



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

МАТЕРІАЛИ

70-ї ПІДСУМКОВОЇ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
ПРОФЕСОРСЬКО-ВИКЛАДАЦЬКОГО СКЛАДУ УЖНУ

*Факультет післядипломної освіти та
доуніверситетської підготовки*

Ужгород • РІК-У • 2016

ЕФЕКТИВІЗАЦІЯ КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ПРИКЛАДІ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ Шніцер І.Р.	79
РОБОТА МАМОЛОГІЧНОГО КАБІНЕТУ НА БАЗІ УЖГОРОДСЬКОЇ МІСЬКОЇ ПОЛІКЛІНІКИ ЗА 2015 РІК Конар Р.С., Козодаєва М.П.	81
СІМЕЙНА СХИЛЬНІСТЬ ДО РЕСПІРАТОРНИХ АЛЕРГОЗІВ Лізанець Н.В., Товт-Коршинська М.І.	82
СТАТЕВІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ (ЛІТЕРАТУРНІ ДАНІ) Полович М.Я., Пушкаренко С.В., Товт-Коршинська М.І.	83
КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Паламарчук О.С., Товт-Коршинська М.І.	84
ОЛУЖНЮЮЧІ ВЛАСТИВОСТІ ФАСОВАНИХ ПРИРОДНИХ ПІДЗЕМНИХ ВОД – ОСНОВА ЇХ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПОВНОЦІННОСТІ Дичка Л.В., Гайсак М.О.	85
АНАЛІЗ ІМУННОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЯКІ МЕШКАЛИ НА РАДІАЦІЙНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ У РІЗНІ ПЕРІОДИ ПІСЛЯ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС Сухан В.С.	86
ОСОБЛИВОСТІ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СКЛАДУ ЛІПІДІВ ПЛАЗМИ ТА МЕМБАН ЕРИТРО- ЦИТІВ КРОВІ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ З НОРМАЛЬНОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ Блага О.С., Товт-Коршинська М.І.	87
БРОНХООБСТРУКТИВНИЙ СИНДРОМ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ Жованик Н.В., Товт-Коршинська М.І.	89
ПОКАЗНИКИ ОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ ПРИ ЧАСТКОВО КОНТРОЛЬОВАНІЙ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ, ПОЄДНАНІЙ ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДИСПЕПСІЄЮ Ростока-Резнікова М.В., Товт-Коршинська М.І.	90
СІМЕЙНА СХИЛЬНІСТЬ ДО РЕСПІРАТОРНИХ АЛЕРГОЗІВ (ЛІТЕРАТУРНІ ДАНІ) Лізанець Н.В., Товт-Коршинська М.І.	91
СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ Галамба А.А. Товт-Коршинська М.І.	92
ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛУЖНОЇ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ НА РАДІАЦІЙНО ЗАБРУДНЕНІЙ ТЕРИТОРІЇ Сухан В.С.	93

ОСОБЛИВОСТІ АНАМНЕЗУ ТА КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖІНОК ІЗ ЗАВМЕРЛОЮ ВАГІТНІСТЮ	
<i>Міцода Р.М., Садигов Ю.М.</i>	94
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ РОЗЕОЛИ ТА ЇЇ ДІАГНОСТИКИ У ДІТЕЙ	
<i>Німчук Н.В., Русановська О.В.</i>	96
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ЦЕЛІАКІЇ	
<i>Чепа О.В., Ізнатко Л.В.</i>	97
ДЕБЮТНІ МАСКИ ЛЕЙКОЗІВ У ДІТЕЙ	
<i>Бузаш М.Ю., Ізнатко Л.В.</i>	99
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ	
<i>Крюща М.С., Русановська О.В.</i>	100
ЛАПАРОСКОПІЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПАХВИННИХ ГРИЖ	
<i>Фатула Ю.М., Варга Л.Л.</i>	100
НУТРИТИВНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ ВІДДІЛЕННЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ	
<i>Ковач А.М., Авдеев В.В.</i>	101
ВПЛИВ МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО ДИСБАЛАНСУ НА ФУНКЦІОНУВАННЯ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ	
<i>Кушніревич Я. Я., Бобик Ю. Ю.</i>	102
РОЛЬ АНТИФОСФОЛІПІДНОГО СИНДРОМУ В РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ	
<i>Федько Ю.Р., Бобик Ю.Ю., Корчинська О.О.</i>	103
МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В СУЧАСНОМУ АКУШЕРСТВІ	
<i>Черняк М.М., Корчинська О.О.</i>	105
КОРЕЛЯЦІЯ МІЖ РАДІОЛОГІЧНИМИ ТА ГІСТОПАТОЛОГІЧНИМИ ОЗНАКАМИ У ХВОРИХ НА МАСТОПАТІЮ	
<i>Готько Є.С., Суран Н.О., Весельський Б.Ю.</i>	106
ХРОНІЧНИЙ КОЛОСТАЗ ЯК ОДНА ІЗ ХВОРОБ ЦИВІЛІЗАЦІЇ	
<i>Добош В.М., Пацкань Б.М.</i>	107
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ВЕРТЛЮГОВОЇ ДІЛЯНКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ	
<i>Кочмарь В. М., Вайда В. М.</i>	108
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ МЕДІАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ	
<i>Мотря В.С., Вайда В.М.</i>	109
ГЕСТАЦІЙНІ, АКУШЕРСЬКІ ТА ПІСЛЯПОЛОВОГІ УСКЛАДНЕННЯ У ЖІНОК НА ТЛІ РЕАКТИВАЦІЇ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ	
<i>Пекарь А.Ю., Міцода Р.М.</i>	111

Вступ. Нутритивне забезпечення є актуальним питанням інтенсивної терапії, так як критичні стани супроводжуються порушеннями харчування, що веде за собою зміни метаболізму та погіршення стану.

Мета. Вивчення змін метаболізму у пацієнтів, які знаходяться на штучній вентиляції легень більше 2 днів, а також особливості застосування нутритивного забезпечення в залежності від цих змін.

Матеріали і методи. Лабораторні та клінічні показники хворих, які знаходяться на лікуванні у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії.

Результати. Призначення своєчасного та адекватного нутритивного забезпечення сприяє стабілізації метаболічних зрушень організму, більш швидкому виздоровленню, зменшенню числа різноманітних ускладнень, менш тривалому перебуванню хворих в стаціонарі, зменшенню витрат на лікування, зменшенню летальності.

Висновки. Нутритивне забезпечення, як невід'ємна ланка інтенсивної терапії, потребує подальшого вивчення та більш широкого введення в практику.

ВПЛИВ МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО ДИСБАЛАНСУ НА ФУНКЦІОНУВАННЯ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Кушнірєвич Я. Я., Бобик Ю. Ю.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони материнства та дитинства, м. Ужгород

Ключові слова: йододефіцитні захворювання, вагітність, мікроелементи.

Вступ. Йододефіцитні захворювання (ЙДЗ) є одними із найбільш поширених причин ускладнень гестаційного процесу, порушення розвитку нервової системи у плоду, яких можна уникнути своєчасною профілактикою препаратами йоду. Незважаючи на успіхи масової та індивідуальної профілактики ЙДЗ, вони залишаються однією із ключових проблем в акушерстві. Дослідження у галузі біохімії, молекулярній фармакології мікроелементів вказують на нерозривний зв'язок метаболізму йоду з метаболізмом інших мікроелементів (синергетиків йоду), без яких монопрепарати йоду значно менш ефективні.

Мета. Систематизація даних із наявних даних про вплив різних мікроелементів на метаболізм йоду та функціонування щитоподібної залози.

Матеріали та методи дослідження. Пошукові системи MEDLINE, Pubmed, Medexplorer та Mednavigator. Публікації протягом 2010-2015рр. були відібрані з використанням методу аналізу функціональних взаємозв'язків.

Результати. Із знайдених 93 публікацій, 8 було присвячено впливу дефіциту селену, 9 - заліза, 5 - цинку та 5 - міді.

Цинк необхідний для багатьох біохімічних процесів, перш за все для поділу і росту всіх тканин плода. Дефіцит цинку впливає на функцію щитоподібної залози (ЩЗ) і навпаки: гормони ЩЗ впливають на його метаболізм, регулюючи всмоктування і виведення цього мікроелементу. При нестачі цинку спостерігається зниження концентрації тиреоїдних гормонів на 30%.

Селен відіграє надзвичайно важливу роль для нормального перебігу гестаційного процесу. Він є антиоксидантом і захищає цитоплазматичні мембрани від пошкодження і генетичного порушення. При нестачі селену відбувається зниження активності ферменту дейодинази, внаслідок чого спостерігається дисбаланс тиреоїдних гормонів, який проявляється накопиченням тироксину з одночасним зниженням кількості Т₃ в ЩЗ.

Мідь у якості металоферменту приймає участь у численних реакціях окисно-відновного і енергетичного обміну, гідроксилюванні і окисленні тирозину та у процесі перетворення неорганічного йоду у органічні сполуки. При нестачі міді відбувається зниження йодного метаболізму у всіх органах і тканинах за винятком печінки, де спостерігається різке збільшення концентрації неорганічного йоду.

При дефіциті заліза спостерігається зниження рівня Т₃ на 43%, а Т₄ - на 67%. Тому навіть при достатньому вживанні йоду, але при нестачі заліза, спостерігається утворення ендемічного зобу.

Висновки: Аналіз експериментальних і клінічних досліджень свідчить, що дефіцит таких мікроелементів як цинк, селен, мідь і залізо негативно впливає на процеси обміну йоду у вагітних і плода, що призводить до різноманітних ускладнень гестаційного процесу. На фоні нестачі цих мікроелементів терапія і профілактика ЙДЗ може бути значно менш ефективною.

РОЛЬ АНТИФОСФОЛІПІДНОГО СИНДРОМУ В РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ

Федько Ю.Р., Бобик Ю.Ю., Корчинська О.О.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони материнства та дитинства, м. Ужгород.

Ключові слова: антифосфоліпідний синдром, прееклампсія, вагітність.

Вступ. Прееклампсія (ПЕ) - важке ускладнення вагітності, яке розвивається у 2-14% вагітних і вважається однією з провідних причин материнської та перинатальної захворюваності та смертності. Хоча проблемі ПЕ у всьому світі приділяється пильна увага, питання етіопатогенезу до сьогоднішнього дня продовжують залишатися недостатньо вивченими. Важливою ланкою у патогенезі порушень, які вникають при прееклампсії є порушення систе-

ми гемостазу, зокрема, тромбофілія. Сучасні методи лікування прееклампсії носять переважно симптоматичний характер і не усувають причину захворювання.

Мета. Дослідити роль антифосфоліпідного синдрому в розвитку прееклампсії з метою оцінки ефективності лікувальних заходів.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 100 вагітних жінок із діагнозом ПЕ, що склали групу 1. Всі жінки групи 1 були обстежені на наявність антифосфоліпідного синдрому (АФС). Діагноз АФС виставлявся у відповідності до міжнародних лабораторних критеріїв (Сідней, 2006). Групу порівняння склали 100 жінок із діагнозом прееклампсії, не обстежені на АФС. У жінок з підтвердженим діагнозом АФС у відповідності до міжнародних рекомендацій та наказу МОЗ № 624 «Звичне невиношування» рекомендувалося проведення ін'єкцій низькомолекулярного гепарину (НМГ) еноксапарину натрію - в дозі 2000 МО 1 раз на добу. Також проводився прийом препарату ацетилсаліцилової кислоти 0,6 г /добу з моменту виявлення АФС.

Результати. В групі 1 ПЕ легкого ступеню важкості виявлялась у 74% жінок, ПЕ середнього ступеню важкості – 26% жінок. В групі 2 ПЕ легкого ступеню важкості виявлялась у 68% жінок, ПЕ середнього ступеню важкості – 32% жінок. АФС (у I групі) був виявлений у 60% жінок: серед жінок з легкою ПЕ у 45%, ПЕ середнього ступеню важкості – у 15% випадків. Жінки з підтвердженим діагнозом АФС вищевказану терапію. Ретрохоріальна гематома виявлялась у 20% жінок групи 1 проти 45% жінок групи 2 ($p \leq 0,05$). В 1 триместрі у 23% жінок групи 1 проти 50% ($p \leq 0,05$) жінок групи 2 вагітність ускладнилась загрозою переривання вагітності, в 2 триместрі у 15% проти 35% жінок групи 2 відповідно ($p \leq 0,05$). В 3 триместрі у 25% жінок групи 1 проти 53% жінок групи 2 виявлялась загроза передчасних пологів ($p \leq 0,05$). Пологи були своєчасними у 85% проти 78% жінок, групи 2 відповідно. У 15% жінок групи 1, та у 22% жінок групи 2 наступили передчасні пологи. Вагінальне розродження проводилось 87% проти 80% жінок групи 2. Кесарський розтин проводився у 13% жінок групи 1, та у 20% жінок групи 2. При цьому прогресування прееклампсії відбувалось у 15% жінок групи 1, та у 37% жінок групи 2 ($p \leq 0,05$).

Висновки.

1. Антифосфоліпідний синдром відіграє значну роль у прогресуванні прееклампсії.

2. Використання низькомолекулярних гепаринів та ацетилсаліцилової кислоти дозволяє знизити важкість ускладнень у жінок з ПЕ та покращити акушерські та перинатальні наслідки розродження.

МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В СУЧАСНОМУ АКУШЕРСТВІ

Черняк М.М., Корчинська О.О.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони материнства та дитинства, м. Ужгород.

Ключові слова: плацентарна дисфункція (ПД), діагностика, скринінг.

Вступ. На сучасному етапі розвитку акушерства невирішеним питанням залишається проблема ПД. Поряд з цим, висока частота виникнення синдрому ПД (17-35%) спричинює відповідно високі рівні таких її клінічних проявів як невиношування вагітності, прееклампсія, дистрес плода та антенатальна загибель плода, затримка внутрішньоутробного росту плода. Це зумовлює необхідність розробки чітких схем діагностичних методів для своєчасного виявлення даної патології.

Мета. Дослідити можливості об'єктивних та додаткових методів обстеження у діагностиці ПД.

Матеріали та методи. Контент-аналіз фахових журналів, монографій, національних керівництв.

Результати. Основними методами діагностики ПД є:

Об'єктивне обстеження вагітної: контроль артеріального тиску (АТ), визначення висоти дна матки та окружності живота;

Лабораторні методи: плазменний протеїн А, асоційований з вагітністю (РАРР-А), плацентарний фактор росту (PLGF), плацентарний лактоген, хоріонічний гонадотропін людини, прогестерон;

Інструментальні методи: ультразвукове сканування (УЗС) плаценти, доплерометричне дослідження маткових артерій, артерій пуповини та середньої мозкової артерії плода; визначення розмірів плода за допомогою УЗС; біофізичний профіль плода, кардіотокографія.

Дослідженими є велика кількість різних біохімічних маркерів, два з них - РАРР-А, та PLGF – на сьогоднішній день є найбільш чутливими і достовірними. Вони ефективно збільшують чутливість наявного комплексу прогностичних факторів: з 59 % при використанні материнських факторів і доплерометричного визначення індексу пульсації маткових артерій до 93 %. Плазменний протеїн А, асоційований з вагітністю – це металопротеїназа, яка синтезується синцитіотрофобластом плаценти і забезпечує мітогенну функцію інсуліноподібного фактору росту (ІФР). В умовах зниження рівня РАРР-А ІФР не може забезпечити адекватний ріст і розвиток плаценти. Але недостатня чутливість цього маркеру диктує необхідність комбінації його з іншими методами діагностики. Плацентарний фактор росту – глікопротеїн, який забезпечує нормальний ангиогенез. Під час вагітності він синтезується головним чином в плаценті і забезпечує ангиогенез у плода. Концентрація його при фізіологічній ва-