

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДІПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ТА ДОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ

Матеріали

72-ї підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького
складу УжНУ

Ужгород – 2018

Результати. Серед виявлених нами аденоматозних поліпів найбільш часто зустрічалися тубулярні поліпи – у 83,72% випадків, тубуло-вільозні у 11,63% випадків, а вільозні – лише у 4,65% випадків.

Найбільш часта локалізація аденоматозних поліпів відмічена у сигмоїдній кишці і склала 70,93% випадків, тоді як у висхідному відділі – 3,49%, у попереково-ободовому відділі – 8,14%, у низхідному відділі – 13,95% та у прямій кишці – 3,49% випадків.

Після видалення поліпів товстої кишки ми проводили контрольне обстеження через один, два та три тижні. Через 1 тиждень відмічали загострення дефектів слизової оболонки у 68,60% випадків, на другий тиждень – у 89,53%, а через 3 тижні – 100%. Ці спостереження свідчать про швидку епітелізацію коагуляційних дефектів, хворі можуть вести активний спосіб життя вже через тиждень після операції.

Але звертає увагу той факт, що після видалення поліпів на широкій основі методом лазерної поліпектомії загострення рани настає достовірно швидше ($p \leq 0,05$) у порівнянні з методом біполярної електроексцизації. Так, серед 59 хворих, у яких заживлення післяопераційного дефекту відзначалося у перший тиждень, були поліпи на широкій основі у 23 (39,0%) пацієнтів. Із них лазерну поліпектомію було проведено у 18 (30,5%) хворих.

При контрольних колоноскопіях, через 6 місяців, рецидив захворювання діагностовано у 4,65% пацієнтів. Рецидиви виникли у пацієнтів як після лазерної коагуляції так і після електроексцизації, що пов'язано з технічними труднощами при виконанні ендоскопічної операції із-за форми поліпів.

Висновки. При видаленні поліпів на широкій основі перевагу слід надавати методу лазерної коагуляції тому що, загострення рани настає швидше у порівнянні з методом біполярної електроексцизації.

ХАРАКТЕРИСТИКА СКЛАДУ ЖИРНИХ КИСЛОТ ЛІПІДІВ ПЛАЗМИ КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ

Блага О.С., Дебрецені К.О., Товт-Коршинська М.І.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фізіотерії та фізіотерапії, м. Ужгород

Ключові слова: *хронічне обструктивне захворювання легень, ожиріння, жирні кислоти.*

Вступ. У патогенезі хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та ожиріння спільним є розвиток системного субклінічного запалення.

лення, що зумовлює їх взаємообтяжуючий вплив. При цьому однією із найважливіших спільних ланок патогенезу є активація утворення прозапальних цитокінів із ω -6 поліненасичених жирних кислот (ПНЖК). Враховуючи, що жирова тканина секретує біологічно активні речовини, які сприяють підтриманню системного запалення та, імовірно, бронхіальної обструкції, актуальним є вивчення змін жирнокислотного складу ліпідів плазми у хворих на ХОЗЛ із ожирінням.

Мета: охарактеризувати склад жирних кислот ліпідів плазми крові хворих на ХОЗЛ із супутнім ожирінням.

Матеріали і методи. У 20 хворих на ХОЗЛ із супутнім ожирінням (група 1) і 25 – із нормальною масою (група 2) проведено визначення рівня насичених і ненасичених жирних кислот плазми крові газохромографічним методом.

Результати. У обстежених хворих на ХОЗЛ із нормальною масою виявлено вірогідне підвищення сумарного вмісту як насичених ($981,78 \pm 80,45$ мкг/мл), так і ненасичених жирних кислот (ЖК) ($2070,27 \pm 153,91$ мкг/мл) плазми крові порівняно з контрольною групою ($614,61 \pm 33$ та $1331,82 \pm 79,91$ мкг/мл), менш виражене за наявності супутнього ожиріння ($780,17 \pm 58,42$ та $1601,66 \pm 108,79$ мкг/мл відповідно). Зокрема, спостерігалось вірогідне підвищення вмісту ω -6 арахідонової ЖК у обох групах хворих на ХОЗЛ (група 1 – $198,5 \pm 14,9$ та група 2 – $242,63 \pm 20,2$ мкг/мл), що свідчить про активацію синтезу медіаторів запалення та бронхоспазму, хімічним попередником яких є дана ПНЖК. У хворих на ХОЗЛ без ожиріння виявлено компенсаторну активацію протизапальних механізмів (підвищення рівня ω -3 ПНЖК, зокрема ейкозопентаєнової ($10,01 \pm 1,68$ мкг/мл) – хімічного попередника протизапальних цитокінів). В той же час, у хворих на ХОЗЛ із ожирінням цієї компенсаторної активації протизапальних механізмів нами не відмічено. Більше того, виявлені достовірно нижчий рівень ω -3 ейкозопентаєнової ЖК ($5,43 \pm 0,96$) і тенденція до зниження рівня ω -3 докозагексаєнової ЖК ($38,9 \pm 3,16$) порівняно не тільки з хворими на ХОЗЛ без ожиріння ($11,08 \pm 1,49$ та $51,81 \pm 4,06$ мкг/мл), але навіть із практично здоровими особами ($10,01 \pm 1,68$ та $41,29 \pm 3,04$ мкг/мл).

Висновки. Жирнокислотний склад ліпідів плазми крові хворих на ХОЗЛ характеризувався підвищенням сумарного вмісту як насичених, так і ненасичених ЖК плазми крові з активацією прозапальних механізмів у вигляді підвищення ω -6 ПНЖК. У хворих на ХОЗЛ із нормальною масою виявлена компенсаторна стимуляція протизапальних процесів за рахунок підвищення рівнів ω -3 ПНЖК. Натомість, у хворих на ХОЗЛ із супутнім ожирінням спостерігалось зниження рівнів майже всіх ω -3 ПНЖК, що може вказувати на недостатні компенсаторні можливості синтезу протизапальних цитокінів.

КОНТАКТНА ЛІТОТРИПСІЯ В ЛІКУВАННІ СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ Ковальчук Д.І., Бучок О.О., Вашкович Ю.М.	49
РОЛЬ ПАТОЛОГІЇ ПОРОЖНИНИ НОСА ТА ПРИНОСОВИХ ПАЗУХ У КЛІНІЧНОМУ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ Проценко М.В., Сівач В.О., Александрова М.Я.	50
ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ В ПРОКТОЛОГІЇ Росул М.В.	51
СУПЕРЕЧЛИВІСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ПРЕВЕНЦІЇ РЕЦИДИВУ УСКЛАДНЕНОГО ДИВЕРТИКУЛІТУ Росул М.В.	52
ДОСЛІДЖЕННЯ СЛІЗОПРОДУКЦІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ Каньовська К.Я., Фальбуш О.О.	53
ЛАПАРОСКОПІЧНІ ГЕРНІОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХВИННИХ ГРИЖАХ Фатула Ю.М., Варга Л.Л., Лендел Є.В., Лопіт М.М.	54
ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ ТА ПРОГНОЗ ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ НА АМБУЛАТОРНОМУ ТА СТАЦІОНАРНОМУ ЕТАПАХ Гряділь Т.І., Дебрецені К.О., Чубірко К.І., Пікіна І.Ю.	55
КЛІНІЧНІ ЕФЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ДАПАГЛІФЛОЗИНУ В ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ ТА СУПУТНИМ ОЖИРНІННЯМ Чубірко К.І., Чопей І.В., Дебрецені К.О., Гряділь Т.І.	57
ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА КІР В ПЕРІОД НИЗЬКОГО ОХОПЛЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ВАКЦИНАЦІЄЮ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ Рубцова Е.І., Чубірко К.І.	58
ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ Пацкань І.І., Корсак В.В.	59
ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ Корсак В.В., Пацкань І.І.	60
ПРОГНОЗУВАННЯ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК З ХГС ТА ВІЛ Міцода Р.М.	62
ЙОДНО-ТИРЕОЇДНИЙ СТАТУС ВАГІТНИХ ЖІНОК В УМОВАХ ПРИРОДНОЇ ЙОДНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ Бобик Ю.Ю., Кушніревич Я.Я.	63

РОЛЬ ТРИГЕРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВИНИКНЕННІ ГОСТРОГО ГІОМЕРУЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ Русановська О.В., Крюка М.С.	64
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕЛЕКТРОЕКСЦІЗІЇ ТА ЛАЗЕРНОЇ ФОТОКОАГУЛЯЦІЇ ПОЛІПІВ ТОВСТОЇ КИШКИ Ірвасюк А.М., Канчій В.М.	65
ХАРАКТЕРИСТИКА СКЛАДУ ЖИРНИХ КИСЛОТ ЛІПІДІВ ПЛАЗМИ КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНИМ ОЖИРНІННЯМ Блага О.С., Дебрецені К.О., Товт-Коршинська М.І.	66
ЗАСТАРІЛЕ ПОШКОДЖЕННЯ МЕНІСКІВ КОЛІННОГО СУГЛОБУ ТА ЇХ ЛІКУВАННЯ Вайда В. М., Кочмарь В. М.	68
ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ Пацкань Б.М., Онисько І.І.	69
РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КОЛОГЕННОГО КОЛОСТАЗУ Пацкань Б. М., Витрикуш М.Я., Добош В. М.	71
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАРАСТОМАЛЬНИХ ГРИЖ Пацкань Б.М., Дутко О.О.	72
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВЕЛЕТЕНСЬКИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ З ЗАСТОСУВАННЯМ ІНТРААБДОМІНАЛЬНОЇ АЛЮПЛАСТИКИ. Пацкань Б.М., Лавер О.П.	73
ЛАПАРОСКОПІЧНІ МЕТОДИКИ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ Варга Л.Л., Черниченко О.А.	75
ЗАСТОСУВАННЯ КЕРОВАНОЇ ГІПОТЕНЗІЇ ПРИ НЕСТЕЗІОЛОГІЧНОМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ОРТОПЕДИЧНИХ ОПЕРАЦІЙ У ДІТЕЙ Кампі Ю.Ю.	76
ЧАСТОТА МЕТАСТАЗУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ГОЛОВНИЙ МОЗОК В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МОЛЕКУЛЯРНОГО ПІДТИПУ Готько Є.С., Ігнатко В.Я., Жеро С.В., Погорелова Н.Є.	77
ОЦІНКА ЕКОНОМІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ СМЕРТНОСТІ ДІТЕЙ У ВІЩІ ДО 1-ГО РОКУ ЖИТТЯ Слабкий Г.О., Дудник С.В., Качала Л.О.	78