ніжок у разі хибних суглобів на рівні шийки або вертлюгової ділянки стегнової кістки.

Результати та обговорення. Функціональний стан кульшового суглоба за шкалою Harris підвищився в усіх групах у терміні спостереження до 12 років від (51,9±6,2) до (58,3±2,7) балів. Загальний відсоток виконання ревізійних хірургічних втручань у досліджувані терміни склав 2,3% випадків, а виживаність компонентів ендопротеза щодо асептичної нестабільності — 100%.

Висновки. Розроблені методики ендопротезування кульшового суглоба в разі наслідків його травм є ефективними та доцільними для використання в клінічній практиці.

ОЦІНКА НЕГАТИВНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ПІСЛЯ ДЕНЕРВАЦІЇ ПОПЕРЕКОВИХ ДУГОВІДРОСТКОВИХ СУГЛОБІВ

Продан О.І., Радченко В.О., Сіренко О.А.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків

Починаючи з Mooney V. та Robertson J. для діагностики та лікування спондилоартралгії використовують інтраартикулярні блокади дуговідросткових суглобів (ДВС) та блокади медіальних гілочок задніх гілок спинномозкових нервів. Спондилоартроз й на сьогодні зберігає значущість, є найбільш частю причиною больових синдромів та призводить до ранньої непрацездатності великої кількості людей переважно працездатного віку. Одним із найбільш ефективних методів лікування спондилоартрозу при неефективності консервативної терапії є денервація дуговідросткових суглобів (Радченко В.О., 1986).

Мета. Дослідити негативні результати після денервації поперекових ДВС.

Матеріали та методи. Ретроспективний аналіз результатів лікування, помилок та ускладнень проведено за протоколами вивчення медичної документації 99 пацієнтів, яким денервацію ДВС виконано до 2002 р., тобто до початку нашого дослідження. Денервацію ДВС виконували за методикою Mooney V. (1976), яку вдосконалив Радченко В. О. (1988).

Всі хворі поділені на декілька підгруп в залежності від діагнозу.

Результати та обговорення. Для з'ясування можливих ускладнень та помилок денервації ДВС, які впливають на результат лікування, проведено більш детальний аналіз післяопераційного періоду. Стийке неповне усунення спондилоартралгії пов'язане, за нашими даними, з неповною денервацією всіх болючих ДВС, яке супроводжується або реіннервацією, або формуванням невром. Наші експериментальні дослідження показали, що формування невром починається з 10–30 доби після електрокоагуляційної руйнації нерва, а ознаки реіннервації нервових волокон з'являються ще пізніше. Більш того, частковий рецидив болю через формування невром або реіннервації ДВС може бути тільки після певного досить тривалого періоду повної перерви провідності нерва та повного анестезуючого ефекту. Тому, єдиною причиною часткового збереження болю після операції є неповна денервація всіх болючих ДВС.

Висновки. Реіннервація пов'язана з недостатньою точністю підведення активного кінчика електрода до медіального гілочки задньої гілки спинномозкового нерва, топографія якої часто змінюється у пацієнтів з деформаціями поперекового відділу хребта (спондилістез, сколіоз та ін.), або з рубцево-спайковими процесами після попередніх оперативних втручань.

РЕМОДЕЛЮВАННЯ ХРЕБТОВОГО КАНАЛУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ВИБУХОВИХ ПЕРЕЛОМІВ ГРУДНОГО ТА ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛІВ ХРЕБТА

Радченко В.О., Понусьшак К.О., Тесленко С.О.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків

Мета. Оцінити розміри хребтового каналу та динаміку неврологічної симптоматики при хірургічному лікуванні вибухових переломів грудного та поперекового відділів хребта.

Матеріали та методи. Загальна кількість хворих з травматичними ушкодженнями грудного та поперекового відділів хребта складала 99 хворих. Було проведено ретроспективне дослідження історій хвороби: дані клінічного обстеження, комп'ютерно-томографічних досліджень, до та після лікування.

Аналізували хворих з неускладненими і ускладненими вибуховими переломами грудного та поперекового відділів хребта, які отримували хірургічне лікування із застосуванням задньої короткої транспедикулярної фіксації, задньої довгої транспедикулярної фіксації з ламінектомією і без ламінектомії, комбінованого передньо-заднього спондилодезу на 3600 та трьохколонної реконструкції хребта із заднього доступу.

Результати та обговорення. Середня величина корекції стенозу хребтового каналу в групі хворих з короткою шестигвинтовою фіксацією складає 8,25% і досягає свого максимуму через рік і більше після повної перебування кісткової тканини. В групі з восьмигвинтовою фіксацією, загальний середній ступінь розмірів хребтового каналу склав 44,9%, середній ступінь хребтового каналу після операції – 37,35%. Відновлення просвіту хребтового каналу за рахунок природного ремоделювання складало 21,55%. Стеноз хребтового каналу, в групі де використовувався метод передньо-заднього спондилодезу, до операції склав 63,5%, а в групі хворих де застосовувався метод трьохколонної реконструкції хребта із заднього доступу ступінь стенозу хребтового каналу досяг 96%.

Висновки. У хворих з ускладненими ушкодженнями у вигляді повного порушення провідності спинного мозку або корінців кінського хвоста типу А – нижньої параплетії, яка виникла безпосередньо в момент травми, неврологічна симптоматика була найбільш тяжка і в ранньому післяопераційному періоді не змінювалась. Хворі з частковою неврологічною симптоматикою типу В, С, D за шкалою ASIA в разі хірургічного лікування можуть мати сприятливий результат. Хворі з більш тяжкою неврологічною симптоматикою типу В, С мають найбільш ефективне відновлення протягом року і більше. Хворі з неврологічною симптоматикою типу D найбільш ефективно відновлюються в перші два тижні після операції, а подальше поступове відновлення протікає протягом року.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДИСПЛАСТИЧНОГО КОКСАРТРОЗУ В ДОРОСЛИХ

Танькунт В.О., Жигун А.І., Нестеренко О.С.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків

Мета. Ретроспективний аналіз реконструктивно-відновних операцій та операцій ендопротезування кульшового суглоба за умов диспластичного коксартрозу в дорослих.

Матеріали та методи. Проаналізовано 336 історій хвороби пацієнтів, яким виконано реконструктивно-відновні операції на кульшовому суглобі, та 1 156 історій хвороби після ендопротезування кульшового суглоба в разі диспластичного коксартрозу в дорослих за 1980-1990 рр. Середній вік контингенту хворих становив 52,7 року.

Результати та обговорення. Складність лікування диспластичної патології кульшового суглоба полягає у відновленні анатомічних взаємовідношень суглоба як під час виконання реконструктивно-відновних операцій, так і під час його ендопротезування. Ретроспективний аналіз реконструкції суглоба дозволяє відновити його статико-динамічну функцію на строк до 5-8 років, а в деяких випадках – до 10-15 років. Із часом стан суглоба погіршується через прогресування дистрофічних змін, відновлюється больовий синдром, що спонукає до ендопротезування. За умов високого (Stowe IV) вивиху головки стегна, більш ніж 4 см, операцію ендопротезування кульшового суглоба виконуємо у 2 етапи – низведення головки стегнової кістки до рівня анатомічної кульшової западини за допомогою апарата зовнішньої фіксації «таз-стегно» для запобігання тракційного ушкодження сідничного нерва та тромбоемболії з наступним ендопротезуванням кульшового суглоба.

Висновки. Аналіз реконструктивно-відновних операцій на кульшовому суглобі в разі диспластичного коксартрозу показав хороші результати у 18% через 10 років. Через прогресування дистрофічних змін у суглобі ці пацієнти потребують ендопротезування. Ендопротезування кульшового суглоба в разі диспластичного коксартрозу в терміні спостереження до 10 років у 85% хворих дає хороші та задовільні результати.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЇ ХРЕБТА ТА СУГЛОБІВ ВНАСЛІДОК ВОГНЕПАЛЬНИХ УШКОДЖЕНЬ

Вирва О.Є.¹, Танькунт В.О.¹, Шевченко О.Г.¹, Кабаненко І.В.², Рикун М.Д.¹

¹ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків

²Український науково-дослідний інститут протезування, протезобудування та відновлення працездатності, м. Харків

Мета. Розробити комплекс медико-організаційних заходів, спрямованих на покращення результатів реабілітації та зниження показників інвалідності внаслідок вогнепальних ушкоджень хребта та суглобів.

Матеріали та методи. Проаналізовано дані щодо інвалідності внаслідок вогнепальних травм опорно-рухової системи (ОРС) за 2014-2016 рр., одержані з 13 регіонів України. Вивчено показники реабілітації 144 осіб з інвалідністю внаслідок вогнепальних травм ОРС. Проаналізовано ефективність заходів медичної реабілітації на прикладі 20 хворих, які отримали лікування у ДУ «ІПХС ім. проф. М.І. Ситенка НАМН» та в УкрНДІпротезування.

Результати та обговорення. Понад половини осіб з інвалідністю внаслідок вогнепальних травм ОРС складають хворі з ушкодженнями хребта та суглобів. Через рік після первинного встановлення групи інвалідності показник сумарної реабілітації серед хворих із зазначеною патологією склав 6,90%, не вдалося реабілітувати 93,10% осіб. Розроблено науково обґрунтований комплекс медико-організаційних заходів, спрямованих на покращення результатів реабілітації та зниження показників інвалідності внаслідок вогнепальних ушкоджень хребта та суглобів, у якому передбачено п'ять стратегічних напрямків вирішення проблеми.

Висновки. Впровадження розробленого комплексу медико-організаційних заходів, спрямованих на покращення результатів реабілітації та зниження показників інвалідності внаслідок вогнепальних ушкоджень хребта та суглобів, у практику роботи закладів охорони здоров'я сприятиме підвищенню ефективності реабілітації та покращенню якості життя хворих і осіб з інвалідністю із зазначеною патологією.

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ СУГЛОБІВ В СИСТЕМІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗЛОЯКІСНИМИ ПУХЛИНАМИ КІСТОК

Вирва О.Є., Шевченко І.В., Малик Р.В., Головіна Я.О.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків

Мета. Аналіз результатів лікування пацієнтів з пухлинними ураженнями довгих кісток кінцівок, яким проводилися органозберігаючі оперативні втручання з модульним ендопротезуванням дефектів кісток у системі комплексного лікування.

Матеріали та методи. 328 пацієнтів із злоякісними пухлинами кісток кінцівок, за період спостереження 2001-2018 рр. Середній вік пацієнтів склав 38,0±18,1 р. (8-75 р.). Оцінка функціональних результатів після виконання модульного ендопротезування дефектів довгих кісток пацієнтам проводилася згідно шкал MSTS (Musculo-Skeletal Society Tumour Score) і TESS (Toronto Extremity Salvage Score).

Результати та обговорення. Середній період спостереження пацієнтів склав 44,6 місяців (6-132 міс.). Показник 5-річного безрецидивного перебігу склав 71,4%. 5-річна загальна виживаність пацієнтів склала 77,9%. Загальний показник шкали MSTS в середньому склав - 76% ± 16%, середній показник шкали - TESS - 79%±15%. Згідно градаціям функціональні результати були таким чином: відмінний результат спостерігався у 65,4% випадків, хороший - 10,7%, середній - 10,7%, задовільний - 6,6%, незадовільний - 6,6%.

Висновки. Модульне ендопротезування є методом вибору заміщення післярезекційних дефектів при хірургічному лікуванні злоякісних пухлин довгих кісток кінцівок. Виконання модульного ендопротезування в системі комплексного лікування дозволяє в ранні терміни відновити функцію опори та ходьби, отримати хороші ортопедичні функціональні результати і продовжувати спеціальне лікування онкологічної патології.

ОНКОЛОГІЯ

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАННЕГО РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Абдуллаев Р.Я., Поздняков С.А., Сусун Л.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Цель. Изучить качественные и количественные эхографические симптомы раннего рака эндометрия.

Материалы и методы. Обследовано 87 женщин в пре- и постменопаузе с гистологически верифицированным диагнозом РЭ. В 11 (12,6%) случаях диагностирована I-A стадия РЭ, в 59 (67,8%) – I-B стадия, в 17-ти (19,6%) – I-C стадия РЭ. Среди обследуемых в возрасте до 39 лет были 6 женщин, 40-49 лет – 31, 50-59 лет - 37, 60-69 лет – 12, старше 70 лет – 1. Количество женщин в репродуктивном возрасте было 31, а в менопаузе – 56. Средний возраст пациенток при РЭ составлял 56,7±6,3 лет.

Результаты и обсуждение. Среди женщин репродуктивного возраста наиболее значимыми эхографическими симптомами РЭ были: увеличение толщины, мелкоячеистая структура эндометрия, нечеткость и неровность наружного контура М-эхо, размытость границы эндометрия и миометрия, увеличение эндометриально-маточного индекса, а также количества цветových сосудистых сигналов в эндометрии по мере нарастания стадии рака в режиме энергетического доплера. Для женщин в менопаузе основными ультразвуковыми симптомами РЭ были наличие жидкости в полости матки в сочетании с пристеночными сосочковидными разрастаниями, неравномерное утолщение эндометрия, регистрация кровотока в субэндометриальной зоне. У 58 (66,7%) пациенток с раком эндометрия толщина М-эхо варьировала в пределах 16-25 мм ($p < 0,05$), у 17 (19,5%) больных – 6-15 мм и у 12 (13,8%) была более 25 мм. Контур эндометрия были четкими у 21 (24,1%) и нечеткими у 66 (75,9%) женщин ($p < 0,05$), ровными у 23 (26,4%) и неровными – у 64 (73,6%) пациенток. Структура опухоли была однородной у 28 (32,2%) и неоднородной у 59 (67,8%) больных. Снижение эхогенности эндометрия диагностировалось у 52 (59,8%) ($p < 0,05$), а повышение – у 35 (40,2%) женщин. Жидкость в полости матки определялась у 36 (41,4%) женщин, причем у 24 из них в менопаузе ($p < 0,05$). Инвазия в мышечный слой при раке эндометрия составила у 59 (67,8%) больных до ½ толщины миометрия, у 17-ти (19,6%) - более ½ толщины, и у 11 (12,6%) пациенток она не была диагностирована. При раке эндометрия пиковая систолическая скорость кровотока у 51 (58,6%) больных была менее 35 см/с, у 32 (36,8%) женщин колебалась в пределах 35-55 см/с ($p < 0,05$) и у 4 (4,6%) пациенток превышала 55 см/с. Индекс периферического сопротивления кровотоку (IP) у 55 (63,2%) больных превышал 0,65, у 27 (31,0%) пациенток колебался в пределах 0,5-0,65 и у 5 (5,7%) был менее 0,50 ($p < 0,05$).

Выводы. Комплексная трансвагинальная эхография является высокоинформативным методом диагностики рака эндометрия на ранних стадиях. Наиболее значимыми эхографическими симптомами рака эндометрия у женщин репродуктивного возраста являются: неоднородность внутренней структуры, нечеткость, неровность наружного контура, увеличение толщины М-эхо и интенсивности васкуляризации эндометрия, у женщин в менопаузе - наличие жидкости в полости матки с пристеночными сосочковидными разрастаниями, регистрация сосудистых сигналов в субэндометриальной зоне.

THE LOCAL SPREAD OF CERVICAL CANCER ASSESSING BY ELASTOGRAPHY

Olha Bakaj, Tetiana Golovko

National Cancer Institute, Kyiv

For assessment of the extent of tumor local invasion at cervical cancer (CC), first of all, clinical data should be taken into account, as regions with tumor infiltration differ by their elasticity from unmodified tissues. However, clinical assessment of elasticity is subjective. Perspective in this respect could be elastography (EG), which allows to measure tissue elasticity.

Objective. Increasing the effectiveness of ultrasound diagnostics of cervical cancer by use of elastography.

Materials and methods. The study included 120 patients with CC. The distribution by stages of CC: cancer in situ - in 4 patients, IA stage - in 15, IP - 18, IIA - 18, IIB - 14, IIIA - 5 IIIB - 37, IV - 9 patients. Tumor surgical removal was carried out at 62

patients; 58 patients obtained only conservative therapy. Control group included 30 healthy women. Complex ultrasound diagnostics of patients was performed using compression EG. Sonoelastographic data were compared with morphological results. For verification sonoelastographic data of patients who received only conservative treatment, the results of MRI were used as a reference method. Statistical analysis was performed using Wilcoxon and McNemar tests.

Results. Our investigation demonstrated significant differences of cervix tissues elasticity in norm and with CC according to the EG data. At the absence of neoplastic processes and at the 0-IA stages of CC cervix remains flexible in 98.0% of cases. On the contrary tumors in patients with CC IB-IV stages in 70.2% of cases had a high rigidity.

Areas of CC tumor invasion into the parametrium had very high rigidity which allowed their differing from the unaltered elastic tissues. Thus, the use of EG increased sensitivity of ultrasound diagnostics for the determining of tumor invasion into the parametrium from 77.2 to 86.8%, specificity - from 84.1 to 88.0%, accuracy - from 80.8 to 87.5% ($p < 0,05$).

Conclusions. The use of EG did not improve the detection of CC in the early stages, but significantly increased effectiveness of ultrasound diagnostics for the determining of tumor invasion into the parametrium

Keywords: cervical cancer, tumor invasion into the parametrium, ultrasound diagnostics, elastography.

ХІРУРГІЯ ПЕЧІНКИ ПРИ МЕТАСТАТИЧНОМУ КОЛОРЕКТАЛЬНОМУ РАКУ: ЗНЯТТЯ ОБМЕЖЕНЬ

Бурлака А.А., Шудрак А.А., Колеснік О.О.

Національний інститут раку, м. Київ

Мета. Ефект ішемії-реперфузії (I/P) в печінці найчастіше виникає при виконанні великих та розширених резекцій печінки, зокрема при оклюзії притоку крові маневром Прінгла (МП), тотальній оклюзії притоку та відтоку. Навіть при відсутності оклюзії портального притоку крові, оксигенація печінки значно знижується під час мобілізації/ретракції органу та його підготовки до трансекції паренхіми, що призводить до додаткового пошкодження та загибелі гепатоцитів. Печінка із фіброзом, стеатозом в умовах токсичного пошкодження хіміотерапією (ХТ) є більш чутливою до пошкоджуючого впливу I/P. На тваринних моделях доведено, що пошкодження внаслідок МП та I/P під час резекції печінки призводить до дисфункції гепатоцитів, наростання рівня прозапальних цитокінів та матриксних металопротеїназ в оперованій печінці, в подальшому може стимулювати прогресування мікрометастазів карциноми мКРР.

Матеріали та методи. Дослідження передбачало проведення ретроспективного аналізу впливу методології виконання резекцій печінки на прогноз виживаності хворих мКРР. Проводився аналіз клінічних даних за останні 10 років із архіву історій хвороби та Канцер реєстру на базі Національного інституту раку.

Результати та обговорення. Медіана виживаності хворих склала 25,61±5.2 міс., 24,07±4.7 міс., 14,03±2.9 міс. та 27,87±9.4 міс. відповідно для груп А (IOP+), В (IOP-), В (IOP+) та А (IOP-) відповідно ($p=0,03$). Таким чином, хворі на мКРР що були оперовані із застосуванням МП та які мали IOP в післяопераційному періоді мали достовірно найгірший онкологічний прогноз.

Висновки. Отримані власні результати свідчать про негативний вплив застосування маневру Прінгла на виживаність хворих мКРР. Ішемія оперованої печінки може бути новим фактором онкологічного прогнозу та індикатором якості хірургічного лікування. Вважаємо за необхідне проаналізувати групу хворих мКРР що були оперовані із застосуванням модифікованого МП, а також вивчити проблему впливу патологічного ефекту ішемії/реперфузії на ініціацію пухлинного росту в умовах рандомізованого дослідження.

ПАРАМЕТРИЧНИЙ ПІДХІД ДО АНАЛІЗУ ДАНИХ МРТ ДЛЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Фаларін Б.І.

Клініка «БОРИС», м. Київ

Мета. На основі аналізу даних літератури та результатів власних досліджень порівняти ефективність сучасних методів, що використовуються при МРТ дослідженні передміхурової залози (ПЗ), для диференційної діагностики новоутворень ПЗ.

Матеріали та методи. Стандартний протокол МР-дослідження включає отримання T1-, T2-зв'язаних зображень (T133, T233, та зображень, зв'язаних по коефіцієнту дифузії (D33)), T133 з динамічним контрастуванням із застосуванням Gd-вмістної контрастної речовини (КР), а також МРС-дослідження із застосуванням імпульсної послідовності CSISTEAM для побудови карти розподілу основних метаболітів ПЗ.

Результати та обговорення. Доведено, що T233 не володіють високою специфічністю для можливості диференціювання морфологічно подібних, але відмінних за природою новоутворень ПЗ. За допомогою T233 неможливо диференціювати зміни в тканині ПЗ, викликані інтраепітеліальними неопластичними та запальними процесами, простатитом, та реакцією тканин на проведену раніше біопсію. Комбінація T233 та D33 суттєво збільшує чутливість та специфічність діагностики новоутворень ПЗ. На основі карти вимірюваних коефіцієнтів дифузії (ВКД) виявлено достовірне зменшення ВКД із ростом ступеню анаплазії новоутворення. Для ділянок запальних захворювань ПЗ, та вогнищ запалення доброякісної гіперплазії ПЗ характерно підвищення значень ВКД ($\geq 1000^*10^{-3}$ мм²/с), а для тканини новоутворень – зменшення значень ВКД ($\leq 600^*10^{-3}$ мм²/с). Виявлено, що по T133 неможливо диференціювати ДПЗ, простатит та

новоутворення ПЗ. По Т133, отриманим до та після в/в КР, можливо провести диференційну діагностику, та кількісно охарактеризувати ступінь злоякісності новоутворень. Із аналізу карти розподілення основних метаболітів: цитрату, креатиніну, холіну, ліпідів та лактату можливо зробити висновок про ступінь злоякісності новоутворення та оцінити ефективність проведеної терапії.

Висновки. На основі аналізу даних, отриманих вищезазначеними методами, можливо побудувати принципово новий параметричний підхід до аналізу МР-зображень, що суттєво збільшує чутливість та специфічність діагностики новоутворень ПЗ.

МІСЦЕ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ В АЛГОРИТМІ ДІАГНОСТИКИ СІАЛОЛІТАЗУ ВЕЛИКИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Головко Т.С., Філіпський Анд.В., Філіпський Ант.В.

Науково-дослідне відділення променевої діагностики Національного інституту раку, м. Київ
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Львівського національного медичного
університету ім. Данила Галицького, м. Львів

Кафедра променевої діагностики факультету післядипломної освіти
Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, м. Львів

Мета. При сіалолітазі конкременти в підщелепових залозах складають до 85% від усіх виявлених у ВСЗ. Переважно візуалізується одиничний конкремент, тоді як множинні є в 25% пацієнтів. Найчастіше надають перевагу рентгенологічним методам обстеження. Найінформативний метод діагностики конкрементів ВСЗ — ультразвукографія (УСГ), яка через поліпозиційність сканування визначає кількість, локалізацію та щільність конкрементів. Необхідно визначити можливості УСГ в діагностиці сіалолітазу та на основі отриманих даних, розробити показання до проведення відповідного лікування.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати УСГ обстеження 38 хворих з ознаками сіалолітазу віком від 24 до 58 років. У 18 випадках перед УСГ була проведена рентгенографія. Було використано огляд у В-режимі та доплерографію для вивчення кровоплину.

Результати та обговорення. При УСГ виявлено конкременти у внутрішньозалозистій частині протоку у 24 (63%) пацієнтів, у позазалоазистій частині протоку у 8 (21%) пацієнтів та одночасно як у внутрішньо-, так і в позазалоазистій частині протоку у 6 (16%) пацієнтів. Ознаками сіалолітазу були гіперехогенне включення в протоці, яке стало причиною обструкції, та розширення протоку проксимальніше конкременту. В 37 (97%) пацієнтів конкременти були виявлені в підщелепових залозах і лише в одного в привушній залозі. У 30 (79%) випадках конкременти були високої щільності, що при УСГ виявлялось акустичною тінню позаду. У 8 (21%) випадках конкременти були низької щільності (рентгенконтрастні). У 7 (18%) випадках сіалолітаз супроводжувався запаленням протоки (сіалодохит) та сіалоаденітом.

Висновки. Важливим етапом діагностики є точне підтвердження наявності, визначення локалізації та щільності конкременту, що визначає тактику лікування. УСГ чітко відповідає цим критеріям, оскільки, при конкременті в позазалоазистій частині протоку проводиться видалення конкременту. У випадку конкременту у внутрішньозалозистій частині протоку рекомендовано екстерпацію залози.

ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ ЕФЕКТУ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВИКОРИСТАННІ РІЗНИХ ПІДХОДІВ ДО МР-РЕСТАДІЮВАННЯ ПРИ МІСЦЕВО РОЗПОВСЮДЖЕНИХ ФОРМАХ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

Ганіч О.В., Махмудов Д.Е., Поляченко А.І.

Національний інститут раку, м. Київ

Мета. В цьому дослідженні ми порівнюємо діагностичну ефективність загальноприйнятого підходу до МР-рестадіювання місцево розповсюджених форм раку прямої кишки (mTRG) у порівнянні з розробленим нами методом, що базується на оцінці шкали сірого на T2 зважених зображень за допомогою розробленого програмного забезпечення (EmTRG).

Матеріали та методи. Протягом 2016-2017 років, 74 пацієнти з первинно виявленим місцево розповсюдженим раком прямої кишки (МРРПК) (mT3mrf+-N1-2M0) були включені в дослідження. Всі пацієнти пройшли курс неoad'ювантної хіміопроменевої терапії (НАХПТ), зі сумарною дозою 50,4 Гр у комбінації з Капецитобіном, з послідуочим оперативним лікуванням. Через 8-10 тижнів після закінчення курсу НАХПТ, всі пацієнти пройшли МРТ обстеження з оцінкою ефекту НАХПТ з використанням mTRG та EmTRG. МР-дані зрівнювались з даними патогістологічного дослідження післяопераційного матеріалу (за шкалою Дворака).

Результати та обговорення. Серед включених пацієнтів випадків прогресії не зустрічалося. Повну відповідь (pTRG 5) зустрічалася в 6 (7%) випадках, pTRG 4 – у 10 (13%) випадках, pTRG 3 – у 20 (26%) випадках, pTRG 2 – у 24 (37%) випадках, pTRG 1 – у 10 (13%) випадках, pTRG 0 – у 4 (4%) випадках. У 12 (16%) випадках зустрічалась повна радіологічна відповідь за даними mTRG та у 8 (11%) випадках – за даними EmTRG. mTRG 4 зустрічалась у 20 (27%) випадках, та у 12 (16%) за даними EmTRG. mTRG 3 – у 12 (15%), та у 18 (24%) випадках за даними EmTRG. mTRG 2 – у 10 (13%) випадках, та у 22 (31%) випадках за даними EmTRG. mTRG 1 – у 14 (22%) випадках та у 10 (14%) за даними EmTRG. mTRG 0 – у 6 (7%) випадках та у 4 (4%) за даними EmTRG.

Висновки. EmTRG може бути перспективним інструментом в оцінці ефекту нелад'ювантної терапії при місцево розповсюдженому раку прямої кишки і потребує послідуочого вивчення.

МОЖЛИВОСТІ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ В ОЦІНКІ ЛІКУВАННЯ МІСЦЕВО ПОШИРЕНОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

Гаврилюк О.М.

Національний інститут раку, м. Київ

Мета. Оцінити ефективність променевиx методів в моніторингу лікування хворих на місцево поширений рак сечового міхура (PCM).

Матеріали та методи. Результати обстежень та лікування 80 хворих на місцево поширений (Т3в-Т4) та метастатичний PCM (N1-3 або M1) до та під час курсу неoad'ювантної хіміотерапії (НХТ). Всім пацієнтам проведено комплексну променеву діагностику за допомогою ультразвукової діагностики (УЗД), мультidetекторної комп'ютерної томографії (МДКТ), магнітно-резонансної томографії (МРТ) з використанням стандартних та модифікованих протоколів. Перспекцію первинної пухлини оцінювали по критеріям оцінки відповіді солідних пухлин на терапію – Response Evaluation Criteria in Solid Tumors (RECIST).

Результати та обговорення. Після обстеження 80 (100,0%) пацієнтів, у 8 (10,0 %) первинна пухлина була в межах м'язового шару але з ознаками метастазування, у 66 (83,8%) розповсюджувалася через усі шари стінки сечового міхура з початковою інфільтрацією, у 5 (6,2 %) хворих розповсюджувалася до стінок тазу. У 24 (30,0 %) виявлено поширення на передміхурову залозу, передню стінку півхи – 42 (52,5 %) випадках. Регіонарне метастазування було виявлено в 59 (73,7%) та віддалене метастазування в 8 (10,0%) випадках. Після контрольного комплексного обстеження в процесі НХТ виявлено: стабілізація спостерігалась в 32 (40,0%), прогресія виявлена в 5 (6,2%), у 42 (52,5 %) випадках часткова регресія. Повної регресії пухлини не спостерігали. Діагностична ефективність (чутливість, специфічність, точність) променевиx методів дослідження при місцево поширеному PCM склала відповідно: для УЗД – 73,4; 66,7; 83,8 %; для МДКТ – 92,8; 96,4; 92,8 %; для МРТ – 99,2; 98,4; 98,2 %. Діагностична ефективність у визначенні ураження лімфатичних вузлів склала: для МДКТ – 91,3; 95,2; 50,0 %; для МРТ – 91,3; 94,7; 75,0 %. Показники діагностичної ефективності Т2 та Т2+Д3 режимів у визначенні оцінки ефективності НХТ склали для Т2 – 76%, 75% та 76% відповідно, для Т2+Д3 – 84%, 69%, 77%.

Висновки. Ефективний моніторинг відповіді на НХТ хворих на місцево-поширений (PCM) можливий з використанням МРТ та МДКТ.

МОЖЛИВОСТІ МРТ В ДІАГНОСТИЦІ МІСЦЕВО РОЗПОВСЮДЖЕНОМУ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Коровіна А.С, Смакова М.С.

Національний інститут раку, м. Київ

Мета. Визначення ефективності МРТ в уточненні діагностики раку шийки матки шляхом первинного обстеження пацієнтів та перебігу захворювання.

Матеріали та методи. Проведена МРТ 80 пац. з встановленим діагнозом аденокарцинома шийки матки. Був попередньо проведений курс променевої хіміотерапії та контрольна МРТ для виявлення динаміки процесу. Прооперованим 30 пац. з метою виявлення перебігу захворювання проведено контрольне МРТ.

Результати та обговорення. Діагноз аденокарцинома верифікований морфологічно у 80 пацієнтів, при кольпоскопії с подальшим морфологічним підтвердженням. У 80 пац. (100%) спостерігалось нерівномірне потовщення стінок шийки матки, пухлинне заміщення ендощервікса; у 20 пац. (25%) ознак порушення цілісності поверхневого шару та інвазії жирової клітковини не відмічалось; у 40 пац. (50%) пухлина поширювалась тільки на парацервікальну жирову клітковину; у 20 пац. (25%) відмічалась інвазія органів малої миски. З 80 (100%) пац. в 40 пац.(50%) виявлено метастазування в заочеревенні лімфатичні вузли та в кістки тазу.

Висновки. МРТ є високоінформативним методом променевої діагностики у визначенні поширення раку шийки матки та оцінки ефективності проведеного лікування.

КОМПЛЕКСНА ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ ІМУНОГІСТОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ

Крахмальова А.С., Крахмальова Л.П., Мотузюк І.М.

Національний інститут раку, м. Київ

Матеріали та методи. Проаналізовані результати обстежень 809 жінок віком від 17 до 80 років, що звернулись до Національного інституту раку зі скаргами на утворення в грудній залозі, що пальпуються, протягом 2016-2019 років. Комплексну променеву діагностику проводили у 4 етапи. I етап - жінкам молодше 40 років виконували ультразвукове обстеження (338 випадків-41,7%), а 471 жінці (58,2%) старше 40 років - рентгенографію грудних залоз. II етап – усім пацієнткам виконували ультразвукове обстеження з кольоровим картуванням та сонеластографією, а 276 пацієнткам

(34,1%) - рентгенографічне обстеження зі спеціальною укладкою, строгим боком та прицільними знімками. Пацієнти, при підозрі на злоякісний процес, направлялись на III етап променевої діагностики - МРТ з болюсною приставкою із реконструкцією графіків накопичення контрасту. Хворим, у яких, крива накопичення контрасту відповідала I і II типам злоякісності, був призначений четвертий етап - стереотаксична біопсія. У випадку виявлення високого ступеню проліферації при цитологічному дослідженні призначалось оперативне лікування.

Результати та обговорення. В результаті проведення I етапу було виявлено 617 випадків (76,2%) дифузних перетворень грудних залоз. У 353 пацієнтів (43,6%) були виявлені злоякісні утворення. В той же час, у 185 пацієнтів (22,8%) діагностування викликало труднощі. В таких випадках, після виконання II етапу, нами було діагностовано 75 випадків (9,2%) злоякісних пухлин (з яких ознаки інфільтративного росту визначались в 39 випадках - 52%), 57 випадків (7%) доброякісних утворень. Під час III етапу після реконструкції графіків для 21 випадка (29,1%) було характерно накопичення по I типу злоякісності, у 12 випадках (16%) - по II типу. IV етап та гістологічна верифікація підтвердили низький відсоток помилкових діагнозів (3 хибнопозитивні та 4 хибнонегативні випадків). При дослідженні імуногістохімічних показників злоякісних пухлин, що були виявлені, отримано результати: люмінальний тип А - 106 випадків (30,03%), люмінальний тип В - 89 випадків (25,2%), ТНРГЖ - 57 випадків (16,1%), HER2+ - 101 випадок (28,6%).

Висновки. Розроблений алгоритм комплексної променевої діагностики захворювань грудних залоз дозволяє підвищити точність диференційної діагностики та зменшити кількість діагностичних помилок та більш об'єктивно визначати об'єм хірургічного втручання.

ЗНАЧЕННЯ СКТ У ДІАГНОСТИЧНОМУ МОНІТОРИНГУ МЕТАСТАТИЧНОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

Лаврик Г.В.

Національний інститут раку, м. Київ

Мета. Вивчити можливості СКТ для визначення ефективності ПХТ метастатичного колоректального раку (МКРР).

Матеріали та методи. Проведено та оцінено результати СКТ у 345 пацієнтів із МКРР. Результати досліджень порівняно в динаміці та з інтраопераційною та морфологічною верифікацією.

Результати та обговорення. У всіх пацієнтів виявлено різної форми, кількості та розмірів МТС у печінці. Точність анатомічних вимірювань МТС у печінці в межах похибки вимірювань (1 ± 3 см), що не позначилось на результатах подальшої оцінки ефективності лікування. При моно/білобарному (27,8% / 72,2%) ураженні визначено рівномірне (62%) нерівномірне підсилення паренхіми печінки з гіпер- (32,5%) / гіподенсними (87,9%) осередками, некрозом (68,1%), звапненнями (19,4%), інвазією в печінкові (34,8%), ворітну (50,1%), НПВ (13,7%) вени. По динаміці контрастування при СКТ виявлено зону перинодулярного (43,2%) підсилення – як показник активності неоангіогенезу. За результатами порівняння (після курсів ПХТ) динамічних СКТ-досліджень (відповідно до RECIST), зміна розміру таргетних осередків визначена у 74,8% пацієнтів та розцінена як позитивний індикатор відповіді на лікування. Пониження (86,7%) щільності та зменшення гіперденсної перифокальної зони корелює із позитивним ефектом лікування. Зміну її товщини визначено після I курсу ПХТ у 51,8% спостережень, II – 71,7%, III – 85,5%. Зменшення щільності основної маси пухлини корелює з некрозом (29,9%), кистозною дегенерацією (17,7%) без зміни розміру пухлини, що розцінено як позитивний ефект лікування. Поява ефекту зникнення (11%) раніше фіксованих осередків трактувалось як позитивна динаміка лікування.

Висновки. Застосування метричних даних та ефекту підсилення при СКТ є достовірним оціночним методом ефективності ПХТ при МКРР.

КОМПЛЕКСНАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мухомор А.И.¹, Абдуллаев Р.Я.²

¹Клиническая больница «Феофания» Государственного управления делами, г. Киев

²Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Цель. Разработать комплекс эхографических симптомов рака предстательной железы с учетом преимущественной локализации очага поражения.

Материалы и методы. В клинической больнице «Феофания» проводится современный алгоритм диагностики рака ПЖ, включающий пальцевое исследование, определение ПСА, трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ), функциональную биопсию под контролем УЗ по 10-точечному протоколу. Проведен ретроспективный анализ результатов трансректальной комплексной эхографии с использованием всех режимов 249 пациентов раком предстательной железы, подтвержденных гистологически.

Результаты и обсуждение. Раковые опухоли визуализированы в периферической зоне у 182 (73,1%) больных, в переходной зоне – у 44 (17,7%) больных, в центральной зоне – у 23 (9,2%) больных. Характерно появление в паренхиме узлов, чаще всего - на периферии у капсулы. Рак был представлен одиночными или множественными узлами. По экзогенности определены следующие виды узлов: гипозоногенные – у 131 (52,6%) больного, изоэхогенные – у 65 (26,1%) больных, гиперэхогенные – у 53 (21,3%) больных. Контур узла – неровный, нечеткий, структура гетерогенная. Иногда узлы были окружены гипозоногенным ободком – результат реакции соединительной ткани. В отличие от кистозных образований за гипозоногенными узлами отсутствовали дополнительные акустические феномены. Периферическая

зона: асиметрія товщини периферических зон (58,2%); локальна деформація, утолщення і інфільтрація «пограничного» слоя ПЖ (42,6%); участки скоплення мікрокальцинов в одній из зон железы (19,3%); локальна хаотична деформація і усилення судистого рисунка на фоні неизмененной структури железы (32,5%).

Центральна зона: деформація і утолщення «хирургической» капсулы ПЖ (52,6%); локальна хаотична деформація і різке обеднение судистого рисунка в месте деформации «хирургической» капсулы (32,9%); участки скоплення мікрокальцинов на фоні деформации «хирургической капсулы» (24,5%); асиметричне збільшення і деформация семенного пазурька на стороне поражения (39,4%). Транзиторная зона: асиметричная гиперплазия транзиторных зон (52,2%); мультинодулярная гиперплазия одной из транзиторных зон (40,6%); участки скоплення кальцинов с большим объемом (36,5%); локальна хаотична деформація і усилення судистого рисунка в транзиторной зоне с большим объемом (41,4%). СЭГ критерии: высокая жесткость ткани раковой опухоли в 69,1% наблюдений с модулем Юнга – (91,4±9,5) кПа, в 54,2% наблюдений 4 типом ткани и в 26,5% наблюдений 3 типом ткани.

Выводы. Наиболее значимыми эхографическими признаками рака предстательной железы являются: гипозоногенные зоны, неправильной формы, размытым контуром, расположенные преимущественно по периферии железы, наличием микрокальцификатов и внутрисочаговой васкуляризации, синего окрашивания при эластографии и с уровнем модуля Юнга более 80 кПа.

МОЖЛИВОСТІ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ЯЄЧНИКІВ

Несторак М.В.

Національний інститут раку, м. Київ

Пухлини яєчників займають друге місце серед новоутворень жіночих статевих органів. Рак яєчників (РЯ) займає 3-є місце серед гінекологічних пухлин та 7-е в структурі загальної онкологічної захворюваності. У 7-и з 10-и жінок рак яєчників діагностується на III/IV стадіях. Проблема важлива в науковому і практичному відношенні внаслідок відсутності специфічної симптоматики, тенденції до росту, можливості малигнізації, що диктує необхідність розробки діагностичного алгоритму.

Мета. Метою роботи є поліпшення якості діагностики раку яєчників за допомогою комплексу променевиx методів.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати первинних обстежень 200 пацієнток, що звернулися у відділення променевої діагностики Національного інституту раку із підозрою на рак яєчників протягом 2016-2017 років. Пацієнтки комплексно обстежені з допомогою ультразвукової діагностики (УЗД), мультidetекторної комп'ютерної томографії (МДКТ), магнітно-резонансної томографії (МРТ).

Результати та обговорення. З 200 обстежених пацієнток, у 115 (57,5%) пацієнток діагностовано доброякісні утворення яєчників. Рак яєчників був діагностований у 85 (42,5%) пацієнток та підтверджений морфологічно. Для злоякісного утворення яєчників характерні наступні променеві ознаки: візуалізація багатокамерного 85 (100%) кістозного 34 (40%) або кістозно-солідного 32 (35%), солідного 21 (25%) утворення з наявністю пристінкового 85 (100%) тканинного компоненту. Окрім того, у 52 (61%) пацієнток було діагностовано асцит, метастатичне ураження регіонарних лімфовузлів у 59 (69%), в 43 (50,5%) випадках виявлені метастази (М) в заочеревинні лімфатичні вузли, 11 (13%) - М в печінку, 15 (17%) - М в легені, 2 (2%) - М в інші органи, 17 (20%) - карциноматоз очеревини.

Висновки. Променеві методи дослідження в комплексі значно підвищують точність первинної діагностики та моніторингу в процесі лікування.

АКТУАЛЬНІСТЬ ЕХОКАРДІОГРАФІЇ В ОНКОЛОГІЇ

Шевчук Л.А., Лаврик Г.В.

Національний інститут раку, м. Київ

Мета. Оцінка функціонального стану серця (ФСС), поширення пухлинного процесу (ПП) у хворих із злослихими новоутвореннями (ЗН).

Матеріали та методи. Проаналізовано результати 100 пацієнтів із ЗН віком від 19 до 80 років, у яких під час планової стандартної трансторакальної ехо-кг з метою визначення ФСС перед плануванням хіміо- та оперативного лікування, були діагностовані різноманітні ускладнення.

Результати та обговорення. Так у 15 (15,0%) пацієнтів із медіастинальною лімфомою виявлено залучення перикарду та магістральних судин в пухлинний конгломерат; у 12 (12,0%) пацієнтів із ЗН лімфатичних вузлів шиї діагностовані тромби різного рівня локалізації (у 7 (58,3%) – тромбоз (ТЗ) внутрішніх яремних вен, у 5 (41,7%) – ТЗ підключичних вен та вен верхньої кінцівки); 10 (10,0%) – тромботичні нашарування від установок венозних портів. У 23 (23,0%) пацієнтів під час огляду нижньої порожистої вени (НПВ) визначено ТЗ різного ступеня поширеності (у 10 (43,5%) пацієнтів – окклюзійний ТЗ НПВ, 5 (21,7%) - ТЗ із поширенням в праве передсердя, 8 (34,8%) – з явищами тромбоемболії легеневиx артерій). У 10 (10,0%) пацієнтів ПП порожниці серця (у 8 (80,0%) – міксоми; 2 (20,0%) – ЗН міокарда. У 8 (8,0%) пацієнтів визначений інфекцій ендокардит (у 4 (50,0%) – з локалізацією на аортальному, у 2 (25,5%) – тристулковому, 2 (25,5%) - мітральному клапанах). У 18 (18,0%) хворих – різної локалізації ексудати (у 5 (27,8%) перикардити; 7 (38,9%) – плеврити; 6 (33,3%) – асцит). У 4 (4,0%) пацієнтів визначено мішотчасте аневризматичне розширення інфраренального відділу черевної аорти з явищами розшарування стінки.

Висновки. Ехо-кг – метод, що дає можливість оцінити не тільки ФСС, а й змогу визначити поширеність зляккісного процесу, різноманітні ускладнення.

РАК ЯЄЧНИКІВ (РЯ)

Шевчук Л.А., Бакай О.О.

Національний інститут раку, м. Київ

Мета. Покращити ефективність променевої діагностики, оптимізувати моніторинг лікування хворих із РЯ.

Матеріали та методи. Проаналізовано сонограми 60 пацієнток із РЯ віком від 29 до 76 років. Групи спостереження: 1-а – оперативне лікування (ОЛ) (30 осіб (50,0 %), 2-а - неад'ювантна ПХТ (НПХТ) + ОЛ (14 осіб (23,3 %), 3-тя - НПХТ + ОЛ + ад'ювантна ПХТ (26,7 %). УзД ОМТ проводили за стандартною методикою.

Результати та обговорення. Ознаками рецидиву РЯ є: вузловий (31,2%), дифузійний (68,8%) одно- (41,6%), двобічний неопроцес (НП) (58,4%) в порожнині малого тазу (ПМТ) (94,8%); чіткий (37,6%) нерівний (86,9%) контур; солідний (14,6%), кістозно - солідний (52,1%), кістозний характер (33,3%); рідина (78,9%) в ПМТ (63,1%), червоний (26,6%) (ЧП), плевральних порожнинах (10,3%) (ПП); заочеревинні л/вузли (35,2%); помірна (69,2%), виражена (30,8%) неоваскуляризація (НВ).

Ознаками регресії РЯ є: зменшення розмірів (96,8%) НП; чіткий (89,6%), нерівний (76,9%) контур; солідність (68,6%) будови, «оваріально» подібна структура (31,4%); зменшення (68,1%), відсутність рідини (31,9%) в ПМТ (78,1%) та ЧП (13,2%), перикардиту (1,4%), плевритів (7,3%); зменшення (56,4%), відсутність (44,6%) заочеревинних л/вузлів; аваскулярність (46,2%), мінімальна НВ (54,8%). Ознаками прогресії РЯ є: збільшення розмірів (93,8%) НП; одно- (45,3%), двобічна локалізація НП (54,7%); чіткий (81,6%), нерівний (66,9%) контур; солідний (37,6%), кістозно-солідний характер (62,4%); збільшення (57,1%), поява рідини (42,9%) в ПМТ (68,1%) та ЧП (23,2%), перикардиту (1,1%), плевритів (7,6%); поява (24,1%), збільшення заочеревинних л/вузлів (56,4%), їх «нова» локалізація (19,5%); помірна (66,2%), виражена (33,8%) периферична (71,2%) та інтранодулярна НВ (28,8%).

Висновки. УзД ОМТ є інформативним методом діагностики ЗН яєчників, моніторингу лікування з метою ранньої діагностики ознак регресії, прогресії, рецидиву.

СКЕЛЕТНО-М'ЯЗОВИЙ ІНДЕКС ЯК КРИТЕРІЙ САРКОПЕНІЇ У ХВОРИХ НА РАК ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Забудська Л.Р., Колеснік О.О.

ТОВ «Олександрівський консультативно-діагностичний центр», Національний інститут раку, м. Київ

Мета. Дослідити можливість і інформативність виявлення саркопенії у хворих на рак підшлункової залози (ПШЗ) шляхом постобробки комп'ютерно-томографічних (КТ) зображень.

Матеріали і методи. Досліджено 108 пацієнтів (53 чоловіка та 55 жінок, середній вік – 57±5,1 років та 59±5,5 років відповідно) с синдромом механічної жовтяниці (вірогідно пухлинної етіології, а пізніше діагностовано рак ПШЗ) проводилося на томографі «ActiOon 16». Контрольну групу склали 60 пацієнтів (30 чоловіків та 30 жінок з середнім віком 49±3,8 років та 52±4,7 роки відповідно). Скелетно-м'язовий індекс L3 (СМІ) визначали як відношення отриманого показника площі скелетної мускулатури на рівні тіла L3 хребця до квадрату росту пацієнта. Соматотип тілобудови визначали по індексу соматотипа (ІС) за формулою: $ІС = ДТ \times 100 / ПРГК$, де ДТ – довжина тіла (см), ПРГК – поперечний розмір грудної клітини, вимірюванні в сантиметрах (см).

Результати та обговорення. Встановлені достовірні відмінності СМІ за гендерною ознакою в умовно здорових чоловіках і жінках, хворих на рак ПШЗ. Саркопенія спостерігалася у 100 % хворих з доліхоморфним типом, у 87,8 % хворих з мезоморфним типом і у 65,5 % хворих з брахіоморфним типом соматотипу.

Саркопенія на основі значень СМІ (47,8±4,3 см²/м² для чоловіків, 36,2±4,1 см²/м² для жінок) встановлена в 85,2 % хворих. Для чоловіків і жінок контрольної групи СМІ складав 58,4±3,6 см²/м² і 44,2±3,5 см²/м² відповідно.

Висновки. КТ як стандартний метод діагностики захворювань ПШЗ дозволяє диференціювати м'язовий і жировий компоненти у тілі людини і по СМІ оцінити ступінь саркопенії у хворого.

ОСНОВНІ ЦИТОМОРФОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ПЛАЗМОЦИТОМИ

Алексєєнко О.І., Болгова Л.С., Туганова Т.М.

Національний інститут раку, м. Київ

Класичні цитоморфологічні ознаки плазмцитом описані в ряді публікацій, але в цитологічній практиці далеко не завжди можна їх знайти в цитограмах для обґрунтування діагнозу.

Мета. Визначити основні цитологічні критерії плазмцитом, які зустрічаються в цитограмах різного типу.

Матеріали та методи. Досліджені цитоморфологічні ознаки плазмцитом в різних за кількістю, ступенем зрілості та дистрофії пухлинних клітин в цитологічних препаратах 20 хворих. Матеріал верифікований гістологічним методом. Препарати забарвлені за методом Паппенгейма і вивчені за допомогою мікроскопів OLYMPUS CX21, OLYMPUS CX41 при x200; x400; x1000.

Результати та обговорення. В частині цитологічних препаратів відмічались в невеликій кількості пухлинні клітини різної будови – з ознаками розпаду, нечіткої структури хроматину, лізисом цитоплазми. Такі зміни клітин значно ускладнюють інтерпретацію цитограм і визначення гістологічного типу захворювання. Детальне вивчення всіх особливостей плазматичних клітин різного ступеня зрілості в цитологічному препараті дозволило констатувати, що грудкувата структура хроматину і розгалуження його біля оболонки ядра хоча б в декількох з них є одним з найбільш важливих діагностичних критеріїв плазмоцитоми. Визначено також, що наявність навіть в поодиноких пухлинних клітинах розвиненої базофільної цитоплазми з перинуклеарним просвітленням та інтенсивно забарвленим периферичним краєм є також надійною ознакою плазматичних клітин. Визначення 2-ох чи більшої кількості округлих ядер в цитоплазмі підтверджує їх плазматичну природу. Крім того, відмічались пухлинні клітини різного розміру зі збільшеними дещо поліморфними ядрами.

Висновки. Основними критеріями в цитологічній діагностиці плазмоцитоми є: грудкувата структура хроматину, розташованого біля ядерної оболонки, базофільна цитоплазма з перинуклеарним просвітленням та багатоядерні клітини.

ЦИТОЛОГІЧНИЙ МЕТОД В ДІАГНОСТИЦІ НЕВИЗНАЧЕНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ

Болгова Л.С., Алексєнко О.І., Туганова Т.М.

Національний інститут раку, м. Київ

В медичній практиці захворювання лімфатичних вузлів (ЛВ) зустрічаються досить часто. Відсутність специфічних клінічних проявів не дозволяє установити діагноз. При цьому скерований в цитологічну лабораторію пункційний матеріал з лімфатичних вузлів (ЛВ) супроводжується декількома клінічними діагнозами зі знаком запитання. Перед цитопатологом стоїть складне завдання - установити діагноз.

Мета. Продемонструвати яскраві спостереження цитологічної діагностики ЛВ при складності їх клінічної оцінки.

Матеріали та методи. Серед десятків досліджень цитологічних препаратів, отриманих з ЛВ шиї і пофарбованих за методом Паппенгейма та вивчених за допомогою мікроскопа OLYMPUS BX41, виявлені яскраві спостереження, коли скеровані в цитологічну лабораторію пункційні матеріали від 3 хворих були з кількома клінічними діагнозами зі знаком запитання, а цитопатолог зміг верифікувати діагноз.

Результати та обговорення. Вивчені цитологічні препарати, отримані з ЛВ шиї дівчинки 12 років з клінічними діагнозами – Лімфаденіт? Лімфома? З допомогою цитологічного методу установлений метастаз раку щитовидної залози, що в подальшому підтверджено гістологічним дослідженням і проведено адекватне спеціальне лікування. В іншому випадку за матеріалом ЛВ від жінки 57 років, в направленні було зазначено кілька клінічних діагнозів – Лімфома? Лімфаденіт? Метастаз раку? цитопатолог установив туберкульозний процес. В наступному випадку у жінки 52 років виконано гістологічне дослідження ЛВ шиї і виданий висновок про лімфоїдну проліферацію, а проведено комплексне цитологічне дослідження пунктату ЛВ продемонструвало наявність лімфоми, що було підтверджено послідовним гістологічним висновком.

Висновки. Цитологічне дослідження пункційного матеріалу з ЛВ дозволяє в складних для клінічної діагностики випадках установити морфологічний діагноз.

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПРОМЕНЕВИХ РЕАКЦІЙ ПРИ ОПРОМІНЕННІ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА

Іванкова В.С., Барановська Л.М., Хруленко Т.В., Пильнов В.А.

Національний інститут раку, м. Київ

Сучасні програми поєднаної променевої терапії (ППТ) за радикальною програмою у хворих на місцево поширені форми раку шийки матки (МР РШМ) передбачають опромінення великих обсягів із підведенням високих терапевтичних доз на межі толерантності «критичних» органів (сечовий міхур, пряма кишка) і тканин, що може супроводжуватись збільшенням проявів місцевої токсичності.

Мета. Пошук засобів профілактики та лікування променевих реакцій та ускладнень з метою підвищення якості життя, як критерія ефективності консервативної хіміопроменевої терапії (ХПТ) є надзвичайно актуальною і, на жаль, невивіршеною проблемою.

Матеріали та методи. Нами проведена ХПТ 119 хворим на МР РШМ ІІВ - ІІІВ стадії (Т2b-3bN0-1M0) з використанням індивідуального комп'ютерного планування курсу лікування. Гістологічно, майже у всіх хворих діагностовано епідермоїдний рак. Залежно від хіміорадіомодифікації (цисплатин, тегафур, гідроксисечовина) хворі були розподілені на 3 основні і 1 контрольну групи. Під час ХПТ проводили комплексну медикаментозну профілактику післяпроменевих реакцій та ускладнень з боку «критичних» органів і тканин в зоні опромінення – лікування місцевих мукозитів, включаючи препарати галурунової кислоти, а також відстежували вираженість загальних і місцевих хіміопроменевих реакцій.

Результати та обговорення. Аналіз місцевих променевих і хіміопроменевих реакцій у пацієнток всіх груп показав, що ранні променеві чистити I ступеня спостерігались в межах 21,5%-25,3%, II ступеня – 4,9%-5,9%. Післяпроменеві ректити I ступеня коливались у межах 11,3%-18,5%, а II ступеня – 5,7%-9,8%. Застосування цитостатичних препаратів в радіомодифікуючих дозах в процесі ППТ не привело до збільшення токсичних проявів з боку «критичних» органів і тканин вище II ступеня за рахунок використання комплексу раціональних профілактичних заходів.

Висновки. Використання сучасних технологій топометричної підготовки, індивідуальне комп'ютерне планування та коректне відтворення запланованого курсу, проведення адекватної терапії супроводу з використанням препаратів гіалуринової кислоти під час ХПТ, сприяє зменшенню ранніх променевих реакцій і є профілактикою пізніх ускладнень, що значно впливає на підвищення якості життя хворих.

SURGICAL TACTIC FOR NON-COLORECTAL AND NON-NEUROENDOCRINE METASTATIC LIVER METASTASES

A. Burlaka

National Cancer Institute, Kyiv

Purpose. The efficacy of surgical treatment of metastatic liver damage with non-colorectal cancer and non-neuroendocrine tumors (kidney, bladder, testicular, uterus and appendages, stomach, esophagus, small intestine, lungs, skin melanoma) whose pathways of hematogenous metastasis are not limited to the system of portal vein, and spread with systemic blood flow stay still unknown.

Aim. Perform a retrospective analysis of the efficacy and safety of liver resections in patients with non-colorectal and non-neuroendocrine metastases.

Material and methods. We conducted a retrospective analysis of the results of combined treatment patients who had a metastatic liver injury during the history of the disease based on the National Cancer Registry database of the National Cancer Institute.

Results. A retrospective study of 287 cases of surgical and combined treatment of cancer patients who had metastatic liver damage. The largest share of this cohort was made up of patients with oncogynecological origin of primary tumors ($n = 78$ (27.2%)), patients with breast cancer ($n = 72$ (25.1%)) and a group of patients with gastric cancer ($n = 70$ (24.4%)). The least patients were in the oncological group ($n = 29$ (10.1%)). We also analyzed the results of 38 (13.3%) resection of the liver, whose primary tumors had a different localization and histological structure, in particular, laryngeal, trachea, lung, tongue, and others. The median of overall 5-year survival was: oncogynecological - 86.52 ± 0 , others - 22.42 ± 9.63 , breast cancer group - 52.03 ± 12.65 , gastric cancer group - 0 , oncological group - 50.98 ± 18.38 months.

Conclusions. Resection of the liver in patients with non-neuroendocrine and non-colorectal tumors is appropriate and safe. Long-term results are morphologically dependent. Selection for resection of the liver in patients with non-neuroendocrine and non-colorectal tumors should include the evaluation of the effectiveness of systemic preoperative treatment, the status of the patient and the analysis of a multidisciplinary team in the specialized surgical center.

РАДИОФАРМПРЕПАРАТИ В ТЕРАПІЇ МЕТАСТАТИЧНОГО УРАЖЕННЯ КІСТОК

Даниленко В.В., Солодянникова О.И., Саган Д.Л., Сукач Г.Г.

Національний інституту раку, м. Київ

Мета. Дослідити вплив різних радіофармпрепаратів (РФП) на метастатичні вогнища в кістках.

Матеріали та методи. Для аналізу знеболюючого впливу різних РФП при метастатичному ураженні кісток в нашій роботі ми використовували шкалу оцінки інтенсивності болі (ЛАКОМЕД). Радіонуклідна терапія проводилась у відповідності до стандартизованих протоколів лікування РФП у відкритому вигляді (Nuclear Medicine Resources Manual, 2006). Серед пролікованих хворих 58 з РГЗ, 30 – РПЗ, 6 – з раком легені, 4 – з раком нирки, 1 – рак шийки матки і 1 – рак ректосигмоїдального кута товстого кишечника. З них 64 жінки і 36 чоловіків. Вік пролікованих від 32 до 78 років. Середній вік ($55,0 \pm 11,6$) років. У 94 пацієнтів (90 %) наявність кісткових метастазів визначалась з допомогою остеосцинтиграфії з ^{99m}Tc -MDP. У 6 пацієнтів діагноз кісткового ураження верифікувався іншими методами променевої діагностики. В порівняльній аналіз включені результати лікування ^{32}P ($n=30$), ^{89}Sr ($n=30$) та ^{153}Sm ($n=40$). Проведений аналіз протибольової ефективності ^{153}Sm в залежності від кількості курсів терапії. Оцінювалась переносимість ^{153}Sm за шкалою СТСНCA(v)4.3.

Результати та обговорення. Встановлено, що інтенсивність болі до та після лікування різними РФП змінювалась наступним чином: ^{32}P - до лікування $7,1 \pm 1,5$, після лікування - $5,0 \pm 3,1^*$ ($p < 0,05$); ^{89}Sr - до лікування $8,0 \pm 2,2$, після лікування - $4,8 \pm 1,5^*$ ($p < 0,05$); ^{153}Sm - до лікування $8,4 \pm 1,3$, після лікування - $3,5 \pm 1,8^*$ ($p < 0,05$). Отже, під впливом радіонуклідної терапії відмічалось зниження рівня болю до 3-5 балів, що склало в середньому 47%. Відмічено, що найвищий балний показник протибольової дії препарату відмічався після 3 курсу лікування і склав 3,5 бала проти 1,9 після 1 курсу. Приріст дорівнював 45,7%.

Виявлено, що за бальною оцінкою найкраща переносимість характерна для ^{153}Sm і відповідає рівню «хороша» з шкалою СТСНCA(v)4.3. При використанні ^{89}Sr переносимість препарату була дещо нижчою, але теж не потребувала відміни препарату. Найгірша переносимість характерна для ^{32}P і наближалась до «задовільної». У 5-ти хворих відмічалась побічні ефекти, які потребували додаткових лікувальних заходів.

Встановлено, що переносимість препарату ^{153}Sm знижувалась в залежності від кількості курсів терапії. Так, показник переносимості після першого курсу лікування склав $3,5 \pm 1,6$, в той час, коли після третього курсу він дорівнював $1,5 \pm 0,8$, що склало статистично достовірну різницю ($p < 0,05$).

Висновки. 1. Радіонуклідна терапія може бути застосована в комплексному лікуванні метастатичного ураження кісткової системи при злоякісних пухлинах різної локалізації. 2. Найбільш ефективним в порівнянні з ^{32}P і ^{89}Sr в лікуванні кісткових метастазів за знеболюючою дією та переносимістю препарату є ^{153}Sm оксабіфур ($p < 0,05$). 3. ^{153}Sm -оксабіфур характеризується високим рівнем накопичення РПФ у метастатичному вогнищі при мінімальних побічних ефектах.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТА НЕОБХІДНІСТЬ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ТА СКРИНІНГУ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН

Михайлович Ю.Й., Журбенко А.В.

Національний інститут раку, м. Київ

Проблема забезпечення адекватної, ефективної та прийнятної з економічного погляду медичної допомоги хворим на злоякісні новоутворення завжди є одним з пріоритетів охорони здоров'я населення. Існуюча тенденція зростання поширеності, захворюваності і смертності від злоякісних новоутворень та зниження виживання в Україні, свідчить про необхідність удосконалення всіх ланок протиракової боротьби і, в першу чергу, профілактичної стратегії та своєчасної ранньої діагностики злоякісних захворювань, що є запорукою якості та ефективності спеціалізованого лікування, які є основними факторами продовження тривалості життя хворих.

В Україні близько третини злоякісних новоутворень діагностується в запущених стадіях, коли лікування не таке ефективне, як при I-II стадіях. Використати всі можливості для раннього виявлення раку – це актуальне завдання в організації протиракової боротьби. Отже, необхідно знайти нові шляхи вирішення проблеми раннього виявлення преклінічних форм ракових захворювань. На сьогодні залишаються невирішеними багато організаційно-методологічних питань вторинної профілактики, ранньої діагностики преклінічних форм візуальних злоякісних новоутворень, відсутні нормативно-правові документи стратегії впровадження та проведення скринінгу, як в умовах достатнього фінансування, так і в умовах дефіциту бюджету та недостатнього фінансування медичних закладів, приведення у відповідність ефективність/вартість скринінгу онкологічних захворювань визначених локалізацій, низького економічного забезпечення базових соціальних програм онкологічної допомоги населенню.

За останні роки удосконалення онкологічної допомоги населенню в Україні, зокрема її організаційних аспектів, відбувалось завдяки дослідженням багатьох авторів, однак при всій своїй цінності вони стосуються переважно особливостей поширення захворювання на злоякісні новоутворення, удосконалення методів діагностики, лікування окремих форм злоякісних пухлин. Досліджень, присвячених питанню організаційної та нормативно-правової методології запровадження скринінгу візуальних локалізацій: рак шийки матки, рак грудної залози, коло ректальний рак в Україні, а особливо механізмів його проведення, реалізації та оцінки є недостатньо і, в загальному, існуючі публікації відображають лише побажання здійснення цього діагностичного процесу, а не його реалізацію і не віддзеркалюють в повному об'ємі соціальну та економічну сутність та значущість скринінгу.

Вирішення цієї загальнонаціональної проблеми потребує значних раціональних змін в організації онкологічної допомоги та перехід на передові світові технології, нові критерії оцінки з науковою перевіркою кожного показника. Необхідно також розробити та встановити ступінь контрольованості виконання скринінгових програм, визначити відповідні достовірні маркери очікування надійності оцінки повноти медичних скринінгових звітів і здійснення на основі аналітичних інспекцій техніко-економічного моніторингу застосування вищезгаданих програм.

На сьогодні популяційний скринінг в онкології є практично єдиним профілактичним методом, застосування якого буде реально сприяти збільшенню виявлення преклінічних та ранніх форм злоякісних новоутворень репродуктивної системи жінки, скорочення термінів лікування та зменшення витрати на діагностику і лікування в тому числі утримання ліжкового фонду, зниження інвалідності (так як скринінг виконує функцію засобів первинної профілактики).

ГІБРИДНІ ОПЕРАЦІЇ ЛЬЮІСА

Кондрацький Ю.М., Мініч А.А., Фридель Р.І.

Національний інститут раку, м. Київ

Відділення пухлин стравоходу та шлунку

Мета. Покращення результатів хірургічного лікування хворих на рак стравоходу (далі – РС) шляхом вдосконалення методологічних і технічних аспектів операції Льюїса.

Матеріали та методи. Дослідження показали, що мініінвазивні та гібридні типи оперативних втручань у хворих на РС мають перевагу. В Національному інституті раку за 2018 р. було прооперовано 109 хворих з приводу раку середньої та нижньої третини стравоходу. Чоловіків – 102, жінок – 37. Середній вік пацієнтів склав $60,3 \pm 9,05$ років. Виконано 30 ГО (далі – гібридних операцій) і 179 класичних. ГО мали на увазі лапароскопію для виділення шлункового трансплантату з лімфодиссекцією і торакотомію по 4-5 міжребер'ю справа. Лімфодиссекція виконувалася в обсязі 2S-2F.

Результати та обговорення. Середня тривалість ГО склала 3,5 год, класичних – 4 год; термін перебування в реанімації – 18 год проти 34 год на користь ГО; середній післяопераційний (далі ПО) ліжко-день в групі хворих прооперованих класично був 11 ліжко-днів, після ГО Льюїса – 6 ліжко-днів; ПО ускладнене у хворих прооперованих з використанням лапароскопічної методики відмічені в 3 (10%) випадках проти 10 (12,6%) у пацієнтів прооперованих класично. Летальний випадок 1 – в групі пацієнтів де всі етапи проведені відкритою методикою. ПО ускладнення зафіксовані у 31 (39,2%) хворого прооперованого класично, тоді як після гібридних втручань – 6 хворих мали ускладнення. Больовий

синдром, який потребував наркотичної анагезії відмічений у пацієнтів прооперованих класично 31,6% (25 хворих).

Висновки. Продемонстрована перевага ГО Льюїса над класичними про що свідчить короткий строк перебування хворого в клініці, менша травматичність, косметичний ефект, мінімізація ПО ускладнень. Відмічена технічна можливість, радикальність, адекватність і безпека гібридних втручань, однак мала кількість спостережень дає поштовх для продовження досліджень.

ВІЛЬНИЙ ПРОМЕНЕВИЙ АУТОТРАНСПЛАНТАТ ПЕРЕДПІЛІЧЧЯ ПРОТИ РЕГІОНАРНИХ КЛАПТІВ ПРИ УСУНЕННІ ДЕФЕКТІВ ЯЗИКА У ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Кравець О.В., Процик В.С., Буртин О.В., Хлинін О.В., Смолянка І.І.

Національний інститут раку, м. Київ

Мета. Порівняння результатів пластичного заміщення половинних дефектів язика із застосуванням різних реконструктивних методик.

Матеріали та методи. До дослідження включено 38 хворих на рак язика та слизової оболонки дна ротової порожнини III–IV стадій, яким проведене хірургічне лікування в обсязі гемірезекції язика та шийної лімфодисекції. Першу групу склали 11 пацієнтів, у яких усунення дефекту проводили регіонарним клаптем надключичної артерії. Другу — 12 хворих, у яких для заміщення дефекту використано вільний променевий аутотрансплантат передпліччя. Третю — 15 пацієнтів, у яких усунення дефекту проводили регіонарним субментальним клаптем.

Результати та їх обговорення. Середній час операції у пацієнтів 2-ї групи становив $9,6 \pm 0,4$ год проти $5,4 \pm 0,2$ і $5,6 \pm 0,3$ год у хворих 1-ї та 3-ї груп відповідно ($p < 0,05$). Частота ускладнень у донорській ділянці в цій групі становила 49,9% проти 9,1% у хворих 1-ї та 6,7% у пацієнтів 3-ї групи ($p = 0,01$). Статистично значущих відмінностей у термінах стаціонарного лікування ($p = 0,17$), частоті ускладнень після пересадки клаптів ($p = 0,59$), частоті післяопераційних ускладнень ($p = 0,94$), функціональному статусі ($p > 0,05$) та якості життя ($p > 0,05$) між групами не виявлено. Застосування вільного променевого аутотрансплантата передпліччя пов'язано зі зростанням ризику розвитку ускладнень у донорській ділянці (ВШ=14; 95% ВІ 1,4–143) порівняно з використанням субментального клаптя та клаптя надключичної артерії.

Висновки. Застосування регіонарних клаптів (субментального та надключичної артерії) порівняно з вільним променевим аутотрансплантатом передпліччя достовірно зменшує тривалість оперативного втручання та частоту ускладнень у донорській ділянці. Статистично значущих відмінностей у термінах стаціонарного лікування, частоті ускладнень після пересадки клаптів, післяопераційних ускладнень, функціональному статусі та якості життя хворих між пацієнтами досліджуваних груп не виявлено.

МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ СТРАВОХОДУ

Крахмальов П.С.

Національний інститут раку, м. Київ

Результати лікування хворих на рак верхніх відділів стравоходу (РВВС) є незадовільними. Крім того, немає чіткого алгоритму лікування таких хворих. Звичайні лікування цих хворих є паліативним або симптоматичним та складається з самостійної променевої або хіміотерапії, найчастіше з самостійної хіміопроменевої терапії. Радикальні оперативні втручання у хворих на РВВС виконуються рідко у високоспеціалізованих лікувальних установах хірургами, що мають особисті досвід та підходи до хірургічного лікування РВВС. Оперативні втручання з приводу РВВС високо травматичні, інвалідизують хворого, мають високу частку ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень. Розробка методу комплексного лікування для підвищення ефективності радикального лікування хворих на РВВС полягає з одного боку, в уніфікації підходів до комплексного лікування РВВС і, з іншого боку, в розробці методики оптимального оперативного втручання при РВВС у об'ємі субтотальної езофагоектомії, яке було б радикальним, найменш інвалідизуючим та зводило до мінімуму післяопераційні ускладнення та летальність.

Мета. Покращення результатів лікування хворих на РВВС за рахунок розробленого методу комплексного лікування.

Матеріали та методи. Комплексне лікування за розробленим методом було проведено 44 хворим на злоякісні пухлини верхніх відділів стравоходу. Порівняльна група - 187 хворих на рак середньогрудного відділу стравоходу, всі хворі отримували 2 курси передопераційної радіохіміотерапії та оперативне втручання.

Результати та обговорення. Безпосередні результати лікування хворих є задовільними, рівні ускладнень та рівні регресії пухлин у основній та порівняльній групах достовірно не відрізнялися. У дослідній групі хворих спостерігалася більш висока частота післяопераційних ускладнень, рівні післяопераційної летальності у основній та порівняльній групах достовірно не відрізнялися. Виконання субтотальної езофагоектомії після проведеного курсу передопераційної РХТ дозволило виповнити резекцію стравоходу R0 з перетинанням стравоходу на 2 см вище верхнього краю пухлини замість традиційних 4 см, що було патоморфологічно підтверджене. При оцінці віддалених результатів лікування можна казати, що виживаність хворих на РВВС та рак середньогрудного відділу стравоходу достовірно не відрізняється.

Висновки. Результати лікування хворих на РВВС за розробленим методом комплексного лікування оцінені як задовільні та тотожні подібним при комплексному лікуванні хворих на рак середньої частини внутрішньогрудного

відділу стравоходу. Цей метод дозволяє проводити радикальне лікування на РВВС, що є альтернативою більш популярній у спеціалізованих закладах світу самостійній радіохіміотерапії. Це також доводять власні спостереження при порівнянні віддалених результатів лікування хворих на РВВС, що проліковані консервативно та за розробленим методом радикального лікування.

БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОМБІНАЦІЇ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНОЇ ПОЛІХІМОТЕРАПІЇ ТА МАГНІТОТЕРМІЇ У ХВОРИХ НА МІСЦЕВО-ПОШИРЕНИЙ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Смолянка І.І., Орел В.Е., Досенко І.В., Лобода А.Д., Ляшенко А.А., Супруненко О.А., Смолянка І.І. (молодший)

Національний інститут раку, м. Київ

У дослідженні оцінено безпосередні результати лікування 121 хворої на місцево-поширений рак грудної залози (МП РГЗ) II Б – III А стадії. Основну групу склали 62 хворі на МП РГЗ, яким проводили 4 курси системно-селективної неоад'ювантної поліхіміотерапії (СНПХТ) за схемою CAP з внутрішньоартеріальним введенням карбоплатину 300 мг/м² і циклофосфаміду в дозі 600 мг/м² та системним введенням доксорубіцину 50 мг/м². Через 30 хв після інфузії хіміопрепаратів хворим проводили сеанс магнітотермії (МТ) на уражену ділянку. Процедура тривала 30 хв, за вихідної потужності апарату 50 Вт. Контрольну групу склали 59 хворих на МП РГЗ, яким проводили НПХТ за такою самою схемою, але без МТ.

Через 3 тижні після останнього курсу СНПХТ проводили мамографію з метою оцінки ефективності лікування за критеріями RECIST. У хворих основної групи повна регресія пухлин виявлена у 9 (14,52±4,47)%, та у 5 (8,47±3,63)% – контрольної (p>0,05) групи. Часткова регресія пухлини виявлена у 30 (48,39±6,35)% хворих основної, та у 21 (35,59±6,23)% – контрольної (p>0,05) груп. Стабілізацію процесу виявлено у 19 (30,65±5,85)% пацієнток основної групи, та у 24 (40,68±6,40)% контрольної групи (p>0,05). Прогресування пухлинного процесу виявлене у 4 (6,45±3,12)% основної, та у 9 (15,25±4,68)% контрольної групи (p>0,05).

Після аналізу відповіді на нелад'ювантне лікування проводилося оперативне втручання. Органозберігаючі операції були виконані у 33 хворих (53,23 ± 6,34) % основної групи, в контрольній групі – у 24 хворих (40,68±6,40)%, (p<0,05). Реконструкція TRAM/LD-клатем виконана у 5 (8,06±3,46)% хворих основної групи та у 3 (5,08±2,86)% пацієнток в контролі (p>0,05). Підшкірна мастектомія з одночасним ендопротезуванням виконана у 5 (8,06±3,46)% хворих основної та у 4 (6,78±3,27)% пацієнток контрольної груп (p>0,05).

Визначено, що використання МТ з СНПХТ при лікуванні хворих на МП РГЗ дозволяє збільшити кількість випадків повної регресії пухлини на 6,04% та часткової на 12,79%. Доповнення СНПХТ сеансами МТ дозволяє на 12,55% збільшити відсоток проведення органозберігаючих хірургічних втручань, та на 4,26% збільшити проведення реконструктивно-відновних операцій.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДА КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НАБРЯКОВОЮ ФОРМОЮ РАКА ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ (НРГЗ) У РЕТРОСПЕКТИВНОМУ АНАЛІЗІ 11 ПАЦІЄНТОК

Смолянка І.І., Ляшенко А.О., Досенко І.В., Орел В.Е., Лобода А.Д., Молід С.О., Смолянка І.І. (молодший)

Національний інститут раку, м. Київ

Мета. Метою дослідження було оцінити результати комбінованого лікування 11 пацієнток НРГЗ.

Матеріали та методи. 11 пацієнток з гістологічно верифікованою НРГЗ отримали 6 курсів внутрішньо артеріальної поліхіміотерапії (ВАПХТ) препаратами доцетаксел 75mg/m², ендоксан 600 mg/m². Перед початком ВАПХТ проводилась діагностична ангіографія: визначалася судина (або судини), що живила пухлину, встановлювався інтраартеріальний катетер. Після кожного курсу ВАПХТ проводився сеанс магнітотермії (МТ) за допомогою приладу «МАГНІТЕРМ» з вихідною потужністю 50Гц.

Проводилась оцінка ефективності лікування згідно критеріям RECIST. При досягненні часткової або повної регресії пухлини (total effectiveness rate CR+PR) виконувалась радикальна мастектомія. Обов'язковою умовою для виконання операції було досягнення чистоти країв віддаленої залози. При відсутності чистого краю виконувалась розширена мобілізація шкірних клаптів за методиками Хаденхайма та Бека з обов'язковим досягненням чистоти країв. При стабілізації або прогресуванні процесу проводилися додаткові курси ПХТ або радіотерапія.

Результати та обговорення. Після 6 курсів ВАПХ+МТ у 4 (36,4±14,5%) пацієнток відмічена стабілізація процесу, у 1 (9,1±8,7%) прогресування процесу, у інших 6 (54,5±15,0%) – відмічено total effectiveness rate (CR+PR). З (27,3±13,4%) пацієнткам виконана радикальна мастектомія, з (27,3±13,4%) – радикальна мастектомія з розширеною мобілізацією шкірних клаптів. Післяопераційних ускладнень не спостерігали ні в одному випадку. Через 24 місяці у всіх проперованих пацієнток ознак повернення хвороби не було.

Висновки. Попередні дані свідчать про ефективність методу лікування НРГЗ, при якому ВАПХТ проводиться на тлі МТ з послідовним досягненням чистоти країв при виконанні радикальної мастектомії.

**ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ БІОЛОГІЧНОГО ТИПУ РАКУ ШЛУНКА
ПРИ ВИКОНАННІ РІЗНИХ ВИДІВ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ**Машуков А.А.^{1,2}, Кіркільєвській С.І.¹¹Національний інститут раку, м. Київ²КУ «Одеський обласний онкологічний диспансер», м. Одеса

В даний час, крім стадії і гістологічного типу раку шлунка (РШ) набуло поширення дослідження біологічних властивостей пухлини за допомогою генетичного типування. Для раку шлунка існує 2 типу класифікації генетичних видів, в тому числі класифікація The Cancer Atlas Genom - TCGA і класифікація Asian Cancer Research Group або скорочено ACRG. Дані класифікації не можна назвати виключно генетичними, тому що включають ряд гісто-цитологічних, імуністотокхімічних (ІГХ) і макроскопічних критеріїв. Наприклад, в TCGA генетично стабільними вважаються не тільки пухлини-носії мутації CDH1, але і дифузного типу зростання (linitis plastica). Хромосомно-нестабільними вважаються як пухлини з мутацією в гені p53, так і гістологічно «кишкові» форми РШ по Lauren тощо

Мета. Метою дослідження стало простежування клінічних паралелей між формою РШ і прогнозом пухлини, а також вплив на прогноз певних специфічних методів хірургічного лікування (мультиорганної резекції, лімфодиссекції) в різних генетичних групах.

Матеріали та методи. Всього в дослідження було включено 221 хворий, у яких були вивчені гісто-цитологічні, ІГХ, генетичні, макроскопічні властивості пухлини, що дозволило віднести пухлину до того чи іншого біологічного типу РШ.

Результати та обговорення. Хворі були класифіковані на 4 генетичні підгрупи, аналогічні класифікації TCGA і ACRG. Простежено вплив комбінованих операцій, мультиорганної резекції, розширених, в т.ч. D2, лімфодиссекції на виживання груп хворих. При 1-му типі РШ (дифузний тип, мутація CDH1, 19,46% від всієї групи) виконання комбінованих операцій і великих лімфодиссекцій істотно не впливає на поліпшення прогнозу і 5-річної виживаності хворих РШ в порівнянні зі стандартними операціями. При другому типі РШ (мутантний p53 і «кишкова» гістологія, 31,67%) виконання комбінованих і мультивісцеральних резекцій значно покращує прогноз прооперованих хворих, виконання великих диссекцій малоефективно. При третьому типі (22,63%) виконання комбінованих і мультиорганної резекції, а також D2 лімфодиссекції досить ефективно. Нарешті, при четвертому типі РШ (p53 негативний рак, 26,24%) дуже ефективно виконання D2 лімфодиссекцій. Клінічні дані і міжнародні дослідження підтверджують ці висновки, тому що 3-й і 4-й типи також називаються «некардіальними» раками. Це екзофітні пухлини, часто розташовані в антральному відділі (саме такий тип найчастіше зустрічається в Японії, тому фігурує в багатоцентрових трайл по D2 операціями), при яких виконання великих лімфатичних диссекцій високо ефективно. Обидва цих раку в нашому дослідженні також були VEGFR негативні, був відсутній неопангіогенез, не було передумов в ранньому гематогенному метастазуванні.

Висновки. Різна ефективність D2 лімфодиссекції (з точки зору впливу на виживаність) в різних географічних районах світу може бути обумовлена різним співвідношенням генетичних типів РШ в популяції хворих.

**ВПЛИВ ВІНОРЕЛЬБІНУ ТА ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ПОЛЯ РАДІОХВИЛЬ
НА КАРЦИНОМУ ЛЕГЕНІ ЛЬЮІС**

Орел В.Е., Сивак Л.А., Кротевич М.С., Досюкевич О.Й., Рихальський О.Ю., Орел І.В.

Національний інститут раку, м. Київ

Мета. Експериментальне підтвердження можливості підвищення протипухлинної ефективності лікарського препарату вінорельбіну під час комбінованого впливу препарату та локального електромагнітного опромінювання радіохвильового діапазону тварин з карциномою легені Льюїс.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на 30 мишах C57Bl/6 з трансплантованою карциномою легень Льюїс. Тварини були розділені на 3 групи: 1 – контроль (без лікування);

2 – введення вінорельбіну (Віста (Актавіс, Італія та Сіндан Фарма, Румунія); 3 – введення вінорельбіну і локальне електромагнітне опромінювання експериментальним зразком апарату «Магнітерми» Радмір (Україна).

Результати та обговорення. Проведені дослідження на експериментальній моделі карциноми легені Льюїс засвідчили, що комбінований вплив вінорельбіну та електромагнітного опромінення при помірній гіпертермії ініціюють більший коефіцієнт гальмування росту пухлини, індекс інгібування метастазування та некроз при слабко вираженій експресії At Tubulin beta, ніж хіміотерапія лише вінорельбіном. Гепатоксичні ефекти при комбінованому лікуванні також були менш виражені ніж під впливом лише вінорельбіну.

Висновки. Комбінована терапія з використанням апарату «Магнітерми» для локального опромінення злоскісних пухлин дозволяє поліпшити протипухлинний ефект лікарського препарату вінорельбіну, що відкриває перспективи клінічного використання цієї технології для індивідуальних оптимізованих протоколів лікування онкологічних хворих на рак молочної залози з метастазами у печінку.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНІ ФАКТОРИ ПРОГНОЗУ ПЕРЕБІГУ МЕТАСТАТИЧНОГО ТРИЧІ НЕГАТИВНОГО РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Сивак Л.А., Лялькін С.А., Верьовкіна Н.О., Тарасенко Т.Є., Майданевич Н.М., Аскольський А.В., Мартинюк О.М., Касап Н.В., Фільчаков Ф.В., Кукушкіна С.М., Кротевич М.С., Кропиво С.В.

Національний інститут раку, м. Київ

Мета. Підвищення ефективності лікування злоякісних новоутворень є одним з актуальних завдань сучасної онкології. Перспективним напрямом підвищення ефективності лікування цієї категорії хворих є визначення індивідуальних факторів, які б надавали інформацію щодо чутливості пухлини до терапії. Тому, метою нашого дослідження була оптимізація хіміотерапевтичного (ХТ) лікування шляхом визначення факторів несприятливого прогнозу у хворих на метастатичний тричі негативний рак грудної залози (ТНРГЗ).

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 70 хворих на метастатичний ТНРГЗ, які отримали паліативну ХТ II лінії з приводу метастатичного захворювання. До групи 1 увійшло 20 пацієнток (28,6%), які отримали ПХТ 2 лінії із використанням вінорельбіну 30 мг/м² 1 та 8 д/в кожні 3 тижні, до групи 2 – 25 пацієнток (35,7%), які отримали гемцитабін 1 г/м² в 1 та 8 дні д/в кожні 3 тижні та до групи 3 – 25 хворих (35,7%) – монотерапію капецитабіном 2,5 г/ м²/добу 1-14 дні per os, також кожні 3 тижні. В матеріалі пухлини визначали гістологічний тип, ступінь диференціювання (G), індекс Ki-67, експресію рецепторів ER, PR, HER-2/neu, кількість CD4+, CD8+ та FOXP3+ у стромі пухлини та рівень експресії ITSN2. Результати лікування оцінено шляхом побудови однофакторних моделей пропорційних інтенсивностей Кокса та розрахунку співвідношення ризиків з 95 % інтервалом вірогідності (ВІ) та за допомогою методу Каплана-Майєра. Для прогнозування перебігу захворювання використовували логістичний регресійний аналіз. Статистичні розрахунки виконували за допомогою програм Statistica 10.0.

Результати та обговорення. Вік хворих коливався в межах від 27 до 72 років, середній вік склав (49,3±6,7) років. У 23 пацієнтки визначали пухлини середнього ступеня (G-2), у 47 – низького ступеня (G-3) диференціювання. Дослідження кількості пухлина інфільтруючих лімфоцитів (ПІЛ) в стромі пухлини показали, що у 3 пацієнток показник відповідав (+), у 11 – (++) , а у 56 – (+++), отже більшість зразків пухлини мали низький ступінь диференціювання. Середній рівень показника Ki-67 склав (50,76±28,79)%. За даними кореляційного аналізу виявлено прямий кореляційний зв'язок між кількістю стромальних CD8+ лімфоцитів та рівнем Ki 67 ($r=0,4$, $p < 0,05$); зворотний кореляційний зв'язок – між експресією рецепторів естрогену і кількістю CD4+ лімфоцитів ($r=-0,4$; $p < 0,05$) та рівнем Ki 67 ($r=-0,6$; $p < 0,05$). Визначено низький рівень експресії ITSN2 та високий вміст довгої його ізоформи в периферичній крові хворих. Визначено, що наявність перитуморальних CD4+ лімфоцитів збільшувала ймовірність розвитку метастазів у 1,35 рази (HR 1,35; 95% ВІ 1,04–1,77; $p=0,003$) та підвищення ризику метастазування при збільшенні показника проліферативної активності Ki-67 (HR 1,01; 95% ВІ 1,01–1,02; $p = 0,007$) на кожен відсоток. Визначено, що хворі на метастатичний тричі негативний РГЗ, які отримали ХТ II лінії всіх 3 груп, не мали статистично достовірних відмінностей при аналізі випадків об'єктивної відповіді (повна та часткова ремісії), стабілізації та прогресування захворювання.

Висновки. Високий рівень перитуморальних CD4+ лімфоцитів на момент встановлення діагнозу є фактором несприятливого прогнозу, а високий рівень FOXP3+ лімфоцитів в імунному інфільтраті – фактор сприятливого прогнозу у хворих на метастатичний тричі негативний РГЗ (зниження ймовірності рецидиву (HR 0,66; 95% ВІ 0,50–0,88; $p = 0,005$). Виявлено, що зниження експресії мРНК ITSN2 у пухлині хворих є несприятливим фактором прогнозу.

БРОНХОПЛАСТИЧНІ ОПЕРАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНІ

Борисюк Б.О., Совенко В.М., Ганул А.В., Фірчук І.І., Бороров Л.В., Висоцький А.Г., Шевченко А.І.

Національний інститут раку, м. Київ

Мета. Покращити ефективність лікування та підвищити якість життя хворих на рак легені.

Матеріали та методи. Проаналізовано історії хвороб 114 пацієнтів на рак легені та карциноідні пухлини бронхів. Хворим виконувались наступні оперативні втручання: бронхіопластичні та ангіобронхопластичні, рукавні лоб-, білобектомії, циркулярні резекції легеневої артерії, тангенціальні резекції верхньої порожнистої вени, резекції трахеї та бронхів, пневмонектомії з резекцією біфуркації трахеї. Всі хворі були прооперовані в відділенні пухлин легень та середостіння Національного інституту раку з 2013 по 2019 роки.

Результати та обговорення. Хірургічне лікування злоякісних пухлин з резекцією трахеї, бронхів, і судин рахується одним з найбільш складних розділів в онкопульмонології. Серед 114 прооперованих хворих більшість мали діагноз центральний рак легені 91 (79,8%), решта 20 (17,6%) карциноідні пухлини бронхів та 3 (2,6%) доброякісні та рубцові процеси бронхів та трахеї. 45 (39,5%) хворих отримували передопераційну поліхіміотерапію. В післяопераційному періоді серед ускладнень зустрічались наступні: інфаркт міокарду 1 (0,88%), тромбоемболія легеневої артерії 1 (0,88%), ретенноз трахеального анастомозу 1 (0,88%), пневмонія 3 (2,6%), парез голосової зв'язки 2 (1,7%), випадків неспроможності міжбронхіального анастомозу не було.

Висновки. Лобектомія з резекцією бронха, судин легені, інших магістральних судин, стала достойною альтернативою пневмонектомії. Реконструктивні операції за ефективністю в лікуванні раку легені показують результати, навіть кращі, ніж пневмонектомія, а відсоток ускладнень не вище ніж після класичних операцій.

НАЦІОНАЛЬНИЙ КАНЦЕР-РЕЄСТР В СИСТЕМІ МОНІТОРИНГУ РІВНЯ УРАЖЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЗЛОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ

Федоренко З.П., Рижов А.Ю., Гулак Л.О., Горох Є.Л., Сумкина О.В.

Національний інститут раку, м. Київ

Мета. Вивчення динаміки онкоепідеміологічного процесу в Україні із застосуванням інформаційної технології Національного канцер-реєстру.

Матеріали та методи. Персоніфікована інформація про всі випадки злоякісних новоутворень, зареєстрованих на території України у 1999-2016 рр.; за станом на початок 2019 року база даних Національного канцер-реєстру містить понад 4 млн записів. Дослідження проводились з використанням сучасних методів статистичного аналізу, прийнятих в онкології та дескриптивній епідеміології.

Результати та обговорення. Впровадження у практику онкологічної служби України інформаційної технології Національного канцер-реєстру суттєво розширило можливості оцінки як онкологічної ситуації, так й стану протиракової боротьби із застосуванням найбільш адекватних критеріїв. Аналіз стану ураження населення України злоякісними новоутвореннями показує, що за уточненими даними Національного канцер-реєстру кількість первинних хворих досягла 135714 у 2016 р., показник захворюваності зріс від 321,4 на 100 тис. населення у 1999 р. до 375,6 на 100 тис. населення у 2016 р. На обліку онкологічних закладів перебувало 943915 хворих, в тому числі 330433 чоловіки та 613482 жінок. Показник смертності має сталу тенденцію до зниження – від 190,5 на 100 тис. населення до 182,8 на 100 тис. населення. Найвищими темпами приросту захворюваності на ЗН чоловічого населення характеризувались рак передміхурової залози (84,5%), меланоми шкіри (77,8%) та нирки (46,8%). У жіночого населення найбільш суттєво зріс рівень захворюваності на ЗН штовидної залози (98,0%), тіла матки (35,3%) та колоректальний рак (20,0%).

Висновки. Застосування популяційного канцер-реєстру загальнонаціонального рівня, дозволяє здійснювати моніторинг розвитку онкоепідеміологічної ситуації в Україні. Аналітичні матеріали діяльності реєстру щорічно видаються у вигляді довідника «Бюлетень Національного канцер-реєстру України» та широко використовуються як в наукових дослідженнях, так й для прийняття управлінських рішень з питань організації протиракової боротьби.

ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ВИСОКОДОЗОВОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ З АУТОЛОГІЧНОЮ ТРАНСПЛАНТАЦІЄЮ ГЕМОПОЕТИЧНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН У ДОРОСЛИХ ПАЦІЄНТІВ У НАЦІОНАЛЬНОМУ ІНСТИТУТІ РАКУ

Крячок І.А., Філоненко К.С., Куцевий Є.В., Мартинчик А.В., Титоренко І.Б.

Національний інститут раку, м. Київ

Мета. Проведення високодозової хіміотерапії з аутологічною трансплантацією гемопоетичних стовбурових клітин (ВДХТ+АТГСК) є ключовим етапом у терапії багатьох гематологічних та деяких солідних пухлин. В Україні доступ пацієнтів до ВДХТ+АТГСК є обмеженим.

Матеріали та методи. З кінця 2016 р. у відділенні онкогематології НІР розпочато проведення ВДХТ+АТГСК. Режими кондиціонування у пацієнтів з лімфомами – LEAM, з ММ – Mel 200 мг/м², саркомою Юінга – Bu+Mel. Терапія проведена відповідно до міжнародних рекомендацій.

Результати та обговорення. ВДХТ+АТГСК виконана 13 пацієнтам: 6 – з рецидивними та рефрактерними формами лімфоми Ходжкіна (ЛХ), 5 – множинною мієломою (ММ), 1 – саркомою Юінга, 1 – рецидивом неходжкінської лімфоми (НХЛ). Середній вік пацієнтів склав 37,7±10,6 років (21–60 років). Реїнузія СК 4,0–12,0 млн/кг ваги тіла пацієнта. Медіана періоду спостереження – 7 місяців. Серед ускладнень ВДХТ: нейтропенія 4 ст виявлена у 13 (100%) пацієнтів, фебрильна нейтропенія – у 10 (76,9%), анемія 3-4 ст – у 7 хворих (53,8%), тромбоцитопенія 4 ст – у 13 (100%), кровотеча 1 ст – у 2 хворих (15,4%), гепатотоксичність 1 ст – у 5 хворих (38,5%), мукозит 3 ст – у 4 (30,8%). Відновлення рівня нейтрофілів понад 0,5 Г/л в середньому відбувалося на 10,1±1,1 день (8-11 день), тромбоцитів до 50 Г/л – на 12,7±1,3 день (11-16) день. Не було жодного випадку смерті від ускладнень ВДХТ. У всіх хворих зберігається відповідь на терапію, окрім 3 пацієнтів (ЛХ, НХЛ, ММ), у яких виявлено прогресію захворювання через 3–4 місяці після проведення ВДХТ. Двоє з них померли на 4 та 8 місяцях відповідно.

Висновки. Таким чином, починаючи з 2016 р., не зважаючи на значний дефіцит приміщень, персоналу та фінансування, у відділенні онкогематології НІР налагоджено усі етапи проведення ВДХТ+АТГСК. Наш центр став другим в Україні, де ця процедура виконується для дорослих.

РОЛЬ МІНІІНВАЗИВНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКУ

Колеснік А.В., Фридель Р.І., Добржанський О.Ю.

Національний інститут раку, м. Київ
Відділення пухлин стравоходу та шлунку

До теперішнього часу залишається дискусійними критерії підбору хворих для виконання мініінвазивного втручання при раку шлунка (РШ).



Мета. Оцінка безпеки та адекватності відеоасистованих втручань при РШ. В Національному інституті раку з січня 2017 виконано 38 мініінвазивних втручань при РШ.

Матеріали та методи. В ході деякі проспективні рандомізовані дослідження показали, що мініінвазивний тип хірургічного лікування хворих ранніми стадіями РШ має переваги.

Конверсія доступу на різних етапах операції була проведена у 14 (36,8%) пацієнтів. Причинами конверсії в п'яти випадках було місцеве поширення пухлини та неможливість адекватно виконати запланований об'єм оперативного втручання, в дев'яти випадках – технічні проблеми.

Результати та обговорення. Середній вік пацієнтів склав 61,44±9,05 років. Чоловіків було 21, жінок – 17. Мініінвазивна гастректомія проведена у 22 хворих, мініінвазивна дистальна резекція шлунка – у 16. Лімфодиссекція в обсязі D2 була виконана у 20 пацієнтів, D1+ у 18. Середня тривалість лапароскопічної дистальної субтотальної резекції склала 220±49,75 хв, при лапароскопічній гастректомії – 295±55,25 хв. Обсяг крововтрати склав для резекції шлунка – 100,1 мл (±58,38 мл), для гастректомії – 120,5 мл (±90,5 мл). Післяопераційні ускладнення зафіксовані у 4 (10,5%) пацієнтів. Ускладнення II ступеня відповідно до класифікації Clavien-Dindo відзначені у 3 пацієнтів, IIIa ступеня у 1 пацієнта.

Висновки. У дослідженні продемонстрована технічна можливість, безпека і адекватність радикальних мініінвазивних втручань у хворих на рак шлунка, однак невелика кількість спостережень диктує необхідність продовження досліджень.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З GIST ШЛУНКА. ШЕСТИРІЧНИЙ ДОСВІД

Шудрак Є.А., Мініч А.А., Назаров Я.С.

Національний інститут раку, м. Київ
Відділення пухлин стравоходу та шлунку

Шлунково-кишкові стромальні пухлини (GIST) зустрічаються рідко. До теперішнього часу залишаються дискусійні питання, щодо об'єму радикальних оперативних втручань при GIST шлунку.

Матеріали та методи. Всі дані пацієнтів, характеристика та розповсюдженість пухлини, хірургічне лікування і дані про виживаність були проаналізовані ретроспективно. Метою цього дослідження був аналіз досвіду оперативного лікування при GIST шлунку. В Національному інституті раку з січня 2004 року по вересень 2014 року були прооперовані 33 пацієнти з діагнозом GIST шлунку. Діагноз встановлювався згідно класифікації AJCC (7-го перегляду); пухлини були розділені на класи ризику з використанням класифікації запропонованої Флетчером, в залежності від розмірів пухлини і кількості мітозів.

Результати та обговорення. Середній вік пацієнтів склав 61,44±9,05 років. Чоловіків було 9, жінок – 24. R0 резекція була виконана в 27 випадках – 81,8 %, тоді як в 18,2% - 6 випадках були виконані R1-R2 резекції. Середній розмір пухлини склав 8,4 см (1,2-30 см): діаметр <5 см в 20 випадках (60,6%), 5-10 см в 8 (24,2%) і > 10 см в 5 (15,2%). Мітотична активність склала <10/50 HPF в 75,7% (25) і > 24,3 в 24,3% (8). По класифікації Флетчера пухлини були розділені на дуже низькі (16–48,5%), низькі (7–21,3%), проміжні (5–15,1%) і високого ризику (5–15,1%). П'ятирічна виживаність склала 72,7% і 27,3% відповідно зі статистично значимою різницею між пухлинами <5 см і > 10 см в діаметрі і між повною і неповною резекцією.

Висновки. Наш досвід підтверджує, що GIST шлунка – це рідкісний і агресивний вид пухлин, який напряму пов'язаний з розмірами пухлини та кількістю мітозів. Радикальне хірургічне лікування на разі залишається єдиним шансом на довготривалу виживаність при GIST шлунка.

ГЕМАТОЛОГІЯ ТА ТРАНСФУЗИОЛОГІЯ

РЕЗУЛЬТАТИ КАРІОТИПУВАННЯ КЛІТИН КІСТКОВОГО МОЗКУ ХВОРИХ НА ЧАС ВСТАНОВЛЕННЯ ДІАГНОЗУ ПЛАЗМОКЛІТИННОЇ МІЕЛОМИ

Андреева С.В., Корець К.В.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

Мета. Визначити особливості розподілу кількісних та структурних аномалій хромосом клітин кісткового мозку (КМ) хворих на час встановлення діагнозу плазмноклітинної мієломи (ПМ).

Матеріали та методи. Стандартне цитогенетичне дослідження виконали для 104 пацієнтів на час встановлення діагнозу ПМ в період з 2011 по 2018 року. Препарати клітин КМ готували за загальною методикою після 24-годинного культивування у поживному середовищі без стимуляції. Виявлені аномалії хромосом описували відповідно до міжнародної номенклатури хромосом людини ISCN 2016 року.

Результати та обговорення. Результативність каріотипування клітин КМ склала 89,4%. Аномалії хромосом виявлені у 20,2% випадків. Гіпердиплоїні клони зареєстровані у 28,6%, гіподиплоїдні клони – не зафіксовані. Найчастіше до структурних аномалій хромосом залучалися хромосоми 13 (у 25,0%) та 1 (у 14,3%). Хромосома 13 залучалася у делеції, що становило 17,9% випадків, а хромосома 1 – у делеції, дуплікацію та транслокацію. Точки розривів у

хромосомі 1 зафіксовано як у короткому, так і у довгому плечах. Найчастіше серед структурних перебудов домінували делеції хромосому (у 46,4%) та збалансовані транслокації (у 35,7%). Транслокації із залученням генів важких ланцюгів імуноглобулінів IGH – не виявлені.

Висновки. Розподіл кількісних та структурних аномалій хромосом клітин КМ хворих на час встановлення діагнозу ПМ характеризується значною гетерогенністю. Базуючись на отриманих даних, можна припустити, що на патогенез захворювання впливають як втрата генів-супресорів пухлин, внаслідок делецій, а також химерні гени, які утворюються в результаті транслокацій.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВМІСТУ IL-1В І TNF α У СИРОВАТЦІ КРОВІ ДОНОРІВ КИЇВСЬКОГО РЕГІОНУ

Андріяка А.О.

КЗ КОР «Київський обласний онкологічний диспансер», НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Дані різних авторів щодо вмісту прозапальних цитокінів IL-1 β і TNF α в крові донорів достатньо суперечливі, що, скоріш за все, пов'язано як із станом імунної системи у обстежених, так і з відсутністю даних аналізу щодо можливого впливу на показники наявності хронічних захворювань.

Мета. Визначити вміст цитокінів IL-1 β і TNF α у сироватці крові первинних донорів та оцінити можливість їх використання як контрольних значень при обстеженні пацієнтів у Київському регіоні.

Матеріали та методи. Обстежено 38 первинних донорів (16 жінок і 22 чоловіків) донороспроможного віку, які не мали в анамнезі вказівок на онкологічні чи хронічні запальні захворювання. Вміст цитокінів визначали методом імуноферментного аналізу з використанням реагентів для кількісного визначення IL-1 β і TNF α . Матеріалом для дослідження слугувала сироватка крові обстежених осіб.

Результати та обговорення. Встановлено, що вміст IL-1 β і TNF α у сироватці крові обстежених донорів становив, відповідно, $53,4 \pm 9,6$ і $61,1 \pm 8,7$ пг/мл.

Висновки. Визначені значення вмісту IL-1 β і TNF α у сироватці крові обстежених донорів можна рекомендувати як контрольні значення для порівняльного аналізу при різних захворюваннях у пацієнтів Київського регіону.

ВПЛИВ ТРАНСФОРМУЮЧОГО ФАКТОРА РОСТУ БЕТА 1 НА ПЕРЕБІГ ГОСТРОЇ МІЄЛОБЛАСТНОЇ ЛЕЙКЕМІЇ

Барілка В.А.¹, Матлан В.Л.², Шалай О.О.¹

¹ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів
²Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Бласти (БЛ) у хворих на гостру мієлобластну лейкемію (ГМЛ), зазвичай, не чутливі до ристингібіторної дії трансформуючого фактора росту бета 1 (TGF β 1) в організмі, однак, в присутності цитокіну не проліферують в умовах *in vitro*.

Мета. Визначити вплив TGF β 1 на перебіг ГМЛ.

Матеріали та методи. Концентрацію TGF β 1 визначали біологічним методом у плазмі крові і живильних середовищах (КЖС) мононуклеарів периферичної крові (МПК) 21 пацієнта з ГМЛ. Контрольну групу склали 15 донорів крові. Медіана віку пацієнтів становила 57,5 років. Варіант M0 ГМЛ діагностовано у 4 осіб; M1 – у 5; M2 – у 6; M4 – у 3; M5 – у 2; M6 – у 1 особи. Показники медіани лейкоцитів (Le) становили 22,30 Г/л⁹. Абсолютна кількість БЛ – 7,99 Г/л⁹.

Результати та обговорення. У плазмі крові загальної групи пацієнтів рівень TGF β 1 достовірно перевищував дані у здорових осіб ($p < 0,05$). Концентрація цитокіну у ЖС МПК була нижчою, ніж у контролі, однак перебувала у прямій корелятивній залежності ($r=0,3$) з показниками TGF β 1 у плазмі крові, вказавши на певну частку продукції цитокіну популяцією МПК. Показники TGF β 1 та Le, а також абсолютна кількість БЛ та рівень TGF β 1 у ЖС МПК перебували у взаємооберненому зв'язку ($r = -0,36$ та $r = -0,50$, відповідно), що не виключає ристингібіторної дії цитокіну на клітини. Найвищі показники медіани TGF β 1 виявлені у плазмі крові (5,50 нг/мл) та у ЖС МПК (7,60 нг/мл) пацієнтів з варіантом M0, найбільш агресивним при ГМЛ.

Висновки. Концентрація TGF β 1 у плазмі крові пацієнтів з ГМЛ підвищена і може бути зумовлена реактивною відповіддю організму на лейкемію. TGF β 1 може гальмувати ріст лейкемічного клону, залежно від типу субстратних клітин ГМЛ та вмісту фактора у середовищі.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЦИКЛОСПОРИНУ А У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА МІЄЛОДИСПЛАСТИЧНИЙ СИНДРОМ

Басова О.В.¹, Стародуб Г.С.¹, Горянінова Н.В.¹, Третяк Н.М.¹, Перехрестенко Т.П.¹, Калініна С.Ю.², Мельник У.І.³

¹ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

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

³Київська міська клінічна лікарня № 9, м. Київ

Мета. Оцінити дані ретроспективного вивчення результатів лікування 23 хворих на мієлодиспластичний синдром рефрактерну анемію (МДС РА) групи низького і проміжного ризику I (за шкалою IPSS), які отримували терапію циклоспорином А (ЦСА).

Матеріали та методи. Вік хворих коливався від 51 до 66 років. Діагноз встановлено за критеріями ФАБ класифікації. Показами до імуносупресивного лікування були: вік хворих <65 років, рівень сироваткового еритропоєтину (ЕПО)>500 МО/мл або відсутність відповіді на терапію ЕПО при рівні сироваткового ЕПО<500 МО/мл, відсоток бластів у КМ<5%, гіпоцелюлярний КМ з певними ознаками (HLA-DR-15 позитивний тощо). Стартова доза ЦСА становила 5-8 мг/кг/добу з поступовою редукцією дози до підтримувальної.

Результати та обговорення. Тривалість лікування становила від 5 місяців і більше, відповідь на терапію оцінювали через 3-6 місяців лікування. На фоні терапії першого місяця показники крові знижувались, підвищення рівня гемоглобіну і еритроцитів спостерігали, як правило, на 2-3-ому місяцях терапії, а через 1,5-2 місяці зростав рівень лейкоцитів. Відновлення тромбоцитарної ланки відбувалося останнім. Терапія ЦСА переносилась задовільно більшістю пацієнтів. У 7 хворих лікування було припинене з різних причин. Повна ремісія констатована у 1 хворого через 7 місяців терапії, часткова ремісія – у 4, ремісія КМ – у 2, стабілізація процесу – у 8 пацієнтів. Один хворий помер від ускладнень супутнього захворювання.

Висновки. Імуносупресивна терапія ЦСА є ефективною та доцільною для застосування у програмі лікування хворих на МДС РА для певної категорії пацієнтів.

ЗАСТОСУВАННЯ НАНОТЕХНОЛОГІЇ ДЛЯ ЗБЕРІГАННЯ ЕРИТРОЦИТІВ КРОВІ ЛЮДИНИ

Білоусов А.М.^{1,2}, Малигон О.І.^{1,2}, Яворський В.В.^{1,2}, Богданчикова О.А.^{2,3}, Гоженко А.І.⁴

¹Кафедра анестезіології, інтенсивної терапії, трансфузіології, гематології ХМАПО, м. Харків

²Харківський обласний центр служби крові, м. Харків

³Кафедра медичної та біологічної фізики і медичної інформатики Харківського національного медичного університету, м. Харків

⁴ДП Український науково-дослідний інститут медицини транспорту, м. Одеса

Мета. Зменшити прояви метаболічних змін та гемолізу під час тривалого зберігання еритроцитів при температурі від +4 до +6°C.

Матеріали та методи. Колоїдний розчин магнітного сорбенту (МУС-Б), основним компонентом якого є наночастки магнетиту розміром 6-12 нм. Об'єктом дослідження були еритроцити венозної крові людини, які отримано від 20-ти потенційно здорових осіб віком від 20 до 40 років. Вплив розчину МУС-Б на зразки еритроцитів оцінювали в дослідженнях in vitro: група 1 (гр. 1) – не оброблений контроль, гр. 2 – однократне, гр. 3 – двократне, гр. 4 – трикратне введення. Після кожного додавання розчину проводили видалення наночасток. Оцінку рівня гемолізу проводили після 24 годин та 21 доби зберігання зразків при температурі від +4 до +6 °C. Визначення активності Na, К-АТФази та Са, Mg-АТФази проводили до та після обробки еритроцитів досліджуваним розчином. Статистичну обробку даних проводили параметричним методом з використанням критерію Стьюдента.

Результати та обговорення. Через 24 години зберігання ознак гемолізу не спостерігалось в жодному з досліджуваних зразків. На 21 добу зберігання виражені ознаки гемолізу еритроцитів спостерігались у зразках гр.1 та гр.3. Показники активності Са, Mg-АТФази свідчать про достовірне зниження активності порівняно з контролем (гр.1) на 2,47±0,6 ммоль/мг білка на хв. в гр. 2; на 5,19±0,5 ммоль/мг білка на хв. в гр. 3; на 6,01±0,5 ммоль/мг білка на хв. в гр.3 (p<0,001). За даними активності Na, К-АТФази достовірних відмінностей не встановлено.

Висновки. Одно- та двократна обробка еритроцитів розчином наночасток МУС-Б викликає пригнічення проявів гемолізу еритроцитів. Показники активності Са, Mg-АТФази збільшуються при збільшенні етапів обробки, тоді як активність Na, К-АТФази не змінюється.

ВІМІСТ МОЛЕКУЛ СЕРЕДНЬОЇ МАСИ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ПЕРВИННИХ ДОНОРІВ

Борисенко Д.О.

КЗ КОР «Київський обласний онкологічний диспансер», м. Київ
НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Молекули середньої маси (МСМ) – це речовини білкового походження, що не утворюють осад з трихлорцетовою кислотою. Інтерес до їх дослідження визначається, насамперед, тим, що показник концентрації МСМ використовують як важливий універсальний показник метаболічної інтоксикації.

Мета. Провести визначення вмісту МСМ у сироватці крові первинних донорів для використання показника їх вмісту при проведенні порівняльного аналізу.

Матеріали та методи. Обстежено 35 первинних донорів (12 жінок і 23 чоловіки). Вміст МСМ визначали за методикою Н.І. Габрієлян, В.І. Ліпатової (1984) і виражали в умовних одиницях (у.о.) оптичної щільності, що позначали цілими значеннями в 1 мл сироватки крові.

Результати та обговорення. Установлено, що вміст МСМ у сироватці крові первинних донорів, у середньому, становив (0,24±0,01) у.о. Біохімічна структура МСМ є неоднаковою при різних захворюваннях і залежить від характеру патологічного процесу та його ускладнень. Вміст МСМ зростає за станів, що супроводжуються метаболічною ендогенною інтоксикацією організму.

Висновки. Середні значення показника вмісту МСМ у сироватці крові первинних донорів, а саме – $(0,24 \pm 0,01)$ у.о. рекомендуємо як референтне значення при проведенні порівняльного аналізу. Методика визначення вмісту МСМ є доступною, не високовартісною, простою у виконанні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНОГО ТА ДЕПРЕСИВНОГО СТАНІВ У ПЕРВИННИХ ДОНОРІВ КРОВІ

Бублій Ю.С.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Відомо, що у ряді випадків перед чи під час донорії у донора можуть спостерігатися транзиторні психоемоційні реакції, які негативно впливають на стан донора.

Мета. Провести оцінку когнітивного та депресивного станів у первинних донорів крові для прогнозування виникнення реакцій під час гемоексфузії.

Матеріали та методи. Обстежено 35 донорів крові (20 чоловіків і 15 жінок), які здійснювали донорію вперше в житті (первинні донори резерву). Вік обстежених первинних донорів, у середньому, становив $(38,88 \pm 1,32)$ років, при індивідуальних коливаннях від 19 до 59 років. Когнітивний статус оцінювався за шкалою MMSE (Mini Mental State Examination). Депресивні розлади оцінювались за допомогою шкали Бека та шкали Зунга.

Результати та обговорення. При обстеженні 35 первинних донорів, когнітивних змін та депресивних розладів виявлено не було. Результати по шкалі Бека склали 0-1 бал. При обстеженні за шкалою Зунга депресивних розладів не виявлено, рівень депресії складав 20-21 балів. Шкала дозволяє диференціювати депресивні стани та стани, близькі до депресії.

Висновки. Необхідне подальше вивчення психоемоційного стану у донорів крові перед донорією, що дозволить уникати психоемоційних реакцій під час донорії крові, особливо у первинних донорів.

ДІАГНОСТИКА ГЕМАТОГЕННИХ ТРОМБОФІЛІЙ

Бурнаєва С.В., Вознюк В.П.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

Мета. Розробити алгоритм діагностики гематогенних тромбофілій.

Матеріали та методи. Обстежено 196 пацієнтів (105 жінок і 91 чоловік) віком від 19 до 67 років, які перенесли два чи більше епізодів тромботичних ускладнень. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Проводилась комплексна оцінка анамнестичних, клініко-лабораторних, генетичних, гемостазіологічних та інструментальних методів досліджень.

Результати та обговорення. Проаналізовано поліморфізм генетичних змін, асоційованих з підвищеним ризиком розвитку гематогенної тромбофілії (ГТ). Розроблено та застосовано двоетапний алгоритм клініко-лабораторного обстеження пацієнтів. Аналіз змін тестів скринінгового дослідження показав, що у хворих із гіперагрегаційним синдромом скорочувалась тривалість кровотечі до $(1,1 \pm 0,6)$ хв. При пригніченні фібринолітичної системи достовірно збільшувались рівень фібриногену $(6,70 \pm 1,51)$ г/л та подовжувався Хагеман-залежний фібриноліз $(21,1 \pm 4,1)$ хв. Достовірної відмінності між показниками скринінгу у пацієнтів із гіперактивністю факторів зсідання та дефіцитом активності природних антикоагулянтів не відмічалось. Тому, для диференційної діагностики виконували дослідження активності антитромбіну III (АТ-III) та визначали загальну активність системи протеїну С (ПС). При проведенні нозологічної діагностики у 47,8% пацієнтів, в яких реєструвалося скорочення АПТЧ, при дослідженні активності факторів зсідання спостерігалася висока активність ФVIII $(180 \pm 7,41)\%$. У 14 пацієнтів було виявлено зниження активності ПС до $(42,5 \pm 5,5)\%$. У 17 хворих встановлено дефіцит АТ-III. Зниження активності АТ-III досягало $(41,5 \pm 2,7)\%$. Диференційна діагностика ГТ асоціюється із проведенням цілком певних гемостазіологічних досліджень.

Висновки. Розроблений алгоритм, при наявності генетичних мутацій, що асоційовані з тромбофілією, дозволяє проводити диференційну діагностику ГТ.

РОЛЬ БІОСПЕЦИФІЧНИХ СОРБЕНТІВ У ПРОЦЕСІ ХРОМАТОГРАФІЧНОГО ВИДІЛЕННЯ ФАКТОРА ЗГОРТАННЯ КРОВІ ІХ

Дульцева Н.А.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів

Найважливішим у лікувальному відношенні компонентом білків протромбонів комплексу є фактор ІХ (ФІХ). Технології іонообмінної та афінної хроматографії найефективніші в процесі його одержання.

Мета. Вивчити можливості створення технології одержання фактора згортання ІХ за допомогою біоспецифічної афінної хроматографії.



Матеріали та методи. Основними об'єктами досліджень були білки протромбінового комплексу, зокрема ФІХ. Для проведення досліджень застосовували метод колоночної афінної хроматографії на кремнеземних сорбентах з активними тріазиновими барвниками-лігандами. Активність ФІХ визначали коагулологічним методом та за допомогою хромогенного пептидного субстрату PefaChrome F1x 3960. Концентрацію білкових розчинів визначали за методом Брадфорда, ступінь чистоти отриманих білків контролювали електрофоретичним аналізом у градієнтному поліакриламідному гелі (7%-15%) при денатуруючих умовах.

Результати та обговорення. У ході проведених експериментальних досліджень у якості біоспецифічних сорбентів застосовували модифіковані у лабораторії активними тріазиновими барвниками носії, які не підлягають біологічній деградації, стійкі до жорстких умов стерилізації та регенерації. Ці властивості дозволяють перейти від одноразового до багаторазового застосування сорбентів, при цьому вони зберігають сорбційні властивості по відношенню до нативного білка – ФІХ протягом багатьох циклів хроматографічного фракціонування.

Висновки. Дослідження демонструють придатність барвник-лігандної хроматографії у процесах виробництва терапевтичних трансфузійних білкових препаратів.

ВИКЛАДАННЯ КУРСУ «ДОНОРСТВО. ОРГАНІЗАЦІЯ ДОНОРСТВА» НА ЦИКЛАХ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ ТРАНСФУЗИОЛОГІЯ

Гайдукова С.М., Видиборець С.В., Кучер О.В., Мороз Г.І.

НМАПО імені П. Л. Шуплика, м. Київ

Донорство відносять до найважливіших розділів трансфузійної медицини, без динамічного розвитку якого неможливо успішно розвивати всі напрямки спеціалізованої медичної допомоги.

Мета. Інформувати широкий загал спеціалістів щодо змісту та особливостей викладання курсу «Донорство. Організація донорства» на циклі спеціалізації за спеціальністю «трансфузіологія».

Результати та обговорення. Великий обсяг роботи проводиться для методичного забезпечення навчального процесу, зокрема, курсу «Донорство. Організація донорства» на циклі спеціалізації за спеціальністю трансфузіологія. Курс, в структурі всього навчального плану циклу спеціалізації (468 годин), включає 18 годин, серед яких - 4 години лекційні, 8 – семінари, 6 - практичні заняття. Для уніфікації викладання даного курсу на однопрофільних кафедрах за участю співробітників кафедри разом із провідними вітчизняними фахівцями та американськими колегами було видано навчальний посібник «Донорство: залучення донорів крові та її компонентів», Київ – Вашингтон, 2014, 200 с.

Висновки. Навчальним планом курсу «Донорство. Організація донорства» передбачена відповідна кількість навчальних годин, що дозволяють в повній мірі лікарю ознайомитися з основними постулатами донорства.

ФУНКЦІОНАЛЬНА АКТИВНІСТЬ Т-ЛІМФОЦИТІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ МІЕЛОЇДНУ ЛЕЙКЕМІЮ

Гордієнко А.І., Шороп Є.В., Кубарова В.О., Бортнік Г.А.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАНМ України», м. Київ

Мета. Охарактеризувати в умовах культури in vitro особливості змін функціональної активності Т-лімфоцитів у відповідь на мітогенний стимул фітогемаглютинін (ФГА) у хворих на гостру мієлоїдну лейкемію (ГМЛ) в гострий період (ГП) та період ремісії (ПР).

Матеріали та методи. Методом протокової лазерної цитофлюориметрії (FACSscan) аналізували функціональну активність Т-лімфоцитів в культурах in vitro для визначення експресії активаційних маркерів CD25, HLA-DR, CD71 з використанням анти-HLA-DR, анти-CD25, анти-CD71 моноклональних антитіл (Becton Dickinson). Для статистичної обробки даних використовували пакет програм Statsoft Statistica 6.0. Оцінку ймовірності розбіжностей проводили за допомогою непараметричного U-критерію Манна-Уїтні.

Результати та обговорення. Виявлено, що у хворих на ГМЛ в ГП і ПР кількість CD3+CD25+, CD3+HLA-DR+, CD4+CD25+, CD4+HLA-DR+, і CD4+CD71+лімфоцитів після культивування в присутності мітогену ФГА була достовірно нижче ($3,2 \pm 0,1$, $4,9 \pm 0,2$, $3,8 \pm 0,1$, $3,6 \pm 0,2$, $0,2 \pm 0,02$) у порівнянні з контролем ($13,7 \pm 0,3$, $14,0 \pm 0,5$, $10,5 \pm 0,4$, $0,6 \pm 0,03$, $p < 0,05$). При цьому у пацієнтів з ГМЛ в ПР зазначені показники були вірогідно вище ($10,3 \pm 0,2$, $10,4 \pm 0,1$, $7,4 \pm 0,3$, $8,2 \pm 0,2$, $0,4 \pm 0,01$, $p < 0,05$), ніж у хворих з ГМЛ в ГП, але не відновлювалися до контрольних значень.

Висновки. У хворих на ГМЛ в ГП до початку лікування спостерігалось порушення протипухлинної резистентності організму внаслідок зниження функціональної активності CD3+ і CD4+лімфоцитів, що визначали за коекспресією Т-лімфоцитами активаційних маркерів CD25, HLA-DR і CD71 у культурах in vitro. Виявлені зміни в системі імунітету є клітинно-молекулярними факторами, що негативно впливають на повноцінну індукцію протипухлинних імунних реакцій у хворих.

РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОРГАНІВ ТВАРИН ПІСЛЯ ВВЕДЕННЯ НОВОГО БІЛКОВО-СОЛЬОВОГО РОЗЧИНУ ALX-5%

Кондрацький Б.О., Качмарик Д.Л., Панас О.М., Винарчик М.Й., Деркач Ю.В., Кондрацький Я.Б.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів

Мета. Дослідити морфологічні особливості внутрішніх органів щурів і мишей та виявити потенційні органи-мішені при введенні надвисоких доз ALX-5% і препарату з подвоєною концентрацією всіх складників (ALX-2N).

Матеріали та методи. Препарат ALX-5% містить: донорський альбумін (5%) г'яятиатомний спирт ксилітол (5%), залужновальні компоненти – натрію лактат (1,9%) та натрію гідрокарбонат, а також електроліти Na⁺, K⁺, Са⁺⁺ та Cl⁻. Теоретична осмоларність – 990 МОсм/л; рН 6,2-7,4. При вивченні гострої токсичності препарату з внутрішніх органів тварин були виготовлені гістологічні препарати, які фарбували гематоксином і еозином та толуїдиновим синім і вивчали в світловому мікроскопі.

Результати та обговорення. При введенні білим мишам та білим щурам нативного білково-сольового препарату ALX-5% (осмоларність розчину 990 МОсм/л) у надвисоких дозах (174 мл/кг для мишей та 90 мл/кг для щурів) органами-мішенями, в першу чергу, є головний мозок та легені. Зміни в інших досліджуваних органах (нирки, печінка, підшлункова залоза, селезінка, серце) є некритичними. При введенні зконцентрованого у 2 рази препарату ALX-2N (осмоларність розчину 1980 МОсм/л) у дозі у 50 мл/кг крім виражених змін у легенях та головному мозку, спостерігаються дистрофічні зміни клітин серця та печінки. У всіх досліджуваних групах тварин спостерігається нагромадження глікогену, що, очевидно, пов'язано з високою дозою введеного багатоатомного спирту ксилітолу та натрію лактату, значна частка яких метаболізується у печінці.

Висновки. За підсумками вивчення токсикологічних властивостей комплексний білково-сольовий розчин ALX-5% може бути придатним до використання в медичній практиці.

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНИХ ГІПЕРОСМОЛЯРНИХ ІНФУЗІЙНИХ РОЗЧИНІВ

Кондрацький Б.О., Качмарик Д.Л., Панас О.М., Винарчик М.Й., Примак С.В.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів

Мета. Обґрунтувати застосування комплексних гіперосмоларних розчинів.

Результати та обговорення. При багатьох станах забезпечення системної циркуляції та відновлення тканинної перфуї є однією з основних задач інтенсивної терапії. Сьогодні питання про якісний склад та оптимальне співвідношення між різними складовими інфузійно-трансфузійної терапії залишається дискусійним. Гіпертонічні розчини NaCl спершу використовували для «малооб'ємної реанімації» у пацієнтів з геморагічним шоком. У порівнянні зі стандартною протишоковою терапією введення цих розчинів приводить до виникнення тимчасового градієнта осмотичного тиску між плазмою крові та інтерстиціальним простором, викликаючи переміщення рідини у внутрішньосудинний простір, збільшення серцевого викиду, артеріального тиску та покращення мікроциркуляції. Останнім часом все ширше застосовуються багатокомпонентні інфузійні препарати (дезінтоксикаційні розчини Реосорбілакт, Ксилат, Лактоксил, осмодіуретик Сорбілакт, колоїдно-гіперосмоларні розчини Лактопротейн-С та Гекотон). Комбіновані засоби, що створені на основі спеціально підібраних субстанцій, впливають на різні ланки патологічного процесу і мають низку переваг у порівнянні із монопрепаратами. Фармакологічна дія цих препаратів обумовлена взаємним потенціюванням дії його компонентів, що забезпечує гемодинамічний ефект та дозволяє зменшити дозування кожного компоненту окремо, що зменшує ймовірність виникнення побічної дії. Застосування перелічених багатокомпонентних гіперосмоларних розчинів дозволяє значно зменшити загальний об'єм введеної пацієнтам рідини.

Висновки. Запропоновані комплексні гіперосмоларні препарати можуть бути рекомендовані для проведення планової та допоміжної інфузійної терапії, а також терапії при невідкладних станах.

ПОКАЗНИКИ СИСТЕМИ ЗСІДАННЯ ТА ТРОМОЕЛАСТОГРАМИ У ХВОРИХ НА ГЕМОФІЛІУ А ПРИ ПРОФІЛАКТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ

Красівська В., Сташишин О., Семерак М., Тушницький О.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів

Мета. На основі вивчення показників тестів дослідження гемостазу та тромбоеластограми (ТЕГ) удосконалити лабораторний моніторинг профілактичного лікування у хворих на гемофілію.

Матеріали та методи. Дослідження виконано у 9 хворих на тяжку форму гемофілії А, які знаходилися на профілактичному лікуванні. На плановому візиті всім хворим проводили тест відновлення (ТВ), підраховували кількість тромбоцитів, досліджували гемостаз (ПЧ, АЧТЧ, вміст фібриногену, ФVІІІ, ФVІІІ:Аg, vWF:Аg, інгібітори до ФVІІІ) та ТЕГ.

Результати та обговорення. До І групи віднесли пацієнтів до введення препарату у ТВ, до ІІ – після введення. У І групі показники, які характеризують коагуляційний гемостаз, були значно порушені та нормалізувались після введення концентрату ФVІІІ. За іншими тестами відмінностей з нормою не виявлено. За даними ТЕГ у І групі на гіпокоагуляцію вказують порушені: час реакції R, час максимальної амплітуди ТМА, кут α-Angel, час від початку тесту до утворення



перших ниток фібрину SP та від'ємний коагуляційний індекс CI. Після введення ФVIII усі порушені показники не відрізнялися від здорових осіб. Інші показники ТЕГ у обох групах були у межах норми.

Висновки. При вивченні традиційних тестів дослідження гемостазу у ТВ хворих на гемофілію А встановлено, що до введення препарату концентрату ФVIII показники, які залежать від вмісту прокоагулянтів, є достовірно подовженими. Після введення АЧТЧ, активність ФVIII та ФVIII:Ag нормалізуються. У хворих на гемофілію А до введення препарату показники ТЕГ, які характеризують коагуляційний гемостаз (R, TMA, a-Angel, CI, SP), є порушеними у бік гіпокоагуляції та нормалізуються за 30 хв після введення. ТЕГ може бути надійним глобальним тестом для оцінки результатів ТВ та лікування хворих на гемофілію.

ФУНДАМЕНТАЛЬНІ ЗАСАДИ ТЕОРІЇ ГЕМІЧНОЇ ГІПОКСІЇ

Лановенко І.І.

ДУ «Інститут гематології і та трансфузіології НАМН України», м. Київ

Мета. Дослідити механізми розвитку і компенсації, здійснити теоретичні узагальнення і обґрунтування теорії гемічної гіпоксії (ГГ).

Матеріали та методи. В модельних дослідах на тваринах і при обстеженні хворих на апластичну, гемолітичну і залізодифіцитну анемію (АА, ГА, ЗДА) проведені дослідження гіпоксії за показниками кисневих режимів організму (КРО), функціонального стану і механізмів регуляції кисневотранспортної системи (КТС).

Результати та обговорення. Визначені інформативні критерії формування ГГ за показниками КТФ крові: зменшення вмісту кисню (O₂) в артеріальній і змішаній венозній крові (CaO₂, CvO₂), а також швидкості транспорту O₂ кров'ю (VaO₂, VvO₂) в 1,2–1,5 рази відносно норми; при недостатності компенсаторних механізмів – зменшення споживання O₂ (VO₂) на 20–30%, співвідношення доставки/споживання O₂ (SCR < 2,5) і розвиток метаболічного ацидозу. Встановлені загальні закономірності і механізми формування ГГ при анеміях: артеріальна і венозна гіпоксемія, гіповентиляція, гіпоциркуляція; зменшення показників доставки і споживання O₂ (VaO₂, VvO₂, VO₂); енергодефіцит, ацидоз метаболічного і змішаного типів. Ініціально при анеміях, унаслідок пошкодження гемічної ланки КТС, утворюється гіпоксія гемічного типу. Проте, при важких формах анемії, порушуються КРО всього кисневого каскаду і формується гіпоксія змішаного типу. Виявлені специфічні прояви і механізми ГГ при анеміях. При АА – двофазний характер змін (первинна гіперфункція КТС – фаза компенсації, з наступним перетворенням у недостатність КТС – фаза декомпенсації); при ГА – гемореологічні, гемостатичні і мікроциркуляторні порушення; при ЗДА – збільшення утворення дериватів (Mthb, HbCO та ін.) і зниження кисневозв'язуючих властивостей гемоглобіну.

Висновки. Визначення загальних і специфічних проявів і механізмів гемічної гіпоксії є важливим обґрунтуванням теорії і застосування адекватних методів корекції.

СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЕФЕКТИ ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНИХ НОВОУТВОРЕНЬ

Лановенко І.І., Сівкович С.О.

ДУ «Інститут гематології і та трансфузіології НАМН України», м. Київ

Мета. Дослідження реактивності і визначення проявів можливої патології серцево-судинної системи (ССС) у хворих на лімфопроліферативний новоутворення (ЛПН).

Матеріали та методи. Проведені клінічні, клініко-лабораторні та клініко-фізіологічні обстеження 51 хворого на ЛПН на етапі після встановлення діагнозу (вихідний стан). Застосовані методи дослідження функціонального стану і механізмів регуляції ССС за показниками електрокардіограми (ЕКГ), системної гемодинаміки і кардіогемодинаміки.

Результати та обговорення. У хворих на ЛПН (здіагнованих В-ХЛЛ та В-НЗЛ) виявлено наявність поліфункціональної патології та формування коморбідних станів. Встановлено значні порушення всіх ланок і компонентів ССС: електричної активності серця, гемодинамічної, судинної, кардіальної. За даними ЕКГ встановлено порушення фундаментальних механізмів серця: автоматизму, збудливості, провідності, скоротливості. У 85% обстежених хворих встановлено порушення реактивності судинної ланки ССС, що проявлялися, переважно, нестабільністю судинного тонуусу і підвищенням артеріального тиску. У половини пацієнтів визначався діагноз гіпертонічної хвороби різного ступеня тяжкості. Характерною рисою було поєднання гіпертонії з іншими патологічними проявами, зокрема, анемією. У більшості пацієнтів визначено клінічно значущі порушення системної гемодинаміки, кардіогемодинаміки і механізмів їх регуляції. У трьох пацієнтів – інфаркт міокарда в анамнезі; один пацієнт має таке тяжке коморбідне ускладнення як дисметаболічна кардіоміопатія, один – імплантований постійний водій ритму серця для запобігання незворотної кардіоплеїї.

Висновки. Доведена різноманітність і тяжкість порушень ССС у хворих на ЛПН в дебюті захворювання. Обґрунтована необхідність застосування у терапії хворих на ЛПН метаболічної підтримки скоротливої функції серця.

ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ЛІМФОЦИТАРНОЮ ЛЕЙКЕМІЄЮ БЕНДАМУСТИНОМ

Лукавецький Л.М., Виговська О.Я., Виговська Я.І., Масляк З.В.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів

Мета. Визначити оптимальне застосування препарату Бендамустину (Бн) в схемах лікування пацієнтів з хронічною лімфоцитарною лейкемією (ХЛЛ). Надати рекомендації лікарям щодо оптимального застосування Бн у схемах хіміотерапії ХЛЛ.

Матеріали та методи. 41 пацієнт з ХЛЛ у віці 39,0-79,2 років (медіана віку на момент початку лікування з Бн склала 67,0). Розподіл пацієнтів за статтю: 13 жінок та 28 чоловіків.

Результати та обговорення. Проведено оцінку ефективності, клінічної цінності та безпечності застосування Бн в лікуванні пацієнтів з ХЛЛ в умовах гематологічного відділення клініки ДУ «ІПКТМ НАМН України» (м. Львів). Пацієнти були розподілені за стадіями хвороби (Rai) і отримували протилейкемічне лікування, як у режимі монотерапії Бн, так і Бн у складі імунохіміотерапії, а саме монотерапією отримало 11 (26,83%) пацієнтів (всього 33 курси), схему терапії Бн з ритуксимабом (BR) - 26 (63,41%) пацієнта (97 курсів), Бн з вінкрістином та преднізономом (ВОР) отримало 4 (9,76%) хворих (14 курсів). На лікуванні повну ремісію в усіх режимах терапії досягнуто у 12-х пацієнтів, часткову – у 22-х пацієнтів, стабілізацію хвороби констатовано у 3-х пацієнтів тільки в режимі монотерапії Бн, а прогресію ХЛЛ виявлено у 4-х пацієнтів (у 3-х при режимі BR, у 1-го при монотерапії Бн).

Висновки. Підтверджено ефективність включення Бн у схеми терапії ХЛЛ у пацієнтів на ранніх стадіях хвороби, в 1-ій лінії терапії і в режимах BR. Хоча і на пізніх стадіях захворювання відмічена доцільність застосування Бн. З трьох терапевтичних режимів призначення Бн, на нашу думку, слід обирати режим BR, як більш ефективний та малотоксичний. У ослаблених пацієнтів та пацієнтів зі значимими супутніми захворюваннями, можна застосовувати режим монотерапії Бн. Використання режиму ВОР в терапії ХЛЛ, на нашу думку, є недоцільним.

БІОПЛІВКОУТВОРЕННЯ ЗБУДНИКІВ РАНОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ ОПІКАМИ

Мельник О.А., Козинець Г.П., Захаренко О.С., Симанович В.В.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

Однією із стратегій виживання бактерій є формування біоплівки, у складі яких мікроорганізми в 50-500 разів більш стійкі до дії дезінфікуючих речовин, антибактеріальних препаратів. Такий спосіб існування мікроорганізмів сприяє розвитку інфекції у пацієнтів з опіковою травмою та підвищує летальність до 76,3%.

Мета. Виділити збудники інфекції з ранової поверхні у хворих з опіками та дослідити їх здатність до біоплівкоутворення (БПУ).

Матеріали та методи. Досліджено мікрофлору ранової поверхні 8 хворих із термічними опіками. Мікробіологічний моніторинг включав виділення мікроорганізмів, кількісний облік результатів за титром колонієутворюючих організмів в 1 мл (КУО/мл) та наступну ідентифікацію ізолятів. Здатність культур до БПУ досліджували методом імуноферментного аналізу та оцінювали за довжини хвилі 620 нм із визначенням одиниць оптичної густини (ОД ОГ). БПУ вважали відсутнім або слабким при значенні ОД ОГ < 0,120; середнім – при показниках від 0,120 до 0,240; високим при значенні > 0,240.

Результати та обговорення. Ізольовано та ідентифіковано 15 культур мікроорганізмів родів: Staphylococcus, Enterococcus, Actinomyces, Bacillus, Pseudomonas, Candida. На ранніх строках опікової травми виявлялися фірмікутні представники у титрі 101-103 (КУО/мл); на пізніх термінах – грацилікути у кількості 102-105 КУО/мл. Найвищий рівень БПУ зафіксовано у 2 штамів Staphylococcus epidermidis та 1 штаму Pseudomonas aeruginosa (1,474, 0,816, і 0,838 ОД ОГ, відповідно). Середню та високу здатність до БПУ виявляли ізоляти роду Enterococcus та P. aeruginosa (ОД ОГ 0,177-0,568). Культури Candida albicans характеризувалися слабким та середнім БПУ (0,051 та 0,195 ОД ОГ).

Висновки. Збудниками інфекційних процесів при опіковій травмі у 82% випадків є бактерії з високою здатністю до утворення біоплівки.

ІСТОРІЯ ВИВЧЕННЯ РЕГЕНЕРАТОРНИХ ЗМІН КРОВІ ПІСЛЯ ГЕМОЕКСФУЗІЇ

Мулярчук О.В.

Київський міський центр крові, м. Київ

Детальне вивчення питання щодо доз кроводачі без шкідливих наслідків для здоров'я донорів було актуальним впродовж всього часу з моменту виникнення донорства.

Мета. Систематизувати та узагальнити в історичному аспекті дані літератури щодо вивчення змін в організмі донора після донації за період до офіційного визнання безоплатного донорського руху (1957).

Результати та обговорення. Першими дослідженнями про регенерацію крові у донорів встановлено, що при кроводачі 200-300 мл повне відновлення показників червоної крові наставало через 25-30 днів. При ексфузії 500 мл регенерація крові, за їх даними, продовжувалась до 30-50 днів. Забір крові у донора об'ємом 300-400 мл дробовими дозами з інтервалами 2-7 днів скорочувало терміни її відновлення, в середньому, до 2 тижнів, хоч і спостерігали значні

індивідуальні коливання. Установлено, що безпосередньо за ексфузією крові розвиваються аутолітичні процеси. Продемонстровано, що в перші 3 години після ексфузії підвищувався рівень глюкози, показник нормалізувався на 5-10 добу.

Висновки. Проаналізовані дані літератури 20-50 років минулого століття свідчать, що рутинні дослідження впливу донорії на організм донорів активно проводились по мірі розвитку служби крові та її технічного і наукового забезпечення. Наразі поглиблені дослідження такого плану можуть значно доповнити наші уявлення і забезпечити збереження кадрового потенціалу донорів.

ІНФЕКЦІЙНА БЕЗПЕКА КОМПОНЕНТІВ ТА ПРЕПАРАТІВ

Новак В.Л., Миськів І.М., Тарасюк О.О., Костик Х.Я.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів

Мета. Дослідити рівень поширеності гемотрансфузійних інфекцій серед донорів України.

Матеріали та методи. Показники поширеності гемотрансфузійних інфекцій (ВІЛ ½, гепатити В, С, сифіліс) серед донорів резерву та кадрових донорів за 2013-2017 рр.

Результати та обговорення. Незважаючи на посилення службою крові заходів з інфекційної безпеки (відбір донорів, впровадження крім імуноферментного (ІМФ), імунохемилюмінесцентного (ІМХМЛ) та методу полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) поширеність гемотрансфузійних інфекцій дещо знизилася, але все ще знаходиться на досить високому рівні. Незважаючи на проведені обстеження донорської крові ІМФ, ІМХМЛ та підтверджувачими тест-системами після періоду карантинізації плазми (180 днів) закладами служби крові після повторного обстеження донорів було вилучено та знешкоджено у 2013 р. 149,7 л та у 2017 р. 131,4 л свіжозамороженої плазми, що становило у процентному відношенні до всієї карантинізованої плазми відповідно 5,9% та 6,8%. Загалом, з 2013 по 2017 роки серед донорів (кадрових та резерву) було виявлено та підтверджено 2751 випадок інфікованості. По роках цей показник становив відповідно 85; 589; 451; 456 та 400 випадків. Серед донорів резерву показник поширеності на 100 тис. донорів з 107,3 у 2013 р. зменшився до 83,6 випадків у 2017 році. У зв'язку із збільшенням кількості кадрових донорів у ці роки з 8,7% у 2013 р. до 13,4% у 2017 р. спостерігалось і збільшення інфікованих ВІЛ½ відповідно з 11,9% до 13,0%, що свідчить про негативну тенденцію, очевидно пов'язану із послабленням вимог до підбору кадрових донорів.

Висновки. Враховуючи високий рівень інфікування ВІЛ½ серед донорів надзвичайно важливим є посилення вимог при зарахуванні в донори осіб, які виявили бажання стати донорами та впровадження методу ПЛР при скринінгу крові.

ІНТЕГРАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ СЛУЖБИ КРОВІ УКРАЇНИ

Перехрестенко П.М., Самусь В.М., Аладьєва О.М.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

Мета. Проаналізувати дані з кількості донорів, донорії, а також заготовленої крові, плазми, клітин крові окремо центрами (станціями) переливання крові, відділеннями трансфузіології лікувальних закладів (ВТЛЗ) та лікарнями, що заготовляють кров.

Матеріали та методи. Використані звіти форми №39 – здоров «Звіт центру служби крові (станції) переливання крові, відділення трансфузіології лікувального закладу, установи, лікарні, яка проводить заготівлю крові» областей та м. Києва.

Результати та обговорення. У 2017 році кількість донорів, котрі здали кров, плазму чи клітинні крові в закладах служби крові областей склала 378085, з них в центрах (станціях) переливання крові – 224921 донор (59,7%), у ВТЛЗ – 143588 донорів (37,7%), в лікарнях, що заготовляють кров – 9636 (2,6%). Щодо донорії крові, плазми та клітин крові. Виконано 551086 донорії, в тому числі в центрах крові – 63,2%, у ВТЛЗ – 34,7%, в лікарнях – 2,1%. Таке ж співвідношення спостерігається і при аналізі кількості заготовленої консервованої крові. Одержано всього 243332 л крові, в центрах крові – 59,6%, у ВТЛЗ – 38,1%, в лікарнях – 2,3%. Найбільше плазми заготовлено в центрах (станціях) переливання крові – майже 80%, у ВТЛЗ – 21,5%, в лікарнях – тільки 0,7% (всього заготовлено 150916 л плазми). Вироблено 24716 доз клітин крові (тромбоцитів), з них 14990 доз – аферезних, які отримували центри (станції) переливання крові.

Висновки. Аналіз наведених даних свідчить, що основна робота по заготівлі крові, плазми проводиться в центрах (станціях) переливання крові та ВТЛЗ. В них заготовлюється 98% крові та плазми. Тому з метою підвищення якості крові та її компонентів доцільно їх заготівлю проводити тільки в центрах (станціях) переливання крові та ВТЛЗ, які мають відповідні кадрові та матеріально-технічні можливості.

ЛІКУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНИХ ФОРМ ТА РЕЦИДИВІВ МНОЖИННОЇ МІЕЛОМИ

Перехрестенко Т.П.¹, Мельник У.І.², Басова О.В.¹, Кисельова О.А.¹, Мазур М.М.¹

¹ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

²Київська міська клінічна лікарня № 9, м. Київ

Мета. Оцінити ефективність застосування бендамустину у пацієнтів із резистентними формами/рецидивами множинної мієломи (р/р ММ).

Матеріали та методи. Електрофорез білків плазми та сечі, критерії відповіді згідно з IMWG.

Результати та обговорення. Бендамустин є фактично єдиним лікарським засобом, котрий пропонується для застосування в Україні в якості другої лінії терапії та входить до переліку препаратів в протоколах NCCN та ESMO. Бендамустин з преднізолоном признався 17 пацієнтам, в поєднанні з бортезомібом-5. Повну, дуже добру та часткову відповіді при застосуванні першої схеми досягнуто у 35,4%, мінімальну – у 23,5% хворих, натомість додавання бортезомібу до протоколу дозволило значно покращити результати терапії та досягти зазначені рівні відповіді у 56,5% та 34,8%, відповідно ($p < 0,05$). Медіана безпрогресивної виживаності становила 7 та 13 міс., відповідно ($p < 0,05$). Можливість проведення протоколу терапії з додаванням бортезомібу обмежена через безконтрольне призначення його у схемах першої лінії. Моніторинг ефективності терапії включає проведення електрофорезу білків плазми та сечі та/або визначення вільних легких ланцюгів імуноглобулінів через 3 курси терапії, що дозволяє вчасно провести корекцію протоколу лікування та перевести пацієнта на 2-у лінію. На практиці нерідко спостерігається тривале призначення бортезомібу, інколи до 12 курсів, без оцінки відповіді, що значно зменшує вірогідність досягнення задовільного результату на 2-у лінії.

Висновки. Застосування бендамустину у протоколах терапії пацієнтів з р/р ММ є ефективним методом лікування, особливо у поєднанні з бортезомібом, для покращення результатів необхідно дотримуватися критеріїв моніторингу відповіді.

ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ СЛУЖБИ КРОВІ УКРАЇНИ

Плакса В.М.¹, Любчак В.В.¹, Тимченко А.С.², Любчак В.П.¹

¹Сумський державний університет, кафедра громадського здоров'я, м. Суми

²ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

Служба крові – одна з найважливіших галузей національної системи охорони здоров'я. Переливання крові дозволяє щорічно рятувати мільйони людей. Ця служба дозволяє забезпечити лікувально-профілактичні заклади білковими препаратами плазми крові та компонентами крові, які необхідні для надання медичної допомоги під час лікування тяжких гострих та хронічних захворювань, невідкладних станів, а також при наданні допомоги у надзвичайних ситуаціях.

Мета. Вивчити історію служби крові України.

Матеріали та методи. В проведених дослідженнях було опрацьовано найстаріші медичні журнали України. Найбільшою увагою заслуговує журнал «Врачебное дело», на основі якого були отримані історичні відомості, що потребують оприлюднення.

Результати та обговорення. Історія донорства бере початок з першої третини XIX століття. Поштовхами для розвитку переливання крові вважають відкриття груп крові і Першу світову війну, хоча відомо про переливання крові ще в 1832 році в Петербурзі. В Росії вперше науково обгрунтоване переливання було зроблено тільки в 1919 році у Військово-медичній академії. Нами було проведено дослідження перших архівних номерів українського журналу «Врачебное дело». До цього часу у доступній літературі вважалося, що перше переливання крові в Україні було проведено в Одесі у 1922 році, але вже у третьому номері журналу, що вийшов на межі 1918 та 1919 років присутня інформація про використання крові і кров'яних сироваток, що однозначно свідчать про те, що саме в цей час служба крові почала своє існування на території України.

Висновки. Таким чином проаналізована історія розвитку служби крові України та отримана інформація про використання кров'яних сироваток у 1919 році. Це відкриває нові історичні відомості в галузі гемотрансфузіології та вказує, що у 2019 році служба крові України може святкувати своє 100-річчя.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА ПОШИРЕНІСТЬ ХВОРОБ КРОВІ, КРОВОТВОРНОЇ ТА ЛІМФОЇДНОЇ СИСТЕМ

Примак С.В., Деркач Ю.В., Костик Х.Я., Берекета Я.Д.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів

Мета. Дослідити рівень захворюваності та поширеності хвороб крові, кровотворної та лімфоїдної систем в Україні за 2008-2017 роки.

Матеріали та методи. Показники діяльності гематологічної служби України у 2008-2017 рр.

Результати та обговорення. У 2008 р. загальна захворюваність крові, кровотворної та лімфоїдної систем складала 78751 випадки, у 2017 р. цей показник становив 59083 випадки і був на 25% нижчим. У зв'язку з відсутністю даних з АР Крим, м. Севастополь, Донецької та Луганської (2014-2016 рр.) областей, достовірним можна вважати розрахунок на 100 тис. населення. Так, захворюваність та поширеність хвороб крові, кровотворної та лімфоїдної систем на 100 тис. населення протягом досліджуваних років коливалась відповідно від 181 (1092) випадку (2010 р.) до 210 (1337) випадків (2016 р.). Захворюваність на злоякісні гематологічні хвороби найнижчою була у 2010 р. (13 випадків), а найвищою у 2014 р. (19 випадків) та у 2017 р. (142 випадки) на 100 тис. населення. Отже, захворюваність та поширеність за 10 років становила, в середньому, 201,6 (1166,6) випадків на 100 тис. населення. Серед злоякісних гематологічних хвороб цей показник становив відповідно 15,4 та 109,3 випадків на 100 тис. населення. Аналіз даних показує, що при практично

стабільному рівні захворюваності впродовж 10 років поширеність включно із злоякісними хворобами, з 2015 р. збільшується, що свідчить про підвищення ефективності лікування в останні роки порівняно з попередніми. **Висновки.** Аналіз захворюваності та поширеності хвороб крові, кровотворної та лімфоїдної систем є важливим при розрахунку потреби у хіміотерапевтичних препаратах та препаратах супроводу для надання якісної спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги хворим гематологічного та онкологічного профілю.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПОЛІКОМПОНЕНТНОГО СИМБІОТИКА НА СКЛАД МІКРОБІОЦЕНОЗІВ ХВОРИХ НА ГОСТРУ ЛЕЙКЕМІЮ

Рибальська А.П., Немировська Л.М., Скачкова Н.К.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

На тлі високого ризику розвитку інфекції, розповсюдження антибіотикорезистентних збудників, новим, альтернативним методом впливу на умовно-патогенну мікробіоту (УПМ) макроорганізму може стати використання пробіотиків.

Мета. Визначити вплив симбіотичного препарату (СП) на склад мікробіоти хворих на гостру лейкемію (ГЛ).

Матеріали та методи. За результатами дослідження ефективності дії СП, що містить біфідобактерії, лактобактерії, пропіоновокислі бактерії, термофільні стрептококи та лактозу, проведено мікробіологічний моніторинг мікрофлори біотопів кишечника, носової порожнини та зіву 15 хворих на ГЛ, за яким ізолювано та ідентифіковано 207 штамів мікроорганізмів.

Результати та обговорення. Встановлено, що СП не впливає на гемопоетичну систему організму хворих, проте сприяє відновленню мікрофлори кишечника за рахунок збільшення біфідобактерій (34,7% хворих), лактобактерій (30,0% пацієнтів), на тлі елімінації УПМ. Застосування пробіотичного препарату дозволило виявити у верхніх дихальних шляхах хворих «приховані патогени» – мікроорганізми, що не ізолювалися на початку дослідження, проте виявлялися після вживання пробіотику у клінічно значущих титрах, що може мати додатковий діагностичний ефект. Це штами роду *Staphylococcus*, *Microsoccus* та *Moraxella catarrhalis* (105-106 КУО/мл), гриби родів *Aspergillus*, *Candida* (≥ 102 КУО/мл). Застосування бактеріального СП зменшувало патогенний потенціал *S.epidermidis*, сприяло зниженню колонізаційної резистентності або елімінації цих мікроорганізмів.

Висновки. Застосування полікомпонентного СП у хворих на ГЛ мало позитивний ефект завдяки усуненню дисбіотичних станів під час імуносупресії та, як наслідок, запобігало виникненню інфекційно-запальних ускладнень, дозволяючи провести лікування основного захворювання у повному обсязі.

ЗДАТНІСТЬ ДО БІОПЛІВКУОТВОРЕННЯ ПРЕДСТАВНИКІВ МІКРОБІОТИ КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ НА ГОСТРУ МІЕЛОЇДНУ ЛЕЙКЕМІЮ

Рибальська А.П., Мельник О.А., Немировська Л.М., Сергута С.Ю., Пономаренко Ю.С.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

Проблема виникнення інфекційно-запальних ускладнень (ІЗУ) у хворих на лейкемію залишається невирішеною. Частота ІЗУ становить до 80%, і залишається основною причиною смерті пацієнтів. Новим напрямком розробки шляхів профілактики та мінімізації наслідків ІЗУ може стати дослідження біоплівкуоутворення мікроорганізмів.

Мета. Дослідити здатність представників мікробіоти кишечника хворих на гостру мієлоїдну лейкемію (ГМЛ) до утворення біоплівки.

Матеріали та методи. Ідентифікацію виділених мікроорганізмів із фекальних мас від 7 хворих на ГМЛ проводили за класичними мікробіологічними методами. Здатність культур до біоплівкуоутворення досліджували методом імуноферментного аналізу та оцінювали за довжини хвилі 620 нм із визначенням одиниць оптичної густини (ОД ОГ). Біоплівкуоутворення вважали відсутнім або слабким при значенні ОД ОГ <0,120; середнім – при показниках від 0,120 до 0,240; високим при значенні >0,240.

Результати та обговорення. Вивчено здатність до біоплівкуоутворення 11 штамів умовно патогенних мікроорганізмів, ізолюваних із біотопу кишечника хворих на ГМЛ: *Enterobacter cloacae*, *E.liquefacius*, *E.aerogenes*, *Klebsiella pneumoniae* та дріжджоподібних грибів роду *Candida*. Показники ОД ОГ цих культур коливалися у межах від 0,023 до 1,16. Із 11 ізолюваних штамів 54,5% (6 культур) виявили високий рівень біоплівкуоутворення, 18,2% (2 штами) – середній. Найвищі показники біоплівкуоутворення зафіксовано у 2 штамів дріжджів (1,007 та 1,160). Слабка здатність до утворення біоплівки була характерною для *Klebsiella pneumoniae* та двох штамів *Candida sp.*

Висновки. Серед досліджених умовно патогенних мікроорганізмів, що вегетують у біотопі кишечника, здатністю утворювати біоплівку характеризувалися 72,7% штамів бактеріальних культур та дріжджів.

РІВЕНЬ МОЛЕКУЛ СЕРЕДНЬОЇ МАСИ ЯК ПОКАЗНИК ВАЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕМОФІЛІЇ А

Семеняка В.І, Аношина М.Ю., Яговдик М.В., Авер'янов Є.В.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

Мета. Встановити залежність між змінами вмісту молекул середньої маси (МСМ) та активністю фактора VIII (ФVIII) у хворих на гемофілію А (ГА) при проведенні профілактичного лікування.

Матеріали та методи. Плазма та сироватка крові 15 хворих на ГА, які отримували профілактичне лікування у дозі 40 МО/кг маси тіла з періодом 72 години. Контроль – плазма та сироватка крові 10 здорових осіб. Активність ФVIII визначали одностадійним методом до застосування фактора, через 0,5, 2, 4, 8, 24, 48, 72 години після введення препарату. Вміст у сироватці крові МСМ визначали в ті ж терміни. До дослідження пацієнти лікувалися в профілактичному режимі 6-12 місяців. Дослідження також виконувалося до початку профілактики.

Результати та обговорення. До початку профілактичного лікування активність ФVIII становила $(1,10 \pm 0,01)$ МО/дл, а вміст МСМ був $(0,45 \pm 0,002)$ у.о. Після початку профілактичного лікування спостерігалось зменшення вмісту МСМ ($p < 0,001$). Перед черговим введенням ФVIII показник МСМ складав $(0,323 \pm 0,002)$ у.о., а активність ФVIII у плазмі становила $(2,51 \pm 0,02)$ МО/дл. Через 0,5 год після введення дози ФVIII спостерігалось значне підвищення його активності (до $84,62 \pm 1,44$) МО/дл. При цьому рівень МСМ зменшувався ($p < 0,001$) у 3,3 рази до $(0,098 \pm 0,001)$ у.о. У подальші терміни спостереження відбувалося зменшення активності ФVIII та збільшення рівня МСМ. В кінцевий термін спостереження показник МСМ недостовірно перевищував той, що визначався до введення $(0,323)$ у.о. проти $(0,331)$ у.о., різниця активності ФVIII у ті ж періоди була недостовірною.

Висновки. Показник МСМ може слугувати для оцінки рівня патологічних змін системи гемостазу у хворих на гемофілію А, відображуючи ступінь впливу ФVIII на інтенсивність метаболічних процесів.

ОРГАНОЗБЕРІГАЛЬНІ ОПЕРАЦІЇ НА СЕЛЕЗІНЦІ ПРИ ЇЇ ДОБРОЯКІСНІЙ ПАТОЛОГІЇ. ВЛАСНИЙ ДОСВІД

Семерак М.М., Євстахевич Ю.Л., Інденко Ф.П., Книш О.В., Бардах І.Б., Євстахевич І.Й.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів

Мета. Впровадження органозберігальних методів хірургічного лікування доброякісної патології селезінки.

Матеріали та методи. 77 пацієнтів на доброякісну патологію селезінки, яким протягом останніх 25 років було проведено органозберігальні операції на селезінці. Серед них: 31 пацієнт на несправжню кісту селезінки, 10 – справжню кісту, 13 – гематому селезінки, 9 – з інтраопераційним пошкодженням селезінки, 14 – іншу доброякісну патологію селезінки.

Результати та обговорення. Пацієнтам було застосовано наступні способи органозберігальних операцій: спленорафія, резекція селезінки, резекція селезінки з автотрансплантацією селезінкової тканини, фенестрація кісти «відкритим» і лапароскопічним способами, енуклеація кісти, спленектомія з автотрансплантацією, перев'язка селезінкової артерії. Резекція селезінки виконувалась наступними способами: геміспленектомія, «куксова» резекція із залишенням одного або двох полюсів селезінки (патент України на винахід №62136) та автотрансплантацією селезінкової тканини за Roth. Вважаємо, що «золотим стандартом» органозберігальної операції при неускладнених непаразитарних кістах є фенестрація кісти, яка включала наступну послідовність: визначення локалізації кісти, пункція та евакуація її вмісту, максимальна резекція стінок кісти, гемостаз на зрізі селезінкової тканини, підведення і фіксація сальника до залишеної стінки кісти. Коагуляцію паренхіми селезінки на зрізі кісти проводилась нами «пристроєм для коагуляційного гемостазу» (патент України на винахід №29959). Інфекційно-запальних захворювань при спостереженні прооперованих хворих протягом 2-24 років не виявлено.

Висновки. Органозберігальні операції на селезінці попереджують розвиток важких інфекційно-запальних захворювань.

ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ФРАКЦІЙНОГО СКЛАДУ БІЛКІВ СИРОВАТКИ КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ЛІМФОЦИТАРНУ ЛЕЙКЕМІЮ/ЛІМФОМУ З МАЛИХ ЛІМФОЦИТІВ

Сергута С.Ю., Тимченко А.С., Сівкович С.О., Яговдік М.В.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

Мета. Дослідити фракційний склад білків сироватки крові хворих на В-клітинну хронічну лімфоцитарну лейкемію/лімфому з малих лімфоцитів (В-ХЛЛ/ЛМЛ) для визначення тактики замісної терапії імуноглобулінами для внутрішньовенного введення (ІГВВ).

Матеріали та методи. Проведено попередні дослідження вмісту загального білка та його фракцій (альбумінів (А), глобулінів (Г- $\alpha 1$ -, $\alpha 2$ -, β -, γ -Г), співвідношення А/Г, А і суми $\alpha 1$ -Г та $\alpha 2$ -Г фракцій (А/ $\alpha 1$ -Г+ $\alpha 2$ -Г)) у сироватці крові 12 хворих на В-ХЛЛ/ЛМЛ. Дослідження вмісту загального білка здійснено з використанням тест-набору виробництва ТОВ НВП «Філіст-Діагностика» (Україна), фракціонування білків за методом В.Г. Колб та співавт.



Результати та обговорення. Виявлено, що у дослідних хворих у фракційному складі білків переважали А над Г, що підтверджувалось збільшенням коефіцієнта співвідношення А/Г майже у 2 рази в порівнянні з нормальними значеннями даного показника. Середній вміст $\alpha 2$ -Г та β -Г фракцій був у межах нормальних значень, але відмічалось широке коливання цих показників. Частка $\alpha 1$ -Г фракції в середньому наближалась до нижньої границі норми і складала $(3,40 \pm 0,43)\%$. Найбільші зміни при дослідженні виявлено в показниках γ -Г фракції: у 11 пацієнтів рівень γ -Г фракції складав $(6,43 \pm 0,87)\%$ або $(4,23 \pm 0,71)$ г/л у перерахунку на вміст загального білка в сироватці хворих. Це свідчить про гіпо- γ -глобулінемію у таких пацієнтів.

Висновки. Визначення фракційного складу білків сироватки крові хворих на В-ХЛЛ/ЛМЛ показало значне збільшення співвідношення А/Г за рахунок порушення синтезу γ -Г фракції білків у 91,7% обстежених пацієнтів, що свідчить про необхідність проведення моніторингу даних показників для своєчасного призначення замісної терапії ІГВВ.

ЕКСПРЕСІЯ АНТИГЕНА CD42b НА ТРОМБОЦИТАХ ПАЦІЄНТІВ З МІЕЛОПРОЛІФЕРАТИВНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ

Шороп Є.В., Шороп С.М.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

Мета. Дослідити особливості експресії антигена CD42b, який є структурною частиною одного з найбільш функціонально важливих мембранних молекул – рецептора фактора фон Віллебранда (GP Іb/V/IX), тромбоцитами хворих на мієлопроліферативні новоутворення (МПН).

Матеріали та методи. Обстежено кров 16 хворих на первинний мієлофіброз (ПМФ), 12 — справжно поліцитемію (СП), 18 — хронічну мієлоїдну лейкемію (ХМЛ), серед яких 6 знаходились у фазі бластного кризу (ХМЛ-бк). Групу контролю складалі 19 осіб без гематологічних захворювань. Методом проточної цитометрії за допомогою моноклональних антитіл, мічених флуоресцеїном ізотіаціанатом, на тромбоцитах визначали антиген CD42b. Експресію антигена оцінювали за інтенсивністю флуоресценції, результат виражали в умовних одиницях (у.о.).

Результати та обговорення. Експресія антигена CD42b на тромбоцитах хворих на ПМФ становила $(442,4 \pm 9,5)$ у.о., СП – $(447,9 \pm 5,3)$ у.о., ХМЛ – $(437,7 \pm 9,9)$, що не мало значимої різниці з показником групи контролю – $(444,5 \pm 9,7)$ у.о. Таким чином, можна припустити, що тромбоцити хворих при МПН загалом зберігають свої функціональні властивості. Поряд з тим, у групі пацієнтів з ХМЛ-бк виявлено вірогідне ($p < 0,05$) зниження експресії цього антигена – $(400,5 \pm 14,4)$ у.о., що свідчить про істотне зменшення кількості рецепторних молекул на мембрані тромбоцитів, яке може сприяти розвитку геморагічних ускладнень у хворих на термінальній стадії захворювання за рахунок порушення адгезії тромбоцитів до субендотелію судин.

Висновки. На тромбоцитах хворих на МПН, за винятком випадку розвитку бластного кризу, спостерігається нормальна експресія антигена CD42b. При ХМЛ-бк визначається вірогідне зменшення експресії CD42b тромбоцитами, що може стати причиною виникнення у таких хворих ускладнень геморагічного характеру.

ДОСЛІДЖЕННЯ УМОВ СОРБЦІЇ ФАКТОРА VIII ЗСІДАННЯ КРОВІ

Шурко Н.О.¹, Даниш Т.В.¹, Міляшкевич С.П.¹, Дяків Я.М.², Корецька Н.Р.²

¹ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів
²Львівський обласний центр служби крові, м. Львів

Мета. Підібрати оптимальні умови для очищення фактора VIII (FVIII) зсідання крові методом барвник-лігандної хроматографії на кремнеземних носіях.

Матеріали та методи. Для моделювання процесу сорбції FVIII використовували «Кріопреципітат». Дослідження проводили batch-методом при рН 7,4 та 8,0. Активність FVIII визначали уніфікованим одностадійним коагулологічним методом; концентрацію білка визначали методом Бредфорд.

Результати та обговорення. Хроматографічне очищення FVIII вважається одним із технологічно найважчих процесів через потенційний ризик його активації, низьку концентрацію та нестабільність за наявності протеаз плазми крові. Експериментально доведено, що зростання питомої активності FVIII у процесі інкубації з досліджуваними сорбентами пов'язане із сорбцією нецільових білків, зокрема факторів протромбінового комплексу (II, VII, IX), фібриногену, фібронектину. Встановлено, що при рН 7,4 ступінь очищення вищий, ніж при рН 8,0. Зокрема, для ліганду Procion blue MXR $0,300 \pm 0,009$ та $0,123 \pm 0,005$ МО/мг білка, відповідно (вихідна активність $0,036 \pm 0,001$ МО/мг білка).

Сорбент із оптимальним розміром пор для очищення FVIII добирали експериментально. Для цього використали сорбент Діасорб-Procion Blue HB з розміром пор 250, 500, 750 та 1500 А, відповідно.

Висновки. Доведено, що всі досліджувані сорбенти зв'язують нецільові щодо FVIII білки (явище негативної сорбції); при цьому значний вплив на зв'язування мають величина рН та розмір пор матриці. Сорбція нецільових білків є найвищою при рН 7,4 та розмірі пор матриці 750 А.

ЗАСТОСУВАННЯ ІНФУЗІЙНИХ РОЗЧИНІВ У ХВОРИХ З МІКРОЦИРКУЛЯТОРНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РІЗНОГО ГЕНЕЗУСтаріков А.В.¹, Левченко Т.М.²¹ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ²Українська військово-медична академія, м. Київ

Мета. Дослідити вплив детоксикаційної терапії на тлі застосування плазмаферезу та наступної замісної інфузійної терапії розчинами реологічної дії (латрен) та похідних багатоватомних спиртів (ксилат) на стан мікроциркуляції тканин у хворих з ангіопатією нижніх кінцівок різного походження.

Матеріали та методи. 26 хворих, серед яких 16 хворих на цукровий діабет 2-го типу в стадії декомпенсації, та 10 хворих з ангіопатією судин нижніх кінцівок. Реєстрація реовазограми проводилась із застосуванням тетраполярної методики за допомогою реовазографічного комплексу «Міда» з відповідним програмним забезпеченням. Під час лікування аналізувались показники коагулограми.

Результати та обговорення. Незважаючи на різну етіологію захворювань у хворих виявлені загальні прояви ендогенної інтоксикації. Доведено, що розчини мікроциркуляторно-реологічної та метаболічної дії латрен і ксилат мають об'ємозаміщуючий ефект і можуть використовуватися для компенсації гіповолемії після плазмоексфузії. Виявлено скорочення часу Хагеманзалежного фібринолізу і зниження агрегації тромбоцитів до АДФ на 27%, що може свідчити про активацію тромбін-плазмінової системи завдяки дії латрену, до складу якого входить пентоксифілін. Після лікування реографічний індекс зростав, в середньому, на 42%. При огляді хворих визначалось покращення перфузії тканин, про що свідчило почервоніння голілки та зниження проявів більшого синдрому.

Висновки. У хворих з ангіопатією нижніх кінцівок різного генезу, доцільно рекомендувати детоксикаційну терапію. Препарат ксиліт доцільніше призначати хворим з декомпенсованою формою цукрового діабету, ускладненою ангіопатією нижніх кінцівок.

ФУНКЦІОНАЛЬНА АКТИВНІСТЬ CD 34+ КЛІТИН ПРИ МІЕЛОДИСПЛАСТИЧНОМУ СИНДРОМІТретьак Н.М.¹, Горяїнова Н.В.¹, Білько Н.М.², Стародуб Г.С.¹, Пахаренко М.В.²¹ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ²Національний університет «Києво-Могилянська академія», м. Київ

Мієлодиспластичний синдром (МДС) включає гетерогенну групу захворювань клонального походження. Приховані ланки патогенезу захворювання і дотепер залишаються нез'ясованими.

Мета. Визначення кількості клітин у кістковому мозку (КМ), що експресують CD 34+ антиген, при МДС РАНБ I і РАНБ II та оцінка їх проліферативного потенціалу.

Матеріали та методи. Проаналізовані дані 14 хворих на МДС РАНБ I і РАНБ II за класифікацією ФАБ. Методом проточної лазерної цитофлуориметрії на FACScan (Becton Dickinson, США) з використанням програми LYSYS-II ver. 1.1. (Becton Dickinson, США) та з використанням моноклональних антитіл (МКА) визначались антигени анти-CD34, функціональна активність клітин CD34 досліджувалась методом культивування in vitro у напіврідкому агарі (Difco, США).

Результати та обговорення. При МДС РАНБ I виявлено зростання кількості клітин CD 34+ в КМ до (9,4±1,2)% що в 2,7 рази перевищує норму (3,5±0,5)%. У КМ хворих на МДС РАНБ II вміст клітин, які експресують CD 34+ антиген становив (16,9±2,3)% тобто у 4,8 разів перевищував норму. Аналіз кількості колонієутворюючих одиниць (КУО), показав, що існує значна різниця в клоногенному потенціалі між групами хворих на МДС РАНБ I та РАНБ II. Кількість КУО в групі пацієнтів з МДС РАНБ I в ініціальному періоді становила 32,5±4,8 на 1×10⁵ мієлокариоцитів (p<0,05) і значно вищий показник КУО 47,9±6,4 на 1×10⁵ мієлокариоцитів встановлено у хворих з прогресуванням патологічного процесу в МДС РАНБ II.

Висновки. Результати досліджень свідчать про існування взаємозв'язку між кількістю клітин КМ, що експресують CD 34+ антиген та їх колонієутворюючою здатністю при МДС.

РОЗРОБКА СТАНДАРТНИХ ОПЕРАЦІЙНИХ ПРОЦЕДУР БАКТЕРІОЛОГІЧНОЇ ЛАБОРАТОРІЇ, ЯК ОСНОВНИЙ НАПРЯМ ЗАПОБІГАННЯ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ СТОВБУРОВИХ ГЕМОПОЕТИЧНИХ КЛІТИН

Новак В.Л., Тарасюк О.О., Тушницький О.М., Сташків Ю.В.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів

Мета. Розробка стандартних операційних процедур (СОП) бактеріологічної лабораторії спрямована на отримання достовірної, своєчасної та обґрунтованої інформації про мікробіологічну складову внутрішнього середовища організму пацієнта до та після проведення високодозової хіміотерапії (ВДХТ) з наступною трансплантацією стовбурових гемопоетичних клітин (СГК), з інфекційними ускладненнями, та правильне здійснення етіотропного лікування та на розробку профілактичних заходів при мікробіологічному контролі об'єктів середовища в робочій зоні приміщення операційних блоків.

Матеріали та методи. Державні санітарні норми і правила, накази Міністерства охорони здоров'я України, методичні рекомендації. Використані аналітично-інформаційні методи.



Результати та обговорення. Розробка та впровадження СОП з мікробіологічних досліджень заготовлених СКГ та інфекційних ускладнень після проведення ВДХТ з наступною трансплантацією аутологічних та алогенних СКГ раннього, проміжного та пізнього після трансплантаційного періоду; для характеристики мікрофлори слизових оболонок та інфекційних ускладнень у реципієнтів СКГ в залежності від колонізації мікроорганізмів на слизовій оболонці та ступеня тяжкості її uszkodження у шлунково-кишковому тракті. Здійснення таких заходів дасть високий рівень узгодженості, точності, достовірності та якості отриманих результатів. Еволюційний розвиток СОП здійснюється за встановленим механізмом та з урахуванням нових технологій і методів.

Висновки. Впровадження СОП дозволить отримати біологічну та аналітичну достовірність, інформативність результатів досліджень відповідно до поставлених клінічних завдань та провести адекватну терапію супроводу.

ВИЗНАЧЕННЯ МУТАЦІЇ JAK2 V617F ПРИ RH-НЕГАТИВНИХ ХРОНІЧНИХ МІЕЛОПРОЛІФЕРАТИВНИХ ЗАХВОРУВАННЯХ

Вороняк М.І., Кокорук М.В., Юрчишак І.М., Міляшкевич С.П.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів

Мета. Якісне виявлення мутації JAK2 V617F у пацієнтів з підозрою на хронічні мієлопроліферативні захворювання (ХМПЗ).
Матеріали та методи. Визначення мутації V617F гену JAK2 проводили в лейкоцитах периферичної крові методом полімеразно-ланцюгової реакції в режимі реального часу постановкою мультиплексної реакції. Аель 1 («дикого типу») маркувалася флюорофором HEX, аель 2 (мутована) визначалася по каналу FAM. Ампліфікація проводилася на приладі CFX96TM Real-Time System виробництва фірми Bio-Rad (США). Результати аналізу дозволяють дати три типи заключень: гомозигота за нормальною алелю 1; гетерозигота (одночасно аель 1 + аель 2) і гомозигота по патологічній алелі 2.

Результати та обговорення. Наявність мутації JAK2 V617F визначали у 113 хворих з підозрою на ХМПЗ віком від 21 до 76 років, з яких 46 жінок і 67 чоловіків. Мутацію виявили у 43 пацієнтів, з них 24 жінки та 19 чоловіків. Серед пацієнтів з виявленою мутацією було 32 – з гетерозиготою, а 11 – з гомозиготою. В подальшому дані результати були використані при постановці діагнозу. Так як з 2008 року мутацію JAK2 V617F включено в список основних діагностичних критеріїв ХМПЗ, тому рекомендовано проводити якісне визначення мутації JAK2 V617F під час первинного обстеження пацієнтів з підозрою на такі захворювання.

Висновки. JAK2 V617F зустрічається у переважній більшості хворих на ХМПЗ, що робить цю мутацію дуже зручним діагностичним маркером. Зараз молекулярне дослідження входить в діагностичні критерії ВООЗ, а тест на наявність мутації JAK2 став стандартним методом діагностики ХМПЗ. В даний час дослідження на наявність мутації JAK2 V617F необхідна умова для встановлення правильного діагнозу і визначення подальшої тактики лікування пацієнта.

ВИЗНАЧЕННЯ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ КАФЕДРИ ГЕМАТОЛОГІЇ І ТРАНСФУЗИОЛОГІЇ «СЕРТИФІКАТАМИ ПРО ВИЗНАННЯ» АМЕРИКАНСЬКОГО МІЖНАРОДНОГО АЛЬЯНСУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗА НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНУ РОБОТУ

Видиборець С.В., Гайдуківа С.М., Мороз Г.І., Кучер О.В.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Науково-педагогічні працівники кафедри гематології і трансфузіології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України отримали «Сертифікати про визнання» Американського міжнародного альянсу охорони здоров'я (АМАОЗ). У «Сертифікаті про визнання» АМАОЗ, який здійснює в рамках міжнародної технічної допомоги проект «Надання технічної допомоги зі зміцнення служб переливання крові в певних країнах за Надзвичайним президентським планом США по боротьбі зі СНІДом (PEPFAR)» відповідно до Угоди № 1U2GGH00861-01 від 12.09.2017 року з Федеральним агентством Центру контролю та профілактики захворювань США (CDC), зазначено, що АМАОЗ визнає внесок кафедри гематології і трансфузіології НМАПО імені П. Л. Шупика в реалізацію проекту за напрямками догляду за донорами, менеджменту якості, належного застосування компонентів крові та підтверджує її успішність і досягнення. У співавторстві з американськими колегами (L. Botos, D. Ou, D. Gadlem, T. Shallert, D. Stenli), представниками АМАОЗ в Україні та провідними трансфузіологами України було видано два навчальні посібники: «Донорство: залучення донорів крові та її компонентів» (2014) і «Менеджмент якості в службі крові» (2016, 2017).

ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧА ОПЕРАЦІЯ ХОЛЕЦИСТОТОМІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА СПАДКОВИЙ СФЕРОЦИТОЗ, УСКЛАДНЕНИЙ ХОЛЕЦИСТОЛІТІАЗОМ. ВЛАСНИЙ ДОСВІД

Євстахевич І.Й., Книш О.В., Євстахевич Ю.Л., Семерак М.М., Іденко Ф.П.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів

Мета. Розробити та впровадити показання і техніку органозберігаючої операції холецистотомії у хворих на спадковий сфероцитоз, ускладнений холецистолітазом.

Матеріали та методи. Органозберігаючу операцію на жовчному міхурі – холецистотомію (ХЛТТ) виконано у 21 хворого на спадковий мікросфероцитоз (ССц), ускладнений наявністю конкрементів в жовчному міхурі, за розробленими показаннями та виключно технікою операції (патент України на винахід № 62137).

Результати та обговорення. Протікання гемолізу у 30-40% хворих на ССц ускладнене виникненням конкрементів в жовчному міхурі. Для виконання ХЛТТ необхідний прискіпливий відбір хворих. Показанням для неї є повна відсутність гострих запальних змін в стінці жовчного міхура, прохідність міхурової протоки та наявність виключно пігментних конкрементів у порожнині міхура. Операцію ХЛТТ виконували після спленектомії, техніка включає мобілізацію міхурової протоки, проведення гумової трималки під мобілізовану протоку для регулювання поступання жовчі в порожнину міхура, подовження холецистостома (2 см) в ділянці тіла міхура з наступною літоекстракцією та візуальною або ендоскопічною ревізією його порожнини. Час післяопераційного спостереження 19 років. На початку засвоєння техніки операції, у 2 хворих знайшли залишені конкременти, а у двох інших повторно прооперованих хворих (через 10-12 місяців) виявлено холестеринові конкременти, не пов'язані з гемолізом.

Висновки. Таким чином, після ХЛТТ у хворих на ССц не виявлено рецидиву пігментних конкрементів, що обґрунтовує доцільність проведення у них органозберігаючих операцій на жовчному міхурі.

МОНОСОМІЯ ХРОМОСОМИ 7 ПРИ ГОСТРИХ ЛЕЙКЕМІЯХ

Зотова О.В., Вальчук М.О., Осідач С.В., Римар М.М., Шалай О.О., Логінський В.Є.

ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України» м. Львів

Мета. Виявити й оцінити діагностичне та прогностичне значення моносомії 7 хромосоми (-7) при гострих лейкозах (ГЛ) у дорослих.

Матеріали та методи. Цитогенетичне дослідження клітин кісткового мозку та/або периферичної крові проведено у 115 хворих на гостру мієлоїдну лейкозію (ГМЛ) та у 51 пацієнта з гострою лімфообластною лейкозією (ГЛЛ), діагноз у яких встановлено на підставі клініко-гематологічних, цитологічних та імунофенотипових досліджень.

Результати та обговорення. У групі хворих на ГМЛ моносомія 7 хромосоми виявлена у 7 (6%) із 115 пацієнтів, причому у 4 (3%) випадках -7 була єдиною перебудовою в каріотипі, а у 3 (3%) випадках, окрім -7, спостерігали й інші зміни. За повідомленнями літератури моносомія 7 хромосоми характерна для вторинних ГМЛ. Це одна із найпоширеніших аберацій при ГМЛ: Моносомія 7, як самостійну аномалію, виявляють у 5% випадків ГМЛ, а у поєднанні з іншими змінами – у 12% випадків ГМЛ. Відомо, що відсутність 7 хромосоми у каріотипі при ГМЛ є фактором, який погіршує прогноз перебігу хвороби у зв'язку з великою імовірністю розвитку рецидиву хвороби після досягнення ремісії. У групі хворих на ГЛЛ моносомія 7 хромосоми була виявлена у 1 (2%) із 51 пацієнта, причому вона була асоційована з делецією del(17)(p12). Згідно літературних даних при ГЛЛ моносомію 7 виявляють значно рідше, ніж при ГМЛ. Вищевказана перебудова також описана в літературі як додаткова вторинна аберація під час клональної еволюції та прогресуванні ГЛ.

Висновки. Цитогенетичні дослідження дозволили виявити асоційовану з ГМЛ та ГЛЛ моносомію 7 хромосоми у 6% та у 2% хворих, відповідно. Відсутність 7 хромосоми у каріотипі свідчить, скоріше за все, про наявність ГМЛ. Загалом, моносомія 7 хромосоми є фактором, який погіршує прогноз перебігу ГЛ.

ДОСЯГНЕННЯ ПРОЕКТУ МІЖНАРОДНОЇ ТЕХНІЧНОЇ ДОПОМОГИ «ЦЕНТР МІЖНАРОДНИХ ПАРТНЕРСТВ» (HRSA/PEPFAR) В УКРАЇНІ

Юркевич І.¹, Волок О.¹, Сергієнко О.¹

¹Американський міжнародний альянс охорони здоров'я, м. Вашингтон, США

Мета. Американський міжнародний альянс охорони здоров'я (АМАОЗ) виступає виконавцем проекту міжнародної технічної допомоги «Центр міжнародних партнерств» (Проект), яка надається за фінансуванням Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі зі СНІДом (PEPFAR), відповідно до гранту №6 U97HA04128-14-15 і кооперативної угоди № U97HA04128 з Адміністрацією ресурсів та послуг охорони здоров'я (HRSA) Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США (DHHS).

Бенефіціаром допомоги виступає Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ України). Для імплементації Проекту між МОЗ України та АМАОЗ укладено Меморандум про співробітництво від 19.04.2018 року. В рамках Проекту АМАОЗ надає технічну допомогу ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» (ЦГЗ) та демонстраційним спеціалізованим установам/закладам переливання крові (СУ/ЗПК) та закладам охорони здоров'я (ЗОЗ) в 6 регіонах (Київська, Житомирська, Рівненська, Львівська, Одеська області та м. Київ).

Матеріали та методи. Основні напрями діяльності Проекту передбачали наступні активності:

- 1) Акредитація. Оцінка стану готовності 16 обласних СУ/ЗПК до акредитації відповідно до вимог Директив Європейського Союзу і стандартів Ради Європи щодо якості та безпеки крові із застосуванням адаптованого інструменту оцінки Європейської системи інспектування служб крові (EuBIS) (активність 1).
- 2) Посилення національної системи крові шляхом надання технічної допомоги ЦГЗ (активність 2).
- 3) Надання технічної допомоги Координаційній робочій групі експертів з питань безпеки крові МОЗ України (активність 3)
- 4) Навчання і забезпечення стійкості результатів щодо належного клінічного використання компонентів крові та організації трансфузіологічної допомоги в ЗОЗ (активність 4).
- 5) Забезпечення сталої якості тестування і переробки донорської крові та її компонентів (активність 5).

Результати та обговорення. 3 метою реалізації активності 1 адаптовано інструмент оцінки EuBIS, обрано та підготовлено 11 місцевих експертів з оцінки СУ/ЗПК для сертифікації/акредитації відповідно до вимог Директиви Європейського Парламенту і Ради 2002/98/ЄС, в тому числі з місцевих експертів, підготовлених протягом 2014–2016 рр. в рамках виконання АМАОЗ проекту міжнародної технічної допомоги «Надання технічної допомоги зі зміцнення служб переливання крові в певних країнах за Надзвичайним президентським планом США з боротьби зі СНІДом (PEPFAR)» (2014–2016 рр).

СПІЛНА з ЦГЗ протягом травня-серпня 2018 року проведено оцінку 16 обласних СУ/ЗПК (Житомирська, Рівненська, Львівська, Одеська, Миколаївська, Херсонська, Запорізька, Дніпропетровська, Кіровоградська, Черкаська, Київська, Чернігівська, Полтавська області, міст Києва, Володимир-Волинського та Краматорська). В цілому результати оцінки означених СУ/ЗПК були задовільними, найліпшими в демонстраційних СУ/ЗПК. Однак в інших СУ/ЗПК впровадження менеджменту якості потребує подальшої копійної роботи, а переважна більшість проблем пов'язані з організаційними питаннями, частина – з відсутністю належної нормативної бази, над оновленням якої веде роботу МОЗ України та ЦГЗ. Узагальнений звіт представлено і розглянуто на зустрічі зацікавлених сторін 09–10.10.2018 року та передано в МОЗ України та ЦГЗ.

3 метою забезпечення активності 2 АМАОЗ за запитами ЦГЗ здійснено розрахунки вартості оснащення одного центру крові відповідно до вимог ВООЗ/ЄС (використано для економічного обґрунтування Стратегії розвитку національної системи крові в Україні (Стратегія) та Плану заходів реалізації Стратегії (План заходів)), розроблено адаптований переклад статистичної звітності ЄС щодо діяльності установ системи крові (Європейський Директорат з якості лікарських засобів та охорони здоров'я – EDQM), розроблено проект наказу МОЗ України «Вимоги щодо якості та безпеки донорства крові та її компонентів, надання послуг з трансфузії компонентів крові суб'єктами господарювання національної системи крові», що повністю імплементує вимоги Директив ЄС, що стосуються безпеки крові, зазначених в ст. 428 та Додатку ХЛ1 до Глави 22 «Громадське здоров'я» Розділу V «Економічне і галузеве співробітництво» Закону України «Про ратифікацію Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і її державами-членами, з іншої сторони». Розроблено опитувальник з оцінки штатного забезпечення, оснащення, основних показників роботи та економічних показників СУ/ЗПК та спеціалізованих підрозділів у складі ЗОЗ (використано для економічного обґрунтування Стратегії та Плану заходів).

3 метою забезпечення активності 3 АМАОЗ надано технічну підтримку Координаційній робочій групі експертів з питань безпеки крові МОЗ України в перегляді проекту Стратегії та Плану заходів, внесення доповнень та подальшого опрацювання в проект наказу МОЗ України «Вимоги щодо якості та безпеки донорства крові та її компонентів, надання послуг з трансфузії компонентів крові суб'єктами господарювання національної системи крові», завершено звіт про оцінку комп'ютерної системи управління інформацією з метою використання на загальнодержавному рівні. Узагальнений звіт представлено і розглянуто на зустрічі зацікавлених сторін 09–10.10.2018 року та передано в МОЗ України та ЦГЗ.

3 метою забезпечення активності 4 спільно з кафедрою гематології та трансфузіології НМАПО імені П.Л. Шупика протягом 2018 року розроблено навчальні плани та програми циклів тематичного удосконалення з підготовки спеціалістів: «Основи лабораторної гематології та трансфузійної імунології» (тривалість 1 міс.); «Організація трансфузіологічної допомоги в лікувальному закладі» (тривалість 1 міс.); «Трансфузіологія в хірургії» (тривалість 0,25 міс.), що імплементують усі навчальні та методичні розробки Проекту щодо менеджменту якості в національній системі крові, належного клінічного застосування компонентів крові, організації надання трансфузіологічної допомоги в ЗОЗ, в т. ч. управління запасами компонентів крові, дотримання вимог «холодового ланцюга», гемонагляду. Для методичного забезпечення навчання та зміцнення результатів Проекту групою місцевих експертів Проекту, за редакцією завідувача кафедрою гематології та трансфузіології проф. С. Видиборця та наукового співробітника Проекту зі спеціальності «Гематологія та трансфузіологія» (Технічного експерта з безпеки крові) О. Сергієнка розроблено керівництво для лікарів «Організація трансфузіологічної допомоги в закладі охорони здоров'я», призначене для поширення серед закладів охорони здоров'я, що надають трансфузіологічну допомогу/послуги з трансфузії компонентів крові.

За запитом Департаменту охорони здоров'я Виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) з 2018 року Проект надає підтримку КНП «Київський міський центр крові», як одному з найбільш успішних демонстраційних сайтів. Зокрема для підтримання реформи національної системи крові на місцевому рівні, організовано та проводиться на постійній основі цикл навчальних семінарів, організованих у вигляді навчальних модулів, «Оцінка якості надання трансфузіологічної допомоги в закладі охорони здоров'я: моніторинг клінічного застосування компонентів крові та організація клінічного трансфузійного процесу», що розкриває основні питання надання трансфузіологічної допомоги/послуг з трансфузії в закладі охорони здоров'я. Станом на березень 2019 року проведено 9 навчальних семінарів, участь в яких взяли 90 представників закладів охорони здоров'я м. Києва. За запитом КНП «Київський міський центр крові» спільно з місцевими експертами Проекту розроблено форму аудиту/моніторингу «Протокол перевірки стану організації та якості надання трансфузіологічної допомоги/послуг з трансфузії компонентів крові в закладі охорони здоров'я», що активно використовується в м. Києві.

За запитом КП «Рівненський обласний центр служби крові», з метою підтримки реформи національної системи крові на обласному рівні, з січня 2019 року проводиться серія підтримуючих навчальних вебінарів «Управління запасами компонентів крові», «Принципи зберігання, транспортування та випуску компонентів крові («холодовий ланцюг крові»)», «Клінічний трансфузійний процес», «Гемонагляд». Станом на березень 2019 року участь у навчанні взяли 42 представники закладів охорони здоров'я Рівненської області.

Для забезпечення активності 5 проект надає постійну технічну допомогу демонстраційним СУ/ЗПК щодо тестування і переробки донорської крові та її компонентів, зокрема фінансово підтримує участь лабораторій скринінгу трансфузіо-трансмісивних інфекцій демонстраційних СУ/ЗПК в програмах зовнішньої оцінки якості в Українському Референс-центрі з клінічної лабораторної діагностики та метрології НДСЛ «ОХМАТДИТ» МОЗ України.

Висновки. Надання АМАОЗ міжнародної технічної допомоги МОЗ України, ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», демонстраційними СУ/ЗПК та іншим суб'єктам національної системи крові в Україні в рамках виконання Проекту міжнародної технічної допомоги «Центр міжнародних партнерств», яка надається за фінансуванням Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі зі СНІДом (PEPFAR), відповідно до гранту №6 U97HA04128-14-15 і кооперативної угоди №U97HA04128 з Адміністрацією ресурсів та послуг охорони здоров'я (HRSA) Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США (DHHS), спрямоване на сталість розвитку національної системи крові, зростання безпеки і якості донорської крові та її компонентів, зростання безпеки та якості надання належних трансфузіологічної допомоги/послуг з трансфузії компонентів крові пацієнтам в ЗОЗ.

ПІДСУМКИ ДІЯЛЬНОСТІ З РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ КРОВІ АМЕРИКАНСЬКОГО МІЖНАРОДНОГО АЛЬЯНСУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Стенлі Дж.¹, Юркевич І.¹, Волок О.¹, Сергієнко О.¹, Подольчак Н.²

¹Американський міжнародний альянс охорони здоров'я, Вашингтон, США

²Центри контролю та профілактики захворювань Департаменту охорони здоров'я США (CDC) м. Київ

Мета. Протягом 5 років (2013–2019) Американський міжнародний альянс охорони здоров'я (АМАОЗ) виступав виконавцем двох проектів міжнародної технічної допомоги (МТД) в Україні:

1) «Надання технічної допомоги зі зміцнення служб переливання крові в певних країнах за Надзвичайним президентським планом США з боротьби зі СНІДом (PEPFAR)» (Проект МТД 1), відповідно до Угоди від 12.09.2012 року з Федеральним агентством Центри з контролю та профілактики захворювань США (CDC), бенефіціаром якої виступало Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ України). Для імплементації проекту між МОЗ України та АМАОЗ укладено Меморандум про співробітництво від 18.02.2015 року. В рамках проекту АМАОЗ надавав технічну допомогу демонстраційним спеціалізованим установам/закладам переливання крові (СУ/ЗПК) та закладам охорони здоров'я (ЗОЗ) в 6 регіонах (Київська, Житомирська, Рівненська, Львівська, Одеська області та м. Київ). 2) «Центр міжнародних партнерств» (Проект МТД 2), що надавалась за фінансуванням Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі зі СНІДом (PEPFAR), відповідно до гранту № 6 U97HA04128-14-15 і кооперативної угоди № U97HA04128 з Адміністрацією ресурсів та послуг охорони здоров'я (HRSA) Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США (DHHS). Бенефіціаром допомоги виступало МОЗ України. Для імплементації Проекту між МОЗ України та АМАОЗ укладено Меморандум про співробітництво від 19.04.2018 року. В рамках Проекту АМАОЗ надавав технічну допомогу ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» (ЦЗГ) та демонстраційним СУ/ЗПК та ЗОЗ в 6 регіонах (Київська, Житомирська, Рівненська, Львівська, Одеська області та м. Київ).

Матеріали та методи. Основні напрями діяльності АМАОЗ, як виконавця проектів МТД в Україні передбачали наступні активності: 1) Створення Національної системи крові (Проект МТД 1) та її посилення шляхом надання технічної допомоги ЦЗГ (Проект МТД 2) – активність 1. 2) Надання технічної допомоги Координаційній робочій групі експертів з питань розвитку служби крові МОЗ України (Проект МТД 1) та Координаційній робочій групі експертів з питань безпеки крові МОЗ України (Проект МТД 2) – активність 2. 3) Підвищення обізнаності громадськості щодо добровільного безоплатного донорства крові та її компонентів (Проект МТД 1) – активність 3. 4) Імплементація системи управління якістю в установах національної системи крові (Проект МТД 1), акредитація: оцінка стану готовності обласних СУ/ЗПК до акредитації відповідно до вимог Директив Європейського Союзу (ЄС) і стандартів Ради Європи (РЕ) щодо якості та безпеки крові із застосуванням адаптованого інструменту оцінки Європейської системи інспектування служб крові (EuBS) (Проект МТД 2) – активність 4. 5) Підвищення якості тестування на трансфузіо-трансмісивні інфекції. Забезпечення сталої якості тестування і переробка донорської крові та її компонентів (Проекти МТД 1, 2) – активність 5. 6) Навчання і забезпечення стійкості результатів щодо організації трансфузіологічної допомоги в ЗОЗ, зокрема управління запасами і транспортування донорської крові та її компонентів крові, належного клінічного застосування компонентів крові (Проекти МТД 1, 2) – активність 6. 7) Посилення кадрового потенціалу, співпраця з НМАПО імені П. Л. Шупика за напрямками (Проекти МТД 1, 2) – активність 7. 8) Взаємодія між СУ/ЗПК та службою з профілактики та лікування ВІЛ/СНІД (Проект МТД 1) – активність 8.

Результати та обговорення. З метою реалізації активностей 1 і 2, АМАОЗ надавав технічну допомогу МОЗ України, робочим групам МОЗ України з питань розвитку служби крові та питань безпеки крові, а також ЦЗГ у розробленні та доопрацюванні проекту розпорядження КМ України «Про схвалення Стратегії розвитку національної системи крові» (Стратегія) та «Плану заходів з реалізації Стратегії розвитку національної системи крові» (План заходів), зокрема шляхом участі в роботі експертної місії Генерального директорату з питань охорони здоров'я та безпеки харчових продуктів Європейської Комісії (DG Sante) з розроблення Стратегії (7–9.06.2016). АМАОЗ надавав технічну допомогу в розробці проектів наказів МОЗ України «Про затвердження Положення про Установу Служби крові», адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах «Керівництво з клінічного застосування компонентів та препаратів з донорської



крові», проекту наказу МОЗ України «Про затвердження Положення щодо організації роботи лікарняних банків крові для лікувальних закладів охорони здоров'я усіх форм власності», «Про затвердження Стандартів медичної допомоги: Організація трансфузіологічної допомоги». На запит МОЗ України 21–22.01.2014 р. на базі КЗ КОР «Київський обласний центр крові» проведено навчальний семінар за участю міжнародних експертів «Розрахунок вартості одиниці компоненту крові», участь в якому брали 11 представників демонстраційних СУ/ЗПК та МОЗ України. За запитами ЦГЗ здійснено розрахунок вартості оснащення одного центру крові відповідно до вимог ВООЗ/ЄС (використано для економічного обґрунтування Стратегії та Плану заходів), розроблено адаптований переклад статистичної звітності ЄС щодо діяльності установ системи крові (Європейський Директорат за якості лікарських засобів та охорони здоров'я – EDQM), розроблено проект наказу МОЗ України «Вимоги щодо якості та безпеки донорства крові та її компонентів, надання послуг з трансфузії компонентів крові суб'єктами господарювання національної системи крові», що повністю імплементує вимоги Директив ЄС, що стосуються безпеки крові, зазначених в ст. 428 та Додатку ХІ до Глави 22 «Громадське здоров'я» Розділу V «Економічне і галузеве співробітництво» Закону України «Про ратифікацію Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони». Розроблено опитувальник з оцінки штатного забезпечення, оснащення, основних показників роботи та економічних показників СУ/ЗПК та спеціалізованих підрозділів у складі ЗОЗ (використано для економічного обґрунтування Стратегії та Плану заходів). За запитом МОЗ України, координаційних робочих групи МОЗ України та ЦГЗ протягом 2014–2018 рр. із залученням міжнародних та місцевих експертів АМАОЗ розроблено Технічні вимоги користувача комп'ютерної системи управління інформацією для служби крові (КСУІ) та проведено оцінку місцевих КСУІ з метою використання на загальнодержавному рівні. Узагальнений звіт представлено і розглянуто на зустрічі зацікавлених сторін 09–10.10.2018 року та передано в МОЗ України та ЦГЗ. Для реалізації активності 3 міжнародними експертами АМАОЗ Ульямом Лалонде (м. Еврика Каліфорнія, США), Лесли Ботос, Джоанна Оу, Джон Галлем, Томас Шаллерт (Банк крові північної Каліфорнії, м. Фресно, Каліфорнія, США) спільно з головним дослідником проекту АМАОЗ Джин Стенлі, розроблені та проведені навчальні тренінги щодо рекрутингу донорів крові та її компонентів, а також догляду за донорами: «Догляд за донорами» (11–12.09.2014), «Тренінг для тренерів: залучення донорів» (14–15.10.2014), «Реакції у донорів» (15.04.2015), участь в яких брали 55 представників демонстраційних СУ/ЗПК та ЗОЗ. Проведені навчальні вебінари: «Управління донорами та догляд за донорами» (18.12.2014), «Реакції у донорів» (28.01.2015), участь в яких брали 25 представників демонстраційних СУ/ЗПК та ЗОЗ. Для підтримки впровадження добровільного безоплатного донорства в рамках проекту під керівництвом головного дослідника АМАОЗ, із залученням міжнародних експертів АМАОЗ, спільно з представниками кафедри гематології та трансфузіології НМАПО імені П. Л. Шупика створено навчальний посібник для лікарів «Донорство: залучення донорів крові та її компонентів», рекомендований МОН України. З метою забезпечення активності 4 протягом 2014–2015 рр. головним дослідником АМАОЗ розроблені та проведені навчальні тренінги щодо менеджменту якості: «Валідація обладнання для виробництва компонентів крові» (15–19.09.2014), «План за якості» (16–17.02.2015), «Внутрішні аудити» (15.04.2015), «Менеджмент якості» (16.04.2015), «Постійне поліпшення якості» (16.07.2015), «Керівництво EuBIS для самооцінки» (31.08–02.09.2015), «Система менеджменту якості. Поліпшення якості» (07–08.12.2015), «Самооцінка в службі крові з використанням інструменту EuBIS» (22–26.02.2016) участь в яких брали 171 представник демонстраційних СУ/ЗПК та ЗОЗ. Проведені навчальні вебінари: «Система якості» (04.02.2015), «Індикатори якості» (03.03.2015), «План за якості та індикатори якості» (19.03.2015) участь в яких брали 58 представників демонстраційних СУ/ЗПК та ЗОЗ. Протягом 2014–2016 рр. обрано 12 місцевих експертів з менеджменту якості, та 05–06.12.2016 дослідником АМАОЗ Джин Стенлі і технічним експертом з безпеки крові АМАОЗ О. Сергієнком проведено їхнє навчання як тренерів проекту. За результатами підготовки усі експерти визнані АМАОЗ як міжнародною організацією. Під керівництвом головного дослідника АМАОЗ, за редакцією технічного експерта з безпеки крові АМАОЗ, а також завідувача кафедри гематології та трансфузіології НМАПО імені П. Л. Шупика проф. С. Видиборця групою місцевих експертів створено навчальний посібник для лікарів «Менеджмент якості в службі крові», рекомендований МОН України. На основі матеріалів навчального посібника під керівництвом, за редакцією і рецензуванням технічного експерта АМАОЗ групою місцевих експертів розроблено навчальний семінар «Менеджмент якості в службі крові» (21 вебінар тривалістю по 1 навчальній годині), з метою поширення знань серед працівників структурних підрозділів національної системи крові в усіх областях України. Протягом 2017 року участь у циклі вебінарів взяли 634 працівники демонстраційних СУ/ЗПК та ЗОЗ. На основі матеріалів навчального посібника під керівництвом, за редакцією і рецензуванням технічного експерта АМАОЗ групою місцевих експертів розроблено навчальний семінар «Основи менеджменту якості в службі крові» (тривалість 8 навчальних годин), для навчання співробітників демонстраційних сайтів проекту та працівників регіональних підрозділів служби крові. Протягом 2017 року проведено 6 навчальних семінарів, участь в яких взяли 268 працівників демонстраційних СУ/ЗПК та ЗОЗ. Протягом 2016–2017 років працівниками АМАОЗ проведено 12 наставницьких візитів в демонстраційні сайти (1 робочий день, 8 навчальних годин) та взяли участь в 10 моніторингових оцінках ефективності впровадження менеджменту якості в демонстраційних сайтах проекту CDC/АМАОЗ (SIMS). Результати моніторингових оцінок свідчили про досягнення позитивних результатів у всіх демонстраційних сайтах, що в подальшому позитивно відобразилось на результатах оцінки демонстраційних СУ/ЗПК АМАОЗ під час оцінки із застосуванням інструменту EuBIS. З метою оцінки готовності СУ/ЗПК відповідно до вимог ЄС в 2018 році здійснено остаточну адаптацію інструменту оцінки EuBIS, обрано та підготовлено 9 місцевих експертів з оцінки СУ/ЗПК для сертифікації/акредитації відповідно до вимог Директиви Європейського Парламенту і Ради 2002/98/ЄС, в тому числі і з місцевих експертів, з менеджменту якості, підготовлених протягом 2014–2016 рр. За результатами підготовки усі

експерти визнані АМАОЗ як міжнародною організацією. Спільно з ЦГЗ протягом травня-серпня 2018 року проведено оцінку 16 обласних СУ/ЗПК (Житомирська, Рівненська, Львівська, Одеська, Миколаївська, Херсонська, Запорізька, Дніпропетровська, Кіровоградська, Черкаська, Київська, Чернігівська, Полтавська області, міст Києва, Володимир-Волинського та Краматорська). В цілому результати оцінки означених СУ/ЗПК були задовільними, найліпшими в демонстраційних СУ/ЗПК. Однак в інших СУ/ЗПК впровадження менеджменту якості потребує подальшої копійткої роботи, а переважна більшість проблем пов'язані з організаційними питаннями, частина – з відсутністю належної нормативної бази, над оновленням якої веде роботу МОЗ України та ЦГЗ. Узгальнений звіт представлено і розглянуто на зустрічі зацікавлених сторін 09–10.10.2018 року та передано в МОЗ України та ЦГЗ. З метою забезпечення активності 5 АМАОЗ в 2016 році міжнародним експертом АМАОЗ Маргаріда Аміль Діаз (Госпіталь Джераль Санто Антоніо, м. Порту, Португалія) розроблений та проведений навчальний семінар щодо скринінгу трансфузійно-трансмісивних інфекцій «Скринінг донорської крові на трансфузійно-трансмісивні інфекції» (04–08.04.2016), участь в якому 35 представників демонстраційних СУ/ЗПК та ЗОЗ. Питання щодо менеджменту якості скринінгових досліджень додатково висвітлені у навчальному семінарі «Основи менеджменту якості в службі крові» (тривалість 8 навчальних годин), а також у вебінарі «Менеджмент якості в службі крові. Контроль процесу: тестування» (тривалість 1 навчальна година) з навчального семінару «Менеджмент якості в службі крові». АМАОЗ надає постійну технічну допомогу демонстраційним СУ/ЗПК щодо тестування і переробки донорської крові та її компонентів, зокрема фінансово підтримує участь лабораторій скринінгу трансфузійно-трансмісивних інфекцій демонстраційних СУ/ЗПК в програмах зовнішньої оцінки якості в Українському Референс-центрі з клінічної лабораторної діагностики та метрології НДСЛ «ОХМАТДИТ» МОЗ України. Для забезпечення активності 6 Міжнародними експертами АМАОЗ Хуаном Гріфолс та Хайме Табера (Регіональний центр крові Каталонії, м. Барселона) розроблено та проведено навчальний семінар «Управління запасами і транспортування крові та її компонентів» (06–09.10.2016) участь в якому взяли 29 представників демонстраційних СУ/ЗПК та ЗОЗ. Міжнародними експертами АМАОЗ Джемом Горліном (медичний директор трансфузіологічної служби дитячих госпіталів та клінік Міннесоти, медичний директор Меморіальних центрів крові, Сент-Пол, Міннесота, США) та Мігелем Лозано (завідувач відділу гематології Департаменту гематології та гемостазу Лікарні клініки Барселони, Регіональний директор Міжнародного товариства трансфузійної медицини (ISBT)) розроблено матеріали з належного застосування компонентів і препаратів крові на основах доказової медицини, які були опрацьовані Координаційною робочою групою експертів з питань розвитку служби крові МОЗ України із залученням експертів профільних кафедр НМАПО імені П. Л. Шупика (м. Київ), ХМАПО (м. Харків) та ДП «Державний експертний центр МОЗ України» як проект адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах «Клінічне застосування компонентів та препаратів крові», для остаточного погодження і затвердження Міністерством. Для поширення знань серед працівників національної системи крові та ЗОЗ спільно з кафедрою гематології та трансфузіології НМАПО імені П. Л. Шупика, за підтримки МОЗ України, під час VI Міжнародного медичного конгресу (2017) проведено навчальний семінар «Сучасна трансфузіологія: застосування компонентів крові в закладах охорони здоров'я» (тривалість 8 навчальних годин), участь в якому взяли 135 слухачів. В 2017 році обрано 10 місцевих експертів з належного застосування компонентів крові та організації трансфузіологічної допомоги в ЗОЗ та проведено їх навчання як тренерів проекту. За результатами підготовки усі експерти визнані АМАОЗ як міжнародною організацією. Групою місцевих експертів під керівництвом і рецензуванням технічного експерта з безпеки крові АМАОЗ, із залученням представників кафедри гематології та трансфузіології НМАПО імені П. Л. Шупика розроблені навчальний семінар «Належне застосування компонентів крові» для проведення в демонстраційних сайтах (тривалість 8 навчальних год.) та одноіменний навчальний online-семінар (9 вебінарів тривалістю по 1 навчальній год.) для поширення знань серед працівників структурних підрозділів СУ/ЗПК та ЗОЗ в усіх областях України. Протягом 2017–2018 рр. проведено 8 навчальних семінарів у демонстраційних СУ/ЗПК та ЗОЗ, участь в яких взяли 572 слухачі, а також 9 вебінарів, участь в яких взяв 171 слухач. Для методичного забезпечення навчання та зміцнення результатів виконання проектів АМАОЗ групою місцевих експертів АМАОЗ, за редакцією завідувача кафедрою гематології та трансфузіології проф. С. Видиборця та наукового співробітника Проекту зі спеціальності «Гематологія та трансфузіологія» (Технічного експерта з безпеки крові) Сергієнка О. розроблено керівництво для лікарів «Організація трансфузіологічної допомоги в закладі охорони здоров'я». За запитом Департаменту охорони здоров'я Виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) з 09.02.2018 року Проект надає підтримку КНП «Київський міський центр крові», як одному з найбільш успішних демонстраційних сайтів. Зокрема для підтримання реформи національної системи крові на місцевому рівні, організовано та проводиться на постійній основі цикл навчальних семінарів, організованих у вигляді навчальних модулів, «Оцінка якості надання трансфузіологічної допомоги в ЗОЗ: моніторинг клінічного застосування компонентів крові та організація клінічного трансфузійного процесу», що розкриває основні питання надання трансфузіологічної допомоги/послуг з трансфузії в ЗОЗ. Станом на березень 2019 року проведено 15 навчальних семінарів, участь в яких взяли 267 представників ЗОЗ м. Києва. За запитом КНП «Київський міський центр крові» спільно з місцевими експертами Проекту розроблено форму аудиту/моніторингу «Протокол перевірки стану організації та якості надання трансфузіологічної допомоги/послуг з трансфузії компонентів крові в закладі охорони здоров'я», що активно використовується в м. Києві. За запитом КП «Рівненський обласний центр служби крові», з метою підтримки реформи національної системи крові на обласному рівні, з січня 2019 року проводиться серія підтримуючих навчальних вебінарів «Управління запасами компонентів крові», «Принципи зберігання, транспортування та випуску компонентів крові (холодовий ланцюг крові)», «Клінічний трансфузійний процес», «Гемонагляд». Станом на березень 2019 року участь у навчанні взяли 42 представники ЗОЗ Рівненської області. Для забезпечення активності 7 АМАОЗ тісно співпрацює

з кафедрою гематології та трансфузіології НМАПО імені П. Л. Шупика. В 2017 році на основі навчального посібника для лікарів «Менеджмент якості в службі крові» спільно з кафедрою розроблено і затверджено навчальний план та програму циклу тематичного удосконалення «Менеджмент якості в службі крові» (тривалість 0,5 міс.). Протягом 2018 року розроблено навчальні плани та програми циклів тематичного удосконалення з підготовки спеціалістів: «Основи лабораторної гематології та трансфузійної імунології» (тривалість 1 міс.); «Організація трансфузіологічної допомоги в лікувальному закладі» (тривалість 1 міс.); «Трансфузіологія в хірургії» (тривалість 0,25 міс.), що імплементують усі навчальні та методичні розробки АМАОЗ щодо менеджменту якості в національній системі крові, належного клінічного застосування компонентів крові, організації надання трансфузіологічної допомоги в ЗОЗ, в т. ч. управління запасами компонентів крові, дотримання вимог «холодового ланцюга», гемонагляду.

Спільно з кафедрою гематології та трансфузіології експертами АМАОЗ розроблено та опубліковано наступні навчальні посібники та керівництва: навчальний посібник для лікарів «Донорство: залучення донорів крові та її компонентів», рекомендований МОН України, ISBN 978-617-696-266-3 (перше вид., 2014), наклад – 250 екземплярів, призначений для поширення серед працівників СУ/ЗПК, які працюють з донорами крові та її компонентів; навчальний посібник для лікарів «Менеджмент якості в службі крові», рекомендований МОН України, ISBN 978-617-696-619-7 (перше вид., 2016) / 978-617-696-619-7 (друге вид., 2017), наклад – 800 екземплярів з метою поширення серед працівників структурних підрозділів СУ/ЗПК та спеціалізованих підрозділів ЗОЗ в усіх областях України; керівництво для лікарів «Організація трансфузіологічної допомоги в закладі охорони здоров'я», ISBN 978-617-696-809-2 (перше вид., 2018) / 978-617-696-852-8 (друге вид., 2019), наклад – 450 екземплярів, призначене для поширення серед ЗОЗ, що надають трансфузіологічну допомогу/послуги з трансфузії компонентів крові. Для реалізації активності 7 АМАОЗ проведено спільну роботу з КНП «Київський міський центр крові», центром протидії та профілактики ВІЛ/СНІД м. Києва та ВБО «Всеукраїнська мережа людей які живуть з ВІЛ» щодо забезпечення права на лікування для людей, які дізнаються про свій ВІЛ+ статус в процесі донорства крові та/або її компонентів. В рамках активності за фінансової підтримки АМАОЗ 01–02.03.2018 та 12–13.03.2018 ВБО «Всеукраїнська мережа людей які живуть з ВІЛ» проведено навчальний тренінг «Посилення заходів щодо залучення донорів крові та її компонентів з підтвердженням результатом тестування на ВІЛ в каскад профілактики, догляду та лікування ВІЛ/СНІД в місті Києві», участь в якому взяли 44 працівники національної системи крові м. Києва. В КНП «Київський міський центр крові» було задіяно соціального працівника для супроводу донорів/потенційних донорів з ВІЛ+ статусом для подальшого взяття на облік центром протидії та профілактики ВІЛ/СНІД та забезпечення належного супроводу лікування. АМАОЗ планує до серпня 2019 року продовжити роботу з цього напрямку з ЦГЗ щодо доопрацювання та подання на офіційний розгляд та затвердження алгоритму взаємодії СУ/ЗПК та центрів протидії та лікування ВІЛ/СНІД з метою забезпечення права на лікування для людей, які дізнаються про свій ВІЛ+ статус в процесі донорства крові та/або її компонентів.

Висновки. Надання АМАОЗ міжнародної технічної допомоги МОЗ України, ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», демонстраційним СУ/ЗПК, а також іншим суб'єктам національної системи крові в Україні в рамках виконання проєктів МТД «Надання технічної допомоги зі зміцнення служб переливання крові в певних країнах за Надзвичайним президентським планом США з боротьби зі СНІДом (PEPFAR)» (2013–2018) та «Центр міжнародних партнерств» (2018–2019) спрямоване на створення національної системи крові в Україні, підтримку сталості її розвитку, а також стале зростання безпеки і якості донорської крові та її компонентів і стале зростання безпеки та якості надання належних трансфузіологічної допомоги/послуг з трансфузії компонентів крові пацієнтам в ЗОЗ.

РЕЗУЛЬТАТИ ЦИТОФОТОМЕТРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЕРИТРОЦИТІВ У ОСІБ З ЛАТЕНТИМ ДЕФІЦИТОМ ЗІЛІЗА

Борисенко Д.О.¹, Мулярчук О.В.²

¹КЗ КОР «Київський обласний онкологічний диспансер», м. Київ

²КНП «Київський міський центр крові», м. Київ

Мета. Провести цитофотометричні дослідження еритроцитів периферичної крові у регулярних донорів крові.

Матеріали та методи. Нами обстежено 92 донори віком від 20 до 55 років (48 чоловіків та 44 жінки). Серед них 39 осіб (21 чоловіків та 18 жінок) здійснювали донорство вперше в житті (вони склали першу (I) групу спостереження), та 53 донори (27 чоловіків і 26 жінок) були регулярними донорами зі стажем донорства понад два роки, здійснювали понад дві-три донорства щорічно і потенційно могли мати латентний дефіцит заліза (вони склали другу (II) групу спостереження).

Результати та обговорення. У первинних донорів вміст гемоглобіну в еритроцитах периферичної крові, визначений методом інтерферометрії у пікограммах (пг) коливався від 20 до 50 пг і більше, причому у жінок показник кількості еритроцитів із рівнем гемоглобіну 20–29 пг склав 22,2%, 30–39 пг–61,1%, 40–50 пг – 11,1%, понад 50%–5,6% від загальної кількості еритроцитів, у чоловіків, відповідно 23,8%, 61,9%, 9,5% і 4,8%. У регулярних донорів крові ми виявляли аналогічний розподіл еритроцитів за вмістом гемоглобіну. При проведенні порівняльного аналізу достовірних відмінностей між вивченими показниками у обстежених I та II груп спостереження нами не виявлено (p<0,1).

Висновки. У регулярних донорів крові за даними цитофотометрії не виявляються порушення вмісту гемоглобіну в еритроцитах периферичної крові, порівняно із первинними донорами. Даний метод не може бути рекомендований для скринінгових досліджень при допущенні до донорства.

ДИСЦИРКУЛЯТОРНА ГІПОКСІЯ – ЯК ПУСКОВИЙ МЕХАНІЗМ УШКОДЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ПРИ ЕРИТРОЦИТОЗАХ РІЗНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Бублій Ю.С.

**НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ,
Українська районна лікарня, м. Українка**

Гіпоксія є універсальним патологічним процесом, що супроводжує і визначає розвиток різноманітної патології. Узагальнено гіпоксію можна визначити як невідповідність потреб клітин в енергії та продукції енергії в системі мітохондріального окиснювального фосфорилування. Для покращення енергетичного статусу клітини можуть використовуватися фармакологічні препарати – антигіпоксанти, що об'єднують п'ять основних груп (інгібітори окиснення жирних кислот, сукцинатвмісні і сукцинатутворюючі засоби, природні компоненти дихального ланцюжка, штучні редокс-системи, макроергічні сполуки). В доповіді звернено увагу на препарати, що ефективно реалізують свою лікувальну дію при гіпоксичній і дисциркуляторній енцефалопатії, постгіпоксичному пошкодженні центральної нервової системи. Обмірковуються можливі патогенетичні механізми ушкодження нервової системи внаслідок дисциркуляторної гіпоксії при еритроцитозах.

**ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ТРАНСФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ
В ПЕДІАТРИЧНИХ ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИХ ВІДДІЛЕННЯХ УКРАЇНИ**

Мороз Г.І.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Трансфузійна терапія в педіатричній онкології є надзвичайно важливим компонентом супровідного лікування при застосуванні протоколів хіміотерапії високої інтенсивності. Відповідно до європейських стандартів надання допомоги дітям з онкологічними захворюваннями, кожне гематологічне/онкологічне відділення повинно мати цілодобовий доступ до компонентів та препаратів крові, кожна країна повинна мати національні рекомендації показані для проведення трансфузійної терапії, які розроблені та адаптовані на основі принципів доказової медицини. Існує нагальна необхідність адаптації доказових рекомендацій щодо застосування з лікувальною метою еритроцитарних, тромбоцитарних та компонентів крові, додатково оброблених компонентів крові (вірус-інактивація, опромінення), трансфузійного супроводу хірургічних втручань при лікуванні онкохворих дітей. Відсутність в Україні рекомендацій проведення трансфузійної терапії у дітей з онкологічною патологією значно знижує можливість лікарів в організації забезпечення найбільш оптимальної і якісного лікування та імплементацію стандартів надання медичної допомоги дітям з онкологічними захворюваннями Європейського товариства педіатричної онкології (SIOP Europe).

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ РОЗПОДІЛУ ЕРИТРОЦИТІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ
ЗА ОБ'ЄМОМ КЛІТИН У ДОНОРІВ КРОВІ**

Мулярчук О.В.

КНП «Київський міський центр крові», м. Київ

Визначення гематологічних показників – облігатний елемент рутинних лабораторних досліджень, насамперед, що пов'язано з їх інформативністю, доступністю, безпечністю, репрезентативністю. Показник розподілу еритроцитів за об'ємом клітин (РЕОК) – життєво-важливий параметр.

Мета. Оцінити діагностичне значення показника РЕОК у донорів крові та вивчити можливість його застосування в установах системи крові при проведенні скринінгових досліджень при допуску до донорії.

Матеріали та методи. Обстежено 62 донори віком від 20 до 55 років (33 чоловіків та 29 жінок). Серед них 29 осіб (17 чоловіків та 12 жінок) здійснювали донорію вперше в житті (вони склали першу (I), контрольну, групу спостереження), та 33 донори (17 чоловіків і 16 жінок) були постійними донорами зі стажем донорства понад два роки, здійснювали не менше двох донорій щорічно (вони склали другу (II) групу). Визначення показника РЕОК у всіх донорів крові проводили автоматичним методом на гематологічному аналізаторі.

Результати та обговорення. Встановлено, що показник змін середніх значень РЕОК у активних донорів, на відміну від аналогічного показника у первинних донорів, мав відмінності залежно від статі – він був вищим у чоловіків ($p < 0,05$).

Висновки. Метод визначення показника РЕОК є інформативним, економічним, простим у виконанні, що, на наш погляд, дозволить широко його впровадити в установах системи крові як скринінговий для допуску до участі у донорії регулярних донорів крові.

АНЕМІЯ У ХВОРИХ НА МЕТАСТАТИЧНИЙ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Сивак Л.А., Майданевич Н.М., Лялькін С.А., Аскольський А.В.

Національний інститут раку, м. Київ

Мета. Прогнозування виникнення анемії внаслідок хіміотерапії для визначення необхідності активних лікувальних заходів.

Матеріали та методи. Проведено дослідження розвитку анемії у 101 пацієнтки з метастатичним раком грудної залози (РГЗ), віком від 35 до 72 років, які отримали хіміотерапію (ХТ) за схемою ТС (паклітаксел 175 мг/м² д/в + карбоплатин АУС 6 – в 1 д. кожні 3 тижні). Загальний аналіз крові визначали перед кожним курсом ХТ, на 7-й та на 14-й день. Ступінь анемії визначали за шкалою токсичності CTCNCiv4.03.

Результати та обговорення. Всі пацієнтки перед початком лікування мали нормальні показники рівня гемоглобіну та кількості еритроцитів. В процесі лікування анемію різного ступеня діагностовано у 68 (69,3%) осіб. Після першого курсу ХТ анемію 1–2 ступеня спостерігали у 39 (38,7%) пацієнток. Після шести курсів ХТ кількість випадків анемії збільшилась на 30,6% порівняно з їх кількістю після одного курсу ХТ ($p < 0,001$). Анемію III ступеня токсичності спостерігали лише у 3,9% пацієнток. Встановлено сильний зв'язок ризику розвитку гематологічної токсичності ХТ з віком хворих до 45 років ($p = 0,02$), попередньою ХТ ($p = 0,05$), у пацієнток з генотипом С/Т гена МТНFR ($p = 0,05$), метастатичним ураженням кісток скелету ($p = 0,04$), анемією на 7-й день після першого курсу ХТ ($p = 0,03$).

Висновки. У пацієнток з метастатичним раком грудної залози, які отримали лікування за схемою ТС, визначено помірну ступінь (I та II) анемії. Визначено групу пацієнтів високого ступеня ризику розвитку анемії на фоні хіміотерапії за схемою ТС, що потребують більш ретельного спостереження (раз на тиждень) для оцінки необхідності ранньої профілактики та лікування.

ФОРМИ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ У СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

Видиборець С.В., Гайдукова С.М., Кучер О.В.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Сутністю реформування системи післядипломної освіти лікарів, без сумніву, є постійне піднесення якості її надання. Серед шести положень Болонської декларації, які спрямовані на реформування національних систем вищої освіти, провідна роль відводиться оцінюванню якості. Одна з найважливіших проблем в організації післядипломного навчання лікарів полягає у виборі методики проведення практичного заняття. На наш погляд, однією із оптимальних форм проведення практичного заняття на післядипломному етапі підготовки лікарів є клінічний розбір пацієнтів. Важливою ланкою правильної організації даного виду навчання є вибір форми проведення занять. Технічний прогрес, орієнтованість на споживача освітніх послуг, вносять корективи в форми проведення практичних занять. Ще зовсім недавно практичне заняття у «класичному» варіанті проводилось як демонстрація заздалегідь підготовленого пацієнта з обов'язковим викладенням даних про нього та захворювання. Наразі, у зв'язку із розвитком уявлень про біоетичні і юридичні норми стосунків «лікар-пацієнт», останній не завжди, особливо той, що має рідкісну патологію чи становить інтерес у проведенні диференційної діагностики, дає згоду на огляд широким загалом слухачів. Для часткового вирішення означеної проблеми почали створювати моделі «віртуального пацієнта». У доповіді обмірковуються переваги і недоліки різних видів практичних занять.

КЛІНІЧНИЙ РОЗБІР-ДИСКУСІЯ – ВАЖЛИВА ФОРМА ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ У СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

Гайдукова С.М., Кучер О.В.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Важливою і такою, що добре себе зарекомендувала, формою проведення практичних занять із лікарями є клінічний розбір-дискусія. Вона полягає у попередній підготовці пацієнта за темою занять та самопідготовці лікарів. Після доповіді куратора пацієнта (із числа лікарів-слухачів циклу) і уточнень з боку решти слухачів незрозумілих моментів щодо пацієнта, заняття переміщується в площину дискусії, яку проводять слухачі циклу (вже без присутності пацієнта), а викладач лише направляє дискусію, коригує та доповнює інформацію. Така форма навчання корисна для всіх категорій слухачів, особливо – для інтернів. Звісно, що важливий момент у проведенні практичних занять, становить рівень загальної підготовки та педагогічного досвіду викладача. Безперечно, що вимоги до рівня викладацької майстерності при проведенні практичних занять на різних етапах післядипломної підготовки лікарів повинні бути різними. Так, у молодих викладачів можуть виникати проблеми під час проведення розбору-експромту, коли серед слухачів наявні викладачі першої і вищої категорії. Цілком очевидно, що при формуванні плану занять завідувач кафедри повинен скеровувати педагогічний потенціал у такий спосіб, щоб саме більш досвідчені викладачі-діагности проводили клінічні розбори. Оцінити лікарський досвід слухачів можливо під час вступної конференції, яку проводять в день заїзду на цикл

удосконалення. Отже, практичне заняття у вигляді клінічного розбору – одна з форм навчання, яке має непересічне значення для практичної підготовки лікарів. Надавати перевагу потрібно тій формі проведення клінічного розбору, яка дасть максимальну віддачу – засвоєння навичок роботи із пацієнтами, стимулює до самостійного доопрацювання проблеми в позанавчальний час.

ТЕСТУВАННЯ ЯК ЗАСІБ ПЕРЕВІРКИ ЯКОСТІ ЗНАТЬ

Невірковець А.А., Сергієнко Л.І.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Тест – це система завдань специфічної форми і зростаючої важкості, випробуваних на основі наукових критеріїв для педагогічного вимірювання, що дозволяє об'єктивно оцінювати рівень та структуру знань слухачів. Тестове завдання (ТЗ) – це одна одиниця контрольного матеріалу, сформульована у вигляді твердження, речення з невідомим, що задовольняє ряд вимог і пройшло електронну перевірку та було певним чином оцінене. Мета тестового контролю – узагальнююча для підвищення якості навчання, або ж конкретна (наприклад, об'єктивна оцінка обсягу знань слухачів). В навчальному процесі тести застосовуються в основному для перевірки якості знань. Тести можуть бути гомогенними (перевіряються знання одного предмету) або гетерогенними (перевіряється сума знань). Тестування передбачає системність. Вирізняють декілька форм ТЗ. Закрита форма найкраще підходить для поточного контролю і дозволяє виявити певний обсяг знань: ТЗ містить сформульовані упорядковану основну частину і відповіді (дві-три), передбачає віднайдіння номеру правильної відповіді. Закрита форма передбачає самостійне формулювання відповіді слухачем, словесне або графічне. ТЗ на відповідність містить дві множини, одна з яких містить на 1–2 відповіді більше і передбачає необхідність встановити відповідність. ТЗ на встановлення правильної послідовності містять перелік дій (алгоритми), які необхідно впорядкувати. Оцінка тестів може бути полігамічною (якщо з 10 завдань 1 неправильно, то сума балів становить 9) або дихотомічною (виконано 1; не виконано – 0). Основні характеристики ТЗ: 1) Зміст – чим повніше відібрано зміст курсу в тестовому завданні, тим вища валідність тесту; 2) Форма, яка залежить від змісту курсу, мети створення тесту, та вмінь розробника; 3) Ступінь складності (60–70% ТЗ повинні бути середньої складності); 4) Здатність до диференціації – знаючі слухачі повинні виконати ТЗ, а не знаючі – не в змозі його виконати; 5) Локальна незалежність – виконання завдань не залежить від результатів виконання інших форм робіт; 7) Кореляція завдання та критерію. Етапи розроблення ТЗ: вибір змісту; вибір форми; створення інструкції та опису тесту; апробація тесту (збір емпіричних даних); обробка емпіричних даних; інтерпретація результатів обробки; експертиза якості. Методи оцінки критеріїв якості тестів: класична теорія тестів опирається на теорію кореляції, головними параметрами якої є надійність (сталість результатів тестів, що отримуються під час його застосування) та валідність (придатність тесту, тобто здатність якісно вимірювати те, для чого він створений відповідно до задуму авторів).

Недоліки традиційного тестування – залежність оцінки знань від рівня складності завдань та складності завдань від рівня підготовки слухачів; один інструмент оцінки не може оцінювати різне знання слухачів.

ОРГАНІЗАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВЕБІНАРІВ

Сергієнко О.¹, Волок О.¹, Видиборець С.В.²

¹Американський міжнародний альянс охорони здоров'я, м. Вашингтон, США

²НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Вебінар (від англ. скорочення web-based seminar) (ВБ) – одна з форм забезпечення дистанційного навчання, для якого характерні гнучкість, актуальність, економічна ефективність, можливість одночасного використання значного обсягу навчальної інформації будь-якою кількістю слухачів, інтерактивність, більш можливості контролю якості навчання, відсутність фізичних перешкод для здобуття освіти. Головний недолік ВБ полягає у меншій кількості каналів взаємодії з аудиторією, а тому вимагає від викладача (ведучого), крім ораторських здібностей та умінь складання презентації, додаткових навичок: утримувати зв'язок з аудиторією, якої не видно; володіти прийомами інтерактивної роботи з онлайн-аудиторією; вміння одночасного виголошення презентації, відстеження питань і коментарів слухачів; опанування усіма необхідними технічними засобами. Послідовні кроки для полегшення запуску ВБ: 1) Визначити цілі і завдання, з'ясувати, що повинно змінитися після його проведення. Сформулювати тему та визначити час проведення. Збалансувати цілі ВБ і виділений для нього час. 2) Визначити ступінь інтерактивності ВБ і, відповідно, збалансувати його програму. Скласти список пов'язаних з ВБ ресурсів, документів тощо. 3) Створити презентацію для супроводу ВБ з дотриманням правил ефективної презентації та балансу змісту слайдів; 4) Переконайтесь у володінні спікера достатніми навичками проведення ВБ, знанні технічних можливостей віртуального класу. Провести репетицію зі спікером-«новачком». Навчити цільову аудиторію як працювати у ВБ. 5) Перевірити зміст ВБ на предмет достатності обсягу наданої інформації для досягнення цілей навчання. 6) Забезпечити анонс ВБ обраними способами. Переконайтесь, що анонс помічений і виокремлюється в потоці комунікації. Вказати до кого слід звертатись у випадку виникнення технічних складнощів. Завдання організаційного плану: попередня підготовка та перевірка технічного забезпечення; складання плану ВБ та контроль часу у процесі; інформування учасників про правила спільної роботи (як технічного,

так і організаційного характеру); розподіл ролей між учасниками (якщо, це потрібно); організація попередньої взаємодії між учасниками для встановлення контакту; використання різних каналів комунікації у процесі ВБ; проведення перерв. Завдання змістовного плану: підготовка (перевірка матеріалу на відповідність темі; вказання авторства; структурування матеріалу; підбір ілюстрацій як у вигляді візуальних образів, так і змістовних); передавання інформації (розподіл часу та розстановка акцентів; пояснення інформації, наведеної на слайдах; закріплення інформації; активізація обговорення) узагальнення висловлених учасниками ідей та думок; проблематизація – віднайдення протиріч і формулювання питань до учасників з переходом до надання нової інформації. Завдання емоційного плану: підготовка (нейтралізація перешкод, які можуть відволікти учасників); підтримування активності учасників; коментування ситуації у випадку виникнення емоційного спаду. Оптимальний рівень інтерактивності та ефективності при проведенні ВБ досягається, коли група слухачів не перевищує 12–15 осіб, а тривалість проведення становить не більше 1,5 год.

ОТОЛАРИНГОЛОГІЯ

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПОЄДНАННЯ КТ І МРТ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В ДІАГНОСТИЦІ ОТОГЕННИХ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Шкорботун В.О., Кривша В.В., Пелешенко О.О.

НМАПО імені П. Л. Шупика, кафедра оториноларингології, м. Київ

Мета. Підвищити ефективність діагностики та лікування хворих на гострий та хронічний гнійний середній отит (ГГСО, ХГСО), ускладнений внутрішньочерепною патологією.

Матеріали та методи. Проаналізовано 108 історій хвороб хворих пролікованих з приводу ГГСО і ХГСО з отогенними внутрішньочерепними ускладненнями (1996-2017 рр.). У 84 (77,7%) випадках причиною розвитку ОБЧУ було загострення хронічного гнійного середнього отиту, а у 24 (22,3%) – гострий гнійний середній отит. Вік хворих від 16 до 76 років. Жінок було 23 (21,2%), чоловіків – 85 (78,8%). Ізольовані ОБЧУ діагностовані у 63 (59,4%) хворих, ускладнення поєднані між собою – у 45 (41,6%). Так гнійний менінгіт (в т.ч. менінгоенцефаліт) був діагностований у 73,1% хворих, екстра- та субдуральний абсцес головного мозку – 39,8%, тромбоз сигмоподібного синуса – 11,7%, абсцес великих півкуль мозку – 13,8%, абсцес мозочка – 4,6%. Лабіринтит поєднувався з ОБЧУ у 19 осіб (17,6%), парез лицевого нерва – у 8 (7,4).

Результати та обговорення. Летальність пацієнтів з ОБЧУ з використанням в діагностиці комп'ютерної томографії (КТ) чи магнітно-резонансної томографії (МРТ) за період 1996-2012 рр. складала 12,1%, а із 17 пацієнтів (2013-2017 рр.) які були обстежені при надходженні в стаціонар із застосуванням КТ та МРТ, помер 1 (5,8%). Поєднання КТ та МРТ дає змогу підвищити ефективність ранньої діагностики ОБЧУ, особливо абсцесу мозку і дозволяє визначити оптимальну тактику лікування подібних пацієнтів.

Висновки. Променеві методи обстеження (КТ, МРТ скроневої кістки та структур головного мозку), проведені хворим на ГГСО та ХГСО з отогенними ускладненнями, особливо у випадках тривалого їх антибактеріального лікування, навіть при відсутності загальномоозкових симптомів, дозволяють уникнути діагностичних помилок, своєчасно визначитись з тактикою лікування і зменшити летальність пацієнтів з отогенною внутрішньочерепною патологією.

ВПЛИВ СТАНУ МУКОПЕРІОСТУ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСУ НА РИЗИК РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ СИНУСЛІФТИНГУ

Шкорботун В.О., Шкорботун Я.В.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС, м. Київ

Мета. Виявити взаємозв'язок стану мукоперіосту верхньощелепного синусу із ризиком інтраопераційних ускладнень після синусліфтингу.

Матеріали та методи. Обстежено 119 пацієнтів, яким було виконано субантральну аугментацію кістки та 40 практично здорових осіб. Вивчено частоту виявлення рентгенологічних ознак змін мукоперіосту (потовщення слизової оболонки та наявності кіст верхньощелепного синуса) у осіб, яким синусліфтинг виконувався із застосуванням ущільнюючої мембрани та без неї, а також у практично здорових осіб.

Результати та обговорення. В результаті проведених досліджень встановлено, що з врахуванням частоти адентії окремих зубів, найбільш імовірною ділянкою виконання субантральної аугментації кістки є альвеолярна бухта від 2-го премолара до 2-го моляра. Частота дефіциту окремих зубів у вищевказаній ділянці склала від 38,3% до 68,1%. При вивченні рентгенологічних особливостей мукоперіосту верхньощелепного синусу у пацієнтів перед синусліфтингом встановлено, що його зміни виявлялись у 93,6±6,8% осіб із інтраопераційним розривом мукоперіосту, та у 12,8±7,5% обстежених з групи із збереженим мукоперіостом при синусліфтингу ($p < 0,05$).

Висновки. Гіперпластичні зміни мукоперіосту та кісти верхньощелепного синуса, збільшують ризик розривів

мембрани Шнайдера при синусліфтингу і виявляються у 93,6±6,8% пацієнтів. При плануванні хірургічних утручань на верхньощелепному синусі, кожного пацієнта слід розцінювати, як потенційного кандидата для виконання дентальної імплантації і максимально уникати травмування мукоперіосту в ділянці альвеолярної бухти.

ТКАНИНОЗБЕРІГАЮЧА ВИСОКОЧАСТОТНА ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАЛЬНА ТЕХНОЛОГІЯ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ОНКОТОЛАРИНГОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Абизов Р.А., Самойленко С.С., Божко Н.В.

НМАПО імені П. Л. Шупика, кафедра оториноларингології, м. Київ

Мета. Підвищити ефективність лікування хворих на рак гортані.

Матеріали та методи. 80 щурів, 19 свиней, понад 500 хворих на рак гортані. Експериментальні, клінічні, лабораторні, морфологічні, статистичні.

Результати та обговорення. В ЛОР-клініці НМАПО імені П. Л. Шупика з 2005 р. застосовується високочастотне електрозварювання (ВЧЕ). Розроблені і удосконалені ВЧЕ-інструменти та режими їх застосування. Вперше створена експериментальна модель системи сполучних тканин і на її основі описано механізм структурних перетворень в тканинах під впливом ВЧЕ. В експериментах на неопромінених і опромінених щурах була доведена ефективність застосування ВЧЕ у роз'єднанні та з'єднанні тканин, а на свинях – повне та щільне закриття експериментальних ран та герметичність безшовноформованого глотково-стравохідного співвустя. Морфологічними дослідженнями встановлено, що зміни в м'язових тканинах шії людини, що підлягали дії ВЧЕ, відповідають площині аплікації електрода інструменту. Вперше розроблені, застосовані та впроваджені в клінічну практику хірургічна техніка операції ларингектомії з ВЧЕ та методика безшовного закриття глотково-стравохідного співвустя, і як наслідок – мінімізовано виникнення наскрізних дефектів шії. Достовірно встановлено, що крововтрата під час ларингектомії зменшилась в 2,8 рази порівняно з традиційною методикою, скоротились тривалість операції та час перебування хворого під дією наркотичних засобів в 1,4 рази. Доведено, що ВЧЕ сприяє еластичності. Виявлено зменшення рецидивування пухлини в 1,7 рази порівняно з хворими прооперованими за традиційною методикою. На ранніх стадіях раку гортані середньої локалізації проводили реконструкцію хордетомованої голосової складки. Також розробили тактику ведення хворих у ранньому післяопераційному періоді та комплекс фонопедичних корекційно-реабілітаційних занять.

Висновки. Застосування ВЧЕ в хірургічному лікуванні хворих на рак гортані поліпшує ефективність хірургічного лікування і надалі позитивно впливає на якість життя.

ГІНЕКОЛОГІЯ, РЕПРОДУКТОЛОГІЯ, АКУШЕРСТВО, ПЕРИНАТОЛОГІЯ, НЕОНАТОЛОГІЯ

ЗВ'ЯЗОК ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ВІТАМІНОМ D У ДІТЕЙ З АВТОІМУННИМ ГЕПАТИТОМ З ПОЛІМОРФНИМИ ВАРІАНТАМИ (APAI, TAGI, BSMI) ГЕНА РЕЦЕПТОРА ВІТАМІНУ D (VDR)

Береженко В.С.¹, Михайлюк Х.З.¹, Діба М.Б.¹, Крат В.В.¹, Ткалик О.М.¹

Центр дитячої гепатології

¹ДУ «Інститут педіатрії акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Мета. Вивчити зв'язок розподілу частот алелей, генотипів та їх комбінацій за алельними варіантами Apal, Tagl, BsmI гена рецептора VDR з рівнем вітаміну D у дітей з автоімунним гепатитом (АГ).

Матеріали та методи. Обстежено 51 дитину з АГ. Вміст 25(OH)D в сироватці крові визначався електрохемілюмінесцентним методом в нг/мл на аналізаторі Elecsys 2010 тест системою Cobas (Німеччина). Молекулярно-генетичним методом досліджено поліморфні локуси Apal, Tagl, BsmI гена VDR. Оцінено асоціацію поліморфних варіантів гена VDR із рівнем вітаміну D. Відмінності вважались достовірними при $p < 0,05$.

Результати та обговорення. У 72,5% обстежених дітей виявлено дефіцит вітаміну D. Діти з генотипом GA за поліморфним варіантом BsmI достовірно частіше мали зниження рівня вітаміну D в сироватці крові (12,44±5,51) порівняно з генотипами AA (18,54±7,80) ($p > 0,05$) та GG (19,23±7,05) ($p > 0,05$). За поліморфними варіантами Tagl та Apal гена рецептора VDR у дітей з АГ не встановлено достовірної різниці в забезпеченості вітаміном D ($p > 0,05$). Діти із комбінацією генотипів AA/TC/AA, AC/TT/GG, CC/TT/GG достовірно частіше мали вищий рівень вітаміну D в сироватці крові порівняно із дітьми із комбінацією генотипів AC/TC/GA за поліморфними варіантами Apal, Tagl, BsmI гена рецептора VDR ($p < 0,05$). Усі обстежені діти мали дефіцит вітаміну D. Найвищий рівень 25(OH)D мали діти з комбінацією генотипів AA/TC/AA (19,84±8,29)нг/мл.

Висновки. Дефіцит вітаміну D у дітей з АГ був асоційованим із генетичними особливостями пацієнтів: наявністю генотипу GA за поліморфним варіантом BsmI та комбінації генотипів AC/TC/GA за поліморфними варіантами Apal, Tagl, BsmI гена рецептора VDR.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ВІТАМІНОМ D ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ В ТА С

Березенко В.С., Михайлюк Х.З., Діба М.Б., Крат В.В., Ткалик О.М.

Центр дитячої гепатології

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Мета. Вивчити особливості забезпеченості вітаміном D дітей з ХГВ та ХГС залежно від активності та стадії фіброзу.

Матеріали та методи. обстежено 60 дітей (30 з ХГВ та 30 з ХГС), стадія фіброзу визначена методом еластографії зсувної хвилі, активність гепатиту – за показниками трансаміназ, вміст 25(OH)D в сироватці крові визначався електрохемілюмінесцентним методом в нг/мл на аналізаторі Elecsys 2010 тест системою Cobas (Німеччина). Відмінності вважались статистично достовірними при $p < 0,05$.

Результати та обговорення. У дітей з ХГВ оптимальну концентрацію мали 27%(n=8), знижені показники вітаміну D у 73,3%(n=22). Дефіцит вітаміну D – 46,7%(n=14), недостатність – 26,7%(n=8) відповідно ($p > 0,05$). У дітей з ХГС оптимальна концентрація вітаміну D мали 40,0% (n=12), дефіцит та недостатність 30,0% (n=9) та 30,0% (n=9) ($p > 0,05$). Залежно від активності гепатиту за даними печінкових проб встановлено, що середня концентрація вітаміну D у дітей з ХГВ та ХГС була вищою при неактивному гепатиті ($p > 0,05$). Середній рівень концентрації вітаміну D у дітей з ХГВ з стадією фіброзу F0-1 (n=18) становив – 26,5[19,2-38,4]нг/мл, F2 METAVIR (n=7) становив 19,0[9,11-25,8]нг/мл, у дітей з F3-4 METAVIR (n=5)-18,3[11,3-21,1]нг/мл, ($p > 0,05$ між групою дітей з стадією фіброзу F0-1 та F3-4). У дітей з ХГС з стадією фіброзу F0-1 METAVIR (n=23) становив -27,8[18,4-40,7] нг/мл. Діти з стадією фіброза F2 та F3-4 METAVIR мали нижчі показники 25(OH)D в сироватці крові але без вірогідної різниці (18,9[10,15-26,9] нг/мл та 19,1[9-24,6] нг/мл відповідно ($p > 0,05$).

Висновки. У дітей з ХГ концентрація вітаміну D в сироватці крові залежала від активності захворювання ($R = -0,4$; $p = 0,03$) та стадії фіброзу ($R = -0,37$; $p = 0,04$).

НЕЙПРОТЕКТОРНО СПОМОЖЛИВІ ВІТАМІНУ D У ДІТЕЙ В ПЕРІОД АДАПТАЦІЇ ДО СИСТЕМАТИЧНОГО ШКІЛЬНОГО НАВЧАННЯ

Квашніна Л.В., Майдан І.С.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Мета. Обґрунтування необхідності корекції дефіциту вітаміну D у дітей молодшого шкільного віку для посилення антиоксидантного захисту мозку внаслідок незадовільних процесів адаптації організму до систематичного навчання.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилось 58 дітей 6-8 років, у яких було проведено визначення рівня 25ОНD3 у сироватці крові (у 72,6% дітей рівень 25ОНD3 був менше 30 нг/мл). В даній групі була проаналізована активність вільнорадикального окислення (ВРО) за інтегральними показниками: функціональний показник ВРО (ФП ВРО) та показник кількості кисню затраченого на ВРО (O2 ВРО).

Результати та обговорення. У дітей з дефіцитом вітаміну D ФП ВРО складав 71,5 ум.од., а O2 ВРО–133,13 ммоль O2/л, тоді як у дітей із задовільною адаптацією ФП ВРО був 185,8 ум.од., а O2 ВРО–87,4 ммоль O2/л. Отримані дані свідчать про наявність у дітей з дефіцитом вітаміну D оксидативного стресу і необхідність корекції виявлених порушень за рахунок проведення комплексної терапії – вітаміну D (2000 МО на добу) та препаратів з антиоксидантною властивістю для зниження процесів пероксидації 2-Курису на рік протягом 45 днів залежно від вихідного рівня вітаміну D.

Висновки. Антиоксидантна властивість і відповідно нейропротекторна дія кальцитриолу пов'язана з пригніченням рівня іонізованого кальцію в мозку за рахунок утворення кальцій-зв'язуючих білків, а також шляхом інгібування експресії кальцевих аналогів L-типу в гіпокамі. Це можна пояснити тим фактом, що нейрони ефективно захищаються від токсичного пошкодження на тлі зниження рівня кальцію в клітинах. Крім того, вітамін D здатний пригнічувати фермент гамма-глутамілтранспептидазу, що відповідає за метаболізм глутатіону – важливого фактора антиоксидантного захисту нейронів.

ВІТАМІН D-ЗАЛЕЖНА РЕГУЛЯЦІЯ ЛОКАЛЬНИХ ЗАХИСНИХ МЕХАНІЗМІВ У ДІТЕЙ З ДЕОРГАНІЗАЦІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Муквіч О.М., Лавренчук О.В., Бельська О.А.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Вплив плейотропних активних метаболітів вітаміну D (BD) на реакцію захисних неспецифічних механізмів локальних секретів, яка обумовлює активність бар'єрних функцій слизових оболонок (СО), має особливе значення у дітей з дисплазією сполучної тканини (ДСТ) при дезорганізації базальних мембран з порушенням синтезу колагену.

Мета. Визначити стан неспецифічного імунітету мукозального бар'єру у дітей з ДСТ з урахуванням забезпеченості організму BD.

Матеріали та методи. Проведено визначення концентрацій антимікробних пептидів (HBD-2) та лізоциму в слині і копрофільтратах (КФ) у 127 дітей 11-17 років з фенотиповими проявами ДСТ з урахуванням забезпеченості BD.

Концентрацію 25OHD визначали з використанням імуноферментного набору „Immunodiagnostic Systems Ltd (IDS Ltd)“ (Велика Британія), концентрацію дефензинів (HBD-2) – методом імуноферментного аналізу з використанням комерційного набору « β -Defensin 2 ELITA Kit», виробник Immunodiagnostik AG, Німеччина, концентрацію лізоциму в слині та копрофільтратах – за методикою з використанням сухого порошку однокленної культури *Micrococcus lysodeikticus*.

Результати та обговорення. У дітей з ДСТ встановлено зниження концентрацій дефензинів (HBD-2) в локальних секретах порівняно зі здоровими дітьми ($p \leq 0,05$). Найбільш низькі концентрації HBD-2 при дослідженні слини та КФ визначалися у дітей з ДСТ при дефіциті вітаміну D (ДВД). Встановлена пряма залежність між концентраціями VD та продукцією антимікробних пептидів в епітеліоцитах СО кишечника ($r = +0,74$). Концентрація лізоциму в локальних секретах при фізіологічних концентраціях 25OHD у дітей як з ДСТ, так і здорових дітей, достовірно відрізнялися від показників у дітей з ДСТ на тлі дефіциту вітаміну D. При цьому, визначається пряма залежність між концентраціями VD та лізоциму ($r = +0,65$), що підтверджує залежність синтезу лізоциму від забезпеченості організму 25OHD.

Висновки. 1. Діти з ДСТ мають нижчі концентрації HBD-2 в локальних секретах порівняно зі здоровими дітьми, що опосередковано може визначати вроджену недостатність синтезу або більш інтенсивне виснаження захисних функцій СО при дезорганізації сполучної тканини та порушенні синтезу колагену в базальних мембранах, що є об'явлюючим фактором перебігу патологічних процесів. Зменшення концентрації HBD-2, як компоненту неспецифічного захисту СО, у дітей з D-дефіцитом свідчить про вітамін D – залежну регуляцію продукції HBD-2 в епітеліоцитах. 2. Концентрація лізоциму в локальних секретах при фізіологічних концентраціях 25OHD у дітей як з ДСТ, так і здорових дітей, достовірно відрізнялися від показників у дітей з ДСТ на тлі дефіциту вітаміну D. Підтверджено залежність концентрації лізоциму від забезпеченості 25OHD, що визначає недостатність неспецифічної гуморальної імунної відповіді, яка пов'язана з первинним дефектом мікромакрофагальної ланки імунологічного захисту організму та збільшенням лімфоплазмоцитарної і гранулоцитарної інфільтрації в місцях запалення, що ускладнює перебіг запальних процесів в СО такої категорії дітей.

ЗАСТОСУВАННЯ ВІТАМІНУ D ПРИ РЕВМАТИЧНИХ ХВОРОБАХ У ДІТЕЙ

Омельченко Л.І., Дудка І.В., Людвік Т.А., Вдовіна Н.М.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Сучасні уявлення про фізіологічну роль вітаміну D в організмі включають окрім класичних кальціємічних ефектів здатність впливати на процеси проліферації та диференціювання імунокомпетентних клітин та їх апоптоз. Дефіцит вітаміну D підвищує ризик розвитку аутоімунних захворювань, впливає на їх перебіг і сприяє формуванню коморбідних станів при цій патології.

Мета. Дослідити забезпеченість вітаміном D і оцінити ефективність корекції його недостатності у дітей з ревматичними хворобами.

Матеріали та методи. Обстежено 72 дитини з ревматичними захворюваннями віком 3-18 років (53 хворих на ювенільний ідіопатичний артрит, 6 – дерматомиозит, 8 – системну склеродермію, 5 – системний червоний вовчак). Всім дітям на тлі протизапальної базисної терапії визначали рівень 25 (OH) D – метаболіту вітаміну D в сироватці крові до призначення препаратів цього вітаміну і через 2 місяці після їх прийому. Використано комерційні набори «Vitamin D screening Kit, Швейцарія», відповідно до інструкції виробника. Добова доза вітаміну D для хворих визначалась з урахуванням ступеня його недостатності в організмі і становила 2.000-5.000 МО. Контрольні дослідження виконані у 10 здорових дітей.

Результати та обговорення. У дітей з ревматичними захворюваннями виявлено зниження вмісту 25 (OH) D в сироватці крові порівняно з показниками здорових дітей ($18,67 \pm 0,48$ нг/мл, проти $39,98 \pm 0,311$ нг/мл). Найбільш низькі показники спостерігалися у хворих з II-III ступенем активності імунозапального процесу при ювенільному ідіопатичному артриті та системному червоному вовчаку, особливо зимою та навесні. Прийом вітаміну D на тлі комплексного лікування сприяв оптимізації забезпеченості вітаміном D організму хворих, позитивно впливав на самопочуття, відмічено зменшення частоти артралгій, виразності міопатичного синдрому та остеопорозу.

Висновки. При ревматичних хворобах у дітей мають місце дефіцит або недостатність вітаміну D в організмі. Для об'єктивної оцінки забезпеченості вітаміном D хворим показано визначення рівня 25 (OH) D в сироватці крові. Призначення препаратів вітаміну D сприяє підвищенню забезпеченості хворих цим вітаміном і позитивно впливає на перебіг ревматичних хвороб та якість життя.

ЗАСТОСУВАННЯ ВІТАМІНУ D У ДІТЕЙ З РЕКУРЕНТНИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НА ТЛІ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Ошлянська О.А., Вовк В.М.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

При недиференційованій дисплазії сполучної тканини (НДСТ) існують комплексні зміни імунної системи, які призводять до розвитку рекурентних гострих респіраторних захворювань (ГРЗ).



Мета. Оцінити ефективність застосування профілактичних доз вітаміну D3 під час вакцинації проти *Str.pneumoniae* дітей з НДСТ.

Матеріали та методи. Проведений ретро- та проспективний аналіз річної частоти ГРЗ у дітей 3- та без НДСТ 1-10 р., що вакциновані проти *Str.pneumoniae* 3- та без препарату віт. D3 (2 000 МО 2 міс.), розраховані інфекційний індекс (ІІ) та коефіцієнт ефективності (КЕ) вакцинації. Досліджено окремі показники місцевого імунітету (вміст імуноглобулінів (Іg) та інтерлейкінів (ІЛ) в слині) за ІФА.

Результати та обговорення. Захворюваність на ГРЗ у дітей з НДСТ була меншою у 1,3 рази ($p < 0,05$) після вакцинації з застосуванням віт. D3, чого не відмічено у дітей без НДСТ. ІІ у дітей з НДСТ ($0,49 \pm 0,06$) та без її ознак ($0,50 \pm 0,08$) на фоні прийому препаратів вітаміну D3 був ліпший, ніж у тих, хто не отримував віт. D3 ($0,45 \pm 0,080$ та $0,46 \pm 0,07$ відповідно). КЕ при прийомі віт. D3 після вакцинації дітей з НДСТ становив $71,92 \pm 6,09\%$, без НДСТ $84,47 \pm 6,01\%$ (проти $67,68 \pm 6,12\%$ та $81,23 \pm 5,98\%$ відповідно у дітей, які його не отримували). У дітей, які приймали вітамін D3, перебіг ГРЗ був менш тривалим. Додавання профілактичних курсів вітаміну D3 сприяло тенденції до зростання вмісту ІgG в слині обстежених дітей з НДСТ на $3,9 \pm 1,05$ г/л (у дітей, які не приймали віт. D3 - зменшувався на $4,11 \pm 0,50$ г/л), вміст ІgA та ІЛ в слині в обстежених дітей після вакцинації на тлі віт. D3 суттєво не змінювався.

Висновки. Отримані дані свідчать, що призначення профілактичних доз вітаміну D3 дітям з НДСТ підвищує опірність організму дитини до ГРЗ завдяки неімуних механізмів.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ

АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕЧОСТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Мавров Г.І.^{1,2}, Осінська Т.В.¹

¹ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

²Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

Мета. Запропонувати ефективну схему антибактеріальної терапії запальних захворювань органів малого тазу (ЗЗОМТ) у жінок та додаткових статевих залоз у чоловіків (ПЗЗ) при інфекціях, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).

Матеріали та методи. У 65 пацієнтів, хворих на ІПСШ проводилось дослідження резистентності виявлених патогенних бактерій до антибактеріальних препаратів диск-дифузійним методом. Також було проведено порівняльне проспективне дослідження ефективності геміфлоксацину та моксифлоксацину у 214 жінок із ЗЗОМТ. Ефективність визначали за позитивною динамікою клінічної картини та лабораторних показників.

Результати та обговорення. Встановлено високу чутливість збудників до групи фторхінолонів. Найменший відсоток (7,1%) резистентних штамів виявився до геміфлоксацину, що нижче ($P < 0,001$) ніж до левофлоксацину (23,3%) і до ципрофлоксацину (37,5%). Основна група складала 110 пацієнок, які отримували геміфлоксацин по 320 мг 1 раз на добу на протязі 14 діб. Група порівняння складала 104 жінки, які приймали моксифлоксацин по 400 мг 1 раз на добу також на протязі 14 діб. Для геміфлоксацину вона складала ($97,0 \pm 1,6\%$), а для моксифлоксацину, відповідно, ($89,7 \pm 2,9\%$).

Висновки. Показано дещо більшу ефективність геміфлоксацину порівняно з моксифлоксацином ($P = 0,026$) при лікуванні ЗЗОМТ та ПЗЗ.

ЛІКУВАННЯ СИФІЛІСУ СЕРЕД ОСІБ, ЯКІ СПОЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ

Осінська Т.В.¹, Щербакова Ю.В.^{1,2}, Федорович Т.В.²

¹ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

²Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

В останні роки стали накопичуватися дані про випадки клінічних і серологічних рецидивів, серорезистентності, а також розвитку нейросифілісу та інших пізніх форм у пацієнтів, які лікувалися пролонгованими пеніцилінами. Особливо це стосується пацієнтів із ВІЛ, алкогольною та наркотичною інтоксикацією. Тому, на зріла необхідність в розробці нових методів специфічної терапії сифілітичної інфекції з урахуванням сучасних особливостей епідеміології, клініки і патогенезу сифілісу.

Мета. Підвищити ефективність лікування хворих ранніми формами сифілісу серед осіб, що споживають ПАР

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилось 116 хворих на активний ранній сифіліс, що споживали психоактивні речовини (ПАР), та склали три досліджувані групи. Основна група (41 хворий) отримувала лікування бензатин бензилпеніцилін одночасно з доксицикліном. Контрольна група (39 хворих) отримувала тільки бензатин бензилпеніцилін. І група порівняння (36 хворих) отримувала натрієву сіль бензилпеніциліну.

Результати та обговорення. При порівняльному аналізі трьох груп пацієнтів виявлено, що при лікуванні бензатин бензилпеніциліном в поєднанні з доксицикліном окремі активні прояви сифілісу, в середньому, зникали швидше, ніж при лікуванні тільки бензатин бензилпеніциліном.

Висновки. Найближчі та віддалені результати лікування хворих на первинний і вторинний сифіліс введенням 2,4 млн. Од бензатин бензилпеніциліну 1 раз (№ 2-4) в тиждень в поєднанні з прийомом всередину доксицикліну в дозі 0,1 г два рази на добу 10-20 днів (в залежності від терміну зараження) свідчать про високу ефективність даної методики і про можливість її застосування в умовах амбулаторії та денного стаціонару у хворих, які споживають ПАР.

СИФІЛІС І ВАГІТНІСТЬ

Волкславська В.М.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Мета. Провести аналіз захворюваності та результатів деяких наукових досліджень за останні 10 років по проблемі сифілісу в Україні.

Матеріали та методи. Аналіз статистичних даних за 2007-2017 рр., звіти науково-дослідних робіт.

Результати та обговорення. Захворюваність сифілісу залежить від біологічних властивостей збудника, соціальної та епідеміологічної ситуації в регіонах, якості надання медичної допомоги. В останні роки погіршилась реєстрація хворих на сифіліс, обстеження статевих та побутових контактів. В 2007 році кількість хворих на сифіліс була 13910 (29,9 на 100000 населення), а в 2017 році-2768 хворих (6,5 на 100000 населення). При вивченні ролі гендерного фактору в розповсюдженні сифілісу виявили, що в 2007 році жінки склали – 50,6%, в 2017 р. – 46,4%; чоловіки в 2007 р. – 49,41%; в 2017 р. – 53,5%. Захворюваність на сифіліс дівчат-підлітків 15-17 років в 2007 році складала – 74,1%, в 2017 р. – 67,7%; в 2007 р. юнаки – 25,9%, а в 2017 році – 32,3%. В 2017 році вже в 13 областях України доля хворих на сифіліс жителів сіл перевищувала долю хворих жителів міст. Це свідчить про сифілізацію сільського населення, що загрожує народженням дітей хворих на сифіліс. В Україні з 1990 по 2017 р.р. зареєстровано 626 хворих на вроджений сифіліс, в тому числі з 2007 року по 2017 рік – 78 хворих дітей. Між тим значно зростає доля пізніх і інших та неуточнених форм сифілісу.

Висновки. Потрібно покращити скринінг сифілітичної інфекції на різних рівнях надання медичної допомоги, згідно останніх Методичних рекомендацій «Удосконалення лабораторної діагностики сифілісу в Україні» 2019 році, затверджені Адаптовані клінічні настанови по сифілісу. Головні спеціалісти мають покращити дані обліку вагітних, у яких встановлено сифіліс та їх дітей. Ці проблеми потребують уваги вчених, та організаторів дерматовенерологічної служби.

ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕМІЧНОЇ ГІПОКСІЇ У ХВОРИХ НА ПІЗНІ ФОРМИ СИФІЛІСУ

Бондаренко Г.М., Нікітенко І.М., Унучко С.В., Іванова Н.М., Кутова В.В., Губенко Т.В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Тривале застосування різних лікарських засобів, зокрема антибіотиків (різних солей бензилпеніциліну) викликає утворення в крові хворих метгемоглобіну (MetHb), який може приводити до розвитку гемічної гіпоксії.

Мета. Дослідити рівень MetHb у хворих на пізні форми сифілісу за допомогою фотоколориметричного методу, заснованого на визначенні оптичної щільності розчину, що містить MetHb, до і після специфічного лікування.

Матеріали та методи. У відділі інфекцій, що передаються статевим шляхом ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» було проведено дослідження рівня MetHb в крові 15 хворих на пізні форми сифілісу (7 чоловіків, 8 жінок) до і після лікування. До лікування рівень MetHb був на рівні норми (у жінок – $1,6\pm 0,21$ г/л, у чоловіків – $1,82\pm 0,21$ г/л), що свідчить про відсутність гіпоксії в організмі хворих на пізні форми сифілісу. Після проведеного специфічного лікування відзначається достовірне збільшення рівня MetHb у всіх пацієнтів більше ніж у 5 разів (у жінок – $8,52\pm 5,68$ г/л, у чоловіків – $11,25\pm 6,75$ г/л), що вказує на значні ознаки гемічної гіпоксії, можливість порушень обмінних процесів і імунних дисфункцій в крові хворих на пізні форми сифілісу.

Висновки. При тривалій терапії сифілісу з застосуванням високих курсових доз антибіотиків необхідно проводити комплекс лікувальних заходів для досягнення фізіологічного рівня MetHb в крові. Перспективою подальших досліджень є корекція згаданих змін за допомогою лікарських засобів, зокрема ліпосомальних препаратів.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ПОШИРНОСТІ ІПСШ СЕРЕД ШЛЮБНИХ ПАР

Гончаренко В.В., Щербакова Ю.В., Соболь Н.В., Щеголева О.В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Мета. Аналіз поширеності ІПСШ серед сімейних пар, що звернулися для обстеження з різних мотиваційних причин.

Матеріали та методи. Клініко-лабораторне обстеження 154 пар було проведено на базі консультативної поліклініки ДУ «ДВ НАМНУ». Дослідження наявності інфекцій сечостатевого тракту виконувались відповідно до регламентуючих документів МОЗ України.

Результати та обговорення. Був проведений ретроспективний аналіз даних за 2014-2017 роки. Критеріями включення до дослідження було перебування у шлюбі (наявність одного постійного статевого партнера та тривалих статевих відносин без використання бар'єрних методів контрацепції, більше 1,5 років). До когорти обстежених увійшли



пацієнти, переважна кількість котрих перебувала в офіційному шлюбі. Тривалість шлюбних взаємовідношень була різною – від 1,5 років до 40. Вік пацієнтів чоловічої статі варіював від 19 до 80 років (середній вік $36,3 \pm 5,0$), а жіночої – від 18 до 80 років (середній вік $36,8 \pm 5,1$). Методом анкетування виявлені різні мотиваційні причини звернення пацієнтів за лікувально-діагностичною дерматовенерологічною допомогою, а саме: планування вагітності, безпліддя, наявність маніфестної інфекції у пацієнтів віком до 40 років та ознаки тривалих запальних процесів сечостатевого тракту та екстрагенітальної патології у осіб віком старше 40 років. У випадку виявлення інфекції лише одного статевого партнера, хламідійну інфекцію частіш верифікували у чоловіків, а трихомонаду – у жінок. Виявлення облігатних патогенів в групах відрізнялося в залежності від мотиваційного чинника звернення за дерматовенерологічною допомогою. При практиці випадкових статевих контактів відсоток виявляємості ІПСШ та наявність ускладнень захворювань уrogenітального тракту був вищим. Показники захворюваності на ІПСШ свідчать про переважне розповсюдження облігатно-патогенних інфекцій серед сімейних пар з ризикованою статевою поведінкою у групі віком 25-35 років з вираженими симптомами запалень сечостатевого тракту, а також серед осіб старше 40 років з підгострим перебігом хронічних уrogenітальних захворювань.

Висновки. Отримані дані свідчать про доцільність моніторингу статевих інфекцій з позицій дрібних соціальних груп.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ВОЛОГОСТІ ШКІРИ У ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ З МУТАЦІЯМИ ГЕНУ ФЛАГРИНУ 2282 DEL 14

Кутасевич Я.Ф., Білозоров О.П., Маштакова І.О., Зюбан І.В., Джораєва С.К.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Мета. Удосконалення методів неінвазивної діагностики шкіри хворих на АД, для оцінки фізіологічного стану шкіри.

Матеріали та методи. В досліджуваній нами виборці хворих (41хворий) частота делеції 2282del4 гена FLG складала 19,51% (8 хворих). Для визначення вологості шкіри хворих на АД нами було застосовано багатфункціональний портативний аналізатор для дерматоскопічної діагностики поверхні шкіри Agato TS. Завдяки якому було визначено показники вологості шкіри, які розраховували апаратом в умовних одиницях, на ділянках ураження шкіри до та після лікування. Під час обстеження пацієнтів всі датчики, які фіксували дані, знаходились перпендикулярно рівню шкіри, з якої знімали показники на фоні сухої, чистої та не змащеної засобами зовнішньої терапії поверхні шкіри.

Результати та обговорення. На момент дослідження більшість хворих знаходилася у стадії загострення захворювання. Під час дослідження фізіологічних параметрів шкіри, було виявлено різницю у динаміці показника вологості шкіри хворих з мутацією (1 група), та без неї (2 група). Вологість шкіри у пацієнтів 1 групи середній показник склав до лікування -46,7%; після лікування -67,9%. Хворі 2 групи мали середній показник вологості до лікування -44,6%; після лікування -55,17%.

Висновки. В результаті наведених даних дослідження фізіологічних параметрів шкіри хворих обох груп, звертає на себе увагу зниження показників вологості шкіри у хворих обох груп до лікування. Проте динаміка цих показників після лікування у хворих 1 групи (без мутації гена флагрину) значно краща в порівнянні з хворими у яких була виявлена мутація флагрину del 2282. Цей факт треба враховувати при обґрунтуванні діагностичного алгоритму хворих на atopічний дерматит.

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ОСОБИСТОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ

Кутасевич Я.Ф., Матюшенко В.П., Олійник О.І.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Згідно з багаторічними дослідженнями дерматологічних пацієнтів, псоріаз тісно пов'язаний з психологічним станом, який включає як психоемоційний статус, так і соціальні чинники, і відноситься до групи психосоматичних захворювань.

Мета. Вивчити рівень особистої тривожності у хворих на вульгарний та артропатичний псоріаз.

Матеріали та методи. Обстежено 127 пацієнтів, з них 68 (53,55%) хворих на вульгарний псоріаз та 59 (46,45%) хворих на псоріатичну артропатію. Серед пацієнтів було 50 (40,16%) жінок та 76 (43,75%) чоловіків, середній вік хворих склав $48,2 \pm 3,3$. Контрольну групу склали 18 здорових осіб. Тривожність у хворих на псоріаз вивчали за шкалою самооцінки Спілбергера-Ханіна. Даний тест є джерелом інформації про самооцінку пацієнта рівня своєї особистісної тривожності, як стійкої характеристики людини.

Результати та обговорення. Внаслідок проведеного дослідження, встановлено: високий рівень особистої тривожності був у 16 (12,59%) хворих на вульгарний псоріаз та у 13 (22,03%) на артропатичний псоріаз. 45 (35,43%) хворих на вульгарний псоріаз та 22 (37,28%) на артропатичний псоріаз мали помірний рівень особистої тривожності.

Висновки. Особистісна тривожність зумовлює реакцію пацієнта на певні подразнення. Визначення рівня тривожності як властивості особистості важливо, оскільки можна припустити, що високий рівень останньої може обумовлювати торпідний перебіг та більш часті рецидиви псоріазу.

**UNDERSTANDING PSYCHOCUTANEOUS DISEASE:
PSYCHOSOCIAL AND PSYCHONEUROIMMUNOLOGICAL PERSPECTIVES**

Mohammad Jafferany

Central Michigan University, College of Medicine, Saginaw, MI, USA

The study of psychocutaneous disease involves a comprehensive understanding of the complex and often neglected psychoneuroimmunological components and pathways. Patients suffering from the many disorders that blur the interface between the fields of psychiatry and dermatology are often misdiagnosed and mistreated from the lack of knowledge and awareness of the underlying disease causing mechanisms. Individuals with psychodermatologic disease also experience a general lower overall quality of life as it has negative implications on psychosocial, emotional, and cognitive wellbeing.

Aim. The aim of this study was to analyze the data of reviews, experimental and clinical studies published in medical literature in last two decades.

Materials and methods. Search was carried out through PubMed/Medline portal from the databases of the US National Library of Medicine.

Results and discussion. Factors like early-life interactions, body-image dissatisfaction, and societal stigma play a crucial role in the development of psychosocial stress experienced by individuals with visible skin conditions. This heightened level of stress serves as a trigger in the activation of the Hypothalamic-Pituitary-Axis (HPA), mediating immune responses that influence cutaneous disease severity and exacerbation.

Conclusions. The results recommend that in order to improve the quality of life and treatment outcomes of the patient population impacted by psychodermatologic disease, it is essential to better understand the complex interplay between the various psychosocial factors and pathophysiologic pathways involved.

КОРЕКЦІЯ ТОКСИЧНОГО ЕФЕКТУ ВІД ПРИЙОМУ АНТИБІОТИКІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ПІЗНІХ ФОРМ СИФІЛІСУ

Бондаренко Г.М., Унучко С.В., Нікітенко І.М., Губенко Т.В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Тривала терапія антибіотиками хворих на пізні форми сифілісу може призводити до гепатотоксичної дії, яке вимагає корекції.

Мета. Метою проведених нами досліджень було вивчення гепатотоксичних порушень при терапії хворих на пізні форми сифілісу.

Матеріали та методи. У проведеному дослідженні брало участь 27 пацієнтів на пізні форми сифілісу: 15 чоловіків і 12 жінок у віці $44,3 \pm 6,1$. У процесі терапії здійснювали моніторинг аланінамінотрансферази (АлАТ), аспаратамінотрансферази (АСТ), загального білірубину, лужної фосфатази (ЛФ), γ -глутамілтрансферази (γ -ГТФ), загального біліру (ЗБ), альбумін-глобулінового коефіцієнту (а/г) і активності холінстерази. Статистичну оцінку показників проводили з використанням параметричних методів. Достовірність відмінностей визначали t-критерієм Стьюдента. Статистично підтвердженими вважалися значення при $P < 0,05$. Було встановлено підвищення основних показників функції печінки – АсАТ- $0,933 \pm 0,397$, АлАТ- $1,05 \pm 0,34$, що відобразало ступінь цитолізу гепатоцитів, який пов'язаний з токсичним впливом антибіотиків, за рахунок чого функціональні резерви печінки можуть бути частково виснажені. Виявлені порушення вимагали призначення есенціальних фосфоліпідів (ЕФЛ), які за своєю будовою близькі до ендогенних ФЛ, проте перевершують їх за дією завдяки високому вмісту поліненасичених жирних кислот, відновлюють структуру мембран гепатоцитів. При аналізі функціональних показників печінки після лікування було відзначено достовірне зниження рівня досліджуваних показників: АСТ- $0,742 \pm 0,18$, АлАТ- $0,713 \pm 0,13$

Висновки. На підставі результатів проведеного дослідження встановлено токсичну дію масивної лікарської терапії на функцію гепатоцитів. Раціональним є включення в комплексну терапію есенціальних фосфоліпідів.

**АДАПТАЦІЯ І ГОМЕОСТАЗ ПРИ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ДО ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ
ПРИ ІgE-ЗАЛЕЖНОМУ І ІgE-НЕЗАЛЕЖНОМУ МЕХАНІЗМАХ ПЕРЕБІГУ**

Солошенко Е.М., Кондакова Г.К., Ярмак Т.П., Шевченко З.М., Стулій О.М., П'ятикоп І.О.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Мета. Аналіз стану адаптації і гомеостазу у хворих на лікарську хворобу (ЛХ) при ІgE-залежному і ІgE-незалежному механізмах перебігу.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходилось 35 хворих на ЛХ на фоні перебігу поширених дерматозів, які в залежності від рівня загального ІgE були розділені на 2 основні групи – з ІgE-залежним (Іg E більше 150 МЕ/мл) і ІgE-незалежним механізмом (Іg E менше 150 МЕ/мл). Контрольну групу складали 15 практично здорових донорів. Стан адаптації визначали за процентним вмістом лімфоцитів і сегментоядерних нейтрофілів та їх співвідношенням в лейкоцитарній формулі. Оцінку гуморального імунітету проводили за вмістом Іg A, M, G і загального Іg E (НВЛ «Гранум»,

Україна) за допомогою ІФА, а також за даними інтегрального коефіцієнту. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою пакетів прикладних програм Statistika 6,0.

Результати та обговорення. Аналіз досліджень свідчив, що в обох групах хворих сенсibilізація найчастіше розвивається до антибіотиків (33,3% і 27,0%), вітамінів групи В (19,0% і 13,5%) та анестетиків (4,8 і 10,8%), при цьому на фоні псоріазу (27,3% і 21,7%), екеми (21,2% і 10,8%) і алергічного дерматиту (18,2% і 10,8%). При порівняльному аналізі стану адаптації встановлено переважання порушень у хворих з ІgE-залежним механізмом (58,82%). За відомом Іg G, А, М показники обох груп хворих вірогідно не відрізнялися від показників практично здорових осіб при існуванні лише тенденції до підвищення Іg G і А, в той час як інтегральний коефіцієнт гуморального імунітету () у хворих обох груп був вірогідно підвищеним у порівнянні з відповідним показником групи контролю ().

Висновки. На фоні активізації гуморального імунітету при обох варіантах перебігу встановлено порушення адаптації переважно при ІgE-залежному механізмі, що є підґрунтям для розробки різних підходів до лікування ЛХ в залежності від варіанту перебігу.

ЕРИТРОЦИТИ НАВАНТАЖЕНІ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ ЯК ІНДИКАТОРИ СЕНСIBILІЗАЦІЇ ОРГАНІЗМУ

Солошенко Е.М.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Мета. Порівняльний аналіз традиційних імунологічних і розроблених нами методів, в основі яких лежить реакція сенсibilізованого організму на еритроцити, що навантажені лікарськими засобами (ЛЗ).

Матеріали та методи. Під наглядом знаходилось 300 хворих на ЛХ, у яких діагноз підтверджували на підставі результатів тестів Шелі, лімфобластичної трансформації (ТЛТ), альтерації і агломерації лейкоцитів, виявлення специфічного ІgE з ЛЗ методом ІФА, оцінки ступеню поглинення ультразвуку і седиментації еритроцитів навантажених ЛЗ. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою пакетів прикладних програм Statistika 6,0.

Результати та обговорення. За даними алергологічного анамнезу і клініки можна лише зробити припущення щодо діагнозу лікарської хвороби (ЛХ). Заключний діагноз підтверджували традиційними імунологічними і розробленими нами методами, основу яких склали еритроцити, які здатні на своїй поверхні адсорбуювати чужеродні антигени. При порівняльному аналізі результатів досліджень встановлено, що специфічні алергени, які були винні у розвитку ЛХ, за допомогою ультразвукового методу, методу седиментації еритроцитів, а також ІФА реєструвалися відповідно у 91,5%, у 90,3% та у 82,0% хворих. Тести Шелі, ТЛТ, агломерації та альтерації лейкоцитів підтвердили діагноз ЛХ відповідно у 81,8%, у 71,7%, у 69,9% та у 65,1% обстежених. При цьому, термін постановки розроблених нами методів скорочувався до 20-30 хвилин замість 1-3 днів при проведенні традиційного імунологічного обстеження.

Висновки. Еритроцити навантажені ЛЗ виконують роль індикатора сенсibilізації організму в розроблених нами ультразвуковому методі та методі седиментації, які відповідають критеріям, пред'являемим до тестів специфічної діагностики – специфічності, доступності, експрес-постановка.

ДОСЛІДЖЕННЯ БЕТА-АДРЕНОРЕАКТИВНОСТІ МЕМБРАН ЕРИТРОЦИТІВ У ХВОРИХ НА АЛЕРГОДЕРМАТОЗИ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Кондакова Г.К., Семко Г.О., Стулій О.М., П'ятикоп І.О.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Мета. Дослідити стан показників бета-адренореактивності мембран еритроцитів у хворих на алергодерматози.

Матеріали та методи. Було обстежено групу хворих на алергодерматози (19 осіб). До групи порівняння були включені 20 умовно здорових чоловіків і жінок відповідного віку. Для визначення активності симпатоадреналової системи використовувався непрямий метод оцінки адренореактивності організму. Суть методу полягає в кількісній оцінці ступеня інгібування гіпоосмотичного гемолізу еритроцитів у присутності бета-адреноблокатора.

Результати та обговорення. Середня величина бета-адренореактивності мембран еритроцитів у хворих на алергодерматози становила (28,4±1,6) ум. од., що достовірно більше за показник контрольної групи – (15,4±0,8) ум. од. Зазначений показник опосередковано відображає активність симпатичної нервової системи та дозволяє оцінювати її стан у цих хворих. Більшість пацієнтів характеризувалася підвищеною активністю симпатичної нервової системи. Цей показник може мати певне діагностичне значення і в сукупності з клінічними характеристиками хворих на алергодерматози бути своєрідним критерієм індивідуальної реакції організму в процесі його адаптації в умовах активації симпатоадреналової системи і деструкуючих впливів на клітинні структури.

Висновки. У більшості частини хворих на алергодерматози відмічено підвищення β-адренореактивності мембран. Враховуючи, що за умовами методу підвищення показника адренореактивності мембран відповідає зниженню чутливості периферійних β-адренорецепторів при підвищеній симпатичної активності, у більшості пацієнтів мало місце підвищення діяльності симпатичної нервової системи.

АНАЛІЗ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ ІНТЕРЛЕЙКІНУ 17A RS8193037 У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ДЕРМАТОЗИ МЕТОДОМ АЛЕЛЬ-СПЕЦИФІЧНОЇ АМПЛІФІКАЦІЇ

Білозоров О.П., Зеленська Г.Д., Мілютина О.Й., Частій Т.В., Маштакова І.О.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Мета. Визначення патогенетичної ролі ІЛ-17А при хронічних запальних дерматозах за допомогою виявлення асоціації захворювань з генетичними поліморфізмами, що характеризуються підвищенням утворенням ІЛ-17А, розробка метода визначення поліморфізму ІЛ-17А rs8193037 A/G і його застосування для виявлення частоти алелю А, що характеризується підвищенням утворенням ІЛ-17А, у хворих на псоріаз, екзему і atopічний дерматит.

Матеріали та методи. Розроблено систему визначення поліморфізму ІЛ-17А методом алель-специфічної ампліфікації. Проведено визначення розподілу алелів у: 54 хворих на псоріаз, 22 – atopічний дерматит і 44 – на екзему. В якості контролю досліджено групу донорів.

Результати та обговорення. У хворих на псоріаз, atopічний дерматит та екзему було визначено збільшення частоти алеля А, найбільш виражене у хворих на псоріаз.

Висновки. Отримані результати свідчать про участь ІЛ-17А в патогенезі псоріазу, atopічного дерматиту та екземи. Значне збільшення частоти алелю А у хворих на псоріаз збігається з уявленням про псоріаз як ІЛ-17А-опосередковане захворювання.

PERSPECTIVE TREATMENT OF PSORIASIS WITH ARTERIAL HYPERTENSION COMORBIDITY

Bilovol A.M., Tkachenko S.G.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv

Aim. To study the effectiveness and safety of combined treatment of psoriasis comorbid with arterial hypertension. This study is a fragment of research work "Optimization of pathogenetic treatment of psoriatic pathology, combined with hypertension" SR № 0116U004976.

Materials & Methods. According to results of clinical and laboratory examination of 251 patients, among which 182 patients suffered on isolated psoriasis and 49 patients suffered on psoriasis associated with arterial hypertension, the pathogenetic method to optimize the treatment has been developed and included the complex of quercetin with polyvinylpyrrolidone 0,5 intravenously once a day № 10 and pentoxifylline 0,2 per os three times a day № 14 then 0,1 three times a day № 7 have been added to traditional therapy (patent № 119741U). Study of effectiveness of proposed therapy conducted on 2 groups of patients, where 48 patients (I group) had an isolated psoriasis and 48 patients (II group) had a psoriasis associated with hypertension.

Results. The developed method of treatment of psoriasis with additional using of quercetin and pentoxifylline contributed to the complete normalization of key parameters of redox-status in blood; changing have been significant. Proposed method has shown 2,3–fold higher clinical efficiency with a decreasing in PASI by 35–40 % for the 10-th day of therapy and by 70–75 % for the 20-th day, has been accompanied by decreasing of pressure of blood in the 15–20 –th day in patients with comorbid hypertension.

Conclusions. The developed method of treatment of psoriasis which is comorbid with arterial hypertension is perspective and contributes to resolution of psoriatic plaques as well as to decreasing of blood pressure. №10 and pentoxifylline 0,2 three t/d.

ФУНГІЦИДНА АКТИВНІСТЬ СУЧАСНИХ ТОПІЧНИХ ЗАСОБІВ

Олійник І.О., Супрун К.Г., Безрученко І.А.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Мета. Вивчити антимікотичну активність топічних засобів, що містять нафтіфуну гідрохлорид.

Матеріали та методи. Матеріали: культури *Trichophyton rubrum* штамм № 925 та *Candida albicans* штамм № 1038, 1% крем і 1% розчин нафтіфуну гідрохлориду. Визначення фунгіцидної активності проводилося методом «колодязів». Визначення активності антифунгальних властивостей проводилося на двох шарах щільного живильного середовища, що було розлито у чашки Петрі. У нижньому шарі використовували «голодне» середовище Сабуро (без цукру). Встановлювали циліндри діаметром 8 мм і висотою 10 мм, навколо яких заливали живильне агаризоване середовище, в яку вносили культуру досліджених грибів. Критерії оцінки активності:

- відсутність зон затримки росту біля лунки або затримка до 10 мм – нечутливість грибків до препарату;
- затримка росту 11–15 мм – мала чутливість;
- від 15 до 20 мм – помірна чутливість;
- вище 20 мм свідчить про високу чутливість грибків до препарату.

Результати та обговорення. Експериментальне дослідження показало, що зони затримки росту грибів роду *Candida* на кремні, що містить % нафтифіну гідрохлориду, становить 32 мм, на розчині, що містить 1% нафтифіну гідрохлориду, – 61 мм. Зони затримки грибів *Trichophyton rubrum* на 1% кремні становить 78 мм, а на 1% розчині – 100 мм (10 %).

Висновки. Таким чином, експериментальне дослідження свідчить про надвисоку антифунгальну активність крему та розчину, що містить 1% нафтифіну гідрохлориду, до грибків роду *Candida* та *Trichophyton rubrum*, що можуть активно використовуватися в практичній дерматології.

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ТА ПЕРЕБІГУ АКАНТОЛІТИЧНОГО ПЕМФІГУСУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КЛІНІЧНОЇ ФОРМИ

Олійник І.О., Абдалла А.Е.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Мета. Провести ретроспективний аналіз історій хвороби хворих на акантолітичний пемфігус (АП). Оцінити клінічні та анамнестичні особливості у взаємозв'язку із клінічними формами захворювання.

Матеріали та методи. 80 історій хвороб хворих на АП, що проходили лікування в клініці ДУ «ДВ НАМН України» з 2014 по 2018 роки.

Результати та обговорення. Встановлено, що вік 80 осіб, хворих на АП коливався від 25 до 77 років, чоловіків 28 (35%), жінок 52 (65%). Термін встановлення діагнозу АП варіював від 4 місяців до 1,5 років це пов'язано з помилками в діагностиці (афтозний стоматит, псоріаз, мікробна екзема, підермія, тощо). Тригерними факторами були гострі респіраторні вірусні інфекції, застосування антибіотиків пеніцилінового ряду, безконтрольний прийом не стероїдних протизапальних засобів, протезування зубів, рентгенологічне обстеження, вагітність, психоемоційний стрес – у 96% осіб. Тяжкий перебіг згідно оцінки загального та локального статусу відмічено у 51 особи (63,7%), з них на вульгарну пухирчатку (ВП) – 92,1%, на листовидну пухирчатку (ЛП) – 5,9%, 2% – на себорейну пухирчатку (СП); середньотяжкий – у 29 осіб (36,2%), з них 82,8% – хворі на ВП, 13,8% – хворі на СП, 3,5% – на ЛП. Дебют захворювання у 92% хворих на ВП починався із слизової рота, у 81,2% хворих на ЛП – з формування дряблених пухирів на еритематозному фоні тулуба та багатощаровим корками, у 86,7% хворих – СП починається з формування пухирів на волосистій частині голови та обличчя.

Висновки. АП вражає осіб працездатного віку, переважно жінок. На ранніх етапах захворювання діагностика ускладнена, що призводить до розвитку тяжких форм, призначення неадекватного лікування та розвитку резистентності до системних глюкокортикостероїдів. Отже АП є актуальною проблемою дерматології та потребує подальшого дослідження.

ВИВЧЕННЯ АНТИІНТЕРФЕРОНОВОЇ АКТИВНОСТІ ШТАМІВ СТАФІЛОКОКІВ, ІЗОЛЬОВАНИХ ВІД ХВОРИХ НА АЛЕРГОДЕРМАТОЗИ

Джораєва С.К., Гончаренко В.В., Щеголева О.В., Іванцова О.К., Зюбан І.В., Бабута А.Р., Пугачова О.В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Мета. Вивчення антиінтерференової активності (АІА) домінуючих різновидів стафілококів (*S.aureus*, *S. haemolyticus*, *S. epidermidis*) як фактору персистенції, що впливає на перебіг алергодерматозів.

Матеріали та методи. Клініко-лабораторне обстеження 50 пацієнтів та 20 практично здорових осіб у віці від 17 до 80 років було проведено на базі відділення дерматології ДУ «ДВ НАМН України». Бактеріологічні дослідження виконувались відповідно до регламентуючих документів МОЗ України.

Результати та обговорення. При дослідженні АІА штамів, вилучених від хворих на алергодерматози, встановлено, що дану ознаку мали 67,4% стафілококів, ізольованих з уражених ділянок шкіри, 60,6% – з інтактної шкіри та лише 37,5% – зі шкіри здорових осіб. При цьому кількість штамів *S. aureus* та *S. epidermidis*, що володіли даною ознакою, поступово знижувалась в ряду від ураженої шкіри до інтактних ділянок з 67,4% до 64,7% та з 58,3% до 40,0% відповідно. У контрольних осіб показники виявлення склали 33,3% та 38,7% відповідно. Для штамів *S. haemolyticus* кількість ізолятів з наявністю даної ознаки суттєво не відрізнялась при вилученні з уражених та інтактних ділянок шкіри (71,4% та 83,3%), але суттєво знижувалась у контрольних ділянках до 33,3%. При визначенні абсолютних показників АІА було отримано наступні результати: на ділянках ураженої шкіри антиінтерференова активність штамів *S. aureus* досягла (2,3±0,1) ОД, *S. haemolyticus* – (1,8±0,3) ОД, *S. epidermidis* – (1,3±0,1) ОД, тобто вищий патогенний потенціал мали штами золотистого стафілокока. При дослідженні інтактних ділянок шкіри показники склали – (2,0±0,2) ОД; (1,6±0,3) ОД та (1,5±0,2) ОД відповідно ($P < 0,05$).

Висновки. Отримані результати підкреслюють значення як *S. aureus*, так і інших різновидів стафілококів, з позиції потенціонування ускладнень перебігу алергодерматозів.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ КІНЕЗІОТЕЙПІВ У КОРЕКЦІЇ ГІНОЇДНОЇ ЛІПОДИСТРОФІЇ

Ткаченко С.Г., Татузян Є.Г.

Харківський національний медичний університет, м. Харків**Мета.** Оцінити клінічну ефективність методу кінезіотейпування в корекції гіноїдної ліподистрофії (целюліту).**Матеріали та методи.** Групу спостереження склали 10 жінок 30-48 років, з яких 7 мали целюліт 2 стадії, 3 – целюліт 3 стадії. Кінезіотейп Epos накладали у вигляді лімфодренажної віялової аплікації у зоні сідниць та стегон на 3 дні 1 раз на тиждень – всього 4 рази. Об'єм стегон і талії вимірювали сантиметровою стрічкою, плікометрію – за допомогою каліпометру, вагу вимірювали за допомогою електронних вагів. Тести проводили до першої аплікації та після останньої.**Результати та обговорення.** В результаті проведення курсу з 4 процедур кінезіотейпування реєстрували зменшення об'єму талії в середньому на 7,9 см, зменшення об'єму стегон в середньому на 1,6 см в верхній частині та на 0,9 см в нижній. Динаміка показників плікометрії: відбувалося зменшення товщини шкірної складки в підпупочній ділянці в середньому на 0,5 см, зменшення товщини шкірної складки у верхній зовнішній ділянці стегна в середньому на 0,6 см. Після проведення курсу кінезіотейпування реєстрували зниження ваги в середньому на 2,9 кг. За оцінкою лікарів після курсу кінезіотейпування в кожному клінічному випадку спостерігалось зменшення проявів целюліту, покращення рельєфу шкіри, ліфтинг шкіри живота та стегон. Усі пацієнтки добре перенесли процедуру кінезіотейпування, алергічних або іритантних реакцій зареєстровано не було. Усі пацієнтки дали позитивну оцінку запропонованому методу для корекції целюліту.**Висновки.** Результати клінічного дослідження використання кінезіотейпування для корекції гіноїдної ліподистрофії виявили ефективність методу стосовно показників загальної ваги, об'єму талії та стегон, товщини шкірної складки. Метод є ефективним та безпечним, є перспективним для подальшого вивчення та використання в клінічній практиці.**ПОДОВЖЕННЯ ПЕРІОДУ РЕМІСІЇ У ХВОРИХ НА АКНЕ ЗА ДОПОМОГОЮ КОСМЕТОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ**

Бронова І.М.

**Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків****Мета.** Вивчити та порівняти вплив себорегулюючої космецевтики, ексфоціації та екстракції комедонів на тривалість ремісії у хворих на акне.**Матеріали та методи.** У першій групі (23 особи хворих на акне) через 1,5-2 місяці після закінчення терапії системними ретиноїдами та поновлення саловидлення було проведено курс щомісячних косметологічних процедур, також в цій групі пацієнти отримували себорегулюючу косметику. До протоколу процедури увійшли такі маніпуляції: ультразвуковий пілінг, скрабування, мануальна екстракція комедонів. Друга група пацієнтів (38 осіб) після лікування системними ретиноїдами в період ремісії застосовувала тільки себорегулюючу космецевтику.**Результати та обговорення.** В першій групі у 7 пацієнтів, що впродовж року отримували себорегулюючу косметику та проходили косметологічну процедуру ексфоціації шкіри та екстракцію комедонів, за рік відзначалося загострення дерматозу. Вони не пред'являли скарг на множинні відкриті комедони, а відзначали періодичну появу поодиноких пустул без прогресування процесу. В другій групі рецидиви акне відзначили 15 осіб. Вони констатували появу нових комедонів у себозалежних зонах Т і U, у 8 пацієнтів з'являлися множинні гострозапальні елементи висипу. Пацієнти відзначили, що пов'язують рецидив з похибками в харчуванні: зловживанні фастфудом, «швидкими» вуглеводами, а також з наявністю перегрівання або стресу.**Висновки.** Косметологічний супровід хворих на акне може подовжувати період ремісії, особливо якщо застосовувати комбіновані види профілактичного впливу на шкіру, які поєднують в собі ексфоціацію та своєчасну мануальну екстракцію комедонів, що зрештою має найбільший вплив на основні ланки патогенезу акне- фолікулярний гіперкератоз та формування комедонів.**ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ФАРМАЦІЄЮ****СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ТА ЗАВДАННЯ В ГАЛУЗІ МІЖНАРОДНОЇ ГАРМОНІЗАЦІЇ
НОМЕНКЛАТУРНИХ ТА ДІАГНОСТИЧНИХ КРИТЕРІЇВ**Бондаренко Л.Б.¹, Таніна С.С.¹, Гайдай Г.Л.²**¹ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМН України», м. Київ
²Київський міжнародний університет****Мета.** Впровадження гармонізації номенклатурних та діагностичних критеріїв для забезпечення загального адекватного розуміння результатів, отриманих в форматі міжнародних стандартів GMP, GLP та GCP, у зв'язку з поглибленням процесів глобалізації у галузі медицини та фармакології є надзвичайно актуальним.



Матеріали та методи. Моніторинг, аналіз, підготовка і поширення україномовної версії регуляторних документів міжнародного проекту INHAND (Міжнародна гармонізація номенклатури та діагностичних критеріїв), що діє з 2005 року.

Результати та обговорення. Всесвітній розпорядчий редакційний комітет (GESC) INHAND керує розробкою гармонізованої термінології і діагностичних критеріїв, спираючись на експертів з Північної Америки, Європи та Японії. З 2011 року представники комітету сумісно із співробітниками Центру із оцінки та вивчення лікарських засобів Управління з санітарного нагляду за якістю продуктів харчування та ліків США (Food and Drug Administration Center for Drug Evaluation and Research), консорціуму з розробки стандартів щодо взаємообміну клінічних даних (Clinical Data Interchange Standards Consortium) та Служб промислової термінології Національного інституту раку США (National Cancer Institute Enterprise Vocabulary Services) постійно ведуть розробку підходів до включення гармонізованої термінології INHAND до стандарту взаємозамінності неклінічних даних (Standard for Exchange of Nonclinical Data), що використовується при реєстрації препаратів FDA. На шляху до приведення регуляторного законодавства та процесів функціонування системи охорони здоров'я України до міжнародних стандартів нагальним завданням є максимально широке інформування науковців та запровадження напрацювань INHAND у медичну науку та практику. Зокрема необхідним є підготовка та впровадження україномовного еквіваленту міжнародних керівництв INHAND, робота над деякими з яких ведеться протягом останніх років у ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМН України».

Висновки. Ці дії дозволять вивести наші доклінічні дослідження на якісно новий рівень та полегшити визнання їх результатів закордонними регуляторними закладами.

ВПРОВАДЖЕННЯ РЕГУЛЯТОРНИХ ДОКУМЕНТІВ ЩОДО МІЖНАРОДНОЇ ГАРМОНІЗАЦІЇ ДІАГНОСТИЧНИХ КРИТЕРІЇВ

Таніна С.С.¹, Бондаренко Л.Б.¹, Гайдай Г.Л.²

¹ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМН України», м. Київ

²Київський міжнародний університет, м. Київ

Мета. Впровадження на Україні регуляторних документів в галузі міжнародної гармонізації діагностичних критеріїв.

Матеріали та методи. Моніторинг, аналіз та популяризація регуляторних документів в галузі міжнародної гармонізації діагностичних критеріїв у нашій державі.

Результати та обговорення. Скорочення витрат та пришвидшення впровадження у медичну практику нових лікарських засобів в умовах глобалізації медицини та фармакології, можливе за рахунок введення взаємозв'язаних реєстраційних матеріалів, що відповідають не лише вимогам GMP, GLP, GCP, але і регуляторним документам INHAND (Міжнародна гармонізація номенклатури та діагностичних критеріїв). Наразі йде впровадження в практичну токсикологію та неклінічні випробування щойно розроблених та узгоджених Всесвітнім розпорядчим редакційним комітетом INHAND (із залученням експертів з Північної Америки, Європи та Японії) регуляторних документів стосовно 9 систем органів: респіраторної, гепатобіліарної, сечової, центральної та периферичної нервової, репродуктивних систем у жінок та чоловіків, а також молочних залоз, кліторальних та препітуальних залоз, шкірних покривів і м'яких тканин. Регулярно проводяться міжнародні регуляторні форуми, а основні напрацювання викладаються на спеціалізованих веб-сайтах, запроваджуються у наукових виданнях, публікуються у вигляді посібників. Гармонізована термінологія INHAND вже використовується при реєстрації препаратів FDA. Ця номенклатура має стати загальнопринятною і на Україні. В Інституті фармакології та токсикології НАМН України вже понад рік ведеться робота із впровадження напрацювань INHAND з проблем осучаснення діагностичних критеріїв щодо апоптозу та некрозу клітин, проліферативних та непроліферативних уражень у експериментальних тварин, а також підходів до скринінгу ендокринних дисрегуляторів, у процеси проведення неклінічних досліджень лікарських засобів, зокрема патоморфологічний аналіз ефектів новостворюваних лікарських засобів.

Висновки. Виконання досліджень відповідно до даних документів дозволяє підвищити рівень міжнародного визнання вітчизняної наукової продукції та суттєво скоротити витрати виробників фармацевтичної промисловості України у разі виходу на ринки Північної Америки, Європи та Японії.

ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ МЕТОВІТАН НА ГЕПАТОЦИТИ НА ТЛІ КОМБІНАЦІЇ ВИСОКИХ ДОЗ ПАРАЦЕТАМОЛА ТА ЕТАНОЛА

Блажчук І.С., Бондаренко Л.Б., Шаяхметова Г.М., Коваленко В.М.

ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМН України», м. Київ

Мета. Вивчення впливу препарату Метовітан на гепатоцити на тлі комбінації високих доз парацетамолу та етанолу.

Матеріали та методи. Експерименти проводили на білих щурах самцях (маса тіла 160-170 г), яких розподіляли на 4 експериментальні групи: 1 – інтактні тварини, 2 – введення одноразово перорально 500 мг/кг парацетамолу, 3 – експериментальний хронічний алкоголізм (заміна питної води 15% розчином етанолу) + введення одноразово

перорально 500 мг/кг парацетамола, 4 – експериментальний хронічний алкоголізм (заміна питної води 15% розчином етанолу) + введення одноразово перорально 500 мг/кг парацетамола + введення одноразово перорально 50 мг/кг Метовітану (одночасно з парацетамолом). Через 24 години тварин знеживлювали, виділяли мітохондріальну фракцію гепатоцитів та визначали у ній активність НАДН-цитохром с-редуктази, сукцинатдегідрогенази, вміст різних фракцій холестерину, фосфоліпідів, гідроперекисів, а у постмітохондріальній фракції – рівень аскорбатзалежного перекисного окислення ліпідів.

Результати та обговорення. Була досліджена можливість корекції за допомогою препарату Метовітану зміни активності деяких ферментів дихального ланцюга мітохондрій щурів, процесів перекисного окислення та ліпідного складу мембран мітохондрій за умов введення високих доз парацетамолу на тлі хронічного алкоголізму. Показано, що застосування даного препарату дозволяє нормалізувати активність НАДН-цитохром с-редуктази та сукцинатдегідрогенази, рівень яких знижується при комбінованому впливі парацетамолу та етанолу. Крім того, за даних умов нормалізувався і вміст загального холестерину мембран мітохондрій гепатоцитів та рівень перекисного окислення.

Висновки. Застосування Метовітану дозволяє значною мірою нормалізувати склад біологічних мембран, процеси клітинного дихання та перекисного окислення, що свідчить про його значну антиоксидантну та мембранопротекторну активність.

ДОСЛІДЖЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ БІОЛОГІЧНИХ ЕФЕКТІВ БЛОКАТОРІВ КАЛЬЦІЄВИХ КАНАЛІВ НА ТЛІ ПУХЛИННОГО РОСТУ

Карацуба Т.А., Хавич О.О., Калачінська М.М.

ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМН України», м. Київ

Мета. Вивчення впливу блокатора кальцієвих каналів (верапамілу) на ріст саркоми 180 у мишей.

Матеріали та методи. Експериментальна модель саркоми 180 перевивалась підшкірно зависю пухлинної тканини (50,0 мг у 0,2 мл фізіологічного розчину). Введення препарату верапамілу починали через 24 години після перевивання пухлини. Режим введення верапамілу: доза 20 мг/кг кожні 24 години протягом 5 днів внутрішньоочеревинно. Ефект оцінювався за процентом гальмування росту пухлини за масою та за об'ємом. В експерименті дослідну групу склали 8 тварин, а контрольну – 16 самців мишей.

Результати та обговорення. Вже після 3-го введення верапамілу реєструвалась чітка стимуляція пухлинного росту (+150,8%) у порівнянні із групою контролю. Після 5-го введення відмічена стимуляція пухлинного росту у 2 рази (за об'ємом пухлини) та у 1,5 рази (за масою пухлини) порівняно із групою контролю. Одержані нами дані можуть слугувати експериментальним підтвердженням клінічних спостережень щодо підвищеного ризику виникнення раку молочної залози у жінок похилого віку, які приймали протягом тривалого часу верапаміл.

Висновки. Одержані нами результати щодо стимуляції пухлинного росту верапамілом зумовлюють необхідність проведення додаткового вивчення доцільності його призначення онкологічним хворим.

РІВЕНЬ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ ТА СТАН ПОКАЗНИКІВ НОРМОСПЕРМІЇ У ЩУРІВ-САМЦІВ З ІНДУКОВАНИМ У ЮВЕНІЛЬНОМУ ВІЦІ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА ЗА ВВЕДЕННЯ МЕТФОРМІНУ АБО ЛІПОФЛАВОНУ

Ткаченко О.Є., Шахметова Г.М., Блажчук І.С., Коваленко В.М.

ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМН України», м. Київ

Мета. Дослідити стан гонад щурів, у яких метаболічний синдром (МС) розвинувся у ювенільному віці та оцінити ефективність застосування метформіну, основного препарату, що призначається за умов МС, а також препарату, здатного нормалізувати обмінні процеси – ліпофлавіону.

Матеріали та методи. Самців щурів віком 23 дні з початковою масою тіла 50-70 г було розподілено на 2 групи: контроль та МС (60-денна заміна питної води на 10% розчин фруктози). Визначали масу гонад, кількість сперматозоїдів та рівень статевих гормонів у сироватці крові методом ELISA.

Результати та обговорення. Розвиток супроводжувався зниженням рівня тестостерону на 28% за одночасного дворазового зростання рівнів лютеїнізуючого та фолікулоstimулюючого гормонів, що призводило до зменшення маси сім'яників та епідидимісів, а також кількості сперматозоїдів на 16% порівняно з контролем. Зниження маси сім'яників може свідчити про дегенеративні зміни в сперматогенному епітелії, а епідидиміс – бути наслідком андрогенного дефіциту та гіпогонадізму. Введення метформіну не спричиняло позитивного впливу на рівень тестостерону та фолікулоstimулюючого гормону, але нормалізувало вміст лютеїнізуючого гормону. За введення ліпофлавіону вміст тестостерону в сироватці крові щурів не відрізнявся від контрольного рівня, але вміст лютеїнізуючого гормону та фолікулоstimулюючого гормонів не змінювалися порівняно з групою з МС. Крім того, введення метформіну не сприяло корекції показників нормоспермії, але за умов застосування ліпофлавіону



кількість сперматозоїдів в хвостовій частині епідидимісів зростала у порівнянні з тваринами без лікування на 41%.

Висновки. За умов введення на тлі МС препаратів метформіну та ліпофлаону виявлено їх певні коригуючі ефекти щодо вмісту статевих гормонів сироватки крові та показників нормоспермії, але спрямованість та ефективність дії відрізнялись на користь ліпофлаону. Отримані результати обґрунтовують доцільність дослідження ефективності комбінованого застосування метформіну з ліпофлаоном.

КОРЕКЦІЯ ПРЕПАРАТОМ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ ЗА УМОВ ПУХЛИННОГО РОСТУ

Хавич О.О., Карацуба Т.А., Калачінська М.М.

ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМН України», м. Київ

Мета. Вивчення впливу спиртового екстракту *Conium maculatum* L. на систему антиоксидантного захисту на моделі карциносаркоми Уокера.

Матеріали та методи. Експериментальна модель карциносаркоми Уокера перевивалась підшкірно 30%-ною зависсю пухлинної тканини. Введення спиртового екстракту *Conium maculatum* L. починали через 96 годин після перевивання пухлини. Режим введення екстракту: 3 дози (I група – 1мл/кг, II група – 2мл/кг, III група – 5мл/кг) кожні 24 години протягом 14 днів перорально. Ефект оцінювався за рівнем відновленого глутатіону, а також активностей глутатіон-редуктази, глутатіон-пероксидази, глутатіон-трансферази, супероксид-дисмутази, каталази та глюкозо-6-фосфат дегідрогенази. В експерименті до кожної дослідної групи входило по 12 тварин, а до контрольної – 24 самиць щурів.

Результати та обговорення. В гомогенатах печінки щурів з карциносаркомою Уокера після курсу введення спиртового екстракту *Conium maculatum* L. протягом 14 днів в дозі 5 мл/кг відзначено вірогідне зниження активності глутатіон-пероксидази, супероксид-дисмутази та каталази на тлі підвищеного рівня відновленого глутатіону у порівнянні з нелікованими пухлиноносіями. При менших дозах екстракту коригувальні зміни досліджуваних показників не досягали рівня вірогідності.

Висновки. Одержані нами результати щодо корекції препаратом *Conium maculatum* L. системи антиоксидантного захисту за умов пухлинного росту дозволяють вважати його потенційним антиоксидантним засобом з протипухлинною дією.

БІОХІМІЧНІ ТА МОРФОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ СІМ'ЯНИКІВ ЩУРІВ, У ЯКИХ В ЮВЕНІЛЬНОМУ ВІЦІ ІНДУКУВАЛИ МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ ТА ВВОДИЛИ МЕТФОРМІН АБО ЛІПОФЛАВОН

Шахметова Г.М., Ткаченко О.Є., Матвієнко А.В., Вороніна А.К., Тубальцева І.І., Коваленко В.М.

ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМН України», м. Київ

Мета. Дослідити вплив препаратів метаболічної дії – метформіну та ліпофлаону на біохімічні та морфологічні показники сім'яників щурів, у яких в ювенільному віці індукували метаболічний синдром (МС).

Матеріали та методи. Самців щурів віком 23 дні з початковою масою тіла 50-70 г було розподілено на 2 групи: контроль та МС (60-денна заміна питної води на 10% розчин фруктози). Визначали біохімічні та морфологічні показники сім'яників.

Результати та обговорення. У щурів з МС, що розвинувся в ювенільному віці, в сім'яниках порушувалась рівновага про- та антиоксидантної системи: у 2,1 рази інтенсифікувались процеси ПОЛ, на 22% зростала каталазна активність, а також на 12% зменшувалась вміст відновленого глутатіону порівняно із зазначеними показниками у щурів контрольної групи. Введення метформіну та ліпофлаону не впливало на рівень ПОЛ у сім'яниках, але нормалізувало активність каталази та підвищувало вміст відновленого глутатіону більше ніж на 12%, порівняно з групою без лікування. Аналіз мікроструктури сім'яних каналців та придатків сім'яників у щурів з МС виявив ознаки, що свідчать про порушення процесів диференціації та дозрівання статевих клітин. Застосування препаратів різною мірою знижувало порушення в сперматогенному епітелії. Зокрема, введення метформіну та ліпофлаону зростання індексу сперматогенезу, ліпофлаон збільшував кількість сперматогоній, а метформін запобігав зростанню випадків злучення епітелію в просвіт каналців.

Висновки. За введення на тлі МС препаратів метформіну та ліпофлаону виявлено, що вони мають коригуючий ефект щодо стану сім'яників щурів, в яких патологію моделювали в ювенільному віці. Але, очевидно, що протекторна дія опосередковується різними механізмами і тому спектр показників, по відношенню до яких фармакологічна корекція була ефективною, відрізняється. Жоден із застосованих препаратів не знімав повністю негативний вплив МС на гонади, що свідчить про необхідність та перспективність подальших досліджень їх комбінованої дії.

ДОПОВНЕННЯ ДО РОЗДІЛУ «ТЕРАПІЯ»

ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ ТА ПСИХОКОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ І ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ТА МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Пилипенко Н.Г.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Окреслити основні сучасні проблеми психопрофілактики та психокорекції СДУГ у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

Матеріали та методи. У роботі використано матеріали психологічних досліджень, присвячених вивченню сучасного стану проблеми психопрофілактики та психокорекції СДУГ у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Методи дослідження – інформаційно-аналітичний.

Результати та обговорення. СДУГ – неврологічно-поведінковий синдром розладу розвитку, що починається в дитячому віці. Проявляється такими симптомами, як труднощі концентрації уваги, гіперактивність і погано керована імпульсивність. Серед сучасних підходів до психопрофілактики та психокорекції СДУГ у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку найбільш ефективним виступає мультимодальний підхід, що охоплює комплекс методик, основними напрямками якого виступають: психокорекція; підвищення психологічної компетентності педагогів при взаємодії з дітьми з СДУГ; психологічний супровід батьків та дитячо-батьківських стосунків; психотерапія (поведінкова, сімейна, індивідуальна і групово психотерапія для дитини та батьків); рухова активність; релаксаційні методики; виключення з раціону дитини певних продуктів харчування; медикаментозна терапія, до якої вдаються у випадку неефективності висезначаних методик, якщо дитина дезадаптована, зазнає великих труднощів у навчанні, спілкуванні з однолітками.

Висновки. Аналіз поставленої проблеми засвідчив, що на сьогоднішній день успішна реалізація мультимодального підходу до психопрофілактики та психокорекції СДУГ у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку потребує побудови системної програми консолідації зусиль батьків дитини з СДУГ, педіатра, психолога, педагога, дитячого невролога та психіатра.

НЕТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У КРЫС С ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Айдарова А.С., Ломакин И.И., Мамонтов В.В.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

Неконтролируемая артериальная гипертензия (АГ) является одним из самых значимых факторов риска развития когнитивных расстройств (в том числе и тяжелых – деменции). Крысы линии SHR с генетически детерминированной АГ могут служить адекватной моделью изучения АГ и неврологическо-поведенческих расстройств развития.

Цель. Изучить влияние криоконсервированных клеток кордовой крови (кКК) на когнитивные функции у крыс SHR.

Материалы и методы. Объект – 12-месячные крысы SHR, которым вводили кКК человека (5x108/1 кг). Контроль – беспородные нормотензивные белые крысы. В работе использован «водный лабиринт Морриса» (ВЛМ) как основной тест для изучения пространственного обучения и памяти. Через 30 суток после введения кКК регистрировали время, которое требовалось крысе для достижения платформы.

Результаты и обсуждение. В отличие от контроля, время достижения платформы в ВЛМ у крыс SHR было значимо большим, что свидетельствует о роли хронической АГ в развитии нарушений в пространственной ориентации и долговременной памяти. Введение кКК крысам SHR способствовало улучшению когнитивных функций, о чем свидетельствовало уменьшение времени нахождения платформы в ВЛМ на 15% в первой попытке. Количество попыток, которое предоставлялось экспериментальному животному для нахождения платформы, имело обратную связь со временем ее нахождения. Так, на 7-ой попытке время нахождения скрытой платформы было на 10% меньше, чем в начале эксперимента.

Выводы. Подтверждена роль нейротрофических факторов кКК и стволовых клеток в активации адаптационно-компенсаторных реакций в головном мозге крыс, у которых хроническая АГ приводит к развитию системной сосудистой патологии и процессов преждевременного старения.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНЕ ПОРІВНЯННЯ ВАРТОСТІ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ГОРМОНО-ТА ХІМІОТЕРАПІЇ ЛЮМІНАЛЬНОГО HER2/NEU НЕГАТИВНОГО РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Артеменко М.В., Бондаренко І.М., Завізіон В.Ф., Зайцева О.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро



Для неoad'ювантного (НА) лікування гормонозалежного (ГЗ) Her2/neu– раку молочної залози (PM3) II-III стадій застосовують гормонотерапію (ГТ) або поліхіміотерапію (ПХТ). Кінцеві результати НАГТ і НАПХТ є ідентичними. Методи мають різний спектр токсичності, справляють різний вплив на якість життя хворих, суттєво різняться за вартістю. ГТ проводять амбулаторно, ПХТ вимагає госпіталізації на 1-2 дні. НА лікування триває близько 4 міс. (6 курсів ПХТ або 4 – ГТ).

Мета. Порівняти вартість НАГТ і ПХТ ГЗ Her2/neu– PM3.

Матеріали та методи. Інформацію про вартість трудових та інших витрат надано КЗ «МБКЛ №4 ДОР». Для розрахунку витрат на ліки проаналізовано по 10 історій хвороби (режим ТС) та амбулаторних карт хворих на ГЗ Her2/neu– PM3. Вартість ліків (екземестану) визначали за даними сайту <https://compendium.com.ua/prices/>.

Результати та обговорення. Вартість 1 ліжко-дня 2018 року складала 384,57 грн., амбулаторного прийому 1 хворого – 9,34 грн. Вартість ГТ залежить від репродуктивного статусу хворої. У менопаузному віці (МВ) застосували екземестан 5 мг на день, у репродуктивному віці (РВ) проводили оваріальну абляцію триптореліном 3,75 мг 1 раз на 28 днів. Для нівелювання кістково-суглобової токсичності застосовано золендронову кислоту одноразово 4 мг. Вартість 4 місяців лікування (4 візити до лікаря) у РВ – 14798,91 грн, у МВ – 7519,05 грн. Доцетаксел (Т) із циклофосфамідом (С) вводили 1 раз на 3 тижні. У середньому на курс Д – 140 мг, Ц – 1 г. Витрати на хіміопрепарати на 6 курсів – 48162,57 грн. Терапія супроводу та допоміжні засоби – 8036,23 грн. У цілому 6 курсів ТС (2 дні госпіталізації) вартують 56967,94 грн. За наявності ускладнень сума збільшується. Витрати на лікування не залежать від репродуктивного статусу.

Висновки. Вартість НА ПХТ у жінок РВ є вищою за таку НА ГТ у 3,8 раза, в жінок МВ – у 7,6 раза.

INDIVIDUALIZED APPROACH IN TREATMENT OF BREAST CANCER DEPENDING ON IMMUNOHISTOCHEMICAL STATUS (IHC STATUS)

D. Avierin^{1,2}, B. Romanosky^{1,2}, M. Artemenko^{1,2}, V. Zavizion^{1,2}

¹State Establishment «Dnipropetrovsk Medical Academy» of Ministry of Health of Ukraine, Dnipro
²Dnipro City Clinical Multifield Hospital № 4, Dnipro

Usually, 4 main types of breast cancer (BC) are distinguished in women and men, based on the IHC status (Lum-A, Lum-B, Her2-neu+ and basal or so-called triple-negative (3-neg) type).

Purpose. This investigation is aimed at the detailed study of hormone-controlled tumor receptors and shows the essential role of androgen receptors (AR). The role of AR is increasingly recognized as a potential biological marker that allows controlling tumor progression in a group of patients with a 3-neg BC. In modern oncological practice, evaluating IHC status, it is worth paying the utmost attention to the AR.

Materials and methods. Analysis of case histories of patients with breast cancer from 2017 to 2018, selection of a random group of 70 cases, determination of types of IHC status and consideration of the use of GT in all selected patients. Based on the data obtained, determining the treatment tactics for patients of the chemotherapy department with acquired expression of AR.

Results. 70 case histories of patients undergoing neoadjuvant treatment with Lum-A 38 (54.3%), Lum-B 17 (24.3%), Her2/neu 9 (12.9%), 3-neg 6 (8.5%) were selected. Males accounted for 4 cases (5.7%), 3 (4.3%) of them were Lum-A, 1 (1.4%) Lum-B and 0 (0%) were 3-neg. When the IHC status was re-evaluated, after hormonal treatment, EP was suppressed in 32 (45.7%) cases, PR was suppressed in 11 (15.7%) cases and Her2-neu in 13 (18.5%) cases. Instead, AR expression was observed in 32 (45.7%) cases. Based on basic studies, the prescription of bicalutamide was recommended for all these patients to reduce the metastatic potential associated with the expression of AR.

Conclusions. Based on the IHC study, evaluating estrogen, progesterone and androgen receptors, as well as Her2/neu, Ki-67 and Cyclin-D1, can be used to devise hormonal therapy strategies for breast cancer in both women and men. By blocking all steroid stimulation of cancer cells, a stable positive dynamic up to remission can be achieved.

ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС НА ФОНЕ РАЗВИТИЯ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖИВОТНЫХ

Бабийчук Л.В., Бабийчук В.Г., Чернявская Е.А.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

Цель. Оценить изменения тиреоидного статуса на фоне стресс-индуцированной артериальной гипертензии у молодых животных.

Материалы и методы. Животные – 6-месячные крысы-самцы: 1-я группа – контроль (n=7), 2-я группа – крысы с моделью артериальной гипертензии (АГ) (n=7). Моделирование – периодическое влияние раздражителей (свет, звук, электричество) до получения артериального давления (АД) – 161,98±5,47 мм рт. ст. при норме 99,72±3,57 мм рт. ст. Концентрации триодтиронина (Т3) и тироксина (Т4) определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Концентрацию Т3 определяли по калибровочному графику зависимости оптической плотности от содержания Т3 в калибровочных пробах.

Результаты и обсуждение. Стресс как неспецифическая реакция приспособления сопровождается активацией гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы, приводя к росту в крови концентрации тиреоидных гормонов. Через 3 суток не выявлено достоверных отличий в содержании гормонов щитовидной железы в сыворотке крови животных: Т3 – $1,86 \pm 0,29$ нмоль/л, Т4 – $68,92 \pm 2,97$ нмоль/л. В этот срок концентрация Т3 и Т4 соответствовала контрольным значениям: Т3 – $1,42 \pm 0,07$ нмоль/л, Т4 – $57,34 \pm 2,13$ нмоль/л. Увеличение концентрации тиреоидных гормонов у крыс наблюдалось через месяц после развития стойкой АГ: Т3 – $2,64 \pm 0,07$ нмоль/л ($p < 0,05$), Т4 – $72,24 \pm 2,56$ нмоль/л ($p < 0,05$). Гиперфункция щитовидной железы, возникающая в ответ на повреждение тканей и сосудов на фоне АГ, вызванной стрессом, является неспецифической реакцией компенсации, поскольку тиреоидные гормоны, благодаря стимуляции синтеза белков, способствуют клеточным регенеративным процессам и репарации повреждённых структур. Выводы. Прогрессирующая АГ приводит к повышению концентрации Т3 и Т4 в сыворотке молодых крыс за счет компенсаторного роста секреции гормонов щитовидной железы.

ХРОНІЧНА ХВОРОБА НИРОК ТА ЕКОЛОГІЯ

Бевзенко Т.Б.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Вивчення поширеності та захворюваності на хронічну хворобу нирок (ХХН) залежно від екологічних зон мешкання хворих.

Матеріали та методи. Зіставлено поширеність і захворюваність на ХХН у 33 регіонах однієї області (55% міських і 45% сільських) з екологічними показниками атмосферного повітря, питної води, ґрунту та ґрунтових вододжерел.

Результати та обговорення. Встановлено дисперсійний зв'язок поширеності ХХН із розвитком у регіоні машинобудівної промисловості та з показниками в повітрі фенолу. Параметри захворюваності прямо корелювали з рівнями мінералізації питної води та із вмістом у ній фосфатів, а обернено – з концентрацією аміаку в повітрі та нітратів у питній воді. Поширеність ХХН на 26%, а захворюваність на 43% порівняно з обласними показниками виявилися меншими у хворих із високим рівнем за місцем мешкання в питній воді сульфатів, на 38% і 40% – нітратів. На поширеність ХХН впливали рівні в ґрунті Ва, Сu і Zn, а також концентрації в ґрунтових водах Ni та Pb. Причому із вмістом в ґрунті Сu виявлено прямий кореляційний зв'язок ($r=0,043$). Захворюваність на ХХН із параметрами мікроелементів у довікллі не пов'язано. На нашу думку, показники Сu в ґрунті >80 мг/кг і в ґрунтових водах >3 мг/л ($>M+2SD$) є чинниками ризику розвитку ХХН.

Висновки. Виявлено тісний зв'язок розвитку імунозапальних і інфекційнозапальних ХХН з екологічним станом зон мешкання хворих, вплив на характер ураження ниркових структур (клубочків, канальців, стромы) ксенобіотиків (неорганічних та органічних хімічних речовин, есенціальних і токсичних мікроелементів), які викликають підвищену антигенну атаку на організм.

ВИКОРИСТАННЯ КРІОКОНСЕРВОВАНИХ КЛІТИН ФЕТАЛЬНОЇ ПЕЧІНКИ В ЛІКУВАННІ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Челомбійко О.В., Бондарович М.О., Останков М.В., Останкова Л.В.

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків

Серед систем організму, що впливають на його сприйнятливості до пухлинного процесу, важливу роль відіграє імунна система (ІС). Наразі для імунотерапії застосовують різні речовини та клітини з імунотропною дією. Широкий спектр біологічно активних речовин із протипухлинною та імунomodуючою активністю, що продукуються клітинами фетальної печінки, є обґрунтуванням їх застосування в лікуванні раку молочної залози (РМЗ).

Мета. Оцінити можливість використання як коректора ІС кріоконсервованих клітин фетальної печінки (КФП) у лікуванні РМЗ.

Матеріали та методи. Мишам лінії С3Н вводили в 6 місяців нативні (нКФП) або кріоконсервовані (кКФП) у дозі 5×10^6 від плодів мишей лінії С57BL. Оцінювали частоту розвитку пухлин і стан ІС у 7 і 13 місяців. Як контроль взято мишей лінії СВА того ж віку.

Результати та обговорення. У 7 місяців у жодної з мишей не відзначено розвитку РМЗ, хоча у тварин, яких лікували кКФП або нКФП, спостерігали збільшення частки малих Т-лімфоцитів у корі та субкапсулярній зоні тимуса та зниження бластної й плазмочітарної реакції в селезінці та вмісту гранулоцитів у кістковому мозку (КМ). Водночас у 78% незлікованих тварин спостерігали розвиток РМЗ у 13 місяців. У лікованих тварин відзначено зниження частоти розвитку пухлин (50,62%). У мишей із попереднім введенням КФП відновлювалась структура тимуса, КМ, селезінки. Показники фенотипу клітин селезінки, вмісту формених елементів крові наближались до показників контролю. Кріоконсервовані КФП, як і нКФП, зберігали здатність справляти протибластому та імунomodуючу дію.

Висновки. Превентивно введенні кКФП справляють таку ж імунomodуючу дію, як і нКФП, що обумовлювало зниження частоти розвитку РМЗ у досліджуваних тварин.

ПРОБЛЕМА ВИБОРУ РАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНИХ ТАХІАРИТМІЙ У НОВОНАРОДЖЕНИХ В УКРАЇНІ

Дацко Г.Р., Лакша О.Т.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Частота аритмій серед новонароджених становить 1-5%. Серед усіх тахіаритмії суправентрикулярна тахікардія (СВТ) є найбільш характерною в період новонародженості. Частота виникнення СВТ у дітей широко варіює та складає від 1 на 250 до 1 на 25 000.

Мета. Привернути увагу до необхідності розроблення на тлі міжнародних стандартів алгоритмів медикаментозного лікування СВТ для юридичного захисту лікарів.

Матеріали та методи. Аналіз даних опублікованих за 2000-2017 роки праць, інструкцій із медичного застосування препаратів, методичних рекомендацій із ведення дітей із порушеннями ритму серця.

Результати та обговорення. Аналіз існуючих рекомендацій із медикаментозного лікування суправентрикулярних тахіаритмій у новонароджених дозволив виділити декілька препаратів, що найчастіше застосовуються для лікування СВТ: аденозин трифосфат, аміодарон, пропafenон, флекаїнід, соталол, дигоксин. Детальне вивчення інструкцій до даних препаратів засвідчило, що всіх їх, крім дигоксину, протипоказано в дитячому віці.

Висновки. Дослідження показало, що практично всі медикаменти, що застосовуються для купірування приступів тахікардії в нашій країні, заборонено для використання в новонароджених інструкціями через відсутність належних даних стосовно безпеки та ефективності. Препарати, в інструкції яких дитячий вік не є протипоказанням, не зареєстровано в Україні, а юридичні аспекти захисту лікарів у даній ситуації не розроблено, що призводить до незахищеності медичних працівників, які надають невідкладну допомогу новонародженим.

INVASIVE TREATMENT OF MYOCARDIAL INFARCTION IN ROUTINE CLINICAL PRACTICE: RESULTS OF THE NINE-YEAR LOCAL DEPARTMENTAL REGISTRY IN UKRAINE

Diachuk D.D., Kravchenko A.M., Mikhaliev K.O., Sopko O.O., Simak I.M.

State Institution of Science «Scientific and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine»
State Administration Department, Kyiv

Purpose. To study the frequency of invasive treatment (percutaneous coronary intervention [PCI]) of patients (pts), suffered from myocardial infarction (MI) and enrolled in the local departmental registry during the period 2010-2018.

Materials and methods. We analyzed 806 MI cases registered during 2010-2018 in 749 pts. The average age of pts (considering all cases) was (72± 10,8) years. The gender structure was as follows: males – 538 cases (66,8%); females – 268 (33,2%). Q-wave MI was registered in 486 (60,3%) cases, non-Q-wave MI – 320 (39,7%). Prior MI was in 210 (28,0%) of 749 pts (totally, 234 (29,0%) of 806 cases of recurrent MI were registered). Data on treatment strategy were available in 770 (95,5%) cases.

Results. Totally, 401 (52,1%) PCIs were performed during the period 2010-2018 (including 272 (35,3%) cases of coronary stenting), namely: 2010 – 38 (30,7%) of 124 cases; 2011 – 32 (33,7%) of 95; 2012 – 48 (46,2%) of 104; 2013 – 44 (47,8%) of 92; 2014 – 58 (61,7%) of 94; 2015 – 52 (65,0%) of 80; 2016 – 45 (71,4%) of 63; 2017 – 45 (67,1%) of 67; and 2018 – 39 (76,5%) of 51 (p for trend <0,001). During the period 2010-2018, 243 (52,6%) PCIs of 462 cases were performed in pts, suffered from Q-wave MI: 18/67 (26,9%) cases, 20/57 (35,1%), 31/66 (47,0%), 26/56 (46,4%), 46/76 (60,5%), 34/53 (64,2%), 22/29 (75,9%), 25/34 (73,5%) and 21/24 (87,5%), respectively (p for trend <0,001). During the same time period (2010-2018), 158 (51,3%) PCIs of 308 cases were performed in pts, suffered from non-Q-wave MI: 38/124 (30,6%) cases, 32/95 (33,7%), 48/104 (46,2%), 44/92 (47,8%), 58/94 (61,7%), 52/80 (65,0%), 45/63 (71,4%), 45/67 (67,2%) and 39/51 (76,5%), respectively (p for trend <0,001).

Conclusions. According to the local departmental registry, during the period 2010-2018 we observed an increase in the frequency of PCIs among pts suffered from MI – in total sample and in both types of MI.

ВИЯВЛЕННЯ ОСНОВНИХ ЧИННИКІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РЕТИНОПАТІЙ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ СТРАТЕГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ

Дьохтяренко Н.А., Шунько Є.Є

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Визначити чинники, які впливають на прогресування ретинопатії до незворотних стадій.

Матеріали та методи. Дослідження проведено методом ретроспективного аналізу даних когорти дітей гестаційного віку 24-34 тижні з масою тіла на час народження 550-1800 г. Групу дослідження (I) склали 18 дітей (7 дівчинок, 11 хлопчиків) із ретинопатією (РП). Контрольну групу (II) – 18 дітей (9 хлопчиків, 9 дівчинок) без РП. Усі діти I групи та 14 дітей II групи отримували оксигенотерапію (>30% киснем). Для обрахунку використано статистичну модель бінарної логістичної регресії. Програма – Statgraphics-CenturionXV.

Результати та обговорення. Найчастіше РП вперше визначалась у 35 тижнів постменструального віку

(ПМВ). У 66% випадків РП прогресувала, у 44% з яких до III стадії, 33% дітей потребували лазерної коагуляції аваскулярних зон сітківки. Розподіл хлопчиків:дівчинки – 1,6:1. Виявлено значний взаємозв'язок ($p < 0,001$) між виникненням РП і тривалістю оксигенотерапії ($> 30\%$ киснем). Встановлено, що чинником ризику розвитку РП є внутрішньоутробні інфекції ($p < 0,03$). Термін гестації та маса тіла новонародженого незначно корелювали зі ступенем прогресування РП. Не було також відзначено зв'язку між розвитком РП і гематрансфузіями, застосуванням вітамінів А та Е, наявністю внутрішньошлуночкових крововиливів. Розроблена статистична модель дозволяє оцінювати комплексний ризик розвитку РП залежно від сукупності зазначених та інших чинників.

Висновки. Оксигенотерапія та внутрішньоутробні інфекції – найбільш значущі чинники ризику РП у передчасно народжених. Отримані дані вказують на необхідність подальшого вивчення даного питання з метою прогнозування ризику розвитку РП у передчасно народжених дітей.

ВПЛИВ ДОНАТОРІВ МОНООКСИДУ НІТРОГЕНУ НА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ В ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ НАПРУГИ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ

Хухліна О.С., Дрозд В.Ю.

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Мета. Вивчити зв'язок між рівнем кінцевих метаболітів монооксиду нітрогену (NO), прийманням нітратів і результатами опитувальника GERDQ у хворих на стабільну стенокардію напруги (ССН) і гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ).

Матеріали та методи. До дослідження включено 88 хворих на ССН І-ІІ ФК із коморбідною ГЕРХ (А, В, С) віком від 48 до 79 років. Усім пацієнтам проведено визначення рівнів кінцевих метаболітів NO (нітрати, нітрити) в крові, підрахунок кількості прийнятих таблеток нітрогліцерину за тиждень та опитування за допомогою опитувальника GERDQ.

Результати та обговорення. Середній вміст метаболітів NO у сироватці крові пацієнтів із ССН і коморбідною ГЕРХ становило $42,83 \pm 1,58$ мкмоль/л й мало сильний прямий кореляційний взаємозв'язок ($r=0,84$) із середньою кількістю прийнятих за тиждень таблеток нітрогліцерину ($4,25 \pm 0,17$ шт). Середня кількість балів, набраних за даними опитувальника GERDQ, складала $12,88 \pm 0,23$, що свідчить на користь вираженої симптоматики ерозивної ГЕРХ. Встановлено сильний прямий кореляційний зв'язок ($r=0,89$) між кількістю балів за даними GERDQ і рівнем метаболітів NO, що може свідчити про депресорну дію нітрогліцерину та NO на функціональну активність нижнього стравохідного сфінктера у хворих на ССН і ГЕРХ.

Висновки. Приймання нітрогліцерину асоціюється зі збільшенням концентрації кінцевих метаболітів NO у сироватці крові та вищим показником за даними опитувальника GERDQ у хворих на ССН із коморбідною ГЕРХ.

ГІПЕРКОАГУЛЯЦІЙНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Хухліна О.С., Дудка І.В., Дудка Т.В.

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Мета. Вивчити стан тромбоцитарного (Тр) гемостазу у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ), що перебігає на тлі хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ).

Матеріали та методи. Обстежено 62 хворих, у тому числі: 17 хворих на ХОЗЛ (1-ша група), 15 хворих на ХОЗЛ і ГЕРХ ендоскопічно негативною (2-га група), 15 хворих на ХОЗЛ і ГЕРХ ендоскопічно позитивною неерозивною (3-тя група), 15 хворих на ХОЗЛ і ГЕРХ ендоскопічно позитивною ерозивною (4-та група). Контрольну групу склали 24 практично здорові особи (ПЗО).

Результати та обговорення. Аналіз ступеня спонтанної агрегації Тр (САТ) у хворих на ХОЗЛ із ізольованим перебігом показав його статистично значуще більший показник порівнянні з таким ПЗО (1-ша група) у 2,5 раза, в хворих із супровідною ГЕРХ 2-ї групи – у 3,2 раза, в хворих 3-ї групи – в 3,6 раза, у хворих 4-ї групи – у 2,3 раза ($p1-4 < 0,05$). Показники індукованої агрегації Тр (ІАТ) у хворих 1-ї групи перевищували такі у ПЗО у 2,2 раза, в хворих 2-ї та 3-ї груп – у 2,4 та 3,1 раза відповідно, у пацієнтів 4-ї групи – у 3,3 раза ($p1-4 < 0,05$). Також більшою була швидкість ІАТ у цих групах обстежених, зокрема, у 1-ї групі – в 1,6 раза, у 2-ї і 3-ї групах – у 2,1 і 2,6 раза, у 4-ї групі – в 1,5 раза ($p1-4 < 0,05$). Час розвитку цілковитої агрегації тромбоцитів (АТ) у хворих на ХОЗЛ із ГЕРХ був статистично значуще скороченим: у 1-ї групі – в 1,6 раза, у 2-ї – в 2,1 раза, у 3-ї – у 2,5 раза, в 4-ї – у 3,3 ($p1-4 < 0,05$). Ці зміни призвели до зниження порогу чутливості Тр до індуктора агрегації – АДФ: у хворих 1-ї групи – в 1,2 раза, в хворих 2-ї групи – в 1,4 раза, 3-ї групи – в 1,6 раза, 4-ї групи – в 2,4 раза ($p1-4 < 0,05$).

Висновки. У хворих на ГЕРХ і ХОЗЛ встановлено підвищення ступеня САТ та ІАТ, швидкості та часу розвитку АТ, істотне зниження порогу чутливості Тр до концентрації АДФ, а також часте виникнення дезагрегації, що вказує на наявність, з одного боку, гіперкоагуляційного синдрому, з іншого – синдрому гемореологічної недостатності.

CHRONIC NON-STONE CHOLECYSTITIS AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE – FEATURES OF TREATMENT COMORBID STATES

Khukhlina O.S., Dudka T.V., Dudka I.V.

Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi

Purpose. To investigate the efficacy of roflumilast, ursodeoxycholic and ribonucleic acids in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with an accompanying chronic non-stone cholecystitis (CNC).

Materials and methods. The study involved 40 patients with COPD, in the acute phase with an accompanying CNC in the acute phase and 20 practically healthy individuals (PHI). Patients of the control group (group 2) received berodual, ursodeoxycholic acid 500 mg overnight for 30 days. Group 1 (study, 20 people) received roflumilast 500 mg additionally once a day, nucleinat 500 mg 3 times daily for 30 days.

Results. The rate of forced expiration for the first second after treatment in patients of group 1 increased by 31,5% ($p < 0,05$), while patients in group 2 - by 14,0% ($p < 0,05$). The content of malonic aldehyde in plasma after treatment in group 1 decreased by 1,7 times ($p < 0,05$), while in group 2 – 1,2 times ($p < 0,05$). Biochemical analysis of blood and bile for bilirubin after treatment indicates its significant reduction in patients of group 1 - by 1,7 times in blood ($p < 0,05$) and 27,7% ($p < 0,05$) in bile. In patients of group 2, bilirubin in bile decreased by 7,8% ($p < 0,05$), and the content of bilirubin in blood decreased by 13,0% ($p < 0,05$).

Conclusions. The use of roflumilast in combination with berodual, ursodeoxycholic and ribonucleic acids in patients with COPD and in acute CNC promoted faster, than under conventional therapy (6-7 days), elimination of symptoms of both acute comorbid conditions.

ПРИМЕНЕНИЕ КРИОКОНСЕРВИРОВАННОЙ СЫВОРОТКИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА В КАЧЕСТВЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРА

Фалько О.В., Волина В.В., Поливанова Е.В., Гольцев А.Н.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

Цель. Изучить действие криоконсервированной сыворотки плацентарной крови человека (СПКЧ), а также пулированной СПКЧ (пСПКЧ), на морфологическое состояние печени, а также уровень аланинаминотрансферазы (АЛТ) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в крови крыс с моделью токсического гепатита (ТГ).

Материалы и методы. Исследования проводили на 40 половозрелых крысах-самцах линии Вистар. ТГ моделировали путем введения per os тетрациклина в дозе 500 мг/кг пятикратно с интервалом 24 ч. В качестве гепатопротектора одной группе животных вводили СПКЧ, а другой – пСПКЧ. В обоих случаях СПКЧ и пСПКЧ вводили внутримышечно ежедневно, в течение 5 дней в дозе 0,1 мл/кг за 1 час до введения тетрациклина. Уровень ферментов в крови определяли унифицированными методами с использованием стандартных наборов реактивов и автоматического биохимического анализатора. Гистологическое исследование срезов ткани печени проводили по общепринятому протоколу.

Результаты и обсуждения. Введение крысам тетрациклина приводило к увеличению уровня АЛТ с $110,6 \pm 12,8$ Ед/л (у интактных животных) до $314,3 \pm 24,5$ Ед/л ($p < 0,05$), а также ЛДГ с $1591,6 \pm 54,8$ Ед/л до $2391,8 \pm 122,4$ Ед/л ($p < 0,05$), что свидетельствует о развитии цитолитического синдрома. Гистологически в ткани печени выявлены дистрофические и дегенеративные изменения с признаками холестаза. Введение СПКЧ и пСПКЧ способствовало снижению уровня АЛТ до $143,5 \pm 20,3$ Ед/л ($p < 0,05$) и $132,0 \pm 7,4$ Ед/л ($p < 0,05$), а ЛДГ – до $1850,0 \pm 49,3$ Ед/л ($p < 0,05$) и $1624,3 \pm 104,3$ Ед/л ($p < 0,05$) соответственно. Гистологически в ткани печени выявлялась нормализация строения за счет интенсификации репаративных процессов и возобновление необходимых связей с воротным кровообращением. Более эффективным оказалось введение пулированной сыворотки препарата.

Выводы. При экспериментальном ТГ СПКЧ и пСПКЧ оказывают активное гепатопротекторное действие.

ОБҐРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ АНТИДИСБИОТИЧНОГО ГЕПАТОПРОТЕКТОРА В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТА НА ТЛІ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Фурдичко А.І., Гриновець І.С., Ільчишин М.П., Федун І.Р.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Мета. Дослідити стан тканин пародонта в хворих на хронічний некалькульозний холецистит і неалкогольний стеатогепатит і обґрунтувати запропоновану терапію.

Матеріали та методи. Проведено обстеження стану тканин пародонта в 326 хворих віком 25-45 роки, яких розподілили на три групи. Основну групу склали 204 особи, які хворіють на запальні захворювання пародонта на тлі гепатобіліарної патології, з них 106 осіб із супутнім хронічним безкам'яним холециститом і 98 хворих на неалкогольний стеатогепатит. У ході клінічного обстеження пацієнтів оцінювали стан тканин пародонта за допомогою визначення спрощеного індексу гігієни порожнини рота за Грінгом-Вермільоном, індексу кровоточивості ясен за Мюлеманом, папілярно-маргінально-

альвеолярного індексу (РМА) за Парма. Для вивчення ефективності лікування хворих на запальні захворювання пародонта хронічного перебігу з патологією гепатобіліарного тракту (основна група) розподілили залежно від проведеної терапії на групи 2 і 3. Хворим групи 2, крім базової терапії, до лікування включали антидисбіотичний гепатопротектор Левкін у таблетках і здійснювали оральні аплікації гелем Левкін.

Результати та обговорення. Зафіксовано поліпшення гігієнічного стану порожнини рота в пацієнтів усіх груп, про що свідчать показники індексу ОНІ-S. Пародонтальні проби й індекси в усіх обстежених мали позитивну динаміку, натомість суттєвіші дані отримано після застосування запропонованої схеми лікування.

Висновки. Проведене дослідження свідчить про високу ефективність комплексного лікування з включенням антидисбіотичного гепатопротектора, що підтверджує стійка стабілізація патологічного процесу в пародонті за клінічними показниками.

ДО ПИТАННЯ ВИЗНАЧЕННЯ РОЛІ АНТРОПОГЕННИХ ЕНДОКРИНОПОШКОДЖУЮЧИХ ЧИННИКІВ ДОВКІЛЛЯ У ФОРМУВАННІ ОНКОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ

Главачек Д.О.

ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзєєва НАМН України», м. Київ

Мета. Оцінка ролі забруднюючих атмосферне повітря пріоритетних хімічних канцерогенів у формуванні онкологічної захворюваності населення.

Матеріали та методи. Медико-статистичними та математичними методами проведено дослідження взаємозв'язку забруднення атмосферного повітря низки міст України канцерогенними сполуками із захворюваністю населення на ендокрино- і гормонозалежні форми раку: рак молочної, передміхурової, щитоподібної залози та яєчника в динаміці за 1985-2016 рр.

Результати та обговорення. Аналіз матеріалів показав, що останні 30 років в Україні одночасно зі змінами якості довкілля змінилася структура захворюваності на рак. Якщо на початку спостережень переважали новоутворення легень і шлунка, то в подальшому відбувся перерозподіл локалізацій, які формують структуру 10 найбільш соціально значущих. Сьогодні за темпами приросту переважають форми раку, пов'язані з ендокринною системою. Зокрема, на тлі зменшення захворюваності до 30% на рак легень і шлунка загальна онкозахворюваність зросла на 26%, а такі локалізації, як рак передміхурової, молочної та щитоподібної залози – більше, ніж у 2-3 рази (225-340%). Важливо зазначити, що більш рівні захворюваності реєструються у районах промислових та сільськогосподарських територій – там, де використовуються пестициди, гербіциди та фунгіциди, а також реєструється більше забруднення довкілля промисловими викидами, які містять канцерогенні сполуки, у т.ч. ендокринопошкоджуючі. Проведені дослідження підтвердили вплив забруднюючих атмосферне повітря пріоритетних хімічних канцерогенів на онкологічну захворюваність населення: виявлено позитивний кореляційний зв'язок між забрудненням атмосферного повітря та стандартизованими показниками захворюваності на ендокрино- та гормонозалежну онкопатологію.

Висновки. Отримані дані свідчать про зв'язок онкозахворюваності та особливостей її формування з антропогенними ендокринопошкоджуючими чинниками довкілля, що вимагає подальшого поглибленого вивчення.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАПІЛЯРНОЇ МІКРОКАРЦИНОМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА ТЛІ ТИРЕОЇДИТУ ХАШИМОТО

Головка А.С.¹, Ткаченко Р.П.², Курик О.Г.^{1,2}

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

²ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Проаналізувати морфологічні особливості, інвазійні характеристики папілярної мікрокарциноми щитоподібної залози (ПМКЩЗ) у пацієнтів із тиреоїдитом Хашимото (ТХ).

Матеріали та методи. Проведено аналіз 144 клінічних спостережень морфологічно верифікованих ПМКЩЗ хірургічного стаціонару ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС. Середній вік пацієнтів – 50,4 року (від 18 до 77 років). Визначали розміри пухлинного вузла, інвазійні характеристики, наявність метастазів у лімфатичних вузлах. Проведено аналітичне ретроспективне дослідження із застосуванням стандартної описової статистики.

Результати та обговорення. Зі 144 випадків ПМКЩЗ у 54 пацієнтів діагностовано ТХ (37,5±9,0%) у 44 – інші проліферативно-гіперпластичні процеси або вазову патологію (30,5±7,5%), у 46 хворих супутньої патології не виявлено (31,9±7,5%). У пацієнтів із ПМКЩЗ на тлі ТХ частіше, ніж у пацієнтів із ПМКЩЗ без тиреоїдної патології спостерігалися інвазія карциноми в прекапсулярну клітковину ЩЗ (35,1±9,4% проти 32±13,5%), метастази у лімфатичних вузлах 6-ї групи (63,0±6,7% проти 17±10,9%). Середній розмір мікрокарциноми пацієнтів із ПМКЩЗ на тлі ТХ був також більшим (3,3±0,8 мм проти 6,18±1,4 мм, $p < 0,05$). Проте у пацієнтів із ПМКЩЗ без тиреоїдної патології переважали інвазія карциноми в капсулу (41±14,2% проти 18,5±7,9%), мультифокальний ріст (46±14,4% проти 33,3±9,4%). Однофакторний аналіз показав, що в пацієнтів із ПМКЩЗ на тлі ТХ метастазування у лімфатичні вузли 6-ї групи має співвідношення

шансів (СШ) 2,0. У пацієнтів із ПМКЩЗ без супутньої тиреоїдної патології для інвазії в капсулу СШ становить 2,34, для інвазії в прекапсулярну клітковину – 2

Висновки. ПМКЩЗ на тлі ТХ має менш агресивну біологічну поведінку, ніж ПМКЩЗ без супутньої тиреоїдної патології.

ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ТРОМБОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В УМОВАХ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ М. ХЕРСОН

Гостева Г.В.^{1,2}

¹КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня ім. Є.Є. Карабелеша», м. Херсон

²ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Порівняння результатів лікування хворих у найгостріший період ішемічного інсульту залежно від проведеної терапії.

Матеріали та методи. Проаналізовано 90 історій хвороб пацієнтів з ішемічним інсультом. Дві групи: I – хворі зі стандартним лікуванням, II – після тромболітичної терапії (ТЛТ). Порівнювали показники 2 груп пацієнтів (разом 90, із них 45 після ТЛТ, 45 після стандартного лікування). Критерії порівняння: регрес неврологічного дефіциту за NIHSS, терміни перебування в стаціонарі, ступінь працездатності.

Результати та обговорення. Внаслідок лікування в I групі хворих, підгрупі тяжких інсультів (20-166 за NIHSS) у 7 хворих (46%) виявлено виражений неврологічний дефіцит (16-126), у 5 (33%) – середній (11-96), у 3 (21%) – легкий неврологічний дефіцит (7-36) без летальних випадків. Тривалість перебування в лікарні – 12-16 діб, 5-6 діб у блоці інтенсивної терапії. Друга група: з 15 осіб у підгрупі тяжких інсультів (20-16 балів NIHSS) грубий неврологічний дефіцит виявлено в 4 (27%), у 3 (20%) – середнього ступеня (11-96), у 8 (53%) – мінімальний неврологічний дефіцит (7-36). Зафіксовано позитивну різницю в термінах перебування в стаціонарі: I група – $13 \pm 1,8$ діб, II – $10,5 \pm 1,1$ діб. У групі після ТЛТ летальних випадків не було, в 4 осіб відзначено геморагічні трансформації без погіршення стану, для спостереження подовжили термін перебування у стаціонарі. У хворих, які поступили у першу годину від початку інсульту, відбувся цілковитий регрес неврологічної симптоматики після ТЛТ (2-3 бали NIHSS від 14-166), а в II групі 1 пацієнт із тромбоцитопенією був виписаний із середнім неврологічним дефіцитом (116 проти 16), 2 – із легкими порушеннями (3-5 проти 12-10 балів).

Висновки. Ранні госпіталізація та початок лікування позитивно впливають на відновлення функцій хворих внаслідок обох видів лікування. ТЛТ є ефективним і перспективним методом лікування інфаркту мозку.

ДОСЛІДЖЕННЯ ГОМЕОСТАЗУ ГІДРОГЕНУ СУЛЬФІДУ ЗА НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Хухліна О.С., Гринюк О.Є., Мандрик О.Є.

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб, м. Чернівці

Мета. Визначити роль гідрогену сульфідру (H₂S) у прогресуванні хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) і неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) на тлі ожиріння.

Матеріали та методи. Групи обстежених: 1-а група – 28 пацієнтів із ХОЗЛ (2B GOLD), 2-а група – 23 хворих на ХОЗЛ (3C, D), 3-я група – 25 пацієнтів із ХОЗЛ (2B) із НАСГ, 4-а група – 24 хворих на ХОЗЛ (3C, D) із НАСГ. Група контролю – 20 здорових осіб (ПЗО).

Результати та обговорення. Вміст H₂S у крові був зниженим: у хворих 1-ї та 2-ї груп – в 1,3 та 1,7 раза ($p < 0,05$), у хворих 3-ї та 4-ї груп – у 2,2 та 2,9 раза ($p < 0,05$) порівняно з показником ПЗО ($p < 0,05$). Вірогідно він знижувався зі збільшенням стадії ХОЗЛ і за коморбідності з НАСГ. Виявлено кореляційні взаємозв'язки між рівнем H₂S і показниками бронхообструкції (ОФВ1: $r = 0,69$, $p < 0,05$), цитологією гепатоцитів (АлАТ: $r = -0,63-0,66$, $p < 0,05$), гіперліпідемією ($r = -0,52-0,61$, $p < 0,05$), гіперпродукцією компонентів сполучної тканини (білковозв'язаний оксипролін, глікозаміноглікани, фібронектин, гексозаміни, сіалові кислоти) ($r = -0,65-0,71$, $p < 0,05$), протеолізом ($r = -0,48-0,56$, $p < 0,05$) і дисфункцією ендотелію (монооксид нітрогену, гомоцистеїн) ($r = -0,55-0,69$, $p < 0,05$).

Висновки. Із прогресуванням ХОЗЛ, зокрема в пацієнтів із коморбідністю (НАСГ), встановлено кореляційні зв'язки між вмістом H₂S у крові та окремими патогенетичними ланками взаємообтяження ХОЗЛ і НАСГ на тлі ожиріння.

ЕФЕКТИВНІСТЬ СКРИНІНГУ ПЕРЕДРАКОВИХ УТВОРЕНЬ ТОВСТОЇ КИШКИ З ВИКОРИСТАННЯМ ШИРОКОКУТОВОЇ ЕНДОСКОПІЇ З ВИСОКОЮ РОЗДІЛЬНОЮ ЗДАТНІСТЮ ТА NBI-ТЕХНОЛОГІЄЮ

Яковенко В.О., Губар О.С.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Вивчити ефективність скринінгу поверхневих неоплазій товстої кишки (ТК) із використанням ширококутової ендоскопії з високою роздільною здатністю і вузькоспектральним освітленням.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати дослідження ТК у 105 пацієнтів, яким протягом 2014-2018 рр. у ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС виконано 132 ВІКС із високою роздільною здатністю та NBI-технологією відеоколоноскопом «Olympus EVIS EXERA II CV-H180». Підготовка до ВІКС та ендоскопії – за стандартних методиками. Для виявлення утворень за можливості виконували холодну щипцеву поліпектомію щипцями «Jumbo forceps Olympus», 6 мм, холодну петлеву поліпектомію або електроексцизію з подальшим гістологічним дослідженням. Статистична обробка – за допомогою пакета «MedStat 8.0».

Результати та обговорення. Проведено 132 ВІКС із використанням NBI-технології 105 пацієнтам, 34 (32,4%) чоловіки та 71 (67,6%) жінка, віком 21-84 років (59,6±1,25 року). Доброякісні утворення слизової ТК виявлено під час 107 ВІКС (81,1%). У середньому на 1 пацієнта припадало 3 (1-6) утворення, в 13 пацієнтів (9,8%) виявлено від 10 до 30 утворень. Загалом виявлено 597 неоплазій ТК, з яких 346 (58,0%) видалено під час дослідження. Гістологічно підтверджено видалення 331 аденоми ТК, з яких зубчастих утворень – 69 (19,9%). У цілому частота виявлення аденом (ADR) складала 81,1%, індекс виявлення аденом – 2,51, частота виявлення зубчастих утворень – 28,0% (37 пацієнтів). Дев'ятнадцятьом пацієнтам проведено 28 ВІКС у динаміці, в середньому через 11,6±1,38 міс. після первинного дослідження – в 20 випадках (71,4%) виявлено 72 нові неоплазії слизової ТК (середн. 3,6±0,64 утворення).

Висновки. Частота виявлення аденом під час ширококутової відеоколоноскопії з високою роздільною здатністю та NBI-технологією складала 81,1%, індекс виявлення аденом – 2,51, частота виявлення зубчастих аденом – 28,0%. Під час виконання наступних скринінгових досліджень у терміни 11,6±1,38 міс. у 71,4% випадків виявлено появу нових неоплазій ТК.

СТАН СИСТЕМИ ЕРИТРОПЕЗУ ЗА СТЕАТОГЕПАТИВ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Ухліна О.С., Антофійчук Т.М., Антофійчук М.П., Каушанська О.В.

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Мета. Дослідити зміни основних показників червоної крові за стеатогепатитів різної етіології.

Матеріали та методи. Обстежено 60 хворих, із них пацієнтів чоловічої статі – 53,3%, жіночої – 46,7%, середній вік – 46 років. Пацієнтів розподілили на 2 групи: I група – 33% з алкогольним стеатогепатитом (АСГ), II група – 67% із неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ). Контрольна група – 20 практично здорових осіб (ПЗО).

Результати та обговорення. Вміст еритроцитів у периферичній крові за НАСГ виявився у межах норми, за АСГ – нижчим від показника в ПЗО на 9,0% ($p<0,05$). Вміст гемоглобіну в I групі був нижчим, ніж у ПЗО на 8,5% ($p<0,05$); у 25% пацієнтів – анемічний синдром, із них 15% випадків – В12-дефіцитна анемія легкого ступеня, 10% – гемолітична анемія на тлі синдрому Ціве. Гематокрит у I групі виявився нижчим, ніж у ПЗО на 10,3% ($p<0,05$). Середній об'єм еритроцитів: II група – був нижчим за такий у ПЗО на 9,5% ($p<0,05$), I група – вищим порівняно з показником ПЗО на 9,1% ($p<0,05$). Середній вміст гемоглобіну в еритроцитах зростає в обох групах: у II групі на 7,7% ($p<0,05$) і на 34,6% ($p<0,05$) у I групі. Середня кількість гемоглобіну в еритроцитах за АСГ була вищою, ніж у ПЗО на 12,1% ($p<0,05$). Вміст заліза в сироватці крові у хворих на АСГ був в 1,6 рази ($p<0,05$) вищим, ніж у ПЗО. Вміст феритину в крові перевищував такий у ПЗО в 1,3 рази ($p<0,05$) за АСГ, а серед пацієнтів із НАСГ виявлені зміни були статистично незначущими. Показники насичення трансферину залізом виявилися підвищеними в обох групах: за НАСГ та АСГ – на 11,2% і 16,6% відповідно ($p<0,05$).

Висновки. Перебіг АСГ у 25,0% випадків супроводжується анемічним синдромом легкого ступеня незважаючи на підвищення в сироватці крові вмісту заліза, феритину, насичення трансферину залізом. Перебіг НАСГ характеризується незначущим зростанням вмісту заліза в сироватці крові, вмісту феритину та насичення трансферину залізом за відсутності клінічно-лабораторних ознак анемії.

ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ТВЕРДИХ І М'ЯКИХ ТКАНИН ПОРОЖНИНИ РОТА В КУРЦІВ

Ільчишин М.П., Ільчишин О.С., Фурдичко А.І., Бариляк А.Я., Федун І.Р.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Мета. Дослідити стан твердих і м'яких тканин порожнини рота у тютюнозалежних людей.

Матеріали та методи. Обстежено 120 осіб, серед яких курців – 100 осіб чоловічої та жіночої статей (до 17 років – 28%; 18-29 р. – 35%; 30-39 р. – 17%; 40-49 р. – 14%; 50-59 р. – 6%), група порівняння становила 20 осіб, які не курять. Для інтерпретації результатів обстеження твердих і м'яких тканин порожнини рота враховано вік, стать і термін куріння в обстежених. У ході клінічного обстеження пацієнтів оцінювали стан тканин пародонта за допомогою індексу гігієни порожнини рота за Федоровою-Володкіною, індексу кровоточивості ясен за Мюлеманом; папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА) за Парма. Стан твердих тканин оцінювали об'єктивно.

Результати та обговорення. Вплив тютюнового диму на стан зубної емалі характеризується появою мікроскопічних тріщин, які є добрим середовищем для розмноження мікроорганізмів. Характерним є темно-брунатний, майже чорний, наліт у ділянках, які погано піддаються чищенню, а з ротової порожнини курця можна відчувати специфічний запах, який проявляється під час розмови. Існуючі зубні пасти для курців не мають достатньої ефективності. Серед обстежених гігієнічний індекс був незадовільним, коливався в межах 2,1-2,5 бала. У 24% чоловіків і 43% обстежених жінок виявлено гінгівіт

середнього ступеня, в 24% чоловіків і в 10% жінок – кровоточивість під час зондування та гіперемію ясен. Дані дослідження свідчать, що динаміка кількості викурених сигарет загрозливо зростає в людей молодого віку – від 17 до 29 років.

Висновки. Отримані результати вказують, що динаміка захворювань м'яких і твердих тканин порожнини рота під впливом тютюнокуріння зростає з віком і терміном куріння незалежно від статі. У курців із незадовільною гігієною ротової порожнини захворювання тканин пародонта виникають раніше, переходять у хронічну форму, а боротьба з ними не приносить результату доти, доки пацієнт продовжує курити.

PREDICTOR PROPERTIES OF MICROELEMENTS IN THE BIOMEDIAS OF THE RELEVANT NEWBORNERS WITH HYPCOXIC-ISCHEMIC DAMAGE OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM

Kasian S.M., Petrashenko V.O., Pylypets O. O., Gapienko A.V.

Sumy State University, Medical Institute, Department of Pediatrics, Sumy

Purpose. To investigate the content of nickel and lead in newborns and in the mother-placenta-fetus in the case of hypoxic-ischemic damage of central nervous system (HID CNS) and to study its predictive properties in the formation of HID CNS.

Materials and methods. The determination of nickel and lead in blood serum and erythrocytes of 30 pregnant women and their 30 newborns with HID CNS. The control group - 30 women with physiological pregnancy and their 30 healthy newborns.

Results. The barrier and the function of depositing of placenta were significantly affected in cases of birth children in conditions of hypoxia. It was established that children who had transferred HID CNS had elevated serum and erythrocytes concentration of lead. In serum of umbilical cord blood of newborn infants with this damages there was an increase in the content of nickel in 1,6 times. In red blood cells of the umbilical cord blood, on the contrary from the blood serum of children with hypoxia, the content of nickel was reduced by 41,4% compared with the control group.

The non-invasive method for determining the content of trace elements in urine is advisable to predict cerebral palsy, due to its very high informativity ($I = 15,0$). The risk of developing cerebral palsy in newborns with HID CNS predicts the content of urine Pb ($\leq 0,115 \mu\text{mol} / \text{L}$) and Ni ($\leq 0,50 \mu\text{mol} / \text{L}$).

Conclusions. A comprehensive assessment of the microelement balance, clinical anamnestic and paraclinical data in the case of HID CNS will allow the introduction of early criteria for non-invasive diagnosis in clinical practice and will enable prediction of the development of cerebral palsy.

ВПЛИВ НИЗЬКИХ ДОЗ КЕТАМІНУ НА ЦИТОКИНОВУ ВІДПОВІДЬ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ У ГІНЕКОЛОГІЇ

Халімончик В.В., Клігуненко О.М.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

Мета. Дослідити вплив інтраопераційного застосування субнаркозних доз кетаміну та неопіоїдних анальгетиків на динаміку рівня цитокінів після лапароскопічних операцій у гінекології.

Матеріали та методи. 55 пацієнток гінекологічного профілю, яким проводили планові лапароскопічні оперативні втручання, розподілили на дві групи, порівнянні за віком, антропометричними даними, функціональним станом, характером оперативного втручання. Загальна методика анестезії не різнилась в групах. Пацієнткам I групи ($n=25$) проводили тотальну внутрішньовенну анестезію (ТВА) пропофолом і фентанілом; у II групи ($n=20$) до ТВА додавали низькі дози кетаміну та декскетопрофену наприкінці операції. Поопераційне знеболювання здійснювали плановим введенням декскетопрофену в обох групах. Концентрацію цитокінів (IL-6, IL-10) у крові визначали методом імуноферментного аналізу (ELISA) за допомогою стандартних наборів реактивів Diaclone (Франція) напередодні операції, через 2 і 24 години по операції.

Результати та обговорення. Через 2 години по операції в обох групах збільшувався вміст IL-6 проти вихідного на 79% у пацієнток I групи, на 48% у пацієнток II групи. На 1-шу добу по операції рівень IL-6 знижувався проти попереднього етапу, але перевищував вихідний на 10% у I групі, на 1% – у II. Зміни рівня IL-10 були подібними. Через 2 години по операції концентрація IL-10 збільшувалася на 16% у I групі, на 11% – у II групі проти вихідної. Через 24 години суттєвої різниці між групами не було.

Висновки. Інтраопераційне застосування низьких доз кетаміну та декскетопрофену в лапароскопічних операціях у гінекології зменшує запальну відповідь на хірургічну травму, що запобігає вторинному uszkodженню органів і тканин.

ПРОГРЕСІЯ ПАПОМАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ТА ДИСПЛАЗІЯ ШИЙКИ МАТКИ НА ТЛІ НЕПЛІДНОСТІ

Кіндратів Е.О.

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

Мета. Встановити залежність експресії молекулярно-біологічних маркерів від навантаження вірусом папіломи людини (ВПЛ) високого канцерогенного ризику (ВКР) на тлі дисплазії шийки матки (ДШМ) у жінок із неплідністю.

Матеріали та методи. ВПЛ ВКР виявляли методом полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР) із гібридизаційно-флуоресцентною детекцією. Використовували первинні моноклональні антитіла до Ki-67 (клон MIB-1, Dako), p63 (клон 4A4, Dako), VEGF (клон VG1, Dako), p16ink4a (kit для гістологічних препаратів, № K5334), естрогенових (ER) (клон 6F11, Novocastra) та прогестеронових рецепторів (PR) (клон 1A6, Novocastra), E-кадгерину (клон EP700Y, LabVision) і систему візуалізації останнього покоління UltraVision LP (Lab Vision), хромогену (DAB, Lab Vision). Результати дослідження піддавали статистичній обробці методами варіаційної статистики. Вірогідність відмінностей визначали за критерієм Стьюдента. Статистичну перевірку гіпотез для визначення відмінностей між непараметричними ознаками проводили із використанням χ^2 -критерію.

Результати та обговорення. У жінок із неплідністю встановлено три варіанти вірусного навантаження ВПЛ (копій Ig ВПЛ/105 клітин): <3 копій Ig ВПЛ/105 клітин, 3-5 копій Ig ВПЛ/105 клітин та >5 копій Ig ВПЛ/105 клітин. Статистично доведено залежність експресії молекулярно-біологічних маркерів від вірусного навантаження ВПЛ ВКР з урахуванням ступеня ДШМ: Ki-67 для ДШМ легкого та помірного ступенів ($\chi^2=9,48$, $p=0,029$), p63 для ДШМ легкого ступеня ($\chi^2=9,48$, $p=0,00004$), p16ink4a для ДШМ легкого та помірного ступенів ($\chi^2=9,48$, $p<0,05$) і тяжкого ($\chi^2=5,99$, $p=0,0005$), VEGF для ДШМ легкого та тяжкого ступенів ($\chi^2=12,59$, $p=0,014$ і $\chi^2=5,99$, $p=0,0126$ відповідно), E-кадгерину для ДШМ усіх ступенів ($\chi^2=9,48$, $p<0,05$).

Висновки. У жінок із неплідністю доведено вірогідний вплив навантаження ВПЛ ВКР на рівень експресії молекулярно-біологічних маркерів залежно від ступеня ДШМ.

ЗНАЧЕННЯ МЕТОДІВ ІНСТРУМЕНТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ В ОБСТЕЖЕННІ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Кочубей О.А., Ащеулова Т.В., Кисиленко К.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Мета. Проаналізувати зміни плече-гомількового індексу (ПГІ) та частоту виявлення стенотичного ураження сонних артерій у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ).

Матеріали та методи. Обстежено 38 пацієнтів віком від 40 до 69 років із ГХ. Усім хворим проведено комплексне клінічне обстеження з визначенням ПП. Системний систолічний і діастолічний тиск вимірювали за методом Н.Д. Короткова. Проводили сканування периферичних артерій (a. tibialis posterior, a. dorsalis pedis) за допомогою ультразвукової доплерометрії з обчисленням ПГІ, а також ультразвукове дослідження сонних артерій.

Результати та обговорення. Серед обстежених значення ППІ <0,9, що вказують на наявність стенозуючих уражень артерій нижніх кінцівок, виявлено у 20 пацієнтів (52,6%). Причому в 16 (42,1%) хворих виявляли зміни легкого ступеня (ППІ=0,71-0,9) і у 4 (10,5%) – помірного (ППІ=0,41-0,7). Атеросклеротичне ураження сонних артерій зареєстровано в 34 (89,5%) хворих. За результатами порівняння результатів хворих зі зниженням ППІ легкого та помірного ступенів виявлено, що враженість ураження артерій нижніх кінцівок корелює з частотою виявлення атеросклерозу сонних артерій: 61,7% за ППІ=0,71-0,9 і 100% за ППІ=0,41-0,7 ($p<0,05$).

Висновки. Перебіг ГХ супроводжується ураженням периферичних артерій. Зі зниженням ППІ менше від 0,7 частіше виявляється атеросклеротичне ураження сонних артерій. Наведені методи інструментальної діагностики є неінвазивними, відтворюваними та інформативними щодо виявлення ранніх змін структурно-функціонального стану периферичних артерій, що дозволяє використовувати їх у розробці заходів первинної профілактики серцево-судинних захворювань.

ФОРМУВАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПРОГРАМ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ УДОСКОНАЛеноЇ АНАМНЕСТИЧНОЇ АНКЕТИ

Кондратюк Н.Ю., Гандзюк В.А.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Науково обґрунтувати концептуальні підходи до вдосконалення планування та проведення профілактичних медичних оглядів дорослого населення.

Матеріали та методи. Методи системного аналізу та концептуального моделювання.

Результати та обговорення. Підґрунтям медико-соціологічного моніторингу є такі базові підходи, як аналіз стану здоров'я пацієнта на момент звернення за наявними в нього основним факторами ризику (ФР) розвитку неінфекційних захворювань (НІЗ), оцінка індивідуального сумарного ризику розвитку НІЗ; визначення індивідуальних ФР щодо нераціонального харчування; визначення групи здоров'я тощо. Удосконалена анамнестична анкета включає сім блоків питань і дозволяє проводити моніторинг наявності низки ФР НІЗ і віднести пацієнта до однієї з груп здоров'я:

- I. Блок 1: блок електронних даних щодо наявності в пацієнта НІЗ.
- II. Блок 2: блок електронних даних щодо наявності в пацієнта спадкових факторів ризику розвитку НІЗ.
- III. Блок 3: блок електронних даних щодо наявності у пацієнта преморбідних станів.
- IV. Блок 4: блок електронних даних щодо звички куріння в пацієнта.



V. Блок 5: блок електронних даних щодо харчової поведінки пацієнта та рухової активності;

VI. Блок 6: блок електронних даних щодо наявності в пацієнта симптоматики ендокринних розладів.

VII. Блок 7: електронний блок даних щодо скринінгу депресії (шляхом опитування за стандартизованим опитувальником для скринінгу депресії PHQ-2).

Висновки. Впроваджений підхід до формування індивідуальних профілактичних програм із використанням моніторингу й оцінки факторів ризику розвитку НІЗ дозволяє визначати перелік обстежень для розробки індивідуальної програми щорічного профілактичного медичного огляду.

КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ УДОСКОНАЛЕННЯ ПЛАНУВАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ ДОРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ

Кондратюк Н.Ю., Гандзюк В.А.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Розробити та впровадити концептуальну модель удосконалення планування та проведення профілактичних медичних оглядів дорослого населення.

Матеріали та методи. Методи системного аналізу, концептуального моделювання та експериментальний. Предмет дослідження – результати анамнестичного анкетування за вдосконаленими опитувальниками для визначення необхідних діагностичних втручань під час проведення щорічних профілактичних медичних оглядів і розробки індивідуальних профілактичних програм.

Результати та обговорення. Впровадження індивідуальної профілактичної програми проходження щорічного профілактичного медичного огляду дозволяє за результатами анамнестичного анкетування та профілактичного обстеження розробляти оптимальні профілактичні програми та формувати маршрути пацієнтів.

Критеріями об'єктивності запропонованого способу є результати анамнестичного анкетування 854 пацієнтів, які проходили плановий профілактичний огляд (пацієнти чоловічої статі – 44%, жіночої – 56%, середній вік опитаних – 48,0±10,3 р.).

Висновки. Впровадження запропонованої моделі дозволить забезпечити моніторинг та оцінку ризиків розвитку найпоширеніших неінфекційних захворювань і створити перелік об'єктивних діагностичних обстежень, що є підґрунтям для планування необхідних обсягів профілактичних втручань.

ПЕРШИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ТОТАЛЬНОЇ АКВАЕНДОСКОПІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ДИСТАЛЬНОГО КОВПАЧКА НА ЕНДОСКОПАХ СУБМАКСИМАЛЬНОЇ РОЗДІЛЬНОЇ ЗДАТНОСТІ ДЛЯ СКРИНІНГУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

Корляк В.С.^{1,2}, Яковенко В.О²

¹Лікарня ізраїльської онкології «LISOD», м. Київ

²ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Дослідити можливості акваендоскопії із застосуванням дистального ковпачка порівняно з такими колоноскопії з ковпачком у газовому середовищі та колоноскопії в умовах тотальної хромоскопії розчином індігокарміну на ендоскопах субмаксимальної роздільної здатності.

Матеріали та методи. У дослідженні проспективно проаналізовано результати 293 скринінгових колоноскопій. Пацієнтів розподілили на 4 групи: огляд у газовому середовищі (вуглекислий газ) із використанням дистального ковпачка – 87 досліджень – I група; огляд у газовому середовищі (вуглекислий газ) в умовах тотальної хромоскопії розчином індігокарміну – 90 досліджень – II група; огляд у газовому середовищі в умовах тотальної хромоскопії розчином індігокарміну з використанням дистального ковпачка – 79 досліджень – III група; огляд в умовах тотальної акваендоскопії в поєднанні із застосуванням дистального ковпачка – 37 досліджень – IV група.

Результати та обговорення. За показниками виявлення поліпів та в цілому аденом різке відставання спостерігалось в I групі: 70% проти 78-84% в інших групах. Такий же відрив спостерігався за показником загальної кількості аденом (54% у групі I проти 62-65% у групах II-IV). Проте за показниками виявлення зубчатих і розвинутих аденом найліпші показники демонструвала IV група (27% SADR проти 21-25% у групах I-III) і частота виявлення розвинутих аденом серед усіх поліпів (14,2% проти 11-13% у групах I-III).

Висновки. Акваендоскопія, виконана на колоноскопах субмаксимальної роздільної здатності, не поступається іншим технікам скринінгової колоноскопії та переважає їх у показниках виявлення зубчатих і розвинутих аденом.

ТЕРАПІЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ ЛЮФІЛІЗОВАНОЮ КОРДОВОЮ КРОВ'Ю

Коваль Г.К., Останков М.В., Бондарович М.О., Останкова Л.В., Гриша І.Г.

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків

Спостереження останніх років свідчать про серйозні порушення в імунній системі (ІС) за atopічного дерматиту (АД).

Результати експериментально-клінічних апробацій застосування криоконсервованного лейкоконцентрату кордової крові людини (ЛККЛ) для корекції порушень в ІС показали, що він має слабку імуногенність, низький ступінь експресії молекул адгезії, а отже, високу здатність проникати в ушкоджені ділянки органів і тканин.

Мета. Експериментально обґрунтувати можливість застосування ліофілізованого лейкоконцентрату кордової крові людини (ЛЛКЛ) у шурів для лікування АД.

Матеріали та методи. Шурам лінії Вістар моделювали АД втиранням у шкіру спини (3x3 см²) 5% спиртово-ацетонового розчину динітрохлорбензолу впродовж 21 доби. Вводили ЛЛКЛ або КЛКЛ внутрішньочеревно по 0,5 мл (5x10⁶ клітин). Преднізолон в/м – 1 раз протягом 3 діб. Досліджували кількість CD3+, CD4+, CD8+, CD25+ клітин селезінки (FACS Calibur, MAT BD, США); ІФН-γ та ІЛ-10 методом ІФА (GBG Stat Fax 2100.США), ІgE – за допомогою тест-системи Immulite/Immulite 1000 Total ІgE (Simens, США); ЦіК на 3-ю, 7-у, 14-у та 21-у добу в шурів з АД і після лікування.

Результати та обговорення. У шурів після введення ЛЛКЛ або КЛКЛ на 7-у добу спостерігали відновлення кількості CD3+, CD4+, CD8+ Т-лімфоцитів і значення ІРІ; зниження концентрації ІgE і Т-рег. (CD4+CD25+), які до 14-ї доби відповідали значенням інтактного контролю. Вміст ЦіК знизився на 21-у добу. Такого ефекту не спостерігали га тлі лікування АД преднізолоном.

Висновки. Експериментально доведено, що введення ЛЛКЛ є ефективним, економічним методом лікування АД і може корегувати стан імунної системи.

ВПЛИВ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ РЕСТРИКТИВНОГО ТИПУ НА ВІДНОВЛЕННЯ МОТОРИКИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ПІСЛЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ

Кузьменко В.О., Гурін П.В., Бабіч М.М.

ДУ «Національний інститут хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України», м. Київ

Мета. Дослідити вплив інтраопераційної інфузійної терапії на термін відновлення моторики шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та частоту розвитку гастростазу в пацієнтів після ПДР.

Матеріали та методи. Для оцінки ефективності схем періопераційного лікування проведено проспективно-ретроспективне дослідження результатів ПДР у 78 хворих із доброякісною та злоякісною патологією білопанкреатодуоденальної зони за період з 2003 по 2017 рр. Із 2015 року в ході виконання операції розпочато застосування програми прискороного відновлення (ППВ). З метою порівняльного аналізу хворих було розподілено на дві групи: до I групи (група дослідження) включено 39 пацієнтів за період із січня 2015 по грудень 2017 рр., періопераційне ведення яких проводило до ПВ; у II групи (група порівняння) ретроспективно відібрано 39 пацієнтів за період із січня 2003 по жовтень 2014 рр., періопераційне лікування яких проводилося за традиційним методом. Вивчали об'єм інтраопераційної інфузійної терапії, терміни відновлення моторики ШКТ і частоту розвитку гастростазу.

Результати та обговорення. Інтраопераційна інфузійна терапія за об'ємом застосованих розчинів була значно нижчою в I групі (2100 мл 95% Cl: [1988; 2300] проти 3300 мл 95% Cl: [3100; 3500]; p<0,001). Пацієнти I групи повернулися до звичайної дієти швидше, ніж пацієнти II групи: 1,00 95% Cl: [1,00; 1,00] проти 6,00 95% Cl: [6,00; 7,00]; p<0,001. Статистичний аналіз за даними ROC-кривої виявив взаємозв'язок між об'ємом інтраопераційної інфузійної терапії та терміном видалення назогастрального зонда й відновленням перорального харчування в поопераційний період.

Висновки. Застосування рестриктивного типу інфузійної терапії в концепції ППВ вірогідно скорочує термін відновлення моторики ШКТ, зменшуючи частоту гастростазу в пацієнтів після ПДР. Вірогідним фактором впливу на можливість проведення раннього перорального харчування виявили об'єм інтраопераційної інфузії в таких пацієнтів.

ЗВ'ЯЗОК ІНТЕРЛЕЙКІНУ-22 ТА АТЕРОГЕННИХ МАРКЕРІВ ІЗ РЕМОДЕЛЮВАННЯМ СУДИН ЕЛАСТИЧНОГО ТИПУ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Кисиленко К.В., Ковальова О.М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Мета. Вивчити показники ліпідного обміну та структурно-функціональні зміни загальних сонних артерій (ЗСА) в хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з ожирінням залежно від рівня інтерлейкіну-22 (ІЛ-22) та аполіпопротеїну В (Апо В).

Матеріали та методи. Обстежено 84 хворих на ГХ віком від 41 до 78 років. Визначення показників ліпідного спектру проводили ферментативним методом. Визначення рівня вмісту ІЛ-22 та Апо В у плазмі крові проводили імуноферментним методом. Товщину комплексу інтіма-медіа (КІМ) вимірювали в середній третині ЗСА по задній стінці за методикою Р. Pignoli.

Результати та обговорення. Для більш детального вивчення взаємозв'язку між рівнем ІЛ-22 та Апо В і показниками ліпідного обміну, а також товщиною КІМ ЗСА проведено кластеризацію хворих на ГХ за показником плазматичного рівня ІЛ-22 та Апо В на 4 кластери. Серед них кластер 1 склали пацієнти з найнижчими показниками ІЛ-22 та Апо В, до кластеру 2 увійшли пацієнти з найвищими їх рівнями. Показники ліпідного спектру у хворих кластеру 1 не перевищували нормативних значень, показник КІМ також знаходився в межах норми. Показники ліпідного обміну в кластері 2 демонстрували проатерогенні зміни: рівень загального холестерину був вищим за цільові значення та

становив 6,67 (5,65; 7,36) ммоль/л; рівень ліпопротеїнів низької щільності був значно підвищеним і становив 4,90 (4,64; 5,37) ммоль/л. На тлі атерогенної дисліпідемії в пацієнтів кластера 2 спостерігали потовщення КІМ, товщина якого становила 1,1 (1,0; 1,15) мм. Зміни товщини КІМ на тлі атерогенної дисліпідемії, індукованої підвищеною активністю ІЛ-22 (основа формування кластера), можна пояснити тим, що оксидативний стрес потенціє процеси запалення в судинній стінці, і це призводить до погіршення еластичних властивостей артерій і збільшення їхньої жорсткості.

Висновки. За допомогою кластерного аналізу встановлено зв'язок між особливостями розподілу рівнів ІЛ-22 та Апо В і наявністю структурних змін ЗСА.

АТОМНО-СИЛОВИЙ МІКРОСКОП ЯК ІНСТРУМЕНТ ДЛЯ ТЕСТУВАННЯ СУМІСНОСТІ ІМПЛАНТАТІВ В ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Лазаренко Г.О.¹, Лазаренко О.М.¹, Бойко І.В.¹, Алексєєва Т.А.², Литвин П.М.³

¹ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

²Інститут хімії поверхні ім. О.О. Чуйка НАН України, м. Київ

³Інститут фізики напівпровідників ім. В.Є. Лашкарьова НАН України, м. Київ

Мета. Встановити можливість застосування атомно-силового мікроскопа (АСМ) для передбачення реакції організму на різноманітні ортопедичні імпланти.

Матеріали та методи. Найефективнішим інструментом, на нашу думку, для дослідження реакції відторгнення є АСМ. До клінічних випробувань було включено пацієнтів, яким показано встановлення імплантатів згідно з протоколами лікування. Перед операцією у хворих набирали 5 мл венозної крові, з сироватки якої за стандартною методикою виділяли сумарні ІgG. Після очищення та розведення до відповідної концентрації, 2 мкг/мл, ІgG наносили на зонд АСМ. Зондами із нанесеними ІgG пацієнта проводили тестування на сумісність матеріалу імплантату з організмом хворого. Значення сили утримання зонда з ІgG реципієнта поверхню імплантату вважали за оцінку сумісності матеріалу з організмом пацієнта. Що більшим було значення сили утримання поверхню зонду з ІgG, то ймовірнішим – розвиток реакції відторгнення імплантату організмом.

Результати та обговорення. Результати тестування показали, що сила утримання ІgG поверхню металевого елемента протезу (титан) значно перевищують силу без ІgG (32-56 нН проти 5-8 нН відповідно). Показники серологічних досліджень вказують на наявність напруження імунної системи організму після встановлення імплантату. Зокрема, в пацієнтів визначали підвищення рівня С-реактивного білка (35,2±12,9 мг/л).

Висновки. У пацієнтів після імплантації визначається напруженість імунної системи, яка постійно підтримується наявністю імплантату, та специфічність імуноглобулінів до матеріалу протеза залишається дуже високою. Високе значення сили утримання зонда з ІgG поверхню імплантату за АСМ-тестуванням вказує на можливість розвинення локального асептичного запалення у місці встановлення імплантату.

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Лазаренко Л.П.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Визначити сучасні особливості захворюваності дитячого населення України.

Матеріали та методи. За допомогою медико-статистичного методу проаналізовано матеріали звітних форм (ф. №12), зведені по Україні за 2014-2017 рр., для дітей 0-17 років.

Результати та обговорення. Встановлено, що 2017 року в Україні у розрахунку на 1000 дітей 0-17 років було зареєстровано 1747,7 хвороб, у т.ч. 1291,7 вперше в житті. У структурі захворюваності перше місце посідали хвороби органів дихання (68,2%). Наступні рангові місця посідали хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,1%), деякі інфекційні хвороби (3,6%), хвороби органів травлення (3,5%), ока і його придаткового апарата (3,2%). У структурі поширеності хвороб провідні позиції належали хворобам органів дихання (53,8%), травлення (6,4%), ока (5,3%), шкіри (4,4%), кістково-м'язової системи (4,1%). Порівняно з 2014 р. не відбулося суттєвих змін у структурі поширеності та первинної захворюваності. Динамічний аналіз виявив тенденцію до зниження впродовж 2014-2017 рр. рівнів захворюваності та поширеності всіх класів хвороб, за виключення хвороб органів дихання та травм. Дані тенденції не можуть розглядатися як ознаки зміцнення стану здоров'я дітей в Україні, а є наслідком зниження частоти звернень за медичною допомогою до державних (комунальних) амбулаторно-поліклінічних закладів, повноти та вчасності виявлення та реєстрації захворювань у дітей.

Висновки. Результати аналізу захворюваності за матеріалами форм державної статистичної звітності не виявили суттєвих змін у стані здоров'я дитячого населення впродовж 2014-2017 рр. У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я та порядку статистичного обліку та звітності вагомо зростає роль спеціальних епідеміологічних досліджень для вчасного виявлення негативних трендів у захворюваності дітей.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ RS8046707 ГЕНА КАРДІОТРОФІНУ-1 ЯК МАРКЕРА ГІПЕРТЕНЗИВНОГО ПОШКОДЖЕННЯ МІОКАРДА В ЧОЛОВІКІВ З ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Лиманський О.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця

Мета. Визначення прогностичного значення різних варіантів успадкування гена кардіотрофіну-1 (КТ-1) у скринінговій діагностиці передклінічних проявів гіпертензивного пошкодження міокарда в чоловіків з есенціальною гіпертензією (ЕГ).

Матеріали та методи. Обстежено 120 чоловіків 40-60 років, мешканців Подільського регіону. З них 70 чоловіків без задокументованих або наявних ознак серцево-судинних захворювань, що увійшли до контрольної групи. Основну групу склали 50 хворих із неускладненою ЕГ 1-2-го ступенів, без клінічних ознак хронічної серцевої недостатності. Середній вік становив $48,8 \pm 0,78$ року в групі контролю та $48,81 \pm 0,53$ року в осіб з ЕГ. Визначення генотипу КТ-1 проводили методом полімеразної ланцюгової реакції. Оцінку внутрішньосерцевої гемодинаміки здійснювали методом ехокардіографічного обстеження.

Результати та обговорення. За результатами проведеного дослідження встановлено, що в групі контролю генотип GG трапляється частіше – 44,2% випадків проти 38% в основній групі ($p < 0,05$). Частота генотипів GA/AA була вищою в основній групі – 62% проти 55,8% у групі контролю ($p < 0,05$). У хворих основної групи, носіїв генотипу GG порушений трансмітральний кровобіг виявляється рідше – 15,79%, ніж серед носіїв GA/AA – 90,32% ($p < 0,05$). Частота концентричного ремоделювання також виявилася значно вищою серед носіїв генотипу GA/AA – 83,87% проти 10,53% серед носіїв генотипу GG ($p < 0,05$).

Висновки. У чоловіків 40-60 років, хворих на неускладнену ЕГ, носійство генотипу GA/AA асоціюється з більшими порушеннями внутрішньосерцевої гемодинаміки та структури міокарда. Скринінгове визначення генотипу КТ-1 може мати вагоме значення в ранній діагностиці гіпертензивного пошкодження міокарда.

ЛЕЙКОЦИТИ ЗА УМОВ ЗАГАЛЬНОЇ КРІОСТИМУЛЯЦІЇ (-120°C) ОРГАНІЗМУЛомако В.В.¹, Піроженко Л.М.²¹Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків
²КНП «Люботинська міська лікарня», ЛМРХО, м. Люботин

Мета. Аналіз співвідношення різних типів лейкоцитів у крові молодих щурів одразу та через 24 год. і тиждень після загальної кріостимуляції (ЗКС).

Матеріали та методи. Експерименти проведено на щурах (6-7 міс.) з урахуванням всіх біоетичних норм. Здійснювали ЗКС у спеціальній кріокамері для дрібних лабораторних тварин. Тривалість ЗКС за -120°C становила 90 с, загалом проводили 3 сеанси (раз на добу) з інтервалом у 24 год. Кількісно-якісну оцінку типів лейкоцитів здійснювали у мазках крові, оброблених фіксатором Май-Грюнвальда та забарвлених гематологічним барвником (за Романовським).

Результати та обговорення. Загальна кількість лейкоцитів у крові щурів зменшувалася після 3-го та через 24 год. після 1-го сеансів; збільшувалася після 2-го, через 24 год. і тиждень після 3-го та тиждень після 1-го сеансів, на інших термінах – без змін. На всіх етапах після ЗКС відзначали підвищений рівень сегментоядерних нейтрофілів на тлі зниження кількості лімфоцитів, що свідчить про фізіологічні зміни, пов'язані з перенапруженням і стресом. Частка паличкоядерних нейтрофілів підвищувалася через 24 год. після 1-го сеансу та через тиждень після 1-го та 2-го сеансів ЗКС. Після 2-го сеансу ЗКС відзначали появу юних клітин на тлі тенденції до підвищення числа паличкоядерних лейкоцитів, що характеризує зсув ліворуч (регенеративний) лейкоцитарної формули. Після 2-го сеансу в мазках крові з'являлися плазматичні клітини (1:100), у деяких лейкоцитів спостерігали плазматизацію цитоплазми, що є наслідком збою в роботі імунної системи. Відсоток еозинофілів був збільшеним після 2-го сеансу й одразу та через 24 год. після 3-го крововливу, що може вказувати на дисбаланс в організмі. Після 3-го, через 24 год. і тиждень після 1-го сеансів відзначався підвищений рівень моноцитів.

Висновки. Зміни кількісно-якісного співвідношення різних типів лейкоцитів, їх спрямованість і вираженість залежать від кількості (1-3) сеансів ЗКС і термінів спостереження (доба, тиждень).

ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВІ ПОРУШЕННЯ В ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ З ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ

Литвин О.В., Коваленко О.Є.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Дослідити нейропсихологічні особливості цереброваскулярних розладів на тлі артеріальної гіпертензії (АГ) у державних службовців.

Матеріали та методи. Під спостереженням у ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС перебували 90 осіб віком від 40 до 68 років: із гіпертензивною дисциркуляторною енцефалопатією (ГДЕ) на тлі АГ – 60 осіб, із дисциркуляторною енцефалопатією (ДЕ) без АГ – 30 осіб. Для оцінки когнітивних функцій пацієнтів використовували коротку шкалу оцінки психічного статусу MMSE. Тривогу та депресію досліджували за допомогою шкали «Депресія, тривога, стрес» (DASS-21).

Результати та обговорення. У пацієнтів із ГДЕ виявлено негативні кореляційні зв'язки між показниками депресії та тривоги й загальним показником когнітивної продуктивності ($r=-0,348$; $p=0,006$ і $r=-0,337$; $p=0,008$ відповідно). Отже, зі зростанням показника депресії та тривоги зменшується в середньому загальний показник когнітивної продуктивності. Встановлено негативні кореляційні зв'язки між показниками депресії та тривоги й показником орієнтації ($r=-0,327$; $p=0,010$ і $r=-0,335$; $p=0,001$ відповідно). Тобто зі зростанням показника депресії та тривоги зменшується в середньому показник орієнтації. Також виявлено негативні кореляційні зв'язки між показниками депресії та тривоги й показником пам'яті ($r=-0,287$; $p=0,020$ і $r=-0,398$; $p=0,001$ відповідно) – зі зростанням показника тривоги зменшується в середньому показник пам'яті. У пацієнтів із ДЕ виявлено негативний кореляційний зв'язок між показником депресії та пам'яті ($r=-0,447$; $p=0,03$). Тобто зі зростанням показника депресії зменшується в середньому показник пам'яті.

Висновки. Артеріальна гіпертензія є значущим чинником, який погіршує окремі когнітивні функції, а саме орієнтацію та пам'ять, за рахунок зростання тривожності.

ВИБІР ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ТРОМБОЗУ ГЛИБОКИХ ВЕН НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ ТА ПІСЛЯТРОМБОТИЧНОЇ ХВОРОБИ

Швед О.Є., Гупало Ю.М., Наболотний О.І., Шамрай-Сас А.В., Шапринський В.В., Шаповалов Д.Ю., Маківчук Д.А.
ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Встановити тактику лікування тромбозу глибоких вен (ТГВ) нижньої кінцівки та післятромботичної хвороби, можливість хірургічної корекції флебогемодинаміки на основі критеріїв ультразвукової діагностики.

Матеріали та методи. Ультразвукове дуплексне сканування (УЗДС) здійснювали з використанням УЗ-сканерів Profocus B-K Medical і Mindray M5 із лінійним і конвексним датчиками в режимах кольорового доплерівського картування, спектрального доплера в 132 пацієнтів із тромбозом глибоких вен і в 81 – із проявами посттромботичного синдрому (ПТС) нижньої кінцівки. Для оцінки якості проведеного лікування УЗ-контроль проводили на 8-10-ту добу після оперативного втручання, далі – через 2, 6 і 12 місяців. Віддалені результати спостерігали до 4 років.

Результати та обговорення. За даними УЗДС у гострій стадії (до 14 діб) ТГВ діагностовано у 87 хворих, серед яких антикоагулянтну терапію проведено в 9 (10,3%), системний тромболізис – у 22 (25,3%), регіонарний – у 15 (17,2%), тромбектомію з підколінно-стегоново-клубового сегмента – в 12 (13,9%), У 16 (18,4%) хворих виявлено флотуючий тромб у загальній стегоновій вені, в підколінній – у 8 (9,1%), у суральних венах – у 5 (5,7%), що обумовило виконання оперативного втручання в обсязі видалення головки флотуючого тромба з перекриттям вени дистальніше місця впадіння великого венозного притоку. Отже, консервативно проліковано 46 (52,9%) пацієнтів, оперативно – 41 (47,1%). За комбінації тромбозу глибоких вен і тромбофлебіту поверхневих за показаннями виконано оперативні втручання на поверхневих венах у комбінації з тромболізисом, антикоагулянтною терапією в 17 (18,1%) хворих. У хворих із ПТС виконано втручання на поверхневих венах (венектомія), перфорантних венах (операція Кокета, Фельдера) та глибоких венах (транспозиція клапана, операція Хьюсін, Пальма) в 36 (38,3%) випадках.

Висновки. Патогенетично дібране на підставі даних УЗДС лікування дозволяє зменшити кількість ранніх і віддалених ускладнень тромбозів глибоких вен кінцівки.

ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ В ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА

Андрєєв Є.В.¹, Макуха Ю.М.², Кравченко А.М.²

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

²Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Визначення впливу реперфузійної терапії (РТ) на показники фізичної працездатності в чоловіків молодого віку, які перенесли інфаркт міокарда (ІМ).

Матеріали та методи. Обстежено 62 хворих на ІМ із підйомом сегмента ST. До І групи увійшли 34 пацієнти з ІМ (сер. вік 41,9±2,7 р.), яким проведено РТ шляхом чезершкірного коронарного втручання (ЧКВ). ІІ група, 28 чоловіків з ІМ, (сер. вік 42,9±2,8 р.) лікувались консервативно. Групи не різнилися за частотою факторів ризику, усім пацієнтам проведено клінічне обстеження, ЕКГ, ЕхоКГ і велоергометрія (ВЕМ). ВЕМ здійснювали за безперервно ступінчато зростаючим протоколом, починаючи з 50 Вт із подальшим збільшенням на 50 Вт кожні 3 хвилини до субмаксимальної ЧСС.

Результати та обговорення. Встановлено вірогідно нижчі показники максимально досягнутого навантаження (84,9±5,1 Вт) у групі консервативного лікування порівняно з такими (134,8±9,9 Вт, $p<0,01$) в групі з проведеною реваскуляризацією міокарда та показники часу виконання тесту – 4,1±0,2 хв. проти 6,2±0,3 хв. у групі ЧКВ, ($p<0,01$).

Рівень максимально досягнутого споживання кисню в групі ЧКВ був вірогідно вищим, ніж у групі консервативного лікування, ($7,2 \pm 0,6$ MET проти $4,7 \pm 0,4$ MET, $p < 0,01$). Показник подвійного добутку в групі консервативного лікування становив $187,8 \pm 11,6$ у.о. проти $209,6 \pm 14,3$ у.о. ($p < 0,05$) у групі РТ. За коефіцієнтом витрачених резервів міокарда відзначено ліпші результати економічності роботи серця після реваскуляризації – $3,95 \pm 0,92$ у.о. проти $6,41 \pm 0,99$ у.о. в групі медикаментозного лікування.

Висновки. Проведення реваскуляризації в чоловіків молодого віку з гострим ІМ сприяє поліпшенню ефективності роботи серця на етапі реабілітації та супроводжується підвищенням фізичної працездатності за даними ВЕМ.

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Марунчин Н.А., Динник О.Б.

ТОВ «Інститут еластографії», м. Київ

Мета. Розробити сучасний алгоритм ведення пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки.

Матеріали та методи. У крос-секційному дослідженні згідно з критеріями включення та виключення обстежено 105 хворих на цукровий діабет 2-го типу (ЦД2), яким було проведено мультипараметричне ультразвукове обстеження (мп-УЗД). Мп-УЗД включало в себе одночасне застосування в реальному часі комплексу методик, а саме: В-режим, стеатографію з виміром коефіцієнта затухання (ВКЗ), зсувнохвильову еластографію (ЗХЕ), розрахунок гепаторенального індексу, доплерографію на приладі Sonoexp P7 (Ultrasign, Україна). Стадіювання стеатозу проводили за шкалою затухання: S0 – норма (до 5%); S1 – легкий (>5% до 33%); S2 – помірний (>33% до 66%); S3 – тяжкий (>66%). Методика ЗХЕ проводили за встановленим алгоритмом за шкалою Metavir у кПа: фіброз відсутній (F0); слабкий фіброз (F1); помірний фіброз (F2); сильний фіброз (F3); цироз (F4).

Результати та обговорення. За результатами стеатографії із застосуванням ВКЗ виявлено такі стадії жирового гепатозу: S0 – 9 пацієнтів (8,6%); S1 – 4 особи (3,8%); S2 – 73 пацієнти (69,5%); S3 – 19 осіб (18,1%). Результати ЗХЕ правої частки печінки розподілились таким чином: F0 – 30 пацієнтів (29,7%); F1 – 35 осіб (34,6%); F2 – 30 пацієнтів (29,7%); F3 – 5 осіб (5%); F4 – 1 пацієнт (1%). За результатами ЗХЕ лівої частки печінки отримано показники: F0 – 32 пацієнтів (34%); F1 – 38 осіб (40%); F2 – 20 пацієнтів (21%); F3 – 4 особи (4%); F4 – 1 особа (1%).

Висновки. Сучасний алгоритм ведення НАЖХП включає в себе декілька етапів: перший – застосування мп-УЗД для диференціювання стеатогепатозу та стеатогепатиту; другий – вибір відповідної лікувальної тактики залежно від перебігу НАЖХП; третій – проведення оцінки ефективності лікування за допомогою мп-УЗД.

РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ ДІТЕЙ ІЗ ПЕРЕЛОМАМИ ЩЕЛЕПОВИХ КІСТОК

Масна-Чала О.З., Бучковська А.Ю., Ріпецька О.Р., Гриновець В.С.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Мета. Визначити оптимальний варіант організації реабілітації дітей, які перенесли травми кісток щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД).

Матеріали та методи. Аналізуючи статистичні відомості про лікування 50 дітей із травмами ЩЛД, зокрема щелепових кісток, вивчили ефективність їх реабілітації в рамках диспансерного спостереження.

Результати та обговорення. Реабілітація дітей, які перенесли травму ЩЛД, не має закінчуватися на час клінічного одужання дитини або навіть впродовж тижнів або декількох місяців після цього. Тривалість диспансеризації та кратність повторних диспансерних оглядів залежать, по-перше, від тяжкості та об'єму травматичного пошкодження та залишкових посттравматичних процесів (наприклад, рубців, великих гематом, надто підокістних, кількості втрачених зубів тощо), по-друге – від віку дитини з огляду на терміни формування в неї постійного прикусу та завершення росту щелеп. Частота повторних оглядів має визначатись індивідуально, залежно від тяжкості перенесеної травми, наявності виявлених ранніх ускладнень, зокрема, значних підокістних гематом, локалізації травми в ростковій зоні, а також виявлених вже в процесі диспансерного спостереження відхилень у функції скронево-щелепового суглоба та прикусу від норми. Травма ЩЛД може поєднуватись із порушенням цілості м'яких тканин із наступним їх рубцюванням, виникненням гематом із їх подальшою інкапсуляцією. Це може спричинити порушення функції суглоба та подальше порушення росту кісток. Вчасна ліквідація посттравматичного дефекту зубного ряду, сприяючи нормалізації функції, зумовлює нормальний ріст не лише коміркового відростка, а й щелепової кістки в цілому, забезпечує збереження достатнього місця для правильного прорізування постійних зубів. Диспансеризація може включати терапевтичне лікування, фізіотерапевтичні процедури.

Висновки. Досягти повноцінної реабілітації дітей, які перенесли травми ЩЛД із пошкодженням щелепових кісток, можна лише шляхом диспансеризації.



ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА КАРДІОТРОФІНА-1 І РІВЕНЬ ЙОГО ПЛАЗМОВОЇ КОНЦЕНТРАЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ З АСИМПТОМНОЮ ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ МЕШКАНЦІВ ПОДІЛЛЯ

Матохнюк М.О.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця

Мета. Дослідити рівні плазмової концентрації кардіотрофіну-1 (КТ-1) у чоловіків 40-60 років з асимптомною есенціальною гіпертензією (ЕГ) 2-3-го ступенів із носійством поліморфних варіантів гена КТ-1 у положенні rs8046707.

Матеріали та методи. Обстежено 120 чоловіків 40-60 років, мешканців Подільського регіону. З них 70 чоловіків без ознак серцево-судинних захворювань, середній вік яких становив $48,8 \pm 0,78$ року, та 50 хворих з асимптомною ЕГ 2-3-го ступенів, середній вік – $50,62 \pm 0,73$ року. Поліморфізм гена КТ-1 (rs8046707) визначали шляхом полімеразної ланцюгової реакції, а рівень його плазмової концентрації встановлювали методом імуноферментного аналізу.

Результати та обговорення. У ході статистичного аналізу поліморфізму гена КТ-1 в зв'язку з малою чисельністю гомозигот АА було об'єднано гетерозигот ГА і гомозигот АА в спільну групу – носіїв алелі А. Концентрація КТ-1 у плазмі крові осіб без серцево-судинної патології, гомозигот GG був нижчим, ніж у носіїв алелі А і склав $55,77 \pm 2,53$ пг/мл ($n=31$) проти $92,46 \pm 1,54$ пг/мл ($n=39$) ($p < 0,05$). Аналогічне співвідношення спостерігали за ЕГ. Рівень КТ-1 у плазмі крові обстежених з ЕГ був значно вищим, ніж у групі контролю, незалежно від носійства певного генотипу КТ-1 і склав для чоловіків із генотипом GG $188,22 \pm 7,95$ пг/мл ($n=22$), для носіїв алелі А – $282,33 \pm 11,52$ пг/мл ($n=28$) ($p < 0,05$).

Висновки. У чоловіків без ознак серцево-судинної патології та хворих з асимптомною ЕГ носіїв алелі А гена КТ-1 відзначаються вищі плазмові рівні даного пептиду, ніж у носіїв генотипу GG, що необхідно враховувати під час його використання як біомаркера структурно-функціональних змін у міокарді на тлі асимптомної ЕГ.

ВНЕСОК НОСІЙСТВА АЛЕЛЬНОГО ВАРІАНТА G1691A ГЕНА V ФАКТОРА КООГУЛЯЦІЇ В РОЗВИТОК ТРОМБОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ ФАКТОРІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ В ОСІБ ІЗ ТРАНЗИТОРНИМИ МІЕЛОПРОЛІФЕРАТИВНИМИ РЕАКЦІЯМИ

Міщенко О.Ю., Костюкевич О.М., Беньковська Л.К.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Визначити внесок носійства алельного варіанта G1691A гена V фактора коагуляції в розвиток тромботичних ускладнень (ТУ) залежно від наявності факторів серцево-судинного ризику (ФССР) в осіб із транзиторними мієлопроліферативними реакціями (ТМР).

Матеріали та методи. Проаналізовано результати загальноклінічного та молекулярно-генетичного обстеження 152 пацієнтів із ТМР тривалістю два місяці та більше, включаючи 31 особу з ТУ в анамнезі. Кількість пацієнтів із ФССР і без них – 71 та 81 відповідно, ТУ серед них мали місце в 24 і 7 випадках відповідно. Визначення G1691A алелі гена фактора V коагуляції проводили за допомогою ампліфікації послідовності ДНК методом ПЛР із подальшою рестрикцією ампліфікату ендонуклеазою Hind III (Fermentas, Литва) та гель-електрофорезу.

Результати та обговорення. У пацієнтів із ТМР алельний варіант G1691A гена фактора V коагуляції виявлено в 5,92% випадків (9 носіїв). В осіб із ТУ варіант G1691A гена проакцелерину виявляли частіше, ніж в когорті без них (5 із 31 vs 4 із 121; $p=0,030$). Носійство G1691A алелі гена фактора V коагуляції збільшувало ризик виникнення ТУ в 3,05 раза (відносний ризик (ВР) = 3,05; 95% довірчий інтервал (ДІ) = 1,54-6,03). Частота G1691A алелі гена фактора V коагуляції серед осіб із ФССР склала 4,22% (3 носії), а в пацієнтів без них – 7,40% (6 носіїв). У пацієнтів із ФССР частота ТУ не різнилася серед носіїв протромбогенного варіанта гена проакцелерину та осіб із дикою алеллю (2 із 3 vs 22 із 68; $p=0,262$). Серед пацієнтів без ФССР тромбози траплялися частіше у носіїв нуклеотидного варіанта G1691A гена фактора V коагуляції, ніж в осіб із дикою алеллю (3 із 6 vs 4 із 75; $p=0,007$). Ймовірність розвитку тромбозу в носіїв G1691A алелі гена проакцелерину в осіб із ТМР без ФССР становила 10,57 (ВР = 10,57; 95% ДІ = 2,60-42,87).

Висновки. Носійство G1691A алелі гена фактора V коагуляції в пацієнтів із ТМР збільшує ризик розвитку тромбозів, насамперед серед осіб без ФССР.

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИК ОЦІНКИ ВПЛИВУ ЗАБРУДНЕННЯ АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ З УРАХУВАННЯМ ВІТЧИЗНЯНОГО ТА МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ

Моргульова В.В.

ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України», м. Київ

Мета. Удосконалення методик оцінки впливу забруднення атмосферного повітря на стан здоров'я населення з використанням нових технологій та інноваційних ресурсів. Поглиблення теоретичного розуміння механізмів впливу забруднення атмосферного повітря на стан здоров'я населення на підставі аналізу натурних даних і моделювання,

дослідження характеру впливу територіальних особливостей забруднення атмосферного повітря на здоров'я населення.

Матеріали та методи. Методи математичного моделювання (програми TM5-FASST, ISC-AERMOD View для розрахунків усереднених концентрацій забруднюючих речовин в атмосферному повітрі та транскордонних переносів); статистичні методи; методи картографування (за допомогою програмного продукту ArcGIS версія 10.2, компонент ArcMap, Esri); дисперсійний і регресійний аналіз; методи оцінки впливу забруднення атмосферного повітря на здоров'я населення (за допомогою програмного продукту AirQ+ та Air Quality Index).

Результати та обговорення. Створено алгоритми роботи з програмними комплексами для моделювання забруднення атмосферного повітря та оцінки його впливу на здоров'я населення. Розроблено та використано прогностичні моделі впливу концентрацій забруднюючих речовин на досліджуваних територіях з урахуванням їх особливостей.

Висновки. Використання інноваційних технологій і поєднання підходів до аналізу забруднення атмосферного повітря дозволить поглиблено дослідити питання оцінки небезпеки здоров'ю населення. Пошук нових можливостей для оптимізації систем збирання, оновлення та аналізу даних надасть можливість удосконалити систему управління якістю повітря та поліпшити здоров'я населення.

НАУКОВО-МЕТОДИЧНИЙ СУПРОВІД ПІДВИЩЕННЯ ПОІНФОРМОВАНІСТІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПИТАНЬ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА КОРЕКЦІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Мороз Г.З., Гідзинська І.М., Ласиця Т.С., Ткачук І.М.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Оптимізація заходів щодо підвищення поінформованості пацієнтів із питань здорового способу життя та профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ) у Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС).

Матеріали та методи. Методом випадкової вибірки проведено анкетне опитування 210 пацієнтів для визначення їх ставлення до виконання вимог здорового способу життя та підвищення поінформованості з цього питання. Статистичний аналіз проводили методами варіаційної статистики з використанням t-критерія Стьюдента.

Результати та обговорення. У 54,3±3,4% випадків опитані оцінили виконання рекомендацій щодо здорового способу життя та профілактики захворювань за п'ятибальною шкалою на три бали та нижче. Основними факторами, які перешкоджають дотриманню здорового способу життя, в 72,9±3,1% випадків пацієнти визначили звички та брак часу. У 75,7±3,0% випадків пацієнтів мали бажання поповнити знання щодо профілактики ССЗ. Серед запропонованих джерел для поповнення інформації щодо профілактики більшість обрали матеріали на Інтернет сайті ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС (56,7±3,4%) та усні рекомендації лікаря (53,3±3,4%). Розроблено інформаційний блок «Здоровий спосіб життя та профілактика серцево-судинних захворювань».

Висновки. Вдосконалено технології підвищення поінформованості пацієнтів щодо здорового способу життя та профілактики ССЗ: на сайті ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС у розділі «Поради лікаря» розміщено інформаційний блок «Здоровий спосіб життя та профілактика серцево-судинних захворювань», доступний для ознайомлення та роздрукування.

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕСАФЕНОВОГО ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК У ЖІНОК ІЗ СИНДРОМОМ ТАЗОВОГО ПОВНОКРОВ'Я

Наболотний О.І., Гупало Ю.М., Швед О.Є., Шапринський В.В., Шаповалов Д.Ю., Шамрай-Сас А.В., Гур'янов В.Г.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Оцінити ефективність ендovasкулярних втручань у лікуванні несафенового варикозного розширення вен нижніх кінцівок у жінок із синдромом тазового повнокров'я.

Матеріали та методи. Проведено аналіз лікування несафенового варикозного розширення поверхневих вен нижніх кінцівок, поєднаного із синдромом тазового повнокров'я в 25 жінок. Вираженість синдрому тазового повнокров'я визначали за допомогою анкети (visual analogue scales [VAS]). Основну групу склали 10 пацієнок із несафеновим варикозом, варикозом малого таза та клінічно вираженим синдромом тазового повнокров'я (сума балів понад 6). У даній групі пацієнткам проводили тазову флебографію з емболізацією лівої яєчникової вени та мініфлебектомію несафенового варикозу. Контрольна група – 15 пацієнок із несафеновим варикозом, варикозом малого таза та зі слабо вираженою або відсутньою клінікою синдрому тазового повнокров'я (сума балів менше від 6). У цій групі виконували лише мініфлебектомію несафенового варикозу.

Результати та обговорення. Через 2 роки спостереження у 8 пацієнок (80% 95% ВІ 46-99%) основної групи клінічні симптоми тазового повнокров'я регресували або значно зменшилися. У 2 пацієнок хронічний тазовий біль рецидивував до інтенсивності передгоспітального періоду. Рецидивів варикозного розширення вен нижніх кінцівок не спостерігали. Через 2 роки в контрольній групі в 1 (6,7%) пацієнтки зареєстровано рецидив несафенового варикозного



розширення вен нижніх кінцівок і в 1 (6,7%) – рецидив у системі великої підшкірної вени. У 2 (13,3%) пацієнток інтенсивність тазового болю збільшилася.

Висновки. Емболізація лівої яєчничкової вени в пацієнток із синдромом тазового повнокров'я була ефективною у 80% (95% ВІ 46-99%) клінічних випадків.

ПРОТИЗАПАЛЬНІ ТА РАНОЗАГОЮВАЛЬНІ ВЛАСТИВОСТІ ЕКСТРАКТІВ ІЗ КРІОКОНСЕРВОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ

Нарожний С.В., Боброва О.М., Нардід О.А., Щетинський М.І., Говорова Ю.С.
Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків

Мета. Дослідження впливу низькотемпературного зберігання плаценти на протизапальну ефективність екстрактів із неї на *in vitro* моделях термогемолізу еритроцитів та агрегації тромбоцитів, а також *in vivo* на лабораторних тваринах для загоювання опікових ран.

Матеріали та методи. Водно-сольові екстракти отримували зі свіжоотриманої плаценти людини та після 3 і 6 місяців зберігання за -196°C . Відмиті еритроцити після інкубування з екстрактами піддавали гіпертермії (55°C) протягом 20 хвилин. Збагачену тромбоцитами плазму отримували стандартним методом, інкубували з екстрактами та додавали розчин АДФ. Ступінь агрегації тромбоцитів і гемолізу еритроцитів вимірювали спектрофотометричним методом. Ранозагоювальну активність екстрактів на моделі термічного опіку досліджували на білих щурах-самцях лінії Вістар.

Результати та обговорення. Відсоток пригнічення термогемолізу й агрегації тромбоцитів екстрактами з плаценти, яка зберігалась 3 або 6 місяців за -196°C вірогідно не відрізнявся від екстрактів зі свіжоотриманої плаценти. Площа рани в контрольній групі щурів на 14-ту добу після опіку складала $85,6 \pm 5,2\%$ від вихідної, а після застосування екстрактів із кріоконсервованої плаценти зменшилася суттєвіше та складала $70,0 \pm 1,2\%$, що свідчить про збереження ранозагоювальних властивостей в умовах низькотемпературного зберігання плаценти.

Висновки. Низькотемпературне зберігання плаценти дозволяє зберегти її біологічну активність, і водно-сольові екстракти з неї проявляють характерну для протизапальних сполук здатність знижувати агрегацію тромбоцитів і термогемоліз еритроцитів, а також прискорюють репараційний процес після опікового ушкодження шкіри в лабораторних тварин.

PROPHYLACTICS OF OBSTETRIC AND PERINATAL DISORDERS IN WOMEN WITH IMMUNE THROMBOCYTOPENIA

Naumchik A., Butenko L.

State Institution «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after O.M.Lukyanova National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv

Purpose. To reduce the incidence of hemorrhagic disorders in pregnant with immune thrombocytopenia (ITP) and their offspring by worked out principles of cure including «Patient Blood Management».

Materials and methods. There were 80 pregnant with ITP, proved by specific hematological diagnostics. The mean age was $26,7 \pm 2,3$ years, 85,0% were primigravidae. The onset of ITP during pregnancy revealed in four patients, 95,0% of patients experienced ITP for $6,8 \pm 2,8$ years, in stable remission were 91,0%. The refractory ITP diagnosed in 2 pregnant, the necessity of use of the first, second and third line of therapy (elthrombopag) revealed in 5 patients.

Results. We performed the prospective study of pregnancy and delivery in all the patients. The majority of patients required the first line of therapy to obtain the level of platelets as >80000 . The term delivery occurred in 87,5% of patients, the abdominal delivery was performed in 5,5%. In patients with refractory ITP the parenteral thrombopoietin has been used. Both of patients delivered by planned cesarean section. The patients with combined (1,2,3, lines of therapy) had the vaginal deliveries. The transfusion of platelets required 5,0% of all the patients, only those with refractory ITP and combined therapy. The main goal of antenatal correction of platelets was >80000 , which proved the prophylactics of bleeding disorders in women with ITP. There was no evidence of any hemorrhagic disorders in newborns from mothers with ITP, but 7,5% of them had <50000 thrombocytes within first 5-7 days of life.

Conclusions. The principles of «Patient Blood Management» implemented for pregnant with ITP allowed to diminish the incidence of bleeding disorders in women, the avoid them in newborns and to decrease the plausibility of post-transfusion disorders.

ВПЛИВ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА ПОКАЗНИКИ ВИСОКОЇ МІЖВІЗІТНОЇ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ

Німцович Т.І., Міщенко О.Ю., Кравченко А.М.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Визначити вплив факторів серцево-судинного ризику на формування високої міжвізитної варіабельності (МВ) артеріального тиску (АТ) у чоловіків з артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали та методи. Обстежено 160 чоловіків працездатного віку з АГ II стадії 2-го та 3-го ступенів. Із них 82 були з високою МВ систолічного/діастолічного АТ (15,84; 25-75-та процентиля (ПЛ) = 15,20-17,29/10,60; 25-75-ПЛ = 7,32-

13,05 відповідно) та 78 – із низькою МВ (8,87; 25-75-ПЛ = 5,50-15,64/5,69; 25-75-ПЛ = 3,36-8,56 відповідно). Середній вік пацієнтів (48±2,5) не різнився ($p=0,689$) в групах. МВАТ розраховували як стандартне відхилення (SD) від середніх значень АТ за 4 візити.

Результати та обговорення. У хворих із високою МВАТ встановлено більшу медіану середнього САТ (165,88 мм рт. ст.; 25-75-ПЛ = 159,11-171,33 vs 152,77 мм рт. ст.; 25-75-ПЛ = 147,11-160,44; $p<0,0001$), ДАТ (93,44 мм рт. ст.; 25-75-ПЛ = 84,66-98,88 vs 62,88 мм рт. ст.; 25-75-ПЛ = 54,66-72,44; $p=0,011$), пульсового АТ (72,22 мм рт. ст.; 25-75-ПЛ = 60,44-78,44 vs 62,88 мм рт. ст.; 25-75-ПЛ = 54,66-72,44; $p=0,002$), індексу маси тіла (29,06; 25-75-ПЛ = 26,85-33,21 vs 25,34; 25-75-ПЛ = 24,07-27,77; $p<0,0001$), обводу талії (101,50 см; 25-75-ПЛ = 92,00-108,00 vs 84,00 см; 25-75-ПЛ = 77,00-96,00; $p<0,0001$), ожиріння (36 із 82 vs 7 із 78; $p<0,0001$), сімейного анамнезу (71 із 82 vs 52 із 78; $p=0,004$), куріння тютюну (62 із 82 vs 12 із 78; $p<0,0001$) та вживання алкоголю (24 із 82 vs 2 із 78; $p<0,0001$). Відносний ризик високої МВ АТ за наявності факторів ризику зростає в 1,94 раза.

Висновки. У чоловіків, хворих на АГ із високою МВ АТ вірогідно частіше мали місце такі фактори серцево-судинного ризику, як спадковість (сімейний анамнез АГ), ожиріння, куріння тютюну та вживання алкоголю.

ВИЗНАЧЕННЯ Внеску ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ В ФОРМУВАННЯ ВИСОКОЇ МІЖВІЗІТНОЇ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА НЕУСКЛАДНЕНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ПЕРЕД ПРИЗНАЧЕННЯМ ІМ ТЕРАПІЇ

Німцович Т.І., Міщенко О.Ю., Кравченко А.М.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Провести аналіз впливу порушень ліпідного профілю в формування високої міжвізитної варіабельності артеріального тиску (МВАТ) у нелікованих чоловіків із неускладненою артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали та методи. Проаналізовано показники ліпідограми (всі показники наведено в ммоль/л) та артеріального тиску (АТ) 160 хворих на неускладнену АГ, із них 82 пацієнти з високою МВАТ і 78 – із низькою, групи були порівнянними за віком ($p=0,689$). МВАТ розраховували як стандартне відхилення від середніх значень АТ (4 візити).

Результати та обговорення. У хворих на АГ із високою МВАТ порівняно з пацієнтами з низькою визначається більша медіана показника загального холестерину (7,33; 25-75- та процентилю (ПЛ) = 6,95-8,08 vs 5,49; 25-75-ПЛ = 5,23-5,77; $p=0,0003$), тригліцеридів (3,20; 25-75-ПЛ = 2,9-3,85 vs 1,93; 25-75-ПЛ = 1,80-2,30; $p=0,002$), ХС-ЛНЩ (5,17; 25-75-ПЛ = 4,87-6,02 vs 3,33; 25-75-ПЛ = 3,17-3,68; $p<0,0001$), ХС-ЛДНЩ (1,21; 25-75-ПЛ = 1,07-1,29 vs 0,81; 25-75-ПЛ = 0,73-0,91; $p<0,0001$) і менша концентрація ХС-ЛВЩ (0,89; 25-75-ПЛ = 0,83-0,96 vs 1,27; 25-75-ПЛ = 1,19-1,37; $p<0,0001$). Предиктором високої МВАТ є значення загального холестерину $>6,61$ (AUC=0,96; 95% довірчий інтервал (ДІ) = 0,91-0,98; $p<0,0001$), тригліцеридів $>2,59$ (AUC=0,93; 95% ДІ = 0,87-0,96; $p<0,0001$), ХС-ЛВЩ $\leq 1,14$ (AUC=0,95; 95% ДІ = 0,91-0,98; $p<0,0001$), ХС-ЛНЩ $>4,39$ (AUC=0,96; 95% ДІ = 0,92-0,98; $p<0,0001$), ХС-ЛДНЩ $>0,94$ (AUC=0,92; 95% ДІ = 0,86-0,95; $p<0,0001$). Відносний ризик розвитку високої МВАТ за рівня загального холестерину $>6,61$ становить 8,76 (95% ДІ = 4,71-16,26), тригліцеридів $>2,59$ – 8,31 (95% ДІ = 4,47-15,44), ХС-ЛВЩ $\leq 1,14$ – 10,71 (95% ДІ = 5,26-21,79), ХС-ЛНЩ $>4,39$ – 23,82 (95% ДІ = 7,84-72,31), ХС-ЛДНЩ $>0,94$ – 6,19 (95% ДІ = 3,45-11,10).

Висновки. Предиктором високої МВАТ є рівень загального холестерину $>6,61$, тригліцеридів $>2,59$, ХС-ЛВЩ $\leq 1,14$, ХС-ЛНЩ $>4,39$, ХС-ЛДНЩ $>0,94$.

СТАТИСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ЩЕЛПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Огоновський Р.З., Погранична Х.Р., Пастернак Ю.Б., Гринювеч В.С.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Мета. Вивчення останніх статистичних показників і тенденцій із надання медичної допомоги дітям, які перебували на лікуванні у відділенні щелепно-лицевої хірургії Львівської обласної клінічної лікарні (ЩЛХ ЛОКЛ).

Матеріали та методи. Опрацьовано 240 історій хвороб дітей, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні ЩЛХ ЛОКЛ за перше півріччя 2018 р.

Результати та обговорення. З 1.01. по 30.06.2018 р. на стаціонарному лікуванні у відділенні ЩЛХ ЛОКЛ перебували 240 дітей із різними патологіями: віком 1-12 міс. (немовлята) – 14 (5,83%), у період нейтрального дитинства 1-6 р. – 56 (23,33%), молодшого шкільного віку 6-11 р. – 97 (40,41%), старшого шкільного віку 12-18 р. – 73 (30,41%). Було 20 (8,33%) дітей із тяжкими захворюваннями ЦНС, серед яких із ДЦП – 16 (6,67%), з аутизмом – 6 (2,5%), із хворобою Дауна – 4 (1,67%). Найбільшу нозологічну групу склали одонтогенні запальні захворювання – 111 (46,25%). Травматичні пошкодження ЩД – 44 (18,33%). Пухлини та пухлиноподібні захворювання – 24 (10%). Вроджені та набуті дефекти та деформації – 42 (17,5%), із них: незрощення верхньої губи – 3 (1,25%), незрощення піднебіння – 6 (2,5%), деформація крила носа – 3 (1,25%), деформація верхньої губи – 8 (3,33%), дисостоз – 1 (0,42%), вкорочена вуздечка верхньої губи – 8 (3,33%), вкорочена вуздечка нижньої губи – 6 (2,5%), вкорочена вуздечка язика – 4 (1,67%). Операційна активність становила 95,83%, зокрема 176 (73,33%) хірургічних втручань дітям проведено під загальним знеболенням.



Висновки. Отже, діти складають значну частину пацієнтів відділення щелепно-лицевої хірургії, наразі необхідність організації спеціалізованих стаціонарів або ліжок у хірургічних відділеннях дитячих лікарень для забезпечення надання повноцінної та адекватної медичної допомоги дітям із патологією щелепно-лицевої ділянки.

САНІТАРНІ ПРАВИЛА ДЛЯ ТАТУ-СТУДІЙ В ЄВРОПЕЙСЬКОМУ РЕГІОНІ

Орловська К.В., Чумаченко Т.О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Татування – інвазивна процедура з високим ризиком виникнення інфекційних захворювань. В Європі тату-студії працюють за санітарними нормами та правилами (СНІП). В Україні не існує нормативно-правової бази, що регулює дану сферу діяльності.

Мета. Обґрунтування необхідності створення нормативно-правової бази для тату-студій в Україні.

Матеріали та методи. Проведено аналіз документів щодо нормативно-правової бази для тату-студій у Німеччині, Польщі, Чеській Республіці, Республіці Білорусь, Російській Федерації.

Результати та обговорення. Об'єднання німецьких тату-майстрів 1990-ми роками звернуло увагу на важливість дотримання гігієнічних правил під час татування. 2008 року видано «Рекомендації тату-салона і майстрам від міжнародної організації тату-майстрів Deutsche Organisierte Tätowierer e.V», які 2011 року було доповнено частиною «Гігієна під час татування». Дані Положення стали стандартом у царині татування та підґрунтям європейських норм організації роботи тату-індустрії. В Положеннях прописано загальні вимоги до тату-майстрів і клієнтів, облаштування приміщень та обладнання студій; правила підготовки та прибирання робочих місць, використання тату-машинок, дезінфекції та стерилізації тощо. В документі також наводиться перелік необхідних щеплень для тату-майстрів. У Польщі, Чеській Республіці та Республіці Білорусь правила організації роботи тату-студій затверджено Міністерствами охорони здоров'я. У Російській Федерації тату-студії працюють згідно з вимогами Державних стандартів (ГОСТ).

Висновки. В Україні стрімко зростає попит на татування, що може обумовити збільшення випадків інфекційних хвороб, пов'язаних із тату. В Україні необхідно розробити та впровадити СНІП щодо організації роботи тату-студій, спираючись на досвід Європейських країн.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПОКАЗНИКАМИ ФУНКЦІЇ ТРОМБОЦИТІВ І БІОХІМІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ КРОВІ В ХВОРИХ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ

Пасько В.С.¹, Батушкін В.В.²

¹ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ
²Київський медичний університет, м. Київ

Мета. Встановити взаємозв'язки функціонального стану тромбоцитів з окремими біохімічними показниками крові в пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС), зокрема за наявності серцевої недостатності (СН).

Матеріали та методи. До дослідження включено 74 пацієнти з ІХС – 39 із СН різних функціональних класів за NYHA та 35 хворих без СН. Середній вік склав 68,2±6,4 року. Усі пацієнти отримували антитромбоцитарну терапію аспірином у стандартних дозах. Агрегаційну активність тромбоцитів визначали імпедансним методом на комбінованому люмі-агрегометрі CHRONO-LOG 700 (CHRONO-LOG, США). Як індуктори агрегації застосовували аденозиндифосфат (АДФ) у кінцевій концентрації 20 мкмоль/л, арахідонову кислоту (АК) у кінцевій концентрації 0,5 ммоль, а також колаген у концентрації 2 мкг/мл.

Результати та обговорення. Виявлено зворотний кореляційний зв'язок між такими показниками агрегаційної активності тромбоцитів, як ступінь агрегації (СА), індукованої колагеном, і площа агрегаційної кривої (ПАК), і фібриногеном (ФГ) у пацієнтів з СН ($r=-0,743$; $p=0,01$ і $r=-0,766$; $p<0,001$ відповідно). Водночас у пацієнтів без СН встановлено прямий кореляційний зв'язок між ПАК і ФГ ($r=0,547$; $p<0,01$). Знайдено зворотні кореляційні зв'язки між СА та швидкістю агрегації, індукованої АК, та рівнем заліза в пацієнтів із СН ($r=-0,858$; $p<0,001$ і $r=-0,911$; $p<0,001$ відповідно). СА АДФ-індукованої агрегації у хворих на ІХС зворотно корелювала із показниками загального та вільного білірубину ($r=-0,75$; $p<0,001$; і $r=-0,737$; $p<0,001$ відповідно) незалежно від наявності СН.

Висновки. Агрегаційна здатність тромбоцитів у хворих із СН ішемічного генезу корелює з окремими біохімічними показниками крові – рівнями фібриногену, заліза та білірубину.

ANTIOXIDANT PROTECTION OF PREMATURE NEWBORNS WITH HYPOXIC-ISCHEMIC DAMAGE OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM

Petrashenko V.O., Kasian S.M., Pylypets O. O., Svikolnik A.I.

Sumy State University, Medical Institute, Department of Pediatrics, Sumy

Purpose. To study the state of the antioxidant system in premature newborns against the background of hypoxic-ischemic

damage of central nervous system on the basis of indices of ceruloplasmin concentration in blood plasma.

Materials and methods. The concentration of ceruloplasmin (CP) in the blood serum was determined in 16 conditionally healthy premature newborns and 64 prematurity with hypoxic-ischemic lesions of the central nervous system (CNS), which were divided into three groups: I – 33 children with mild CNS lesion; II – 16 toddlers with severe hypoxic-ischemic lesions and low body weight; III – 15 newborns with severe CNS lesions and very small body weight.

Results. It was found that level of CP in conditionally healthy premature newborns was $0,29 \pm 0,02$ mg/ml. Against the background of mild hypoxia, the concentration CP in serum decreased by 28% compared with healthy children ($p < 0,001$). Perinatal hypoxia of severe degree in newborns of group II led to the depletion of this antioxidant - the content of CP decreased by 1,5 times in comparison with the index of USNN ($p < 0,001$). In addition, its concentration against a background of severe hypoxia was 10% less relative to children with mild hypoxia ($p < 0,05$). The concentration of CP in premature babies with a very small body weight against severe hypoxia was significantly lower relative to children of other groups. Thus, the level of this enzyme in children of this group was 1.8 times less than in healthy ($p < 0,001$) and 31% and 18% decreased relative to preterm I ($p < 0,01$) and group II ($p < 0,05$), respectively.

Conclusions. Thus, against the background of severe hypoxia, the activity of one of the main components of the antioxidant system of the blood plasma, CP, is suppressed.

ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ ТА ПСИХОКОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ В ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ТА МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Пилипенко Н.Г.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Окреслити основні сучасні проблеми психопрофілактики та психокорекції синдрому дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

Матеріали та методи. У роботі використано матеріали психологічних досліджень сучасного стану проблеми психопрофілактики та психокорекції СДУГ у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Метод дослідження – інформаційно-аналітичний.

Результати та обговорення. СДУГ – неврологічно-поведінковий синдром розладу розвитку, що починається в дитячому віці та проявляється труднощами концентрації уваги, гіперактивністю та погано керованою імпульсивністю. Серед сучасних підходів до психопрофілактики та психокорекції СДУГ у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку найефективнішим є мультимодальний підхід за основними напрямками: психокорекція; підвищення психологічної компетентності педагогів у взаємодії з дітьми із СДУГ; психологічний супровід батьків і дитячо-батьківських стосунків; психотерапія (поведінкова, сімейна, індивідуальна та групова для дитини та батьків); рухова активність; релаксаційні методики; виключення з раціону дитини певних харчових продуктів; медикаментозна терапія, до якої вдаються у випадку неефективності вищезазначених методик, якщо дитина дезадапована, зазнає великих труднощів у навчанні, спілкуванні з однолітками.

Висновки. На сьогоднішній день успішна реалізація мультимодального підходу до психопрофілактики та психокорекції СДУГ у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку вимагає побудови системної програми консолідації зусиль батьків дитини із СДУГ, педіатра, психолога, педагога, дитячого невролога та психіатра.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ХРОНІЧНОЇ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ВЕНОЗНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В ГЕНДЕРНОМУ ТА ВІКОВОМУ АСПЕКТАХ

Притико Н.Г.^{1,2}

¹ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

²Комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр» Святошинського району м. Києва

Мета. Визначити основні чинники ризику синдрому хронічної церебральної венозної дисфункції (СХЦВД) залежно від гендерних і вікових показників і частку хворих із СХЦВД у межах амбулаторного прийому невролога.

Матеріали та методи. Проведено клініко-неврологічне обстеження хворих річного амбулаторного прийому лікаря-невролога міської поліклініки, відібрано групу з 95 осіб середнім віком $46,7 \pm 2,4$ р. із СХЦВД і визначено ймовірні фактори ризику патології. Хворих розподілили на 3 вікові групи: 30-44, 45-60, 60-65 років і 2 гендери.

Результати та обговорення. Від усіх пацієнтів хворі із СХЦВД склали 33,8%. Статичне перенавантаження для чоловіків було в 2,6 раза менш значущим проти фізичного, у жінок – в 1,5 раза частіше статичне, вказане як основна причина виникнення патології. У чоловіків спадковість за материнською та батьківською лініями вірогідно не різнилась ($p > 0,05$), у жінок лінія матері мала тенденцію до переваги ($p = 0,1$). Фізичне навантаження переважало в 45-59 років; статичне, легка черепно-мозкова травма (ЧМТ) і негативна спадковість – у 30-59 років. У кожній віковій групі початку захворювання вірогідною була різниця між жінками та чоловіками ($p < 0,05$) стосовно фізичного перенавантаження – 18-29 років, статичного – 45-59 років, ЧМТ – 60+, стресу – 30-44 років.

Висновки. Серед хворих із СХЦВД переважали жінки. Чоловіки та жінки із СХЦВД різняться за факторами ризику СХЦВД.

ПРОФІЛАКТИКА БОЛЮ В НОВОНАРОДЖЕНИХ

Сахно Н.С., Сіренко О.І., Белова О.О.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Обґрунтувати та впровадити комплексний підхід до профілактики болю в процесі виходжування передчасно народжених дітей.

Матеріали та методи. Впродовж лікування в стаціонарі застосовували сучасні методи виходжування, використовували нефармакологічні та фармакологічні засоби запобігання болю в 284 новонароджених.

Результати та обговорення. Профілактика болю є найактуальнішим питанням сучасної неонатології. Одразу після народження всі новонароджені стикаються з відчуттям болю. Щодня вони зазнають від 6 до 16 агресивних маніпуляцій. За час перебування у ВІТН вони зазнають від 115 до 372 болісних втручань, причому що меншим є термін гестації на час народження, то частіше та триваліше діти відчувають біль. Проте лише від 0,8% до 32% дітей отримують знеболення під час виконання маніпуляцій. Сучасні методи виходжування – комфортні умови перебування (загальне затемнення палати, підтримання тиші, залучення батьків до догляду за дитини, виходжування методом «мати-кенгуру»), сповивання, нехарчове ссання з використанням 25% розчину глюкози або зцідженного грудного молока перед виконанням маніпуляцій, масаж, лагідна розмова з дитиною), використання спеціальних місцевих і загальних знеболюючих препаратів – сприяють зменшенню больових відчуттів. Комплексні методи запобігання болю відіграли важливу роль у фізіологічному постнатальному розвитку новонароджених дітей.

Висновки. Профілактичні методи, спрямовані на зменшення негативного впливу болю під час виконання маніпуляцій, сприяють ліпшому емоційному та фізичному розвитку дитини в майбутньому.

ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНІ ТА ВІДЕОАСИСТОВАНІ БІОПСІЇ ЛЕГЕНЬ ЯК МЕТОД ВЕРИФІКАЦІЇ ГЕНЕЗУ ДИСЕМІНАЦІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ТА ІНШОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Шамрай М.Ю., Лисенко В.І.

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Мета. Вивчити діагностичну цінність використання відеоторакоскопічної (ВТС) і відеоасистованої (ВАТС) біопсії легень з гістологічною верифікацією для визначення етіології синдрому внутрішньолегеневої дисемінації (СВЛД).

Матеріали та методи. Проаналізовано і узагальнено дані 143 хворих із СВЛД неясного генезу, що перебували в стаціонарі з 2014 по 2018 рр. Обстежуваних розподілили на 2 клінічних групи залежно від способу забирання біопсійного матеріалу: I група – 105 (73,4%) пацієнтів, яким було проведено ВТС біопсію легень, II група – 38 (26,6%) хворих, яким було проведено ВАТС біопсію легень. В усіх пацієнтів проводили гістологічне дослідження біоптатів легень.

Результати та обговорення. Для різних видів біопсії легеневої тканини з наступною гістологічною верифікацією отримано такі дані. У I групі різні форми туберкульозу легень виявлено в 10 (9,6%) пацієнтів, метастатичне ураження легень – у 15 (14,4%), саркоїдоз легень – у 43 (40,6%), пневмокозиоз – в 11 (10,6%), неспецифічні захворювання легень – у 3 (2,9%) і захворювання іншої етіології – в 23 (21,9%) хворих. У II групі різні форми туберкульозу легень визначено в 6 (15,8%) пацієнтів, метастатичне ураження легень – у 8 (21,1%), саркоїдоз легень – у 11 (28,6%), пневмокозиоз – у 4 (10,6%), неспецифічні захворювання легень – у 2 (5,3%), захворювання іншої етіології – в 7 (18,6%) хворих.

Висновки. Застосування відеоторакоскопічних методик за СВЛД неясного генезу з подальшою гістологічною верифікацією дало змогу забезпечити 100,0% верифікацію діагнозу. Ці підходи є високоточними та мало травматичними методами діагностики. Низький рівень ускладнень дає можливість розглядати їх як методи вибору для діагностики даної патології.

РАЦІОНАЛЬНА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЯ В ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ: НАВИЩО, КОЛИ ТА ЯК

Шаповалов Д.Ю., Гупало Ю.М., Швед О.Є., Наболотний О.І., Шамрай-Сас А.В., Шапринський В.В.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Обґрунтувати алгоритм спостереження та лікування хворих на цукровий діабет для виконання вчасної реваскуляризації стопи.

Матеріали та методи. За період 2013-2018 рр. виконано 141 хірургічну реваскуляризацію 107 хворим із синдромом діабетичної стопи (СДС): 62 (57,9%) чоловікам і 45 (42,1%) жінкам, середній вік складав 68,2 р. Трофічні порушення мали місце в 77 (72,0%) хворих, ураження пальців (V категорія за Rutherford) – у 41 (33,6%), ураження стопи та гомілки (VI категорія за Rutherford) – у 36 (38,3%). З останньої групи у 17 (47,2%) хворих були рани після малих ампутацій і некретомій, що не загоювались. За ендоваскулярною методикою виконано 94 (66,7%) реваскуляризацій, відкритим способом – 37 (26,2%), за гібридною методикою – 10 (7,1%).

Результати та обговорення. Термін спостереження склав 2 роки. Високу ампутацію кінцівки виконано в 9 хворих

(8,4%). Загоєння трофічних порушень відбулось після 98 реваскуляризацій (69,5%). Померли 6 пацієнтів (5,6%), причинами смерті були інфаркт міокарда або інсульт. Значна кількість хворих із V і VI кат. за Rutherford свідчить про невчасне направлення пацієнтів до судинного хірурга, порушення етапності хірургічних втручань, відсутність узгодженого мультидисциплінарного ведення хворого.

Висновки. Для ефективнішого лікування хворого із СДС слід дотримувати таких принципів: до лікування хворого мають бути залучені хірург, ортопед та ендокринолог, за відсутності пульсації на стопі або наявності трофічних змін хворий має бути оглянутий судинним хірургом з метою визначення можливості реваскуляризації, адекватна хірургічна санація та вчасна реваскуляризація. Найліпший термін для реваскуляризації – перед появою трофічних змін. Ознаки критичної ішемії є показанням для невідкладного вирішення питання про реваскуляризацію. Після відновлення перфузії стопи лікування та реабілітацію хворого здійснюють хірург, ортопед (або подолог) та ендокринолог.

МЕТОДИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ БАГАТОРІВНЕВИМИ УРАЖЕННЯМИ АРТЕРІАЛЬНОГО РУСЛА

Шапринський В.В., Гупало Ю.М., Швед О.Є., Наболотний О.І., Шаповалов Д.Ю., Шамрай-Сас А.В.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Визначити оптимальні методи реваскуляризації за багаторівневих уражень артеріального русла шляхом ретроспективного аналізу лікування критичної ішемії.

Матеріали та методи. За результатами передопераційного ультразвукового дуплексного сканування (УЗДС) артерій 212 пацієнтів із критичною ішемією нижніх кінцівок (КІНК) у 78 (36,8%) виявлено багаторівневі ураження артеріального русла (БРУАР). Пацієнтів розподілили на дві групи. У першій (дослідній) групі, яку склали 50 пацієнтів (64,1%), відновлено прохідність БРУАР гібридним методом (поєднане застосування ендovasкулярних і відкритих операцій) або лише ендovasкулярно. До другої (контрольної) групи увійшли 28 пацієнтів (35,9%), яким виконано реконструкцію стегового артеріального сегмента шляхом шунтування у 18 (64,3%) випадках і шляхом ендартеректомії з пластикою артерії заплатою в 10 (35,7%) випадках.

Результати та обговорення. Впродовж 18 місяців поопераційного спостереження 78 пацієнтів із БРУАР первинна прохідність зони стегової реконструкції в пацієнтів дослідної групи після застосування методів гібридної та ендovasкулярної хірургії становила 92%, збереження кінцівки – 96%. У пацієнтів контрольної групи, яким було виконано ізольовану реконструкцію стегового артеріального сегмента відкритим способом без реваскуляризації дистального русла, прохідність зони реконструкції становила 75%, збереження кінцівки – 82%.

Висновки. Оптимальним методом реваскуляризації в пацієнтів із оклюзійно-стенотичними ураженнями багаторівневого характеру в пацієнтів із критичною ішемією нижніх кінцівок є одномоментні гібридні або ендovasкулярні оперативні втручання, проведені на декількох рівнях, що дозволяє ефективніше досягти регресу ішемії та зберегти кінцівку.

COMPARISON OF EFFECTIVENESS OF BARRETT'S ESOPHAGUS DIAGNOSTIC

Serha T.V.¹, Kuryk O.G.^{1,2}, Yakovenko V.O.^{2,3}

¹Bogomolets National Medical University, Kyiv

²State Institution of Science «Scientific and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine» State Administration Department, Kyiv

³Medical Center «Oberig Clinic», Kyiv

Purpose. To study the diagnostic of Barrett's esophagus (BE) by screening endoscopy and morphological verification.

Materials and methods. This is a retrospective study of screening endoscopy, that was performed in the Central Hospital Security Service of Ukraine in 2014-2016 years and in the Medical Center «Oberig Clinic» in Kyiv during the period 2014-2016. Endoscopy with biopsy material was performed according to the sampling protocol.

Results. In the Central Hospital Security Service of Ukraine the endoscopies were performed by Olympus EVIS EXERA II in 2660 (100%) patients and BE was diagnosed in 125 (4,7%) out of all patient (95% confidence interval (CI) – 3,9-5,5%). Cardiac metaplasia was detected in 42 (33,6%) patients out of 125 (100%), fundic metaplasia – in 25 (20,0%) cases, specialized intestinal metaplasia – in 58 (46,4%) patients. In 22 (19,0%) cases low and high grade dysplasia were diagnosed (95% CI 10,4-23,6%). Adenocarcinoma of the esophagus was not observed. In the Medical Center «Oberig Clinic» the endoscopies were performed by Olympus Q160-Z, Olympus EVIS EXERA II, NBI, with 115 magnification and chromoscopy. BE was diagnosed in 841 (36,8%) cases (95% CI 36,02-39,76%) from 2405 cases screening endoscopy (100%). Histologically – cardiac metaplasia was detected in 48 (5,71%) patients with 841, fundal metaplasia – in 136 (16,19%); specialized intestinal metaplasia – in 625 (72,28%) and mixed metaplasia – in 32 (3,80%) patients. In 32 (3,81%) cases a diagnosis of high and low grade dysplasia was detected (95% CI 2,04-4,62%). Adenocarcinoma was found in 4 (0,47%) patients (95% CI 0,20-1,36).

Conclusions. The prevalence of BE according the data of two clinics is 4,7% and 36,8%. Further cohort studies are needed.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ВІДЕОАСИСТОВАНИХ ОПЕРАЦІЙ У ЛІКУВАННІ ПЛЕВРАЛЬНИХ ВИПОТІВ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ТА НЕСПЕЦИФІЧНОГО ГЕНЕЗУ

Шалагай С.М.

ДУ «Національний інститут фізіотерії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Підгрунта відеоасистованих (ВАТС) операцій складає використання ендоскопічної техніки з можливим виконанням міноракотомії розміром до 8 см, що дозволяє з невеликою операційною травмою досягти бажаного лікувального та діагностичного ефекту.

Мета. Представити власний досвід виконання ВАТС операцій у пацієнтів із плевритом туберкульозного та неспецифічного генезу в період з 2015 р по 2019 р.

Матеріали Та методи. За 4 роки виконано 427 ВАТС операцій пацієнтам із плевритом туберкульозного та неспецифічного генезу: туберкульозне ураження плеври складало 181 (42,4%), неспецифічне – 246 (57,6%) випадків, санація емпієми плеври застосовувалась у 187 (43,8%) випадках, в 1 (0,2%) спостереженні – в поєднанні з трансдіафрагмальним дренажуванням піддіафрагмального абсцесу, парієтальна плевректомія з декортикацією легень – в 36 (8,4%) випадках, видалення казеом плевральної порожнини – в 1 (0,2%) пацієнта. У ході всіх операцій фрагменти плеври направлялись на патогістологічне дослідження.

Результати та обговорення. Поопераційний період характеризувався: ранньою мобілізацією – середній термін поопераційного перебування в стаціонарі склав $14,9 \pm 0,5$ доби, коротким терміном призначення наркотичних анальгетиків – $1,8 \pm 0,5$ доби. Рівень поопераційних ускладнень – 41 (9,6%) спостереження, поопераційна летальність – 1 (0,2%) випадок. Загальна ефективність виконання ВАТС оперативних втручань складала 91,7%.

Висновки. ВАТС операції характеризуються високою лікувально-діагностичною цінністю, поєднують в собі достатню ефективність із малою травматичністю, що забезпечує короткий термін лікування пацієнтів у стаціонарі, супроводжується малою кількістю поопераційних ускладнень, задовільним косметичним ефектом.

ПРЕДИКТОРИ РАННІХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ ТА ПЕРІОПЕРАЦІЙНА МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ

Шклянка І.В.^{1,2}, Жарінов О.Й.¹, Міхалєв К.О.³, Єпанчінцева О.А.², Тодуров Б.М.²¹НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ, ²ДУ «Інститут серця МОЗ України», м. Київ³ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Встановити предиктори виникнення ранніх поопераційних ускладнень (РПУ) після аортокоронарного шунтування (АКШ) у пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця (ІХС) й оцінити вплив періопераційної медикаментозної терапії.

Матеріали та методи. Обстежено 155 пацієнтів зі стабільною ІХС, відібраних для АКШ, віком 39-81 рік (61 ± 8 років). У 66 пацієнтів протягом госпітального періоду виникло 84 РПУ. Групи пацієнтів з і без ускладнень порівнювали за демографічними показниками, супутніми хворобами, лабораторними показниками, періопераційною терапією, особливостями АКШ.

Результати та обговорення. Переважну більшість ускладнень становили випадки поопераційної фібриляції передсердь – 56%. Особливостями пацієнтів з ускладненнями були наявність цукрового діабету (ЦД) тяжкого ступеня ($p=0,025$), ожиріння I і II ступенів ($p=0,070$), підвищений передопераційний рівень інтерлейкіну-6 (медіана (квартилі) – 4,1 (3,1-9,0) пг/мл проти 3,2 (2,0-5,1) пг/мл; $p=0,044$), збільшений розмір лівого передсердя – 4,3 (4,2-4,6) см проти 4,2 (4,0-4,5) см; $p=0,068$, гіпертрофія лівого шлуночка – 47,9 (41,8-63,1) г/м² проти 43,6 (36,5-55,2) г/м²; $p=0,008$, відсутність періопераційного застосування статинів ($p<0,001$) і більша тривалість перетискання аорти (20 (15-25) хв. проти 17 (13-23) хв.; $p=0,049$). За даними мультіваріантного аналізу доведено, що ризик РПУ після АКШ у 2,5 рази більший у пацієнтів, які не приймали статини в періопераційний період, порівняно з особами, які приймали ці препарати у середніх/низьких або високих дозах впродовж ≥ 7 діб. Ризик РПУ в пацієнтів із ЦД тяжкого ступеня в 1,96 рази більший порівняно з таким у пацієнтів із ЦД легкого ступеня.

Висновки. Найбільш значущими предикторами РПУ після АКШ виявились відсутність періопераційної терапії статинами та наявність ЦД тяжкого ступеня. Приймання високої дози статинів протягом ≥ 7 днів перед операцією дозволило зменшити ризик виникнення РПУ, зокрема поопераційної фібриляції передсердь.

FEATURES OF CONTENT OF TOXIC ELEMENTS IN MOTHERS HAIR AND THEIR CHILDREN WHICH WERE BORN WITH INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION

Shkolna I.I.¹, Markevych V.E.², Murza Yu.O.¹¹Sumy State University, Medical Institute, Department of Pediatrics, Sumy²Kyiv medical university of UAfM, Kyiv

Purpose. To study the content of Cr and Cd in women hair and their children, which were born with intrauterine growth

restriction.

Materials and methods. Contents of toxic elements were examined in hair of 10 women and their full-term infants which were born with intrauterine growth restriction (IUGR) – group I. The comparison group included 10 mothers and their full-term newborns – group II. The content of trace elements was studied using atomic absorption spectrophotometer C-115 ML.

Results. Level of Cr in children's hair in group I was $0,44 \pm 0,04 \mu\text{g/g}$, which is 1,45 times less than in the comparison group ($p < 0,05$). Level of Cd in newborns' hair of group I was $0,018 \pm 0,005 \mu\text{g/g}$, which is 1,5 times higher than in children of group II ($p > 0,05$).

The average content of chrome in mothers' hair of group I was $0,82 \pm 0,06 \mu\text{g/g}$, and didn't differ from the level of element in group II ($0,081 \pm 0,06 \mu\text{g/g}$). The average content of Cd in hair of the mothers of group I also didn't have a significant difference and was $0,023 \pm 0,005 \mu\text{g/g}$ and $0,024 \pm 0,003 \mu\text{g/g}$ in groups I and II, respectively ($p > 0,05$).

Conclusions. In hair of children with IUGR found low content of Cr, which is due to a violation of the transport and depositing functions of the placenta.

LOW PHYSICAL ACTIVITY AS ONE OF THE RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASE

Vladyslav S., Kateryna S.

Sumy State University, Medical Institute, Department of Public Health, Sumy

Purpose. To investigate the prevalence of low physical activity (LPA) among men living in the city aged 40-64.

Materials and methods. The screening survey of the unorganized urban population of men aged 40 to 64 years was performed. The sample was formed by the method of random numbers and was representative of the identity of the main features and the number of surveyed. According to the results of a survey of a representative sample of men of urban population aged 40-64, an analysis of their physical activity was performed according to the survey conducted using a single questionnaire. The LPA was determined according to the WHO criterion.

Results. A total of 501 inquiries showed that four of the ten surveyed men lead a sedentary way of life. Most of them (75.6%) significantly increase motor activity in the spring-summer season of the year, however, only one third of men aged 40-49 (30.8%), one fifth in the age group of 50-59 (19.7%) and every tenth (10.3%) in the age group 60-64 compensate for the LPA by regular physical activity (basketball, football, swimming) in the autumn-winter period. Among the men who lead a sedentary lifestyle, 3.5% of the insufficient physical activity is an isolated risk factor (RF). As the age increases, the proportion of people in whom LPA is combined with other risk factors. The associativity of the LPA with one RF is noted at 11.1%, and with the two RFs - 44.9% of the surveyed. In 25.8% of the examined men, the LPA registers in conjunction with three or more RFs.

Conclusions. The received results, noted the significant association of the LPA with other RFs, indicate that it is necessary to carry out preventive work aimed at increasing the physical activity, propagandize sports and other physical activities to prevent the development of cardiovascular disease.

ТРАНСФОРМАЦІЯ ЕРИТРОЦИТІВ ЗА УМОВ ВВЕДЕННЯ КРІОКОНСЕРВОВАНИХ ЯДРОВІСНИХ КЛІТИН КОРДОВОЇ КРОВІ І ДЕСИНХРОНОЗУ

Шило О.В., Ломако В.В., Луценко Д.Г.

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків

Мета. Вивчення ефектів введення кріоконсервованих ядровісних клітин кордової крові (ЯВК КК) і десинхронозу на динаміку трансформації еритроцитів.

Матеріали та методи. Експерименти проведено на білих безпородних щурах (вік 6-7 місяців) з урахуванням всіх біохімічних норм. Десинхроноз (інверсія світлового режиму) моделювали шляхом одноразового збільшення тривалості світлового періоду на 12 год. (світловий період складав 24 год.). За тиждень перед тим щурам внутрішньочеревно вводили 1,0 мл кріоконсервованої суспензії ЯВК КК людини в автологічній плазмі, вміст стовбурових CD34+ клітин становив 2-4x10⁵. Динаміку трансформації еритроцитів оцінювали методом малокутового розсіяння світла, визначаючи за індексом сферичності форми, що переважали у таких діапазонах: (1...1,3) сфероцити, (1,3...1,7) стоматоцити, (1,7...2,1) нормальні та (2,1...3) сплюснені дискоцити. Статистичну обробку проводили за допомогою програми Statistica 6.0 ($p < 0,05$).

Результати та обговорення. Після введення ЯВК КК кількість дискоцитів у крові щурів зменшувалась за рахунок нормальних дискоцитів (з $50,83 \pm 1,91\%$ до $34,37 \pm 6,15\%$), частка сплюснених не змінювалась, відсоток стоматоцитів і сфероцитів підвищувався (з $43,84 \pm 2,31\%$ до $57,16 \pm 8,94\%$ і з $1,02 \pm 0,29\%$ до $5,74 \pm 1,97\%$ відповідно). Десинхроноз приводив до збільшення рівня нормальних дискоцитів (до $56,15 \pm 2,34\%$) і сфероцитів (до $6,38 \pm 4,36\%$) і зменшення (тенденція) частки стоматоцитів (до $34,0 \pm 7,6\%$). Моделювання десинхронозу на тлі введення ЯВК КК сприяло зменшенню відсотка як сплюснених (з $4,70 \pm 0,66\%$ до $1,86 \pm 0,76\%$), так і нормальних дискоцитів (до $39,3 \pm 1,24\%$), а також збільшенню кількості оборотно (стоматоцитів до $55,72 \pm 5,11\%$) і необоротно (сфероцитів до $3,11 \pm 0,5\%$) змінених форм еритроцитів.



Висновки. Моделювання десинхронізу на тлі введення кріоконсервованої суспензії ЯВК КК призводило до зменшення кількості дискцитів і збільшення змінених форм клітин у крові щурів, тобто популяція еритроцитів ставала більш гетерогенною.

ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ МОНІТОРИНГУ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ІЗ ГАСТРОПАТОЛОГІЄЮ

Сміян О.І.¹, Січенко П.І.¹, Мошчак О.П.²

¹Сумський державний університет, м. Суми

²НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Оцінити загальний стан здоров'я дітей із гастропатологією за допомогою програми інтегральної оцінки загального стану організму з точки зору її інформативності порівняно із стандартними методами обстеження.

Матеріали та методи. Обстежено 35 дітей віком від 12 до 17 років з ураженням шлунково-кишкового тракту. Групу контролю склали 25 практично здорових дітей аналогічного віку. Оцінку загального стану організму дитини здійснювали за допомогою програми Doc-Helper «Алгоритм комплексної оцінки стану організму», підґрунтя якої складають визначення ступеня запального процесу, рівня ендогенної інтоксикації, оцінка метаболізму, імунного балансу та функціональних можливостей. Обстеження проводили в першу та 12-14-ту добу хвороби.

Результати та обговорення. Аналіз показав, що для дітей із хронічними гастродуоденопатіями на тлі загострення характерними є наявність запального процесу, підвищення рівня ендогенної інтоксикації, зниження неспецифічного імунного захисту та порушення механізмів адаптації. Використання стандартного обстеження з точки зору його інформативності, прогнозування перебігу хвороби та вибору тактики лікування показало, що отримані результати вимагають детальнішої комплексної оцінки, оскільки деякі окремо взяті показники не цілком відображали стан тощо або іншого патологічного процесу.

Висновки. Порівняльний аналіз оцінки загального стану організму з використанням стандартного обстеження та застосування даної програми показав, що остання є інформативнішою, ефективнішою, дозволяє виявити активність запального процесу навіть без клінічних ознак запалення, що полегшує контроль перебігу хвороби, тяжкості, прогнозу і розробку тактики лікування.

ПРЕДИКТОРИ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ

Сміян О.І., Сміян-Горбунова К.О., Бинда Т.П., Васильєва О.Г., Січенко П.І.

Сумський державний університет, м. Суми

Мета. Вивчення предикторів несприятливого перебігу гострих кишкових інфекцій (ГКІ) у дітей.

Матеріали та методи. Опитано 42 батьків дітей із гострими кишковими інфекціями, віком від 1 місяця до 18 років. До групи контролю, порівнянної за віковим і статевим складом включено 26 здорових дітей.

Результати та обговорення. Після проведеного аналізу отриманих результатів встановлено, що серед матерів основної групи загроза переривання вагітності мала місце в 62,54±6,38%, випадків, а серед матерями дітей контрольної групи – в 15,23±5,05%, p<0,001. Вірогідно частіше перебіг вагітності ускладнювався токсикозом I та/або II половини вагітності серед матерів дітей основної групи в 60,21±4,32% випадків, у групі контролю – в 18,17±5,18%. У ході дослідження встановлено, що діти перших шести років життя хворіли частіше (59,25±2,36%, p<0,001). Крім того, захворювання на ГКІ частіше мали місце в хлопчиків, ніж у дівчинок (p<0,001). Поряд із цим, аналіз отриманих результатів показав вірогідно вищу захворюваність у дітей, які народилися взимку (p<0,01). Гострі респіраторні вірусні інфекції в анамнезі вірогідно частішими були в дітей основної групи (78,81±3,43 % проти 9,12±2,21% у контролі), p<0,001.

Висновки. Предикторами несприятливого перебігу гострих кишкових інфекцій у дітей є: загроза переривання вагітності, токсикоз I та/або II половини вагітності в матерів, народження дітей взимку, вік дитини до 6 років, часті гострі респіраторні вірусні інфекції в анамнезі. У разі захворювання дитини на ГКІ за наявності в неї таких анамнестичних даних можна прогнозувати тяжчий перебіг хвороби.

ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА УЛЬТРАФІОЛЕТОВОЇ СКЛАДОВОЇ ІНСОЛЯЦІЇ

Стеблій Н.М.

ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзєєва НАМН України», м. Київ

Мета. Дати гігієнічну оцінку ультрафіолетової складової інсоляції приміщень.

Матеріали та методи. Розраховано рівні ультрафіолетового випромінювання (УФВ) діапазону В, мінімальні еритемні дози (МЕД) для тригодинної інсоляції деяких приміщень. Визначено величини ультрафіолетового індексу та рівні перевищення гранично допустимих рівнів УФВ для працюючих.

Результати та обговорення. На підставі моніторингових і розрахункових даних проведено гігієнічну оцінку УФВ сонця як фактора ризику для здоров'я працюючих і населення. Проведено аналіз літератури та нормативних документів,

що стосуються критеріїв оцінки дії УФВ сонця: ультрафіолетового індексу, гранично допустимого рівня, експозиції та еритемно-ефективної дози. За результатами проведених розрахунків показано, що з березня по вересень на широті м. Києва величина ультрафіолетового індексу становить понад 2, а в червні та липні – 7, що належить до «високої категорії експозиції».

Висновки. Рівень УФВ сонця, що проникає крізь вікно зі звичайного скла в приміщення, на географічних широтах території України, за максимально можливих умов експозиції працюючого може додавати до річної дози опромінення 0,14 МЕД. Впродовж року експозиція УФВ людиною в приміщенні з відкритим вікном у прямих сонячних променях на 45°, 50° пн. ш. в 2-42 рази (залежно від місяця спостереження) може перевищувати гранично допустимий рівень для УФ-В 0,01 Вт/м² для професіоналів.

ПЕРЕШКОДИ НА ШЛЯХУ ВПРОВАДЖЕННІ ІНТЕГРОВАНІХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ КО-ІНФЕКЦІЄЮ ТБ/ВІЛ В УКРАЇНІ

Степанова Т.В.

НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Оцінити бар'єри з боку медичних працівників на шляху надання медичних послуг для ко-інфікованих ТБ/ВІЛ в одному місці одним лікарем.

Матеріали та методи. 2017 року нами проведено 8 глибоких інтерв'ю з лікарями – фізіотерапевтами та інфекціоністами, які мали досвід надання допомоги хворим на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ у м. Києві та Київській області. Всі інтерв'ю було транскрибовано та закодовано із застосуванням методології обґрунтованої теорії, що визначає ключові спільні теми.

Результати та обговорення. Бар'єри, виявлені з боку медичних працівників, класифіковано за такими темами: знання, проблеми діагностики, медикаментозне забезпечення, питання комунікації та особисті фактори. Лікарі відзначили недостатність знань із суміжної спеціальності: для інфекціоністів – діагностика та лікування ТБ, для фізіотерапевтів – призначення антиретровірусної терапії ВІЛ-інфікованим, для фахівців обох спеціальностей – консультування хворих щодо взаємодії лікарських засобів із різних схем терапії та формування прихильності до лікування. Також лікарі не прагнуть самостійно вести пацієнтів із ко-інфекцією через недосконалість нормативного регулювання, необхідність ведення окремої облікової документації та баз даних на кожне захворювання.

Висновки. Для впровадження інтегрованих медичних послуг для хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ перешкоди мають вирішуватися на декількох рівнях: на індивідуальному – посилення мотивації лікарів до ведення пацієнтів із ко-інфекцією, на організаційному – забезпечення доступу до комплексного обстеження та медикаментозного забезпечення, на системному – нормативне регулювання, створення єдиної бази даних пацієнтів із соціально небезпечними захворюваннями.

СТАН КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ ТА ЙОГО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІЗ ПОРУШЕННЯМИ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ЖІНОК З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Стецюк І.О.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Мета. Оцінити стан кардіоваскулярного ремоделювання та встановити його взаємозв'язок з порушеннями мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) у жінок з ішемічною хворобою серця (ІХС).

Матеріали та методи. Обстежено 115 жінок у постменопаузний період із діагнозом ІХС: стабільна стенокардія напруження II-III ФК по групах: 1 – 24 хворих із нормальними показниками МЩКТ, 2 – 34 хворих з остеопенією, 3 – 44 хворих з остеопорозом. Стан МЩКТ оцінювали за допомогою ультразвукової остеоденситометрії та алгоритму FRAX. Структурно-функціональні показники серця та судин визначали за допомогою двовимірної ехокардіоскопії та імпульсно-хвильової доплерографії.

Результати та обговорення. У жінок з ІХС паралельно з прогресуванням порушень МЩКТ виявлено вірогідне зниження T- та Z-критеріїв і збільшення 10-річного ризику розвитку остеопорозних переломів. У хворих з ІХС та остеопорозом виявлено збільшення комплексу інтима-медіа правої та лівої загальної сонної артерії (на 14,94% і 15,56% відповідно), товщини задньої стінки лівого шлуночка (ЛШ) (на 9,26%) та індексу жорсткості міокарда ЛШ (на 40%), зниження ФВ ЛШ (на 8,77%). У жінок з ІХС і постменопаузним остеопорозом частіше розвивалася діастолічна дисфункція ЛШ за типом порушення релаксації (80,76%), переважно концентрична гіпертрофія ЛШ (61,36%) та ексцентрична гіпертрофія ЛШ порівняно з хворими із нормальною МЩКТ (11,36% проти 4,17%; $\chi^2=5,247$; $p<0,05$). Встановлено наявність кореляцій між T- і Z-критеріями променевої кістки та ФВ ЛШ ($r=+0,42$; $p<0,05$), КСР ЛШ ($r=+0,61$; $p<0,05$), 10-річним ризиком розвитку переломів великомілкової кістки і ЛПД ($r=+0,43$; $p<0,05$; $r=+0,50$; $p<0,05$ відповідно), ММЛШ ($r=+0,58$; $p<0,05$).

Висновки. Виявлена залежність між прогресуванням структурно-функціональних змін серця та судин у жінок з ІХС і ступенем порушень МЩКТ свідчить про наявність взаємозв'язку між процесами кардіоваскулярного та кісткового ремоделювання, що необхідно враховувати у виборі тактики ведення цих хворих для запобігання ускладненням.

РОЗРОБКА ОПТИМАЛЬНОЇ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ НА ПІДСТАВІ СУЧАСНИХ ДОСЯГНЕНЬ МІКРОБІОЛОГІЧНОЇ НАУКИ

Сухарев А.Б., Копиця Т.В., Сухарева В.А.

Сумський державний університет, м. Суми

Завданням трансляційної медицини в акушерстві є впровадження медико-біологічних досягнень у лікувальні схеми, що дозволяють ефективно боротися з післяпологовими гнійно-септичними захворюваннями.

Мета. Порівняння мікрофлори порожнини матки здорових і хворих на ендометрит породіль для обґрунтування емпіричної антибактеріальної терапії.

Матеріали та методи. Обстежено 30 жінок із фізіологічним перебігом пuerперію та 45 жінок із післяпологовим ендометритом. Посів виділень із порожнини матки в здорових жінок проводили на 3-4-й день після пологів, у жінок з ендометритом – за появи перших симптомів захворювання перед початком антибактеріальної терапії. Порівняльний аналіз мікрофлори порожнини матки в здорових породіль і породіль, хворих на ендометрит, проводили методом кількісної оцінки мікрофлори досліджуваного матеріалу.

Результати та обговорення. Встановлено полімікробну етіологія післяпологового ендометриту. Провідне місце в етіологічній структурі належить умовно-патогенним мікроорганізмам: ентерококам, ентеробактеріям (переважно *Enterococcus faecalis* і *Proteus mirabilis*) та не спороутворюючим анаеробам (переважно – *Peptostreptococcus* spp. і *Bacteroides* spp.), що знаходяться в матці в більшості випадків у масивній кількості у вигляді аеробно-анаеробних асоціацій. Враховуючи дані мікробіологічного дослідження виділень із порожнини матки, за появи ознак ендометриту доцільно розпочати лікування з використанням такої схеми антибактеріальної терапії: медаксон 2 г 1 раз на добу внутрішньовенно крапельно + метресо 500 мг 3 р./добу внутрішньовенно крапельно.

Висновки. В емпіричній антибіотикотерапії післяпологового ендометриту доцільним є застосування комбінації антибактеріальних препаратів, що діють на аеробну та анаеробну мікрофлору.

INVESTIGATION OF THE LEVEL OF MALADAPTATION AMONG CIVIL SERVANTS

Sydorenko O.O.

State Institution of Science «Research and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, Kyiv

Purpose. To investigate the level of maladaptation among civil servants.

Materials and methods. Psychodiagnostic and statistical method. Was used the questionnaire «The level of professional maladaptation» (Rodina O.N.).

Results. In 78 (49,00%) of civil servants maladaptation was found, which is almost half of the sample (n=159). Of the 78 respondents with manifestations of maladaptation: 66 (84,61%) of them found a moderate form of maladaptive manifestations, 12 (15,31%) expressed form. The study show the presence of maladaptation in respondents (n=78), which is reflected both in the clinical and psychological field (worsening of concentration and memory (n=53; 67,95%), sleep disturbances (n=68; 87,18%), somatovegetative disorders (n=66; 84,62%), mood swings (n=64; 82,05%), increased fatigue (n=72; 92,31%), low overall activity (n=50; 64,10%), and in the "social-productive" (fatigue after work and disability (n=69; 88,46%), job performance and tasks require more effort (n=52; 66,67%), conflicts are motivational fields (n=70; 89,74%). According to the experience of our previous study, it was found that respondents with manifestations of maladaptation show anxiety and depressive symptoms. Manifestations of anxiety are observed in 35 (44,87%) respondents with signs of maladaptation (24 (30,76%) - subclinical form, 11 (14,10%) - clinical); manifestations of depression are observed in 20 (25,64%) respondents (13 (16,66%) - subclinical form, 7 (8,97%) - clinical). The construction of one-factor logistic regression models between anxiety-depressive disorders and maladaptation showed a close relationship and the effect of the presence of anxiety or depression on the development of maladaptation (p<0,001).

Conclusions. Respondents with manifestations of anxiety-depressive symptoms combined with the state of social and psychological maladaptation have high risks to the deterioration of the psycho-physiological state, social interaction, individual indicators in the field of work.

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНІСТЬ-АСОЦІЙОВАНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ВАГІТНИХ ІЗ ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ В АНАМНЕЗІ

Тарнавська А.О.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

З огляду на зростання частоти гіпертензивних гестаційних ускладнень у вагітних за останні двадцять років доцільною є зміна підходів до планування повторної вагітності в жінок із преєклампсією в анамнезі.

Мета. Зниження частоти акушерських, перинатальних і кардіальних ускладнень у вагітних із гіпертензивними

ускладненнями попередньої вагітності шляхом впровадження комплексного підходу до їх профілактики.

Матеріали та методи. Обстежено 30 жінок із преєклампсією в анамнезі, які планують наступну вагітність. Серед них у 6 в анамнезі – тяжка преєклампсія з розродженням у терміні до 32 тижнів, у 12 – тяжка преєклампсія з розродженням у 32-34 тижні, у 12 – преєклампсія легкого ступеня. Для кожної вагітної розроблено план обстеження та прегравідарної підготовки.

Результати та обговорення. З урахуванням високого ризику повторного виникнення преєклампсії (17-50%) залежно від терміну її виникнення, прогресування та терміну ургентного розродження при попередній вагітності запропоновано алгоритм обстеження, спрямований на мінімізацію негативних факторів, пов'язаних із патологією ранньої плацентації. Результати обстеження в прекоцепційний період за даним алгоритмом виявили відхилення у стані здоров'я, зміни за даними інструментальному обстеження в 80% випадків. Тому до прегравідарної підготовки додано донатори оксиду азоту, ацетилсаліцилову кислоту, фолієву кислоту, проведено корекцію ліпідного обміну, підвищеного артеріального тиску препаратами, дозволеними до приймання під час вагітності.

Висновки. Для жінок, в яких у попередніх вагітностях виявлено гіпертензивні ускладнення, необхідним є ретельне обстеження та планування вагітності з урахуванням їх особистого ризику вагітність-асоційованої патології. Проведення прегравідарної підготовки в даній групі жінок дозволяє попередити негативну дію факторів, які ускладнюють процеси ранньої гестації.

МОНІТОРИНГ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ РОБІТНИКІВ СТАРШОГО ВІКУ НА ПІДСТАВІ СУЧАСНОГО СИСТЕМНОГО АНАЛІЗУ

Томаревська О.С.

ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ

Мета. Оцінити працездатність робітників старшого віку для визначення резервів профорієнтації ТА переорієнтації, потенційного працевлаштування або опанування та вдосконалення нових професійних навичок, визначення обсягу додаткових інтервенцій у життєдіяльність людини з обмеженими можливостями.

Матеріали та методи. Із використанням фізіолого-ергономічних і функціональних методів разом із застосуванням кластерного та кореляційно-регресійного аналізу розроблено спосіб кількісного визначення загальної працездатності робітників старшого віку – 45-59 років (45 осіб) і пенсійного віку – 60-89 років (120 осіб).

Результати та обговорення. Встановлено тренд щодо можливої успішної подальшої професійної орієнтації та переорієнтації й придбання або вдосконалення додаткових професійних навичок серед жінок у 55,17% випадків і серед чоловіків у 50% випадків віком до 60 років; у 23,6% випадків серед чоловіків і в 7% – серед жінок віком 60-74 років. У 31,25% випадків серед чоловіків і в 34,48% – серед жінок віком до 60 років і в 41,2% і 27,9% випадків відповідно серед осіб віком до 74 років і в 4% випадків серед жінок віком понад 75 років клас напруженості та тяжкості праці за гігієнічною класифікацією праці має не перевищувати 2-го класу та 4 години щільності робочого розпорядку. У 12,50% випадків серед працюючих чоловіків і в 10,35% – серед жінок до 60 років можливо збільшити ефективність діяльності за допомогою геронтотехнологій, рекомендовано витратити 2 години щільності активного робочого часу за професіями 1-го класу тяжкості та напруженості, можливо є подальша професійна орієнтація та вдосконалення набутих професійних навичок.

Висновки. Моніторингова система оцінки загальної працездатності розкриває резерви та переваги відповідних фізіологічних можливостей робітників старшого віку, дозволяє оптимально організувати щільність робочого часу для збереження здоров'я робітника та людського капіталу відповідно до сучасних вимог виробництва.

ЗМІНИ ІМУННИХ ПОКАЗНИКІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ПНЕВМОНІЮ, В ГОСТРИЙ ПЕРІОД ЗАХВОРЮВАННЯ

Васильєва О.Г., Романюк О.К., Горбась В.А., Сміян-Горбунова К.О.

Сумський державний університет, м. Суми

За даними ВООЗ, пневмонія є причиною смертей близько 15% дітей віком до 5 років в усьому світі. Організм більшості дітей спроможний давати адекватну імунну відповідь на збудника захворювання. Але імунна система хворих дітей може бути ослабленою неправильним харчуванням, поганими соціальними умовами, несприятливим довкіллям.

Мета. Вивчити імунний статус у дітей раннього віку в гострий період позалікарняної пневмонії.

Матеріали та методи. Визначення імунних показників проведено у 95 дітей віком до 3 років. Середньотяжкий перебіг пневмонії спостерігали в 48 дітей, тяжкий – у 20. Імунні показники досліджували на 1-2-гу добу госпіталізації. Контрольну групу склали 27 здорових дітей.

Результати та обговорення. Аналіз клітинної ланки імунної системи показав, що в гострий період захворювання в усіх дітей відбувалося зниження у сироватці крові рівня Т-лімфоцитів, CD4+лімфоцитів ($p < 0,001$) і зростання концентрації CD8+, CD16+ і CD22+лімфоцитів ($p < 0,001$). Гуморальна ланка реагувала вірогідним зростанням вмісту IgM до $1,21 \pm 0,07$ г/л ($p < 0,01$), тоді як концентрація інших імуноглобулінів суттєво не змінювалася.

Показник циркулюючих імунних комплексів не змінювався в гострий період захворювання ($p > 0,05$) і складав $0,032 \pm 0,002$ од. опт. щільності. Фагоцитарний індекс ($41,15 \pm 0,95\%$) і фагоцитарне число ($5,16 \pm 0,11$) значно знижувалися порівняно з показниками дитей контрольної групи ($p \leq 0,001$). Зміни концентрації інтерлейкінів були значимими в гострий період хвороби та характеризувалися підвищенням рівня обох пулів – як прозапального IL-8 (до $107,7 \pm 28,3$ пг/л, що в 539 разів перевищує показник контрольної групи), так і запального IL-4 (до $135,5 \pm 15,8$ пг/л), $p \leq 0,001$.

Висновки. У дітей раннього віку в гострий період позалікарняної пневмонії відбуваються зміни клітинної та інтерлейкінової ланок, зростає вміст у крові IgM.

СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПРОГРАМ ПРОФІЛАКТИКИ ОЖИРІННЯ В ДІТЕЙ

Заболотна І.Е.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Мета. Вдосконалити концептуальні підходи до профілактики ожиріння в дітей в умовах роботи медичної інформаційної системи закладу охорони здоров'я.

Матеріали та методи. Для обґрунтування способу використано методи: клінічний аудит, інформаційно-аналітичний і концептуального моделювання, системного підходу та аналізу.

Результати та обговорення. На першому етапі розробки програми профілактики ожиріння проведено клінічний аудит з оцінки якості проведення профілактичних оглядів школярів, що дозволило виявити недоліки процесу та результати планових профілактичних оглядів дітей і прийняти управлінські рішення щодо їх усунення. На другому етапі було сформовано групи дітей для планування програм профілактичного спостереження, створено реєстри пацієнтів із надмірною масою тіла (НМТ) та ожирінням. Впровадження медико-соціологічного опитування батьків школярів дозволило сформувати реєстр пацієнтів із ризиком розвитку НМТ та асоційованих із нею захворювань. Результати щорічних профілактичних оглядів дітей та інформація про стан їх здоров'я з висновком про гармонійність фізичного розвитку (недостатня, нормальна, надмірна – НМТ та ожиріння) стійться в електронній картці пацієнта. Це дозволяє забезпечити медико-соціологічний моніторинг ожиріння серед прикріпленого контингенту, а також формувати індивідуальні програми профілактики ожиріння відповідно до груп спостереження – загальна група, група дітей із ризиком розвитку НМТ та ожиріння, групи дітей із НМТ і з ожирінням.

Висновки. Розроблений алгоритм сприятиме реалізації комплексного підходу до профілактики ожиріння на індивідуальному, груповому та популяційному рівнях. Він включає санітарно-освітні заходи з формування здорового способу життя, виявлення факторів ризику розвитку ожиріння, попередження та раннє виявлення захворювань, асоційованих із НМТ, взаємодію між первинною та вторинною ланками надання медичної допомоги.

ЛОКАЛЬНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ В ПРАКТИКУ

Зюков О.Л.¹, Ошивалова О.О.^{1,2}

¹ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ
²НМАПО імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Розробка, впровадження та оцінка ефективності локальних протоколів медичної допомоги (ЛПМД) хворим на актинічний кератоз (АК), неінвазивну (SCCis) та інвазивну (cSCC) форми плоскоклітинного раку шкіри в умовах багатопрофільного медичного закладу.

Матеріали та методи. Використано бази даних міжнародних клінічних протоколів із високим рівнем стандартів наукової якості відповідно до «Уніфікованої методики з розробки локальних протоколів медичної допомоги для закладів охорони здоров'я України». Апробацію ЛПМД хворим на АК, SCCis, cSCC проводили серед пацієнтів ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС 2015-2018 роками. Статистичну обробку проводили із програмним забезпеченням Excel.

Результати та обговорення. Проведено порівняльний аналіз рівнів захворюваності та клінічних результатів лікування хворих на АК, SCCis, cSCC з даними 2011-2014 років. Після впровадження ЛПМД (2015-2018 рр.) рівень захворюваності на АК вірогідно збільшився ($p < 0,05$) на тлі стабілізації рівнів захворюваності на SCCis і cSCC ($p = 0,05$ і $p = 0,04$, відповідно) порівняно з попередніми показниками (2011-2014 р.). Впровадження ЛПМД протягом 4 років вплинуло на підвищення результативності за критерієм «досягнуто ремісії» у хворих як з АК, так і з SCCis, cSCC ($p < 0,001$, $p < 0,02$ і $p < 0,01$ відповідно) і зниження за критерієм «прогресування захворювання» по кожній патології ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,05$).

Висновки. Впровадження протягом 4 років ЛПМД хворим на АК, SCCis, cSCC сприяло вчасній діагностиці передонкологічної та онкологічної патології шкіри, підвищенню клінічної ефективності лікування. Застосування ЛПМД – це можливість впроваджувати в медичну практику сучасні методи діагностики та лікування захворювань, ефективність яких доведено численними контрольованими дослідженнями, а отже, підвищувати якість і результативність надання медичної допомоги пацієнтам.

WWW.MEDFORUM.IN.UA