

дітей, приділяючи особливу увагу можливим наслідкам при нехтуванні правильним миттям рук.

Список використаних джерел:

1. Sibiyi J. E. & Gumbo J. R. (2013). Knowledge, Attitude and Practices (KAP) Survey on Water, Sanitation and Hygiene in Selected Schools in Vhembe District, Limpopo, South Africa. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2013, (10), 2282-2295; DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph10062282>.
2. ВОЗ. Чистота – залог безпечної медичинської допомоги. Соблюдайте чистоту рук: ресурси и публикации. Вилучено з <https://www.who.int/gpsc/5may/tools/ru/>.

ДИФДІАГНОСТИЧНІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ СИНДРОМИ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ ГЕПАТОПАТІЙ

НАУКОВО-ДОСЛІДНА ГРУПА:

Мимренко Анастасія Анатоліївна

студентка 5 курсу Медичного факультету
ДВНЗ «Ужгородського національного університету», Україна

Кузьмак Мар'яна Василівна

студентка 5 курсу Медичного факультету
ДВНЗ «Ужгородського національного університету», Україна

Ростока Лариса Михайлівна

доцент кафедри біохімії, фармакології та фізичних методів лікування
з курсом аналітичної медицини Медичного факультету
ДВНЗ «Ужгородського національного університету», Україна

Вступ. За даними ВООЗ, вірусними гепатитами інфіковані або перенесли їх у минулому до 2 млрд. населення Землі. Більшість смертей від гепатиту були зумовлені кінцевим етапом його розвитку – цирозом (720 тис.) [1]. В основі ураження печінки (незалежно від ґенезу) лежить цитоліз гепатоцитів з порушенням їх численних функцій (гепатит). Надалі відбувається розростання сполучної тканини (фіброз) зі зміною нормальної архітекtonіки печінки та зменшенням кількості функціонуючих клітин (цироз). Даний прогресуючий процес потребує обов'язкової профілактики та лікування на будь-якому етапі розвитку для досягнення тривалої ремісії [2, 3].

Мета роботи. Провести аналіз клініко-лабораторних параметрів у пацієнтів з ураженням печінки різної етіології та стадії прогресування процесу (гепатит, гепатоз, цироз).

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів з різними видами патології печінки (n=103, частка чоловіків – 43,7%, жінок – 56,3%, середній вік – 54,4±2,2 років). Їх було розподілено на три групи: хворі з гепатитом – 18,4%, стеатозом печінки – 22,3%, цирозом – 59,2%) (Рис.1). Статистичний аналіз проводили за допомогою програми IBM SPSS

Statistics 23.0. з використанням однофакторного дисперсійного аналізу та критерію χ^2 -Пірсона: довірливі таблиці спряження.

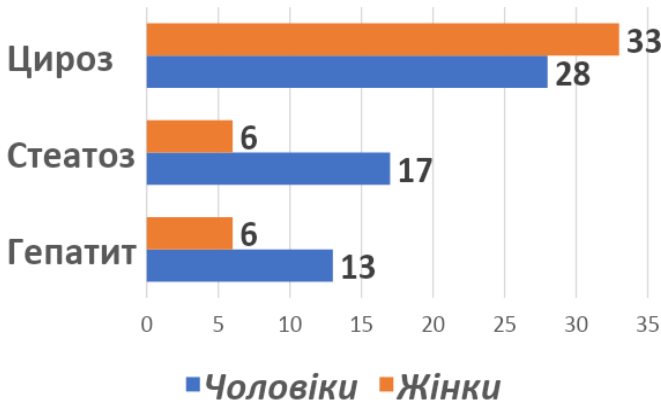


Рис. 1. Розподіл захворюваності на гепатопатії в залежності від статі

Результати дослідження. Виявлено, що достовірно найбільша частота гепатопатій зустрічається у передгірських районах Закарпаття – 36,8% ($p=0,011$), порівняно з гірськими (30,0%) та низинними (33,0%) районами (Рис.2).

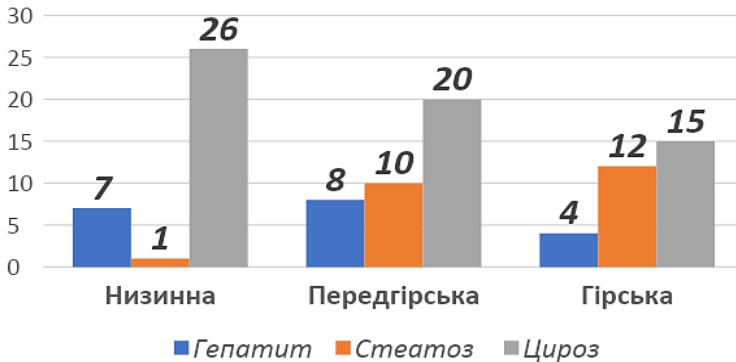


Рис. 2. Зони проживання

Також встановлено достовірну різницю серед досліджуваних груп щодо рівня наступних лабораторних параметрів ($p<0,05$): гемоглобін, еритроцити, тромбоцити, лімфоцити, білірубін, ЛФ, ГГТП, АЛТ, АСТ, амілаза сечі. При попарному порівнянні груп виявлено, що у пацієнтів із гепатозом вищевказані показники, здебільшого, були в межах норми, окрім рівня АЛТ, АСТ (їх рівні були достовірно більші в пацієнтів з гепатитом, що свідчить про активний

запальний процес) та амілази сечі.. Це може свідчити про затухання запального процесу, але із подальшим фіброзуванням печінки, оскільки у пацієнтів з цирозом дані параметри виходили за нормовані значення. Найвищий рівень амілази спостерігався в пацієнтів зі стеатогепатозом, що може бути зумовлено наявністю в пацієнтів хронічного / реактивного панкреатиту, і як наслідок, порушенням екзо- та ендокринної функції підшлункової залози, дезінтеграцією ліпідного обміну та жировим переродженням печінки (стеатозом). Подібна нерівнозначність показників спостерігалась щодо частоти портальної гіпертензії, коагулопатій, гепатоцелюлярної недостатності (найбільша в пацієнтів з цирозом, найменша із гепатозом, $p < 0,05$).

Висновок. Таким чином, встановлено, що гепатопатії, не залежно від ґенезу, протікають із нормалізацією клініко-лабораторних показників (в стадії гепатозу) з обов'язковим прогресуванням процесу та переходом у цироз. Це визначає необхідність проведення профілактичних заходів та диспансерний облік таких пацієнтів з періодичним їх обстеженням.

Список використаних джерел:

1. Бондарев, Л. С. (2009) Про проблему вірусних гепатитів в історичному аспекті. Новини медицини і фармації. *Інфекційні хвороби, гепатологія*, (281). Вилучено з <http://www.mif-ua.com/archive/article/10516>
2. ВООЗ. *Глобальна доповідь про гепатит* (2017). Вилучено з <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255016/9789241565455-eng.pdf?sequence=1>
3. Фадєєнко, Г. Д. (2000) Типи фіброзування як кінцеві реакції хронічних вірусних гепатитів. *Сучасна гастроентерологія і гепатологія*, (1), 55-60.

ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА ЯК ФІЛОСОФІЯ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ

Сухарєва Лілія Павлівна

здобувач вищої освіти медичного факультету

Харківський національний медичний університет, Україна

Науковий керівник: Карпенко Катерина Іванівна

доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри філософії

Харківський національний медичний університет, Україна

На даний час в умовах реорганізації, реформування медичної допомоги населенню, браку коштів актуальною є проблема раціонального обґрунтованого використання лікарських засобів. Зараз в розпорядженні лікарів є десятки і навіть сотні тисяч лікарських засобів.

Найважливіша роль у відборі найбільш ефективних лікарських засобів належить доказовій медицині. Доказова медицина (evidence-based medicine) - це розділ медицини, заснований на доказах, що передбачає пошук,